

Katholische Fachhochschule  
Nordrhein-Westfalen  
Abteilung Köln  
Weiterbildung: Masterstudiengang „Suchthilfe“

## **Masterarbeit**

### **Masterstudiengang „Suchthilfe“ KFH NW**

Erstprüferin: Frau Dr. Funke  
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Klein

Thema: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und berufliche  
Integration von Methadonsubstituierten

vorgelegt von:  
Christine Hölzmann  
SS 2003  
Matrikel-Nr.: 277009

Pastoratstraße 2  
50321 Brühl

Köln, den 01.06.2003

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
<hr/>		
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER TEIL</b>	<b>7</b>
<hr/>		
<b>2.1</b>	<b>ARBEITSINTEGRATION VON SUBSTITUIERTEN</b>	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>ARBEITSLOSIGKEIT UND GESUNDHEIT</b>	<b>12</b>
<b>2.3</b>	<b>BERUFSTÄTIGKEIT ALS SUCHT THERAPEUTISCHES ZIEL</b>	<b>14</b>
<b>2.4</b>	<b>SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG</b>	<b>20</b>
<b>2.5</b>	<b>SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG UND BERUFLICHE INTEGRATION</b>	<b>24</b>
<b>2.6</b>	<b>PHARMAKOLOGISCHE EIGENSCHAFTEN VON METHADON UND IHR EINFLUSS AUF DIE LEISTUNGSFÄHIGKEIT DER PATIENTINNEN</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>EMPIRISCHER TEIL</b>	<b>28</b>
<hr/>		
<b>3.1</b>	<b>DIE FORSCHUNGSKONZEPTION</b>	<b>28</b>
3.1.1	FRAGESTELLUNG UND UNTERSUCHUNGSZIELE	28
3.1.2	VERSUCHSANORDNUNG	31
3.1.3	RAHMENBEDINGUNGEN	32
3.1.4	METHODIK	33
3.1.5	GRUNDGESAMTHEIT	37
3.1.6	STICHPROBE	38
3.1.7	DURCHFÜHRUNG UND VERLAUF DER UNTERSUCHUNG	43
3.1.8	ZUR GÜLTIGKEIT DER ERGEBNISSE	43
<b>3.2</b>	<b>DESKRIPTIVE DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE</b>	<b>44</b>
3.2.1	EINKOMMENSITUATION	44
3.2.2	SCHULISCHE UND BERUFLICHE QUALIFIKATION	46
3.2.3	AKTUELLE BERUFLICHE SITUATION	47
3.2.4	ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG	49
3.2.5	SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER EIGENEN ARBEITSFÄHIGKEIT	50
3.2.6	AUSMAß DER WERTSCHÄTZUNG VON BERUFSTÄTIGKEIT	51
3.2.7	SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER EIGENEN BERUFSCHANCEN	52
3.2.8	ZIELE IM BERUFLICHEN BEREICH	52
3.2.9	BEWERTUNG DER EIGENEN AKTIVITÄTEN IM BEREICH ARBEITSSUCHE	53
3.2.10	SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG IM BERUFLICHEN BEREICH	54
3.2.11	BEWERTUNG DER UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE SOZIALARBEITERINNEN IN BERUFLICHEN FRAGEN	54
3.2.12	GESCHLECHTSSPEZIFISCHE AUSWERTUNG	55

<b>3.3</b>	<b>ERGEBNISSE DER HYPOTHESENTESTUNG</b>	<b>57</b>
<b>3.4</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>65</b>
<b>4</b>	<b><u>IDEEN ZUR UMSETZUNG DER ERGEBNISSE IN DER PRAKTISCHEN ARBEIT</u></b>	<b>71</b>
<b>5</b>	<b><u>ANHANG</u></b>	<b>76</b>
<b>6</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b>98</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Ethische Maximen zur Zielbeurteilung/-begründung in der Suchthilfe	16
Abbildung 2:	Suchtmittelbezogenes Zielspektrum für die Suchthilfe	19
Abbildung 3:	Prinzip der self-efficacy nach Bandura 1977	21
Abbildung 4:	Altersverteilung der PatientInnen der Methadonambulanz am 02.04.2002 (N = 123)	39
Abbildung 5:	Altersverteilung der TeilnehmerInnen, nach eigenen Angaben, Stichtag 01.04.2002 (n = 42)	39
Abbildung 6:	Behandlungsdauer der PatientInnen der Methadonambulanz am 02.04.2002 (N = 123)	42
Abbildung 7:	Behandlungsdauer der TeilnehmerInnen, nach eigenen Angaben, Stichtag 01.04.2002 (n = 46)	42
Abbildung 8:	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, Score der TeilnehmerInnen, Stichtag 01.04.2002 (n = 49)	50

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Art des Einkommens, Stichtag 01.04.2002 (n = 49)	45
Tabelle 2:	Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) im Bereich „subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit“	59
Tabelle 3:	Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) im Bereich „Wertschätzung von Berufstätigkeit“	61
Tabelle 4:	Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) im Bereich „pragmatische Einschätzung der eigenen Berufschancen“	62
Tabelle 5:	Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) bzgl. des aktuellen Ziels Berufstätigkeit	63
Tabelle 6:	Zusammenhänge der Items im Bereich „Ziele bezüglich Arbeit“	63
Tabelle 7:	Auswertung der Bögen: Angaben zur Übertragung nicht eindeutiger Daten, fehlender Daten und nicht plausibler Angaben	84
Tabelle 8:	Datenübersicht, Stichprobe n = 49, Stichtag 01.04.2002	94
Tabelle 9:	Zusammenfassung der schriftlichen Angaben zum Item 7.17 „Ich hätte noch gerne mehr Unterstützung bei...“	96
Tabelle 10:	Unterschiede zwischen den Geschlechtern, n = 48 (ka = 1), Stichtag 01.04.2002	97

# 1 Einleitung

Opiatabhängige Menschen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, aber auch im Verhältnis zu anderen Personengruppen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, überproportional stark von Arbeitslosigkeit betroffen. Das betrifft auch heroinabhängige Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden.

Die psychosoziale Betreuung (PSB) zur Methadonsubstitution wird in der Regel durch SozialpädagogInnen oder SozialarbeiterInnen durchgeführt und umfasst neben anderen Aufgaben auch die Förderung der beruflichen Integration der KlientInnen. Aufgrund der Vorgaben von Kostenträgern und Einrichtungskonzeptionen ist die psychosoziale Betreuung in vielen Fällen ein verpflichtender Bestandteil der Methadonsubstitution.

In der alltäglichen Arbeit mit Drogenabhängigen geben viele KlientInnen zu Beginn der Substitutionsbehandlung als ein Ziel dieser Therapie einen Neu- oder Wiedereinstieg in das Berufsleben an. Eine kleine Gruppe ist bereits vor dem Beginn der Substitution berufstätig und hat in der Regel den Wunsch, die Arbeitsstelle zu behalten. Im Verlauf der Behandlung zeigt ein erheblicher Teil der arbeitslosen KlientInnen allerdings kaum Aktivitäten, um das selbstgewählte Ziel „Berufstätigkeit“ zu erreichen.

Die Praxis lässt vermuten, dass neben verschiedenen externen Bedingungen auch kognitive Muster der KlientInnen einen wichtigen Einfluss auf den Erfolg der beruflichen Integration ausüben. Teilweise werden KlientInnen, die wenig unternehmen, um ihr Ziel der Berufstätigkeit zu erreichen, durch professionelle HelferInnen als widerständig oder antriebsarm erlebt. Motivation ist, laut Fremdwörterbuch, die Summe von Beweggründen, die Handlungen beeinflussen.<sup>1</sup> Menschen sind immer in irgendeiner Richtung motiviert. Die Frage ist lediglich, welche Ziele Personen anstreben. Bezogen auf den Bereich „Arbeit“ spielen für die intrinsische Motivation z.B. Werte, Einstellungen und Erwartungen eine Rolle. Ich habe mich in meiner Arbeit auf die Bedeutung der Erwartungen konzentriert, da Werte und Einstellungen sehr individuell und somit schwierig zu erfassen sind. Außerdem ging ich von der Annahme aus, dass insbesondere Erwartungen der KlientInnen eine wichtige Bedeutung für die berufliche Integration haben.

---

<sup>1</sup> Vgl. Drosdowski, Müller, Scholze-Stubenrecht und Wermke (Hg.) 1990, S. 516.

Da die Aufnahme einer Arbeit oder der Einstieg in Weiterbildungs- und Ausbildungsmaßnahmen eine große Veränderung im Leben von arbeitslosen KlientInnen darstellt, habe ich das Konzept der „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ für diese Untersuchung gewählt. Items zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) beziehen sich immer auf Lebensbereiche, in denen Anstrengung oder Ausdauer nötig sind. Da die Selbstwirksamkeitserwartung für Verhaltensänderungen allgemein eine wichtige Variable ist, gehe ich davon aus, dass dies auch auf den beruflichen Bereich zutrifft. Das Konzept fragt nach der persönlichen Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben umzugehen. Selbstwirksamkeitserwartungen beziehen sich auf bestimmte Verhaltensweisen, die zu bestimmten Konsequenzen führen; für diese möglichen Konsequenzen haben Personen wieder Handlungs-Ergebniserwartungen. Beide Komponenten: Verhalten und Konsequenz sind somit für die Motivation und die Verhaltensregulation von Bedeutung.<sup>2</sup>

Mit Hilfe einer schriftlichen Befragung von substituierten KlientInnen wurden Daten erhoben, um Hinweise zu erhalten, wie die Effizienz der PSB im Bereich der beruflichen Integration erhöht werden kann. Im Zentrum der Studie stehen die aktuelle berufliche Situation und die subjektiven Einstellungen der KlientInnen zum Thema Arbeit. Die Untersuchung wurde in einer Einrichtung der Drogenhilfe durchgeführt, in welcher ich als Diplom-Sozialpädagogin beschäftigt war. Die Einrichtung vereint Methadonambulanz und Beratungsstelle unter einem Dach. Das Angebot richtet sich ausschließlich an KonsumentInnen von illegalen Drogen, sowie an Angehörige und Bezugspersonen von DrogengebraucherInnen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Jerusalem, Schwarzer 1999.

## 2 Theoretischer Teil

### 2.1 *Arbeitsintegration von Substituierten*

*„Arbeitslos im Sinne des § 16 SGB III ist, wer vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, eine versicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens 15 Wochenstunden sucht, dabei den Vermittlungsbemühungen des Arbeitsamtes zur Verfügung steht und sich beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldet hat. Langzeitarbeitslose sind gem. § 18 SGB III Arbeitslose, die ein Jahr und länger arbeitslos sind.“<sup>3</sup>*

Der Prozentsatz der Erwerbslosen unter Drogenabhängigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sehr hoch. Repräsentative Erhebungen zur Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit von Substituierten liegen in der Bundesrepublik leider nicht vor. Aufgrund von verschiedenen Studien, die im Folgenden näher erläutert werden, liegt der Anteil der erwerbstätigen Substituierten wahrscheinlich zwischen 10 und 40 Prozent. Aus dieser Zahl kann nicht der Schluss gezogen werden, dass der übrige Teil arbeitslos ist. Eine Gruppe der substituierten Opiatabhängigen fällt in die Kategorie der „Nichterwerbspersonen“, d.h. es handelt sich um RentnerInnen, Hausfrauen/-männer, SchülerInnen u.ä.<sup>4</sup> Betrachtet man Drogenabhängigkeit als chronische Erkrankung, dann liegt der Vergleich mit behinderten Personen nahe. Die spezifische Arbeitslosenquote schwerbehinderter Menschen lag 2001 bei 17 %.<sup>5</sup> Andere Gruppen von Suchtkranken sind weniger von Arbeitslosigkeit betroffen als Opiatabhängige: laut dem Jahrbuch Sucht 2000 lag die Rate von Erwerbslosen in stationären Einrichtungen bei 52 % für Alkoholabhängige und bei 74 % für Opiatabhängige.<sup>6</sup>

HeroinkonsumentInnen mit kompulsiven Gebrauchsmustern zeichnen sich im Vergleich zu Alkoholabhängigen durch ein frühes Einstiegsalter sowie den frühen Beginn der Abhängigkeit (mit durchschnittlich 18 Jahren) aus. Weiterhin unterscheidet sich die Gruppe der Heroinabhängigen durch einen hohen Anteil von Komorbidität, starke Konditionierungsprozesse, bedingt durch die Applikationsformen und die psychoaktive Wirkung der Substanzen, Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite, gesellschaftliche Ausgrenzung und Leben in Subkulturen. Nach Kuntze, Ladewig & Stohler 1998 haben ca. 45 % der Drogenabhängigen eine Persönlichkeitsstörung. Bei ungefähr 65 % der kompuls-

---

<sup>3</sup> Zit. Bundesanstalt für Arbeit 2002b, S. 282.

<sup>4</sup> Vgl. Kufner, Vogt und Weiler 1999, S. 51.

<sup>5</sup> Vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2002b, S. 284.

<sup>6</sup> Vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 1999, S. 168.

siven KonsumentInnen von harten Drogen liegt laut Kreuzer 1998 bereits vor dem Beginn des Substanzgebrauchs delinquentes Verhalten vor. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in stationäre Entwöhnungsbehandlungen bestehen neben der Abhängigkeit in der Regel folgende Probleme: soziale Isolation, gestörte Familienbeziehungen, Fehlen eines stützenden Netzwerks, keine dauerhaften Arbeitsverhältnisse und Vorliegen von verschiedenen psychischen Störungen.<sup>7</sup> Diese spezifischen Probleme von compulsiven KonsumentInnen illegaler Drogen erklären auch die größeren Schwierigkeiten im Bereich der beruflichen Integration im Vergleich zu anderen Abhängigen. Der frühe Beginn der Suchtentwicklung führt zu Defiziten in der Schul- und Berufsausbildung. Personen ohne Berufsabschluss sind deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als andere Gruppen. Die Arbeitslosenquote lag für Personen ohne Berufsabschluss im Jahr 2000 bei 19,4 % in Westdeutschland; diese Gruppe stellt in den alten Bundesländern ca. 46 % aller Arbeitslosen.<sup>8</sup>

Während des Erprobungsvorhabens Methadon in NRW wurde bereits die berufliche Situation der PatientInnen erhoben. Die Untersuchung fand im Frühjahr 1992 durch einen Fragebogen statt. Die Teilnahme war freiwillig. Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich 153 PatientInnen im Methadonprogramm. Davon sendeten 109 TeilnehmerInnen den Fragebogen zurück. Der Rücklauf betrug damit 71 %. In die Kategorie der „Nichtarbeitslosen“ fielen berufstätige Personen, TeilnehmerInnen von Bildungs- und Schulungsmaßnahmen sowie StudentInnen. 68 substituierte PatientInnen (62,4 %) gaben an, erwerbslos zu sein, 41 Personen (37,6 %) waren laut eigenen Angaben in Beschäftigung. Bei den 68 Erwerbslosen wurden allerdings 3 Frauen mit Kindern unter 12 Jahren mitgezählt. Insgesamt zeigte sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Substitutionsdauer und der Entwicklung der beruflichen Situation ( $p = 0,0001$ ). Je länger die Behandlungsdauer, desto höher war die berufliche Integration.<sup>9</sup>

In den Einrichtungen zur psychosozialen Begleitung der Palette e.V. Hamburg waren im Jahr 2000 64 % der Methadonsubstituierten arbeitslos. Die Einrichtungen haben im Jahresmittel 2000 rund 490 KlientInnen betreut.<sup>10</sup> Ähnlich sind die Zahlen aus der Studie „Modellprojekt zur Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei übergangsweisem Einsatz einer Substitution mit Methadon“. Der Modellversuch erfolgte zwischen 1995 und 1998, einschließlich einer 6-

---

<sup>7</sup> Vgl. Vollmer und Krauth 2001, S. 396-397.

<sup>8</sup> Vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2002a.

<sup>9</sup> Vgl. Klemm-Vetterlein 1992, S. 3-5.

<sup>10</sup> Vgl. Palette e.V. 2001, S. 7-10.

Monatskatamnese und setzte hochschwellige Kriterien zur Aufnahme in das Projekt an. Die Aufnahmebedingungen des Modellprojektes waren wesentlich enger gefasst als beispielsweise die momentanen Indikationskriterien nach den BUB-Richtlinien.<sup>11</sup> Die Behandlung gliederte sich in eine Klärungsphase von maximal sechs und in eine Rehabilitationsphase von höchstens 18 Monaten. Ziel der ambulanten medizinischen Rehabilitation war die völlige Suchtmittelfreiheit.<sup>12</sup> In die Auswertung der 6-Monatskatamnesen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation konnten Daten von 73 KlientInnen einbezogen werden. Der Anteil der Erwerbstätigen stieg von 19,2 % zu Beginn der Klärungsphase auf 33,3 % zum Zeitpunkt der 6-Monatskatamnesen.<sup>13</sup> Bei diesem Ergebnis ist aber zu berücksichtigen, dass insgesamt 341 KlientInnen in die Klärungsphase aufgenommen wurden, davon handelt es sich bei 19 TeilnehmerInnen um Wiederaufnahmen. Lediglich 122 KlientInnen traten im Anschluss in die Rehabilitationsphase über.<sup>14</sup> KlientInnen, die in die ambulante medizinische Rehabilitation aufgenommen wurden, waren in psychischer, körperlicher, strafrechtlicher und sozialer Hinsicht weniger belastet. Während der Klärungsphase hatte diese Gruppe weniger Beikonsum als die KlientInnen, die nicht in die Rehabilitationsphase übergetreten sind.<sup>15</sup> D.h. bei den Personen, die in der 6-Monatskatamnese befragt wurden, handelt es sich um eine stark selektierte Gruppe, so dass die Ergebnisse nicht übertragbar auf andere Populationen von Substituierten sind.

Im Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung „10 Jahre Methadonprogramm im Saarland“ wurde festgestellt, dass zum Abschluss der Untersuchung 72 % der TeilnehmerInnen arbeitslos waren. Zu Beginn des Methadonprogramms im Saarland waren 11 % erwerbstätig im Vergleich zu 21 % zum Zeitpunkt des Abschlussberichts.<sup>16</sup> Die Zielgruppe des saarländischen Methadon-Landesprogramms bestand aus mehrjährig i.v. opiatabhängigen Personen mit einem Mindestalter von 22 Jahren, bei denen Abstinenztherapien gescheitert bzw. zu Behandlungsbeginn kontraindiziert waren.<sup>17</sup> Durch die Behandlung mit Methadon stieg die Zahl der Erwerbstätigen, aber ein Großteil der Substituierten war auch während der Behandlung arbeitslos.

---

<sup>11</sup> Vgl. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 2003.

<sup>12</sup> Vgl. Kufner Vogt und Weiler 1999, S. 2-3.

<sup>13</sup> Vgl. Kufner Vogt und Weiler 1999, S. 279.

<sup>14</sup> Vgl. Kufner Vogt und Weiler 1999, S. 18.

<sup>15</sup> Vgl. Kufner Vogt und Weiler 1999, S. 82.

<sup>16</sup> (n = 263) vgl. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hg.) 2000, S. 23-25.

<sup>17</sup> Vgl. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hg.) 2000, S. 6.

Zum Vergleich: in der Gesamtbevölkerung der BRD lag die Arbeitslosenquote im Jahr 2002 bei 9,8 %.<sup>18</sup>

Im Alkoholbereich wurde der kausale Zusammenhang zwischen Sucht und Erwerbslosigkeit detaillierter erforscht als im Drogenbereich. Die Korrelation zwischen beiden Phänomenen ist offensichtlich vielschichtig, und einfache Erklärungsansätze werden dem Problem nicht gerecht. Hohe Prävalenzraten von gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum (täglich > 60 Gramm Reinalkohol) unter Erwerbslosen können einerseits durch die Arbeitslosigkeit an sich bedingt sein, oder sind andererseits Ausdruck von selektiven Mechanismen. Verschiedene Zusammenhänge konnten empirisch für Männer mit gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum belegt werden: zum Ersten, verlieren Arbeitslose mit ausgeprägten Alkoholproblemen überproportional häufig ihren Arbeitsplatz; zweitens, haben es Erwerbslose mit Alkoholproblemen, z.B. wegen gesundheitlicher Einschränkungen, vergleichsweise schwerer, wieder eine Stelle zu finden. Dies hat die Konsequenz, dass sich ihre Zahl in der Gruppe der Arbeitslosen mit der Zeit überproportional erhöht; drittens können hohe Prävalenzraten unter Erwerbslosen Ausdruck von überproportional hohen Alkoholismus- und Arbeitslosenquoten in unteren sozialen Schichten sein.<sup>19</sup>

Diese Ergebnisse aus der Alkoholforschung lassen vermuten, dass das Phänomen Arbeitslosigkeit bei Methadonsubstituierten ebenfalls ein vielschichtiges Problem ist, und einfache Erklärungsansätze nicht zutreffend sind. Die gesamte Arbeitsmarktsituation in der BRD hat einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitslosenquote unter Drogenabhängigen. In der Schweiz beispielsweise ist die Arbeitsmarktsituation mit einer Arbeitslosenquote von 2,8 % im Jahr 2002 deutlich entspannter als in Deutschland.<sup>20</sup> Dementsprechend ist auch die Arbeitslosenquote unter Heroinabhängigen niedriger. Die Basisevaluation und Querschnittsanalyse von 1992 bis 2000 des Zok11 in Zürich berücksichtigt die Daten von 3432 PatientInnen zum Zeitpunkt der Aufnahme. Zu Behandlungsbeginn waren davon 52,2 % arbeitslos, 35,2 % erwerbstätig, 7 % krank oder erwerbsunfähig und die restliche Gruppe teilte sich in die Kategorien „Delinquenz und Prostitution“, „Hausarbeit“ und „Ausbildung“ auf. Leider wurde zum Abschluss der Behandlung die berufliche Situation

---

<sup>18</sup> Vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2003.

<sup>19</sup> Vgl. Henkel 1999, S. 43-44.

<sup>20</sup> Vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft, Kommunikation / Information, Confoederatio Helvetica, Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2003.

nicht erneut abgefragt. Aber auch die Arbeitslosenquote zum Aufnahmezeitpunkt war schon deutlich niedriger als bei akut Heroinabhängigen in Deutschland.<sup>21</sup>

Erfolge in der Behandlung von Opiatabhängigen werden nicht zuletzt daran gemessen, ob es gelingt, sie in die Arbeitswelt und zu regulärem Einkommen zurückzuführen.<sup>22</sup> Die Berufstätigkeit von Methadonsubstituierten wird durch verschiedene Barrieren verhindert: Defizite an sozialen Kompetenzen, mangelhafte Schul- und Berufsausbildung, geringe Berufserfahrung, Vorstrafen, Verschuldung, unrealistische berufliche Erwartungen, mangelndes Selbstvertrauen, Motivations- und Gesundheitsprobleme, Vorurteile der ArbeitgeberInnen, Mangel an geeigneten Arbeitsplätzen für geringqualifizierte ArbeitnehmerInnen, Abstimmungsprobleme bezogen auf Arbeitszeiten und Vergabezeiten etc.<sup>23</sup> Insbesondere die physische und psychische Gesundheit ist ein entscheidender Faktor. Im Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, „10 Jahre Methadonprogramm im Saarland“ von 1990-1999, kamen die behandelnden ÄrztInnen zu der Einschätzung, dass ein Drittel der PatientInnen voll arbeitsfähig, ein Drittel teilweise und ein weiteres Drittel noch nicht oder nicht mehr arbeitsfähig ist.<sup>24</sup>

Die Sichtweise von Drogenabhängigkeit als Behinderung ist bisher noch wenig verbreitet. Im Zuge der Eröffnung neuer finanzieller Ressourcen wird diese Einordnung voraussichtlich zunehmen. Wahrscheinlich ist ein nicht unerheblicher Teil der substituierten PatientInnen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren. Nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeit wird bei PatientInnen in Substitutionsbehandlungen in der Regel ein Grad der Behinderung zwischen 30 und 50 % ausgesprochen.<sup>25</sup> Da aber nur wenige PatientInnen amtsärztlich untersucht werden, kann davon ausgegangen werden, dass diese Einschränkungen häufig nicht diagnostiziert sind, und somit auch keine entsprechende Unterstützung erfolgt.

---

<sup>21</sup> Vgl. ARUD-Zürich, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen 2002, S. 49.

<sup>22</sup> Vgl. Wettach, zit. nach Dombrowski, Steffen und Uchtenhagen 2000, S. 5.

<sup>23</sup> Vgl. French und Dennis et al., zit. nach Dombrowski, Steffen und Uchtenhagen 2000, S. 5.

<sup>24</sup> Vgl. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hg.) 2000, S. 23-25.

<sup>25</sup> Vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2002b, S. 231.

## **2.2 Arbeitslosigkeit und Gesundheit**

Arbeitslosigkeit stellt ein hohes Gesundheitsrisiko dar. Nachgewiesene psychische Folgen der Arbeitslosigkeit wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen können bei einer längeren Arbeitslosigkeit auch zu körperlichen Beschwerden führen. Die Rate der Suizidversuche und Suizide ist unter Arbeitslosen wesentlich höher als unter Berufstätigen. Selbsttötungsversuche kommen unter Arbeitslosen bis zu 20mal häufiger vor.<sup>26</sup> Auch führt der Verlust an längerfristiger Perspektive zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen. Bei arbeitslosen Jugendlichen zeigen sich stärkere Ausprägungen im Bereich der psychischen Inaktivität, des sozialen Rückzugs, der Desorganisation der Schlaf- und Eßgewohnheiten und ein höherer Konsum von Alkohol und Tabak.<sup>27</sup>

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wurde auch auf internationaler Ebene erforscht. Prof. Dr. Harvey Brenner stellte während des Kongresses „Armut und Gesundheit“ am 1. und 2. Dezember 2000 in Berlin einen Forschungsüberblick zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ vor. Ziel verschiedener Studien war die Überprüfung der Folgen der hohen Arbeitslosigkeit in Europa, bezogen auf die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung. Zu diesem Zweck wurden Daten aus den Vereinigten Staaten, Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Schweden und Großbritannien verglichen. Aufgrund der niedrigen Beschäftigungslosenzahlen, in den USA zwischen 3-5 %, im Unterschied zu Europa, mit Raten zwischen 9-12 %, dienten die Daten aus den Vereinigten Staaten als Vergleichsgröße. In allen Ländern existiert eine signifikante Beziehung zwischen erhöhter Arbeitslosigkeit und Zunahme der Gesamttodesraten, die sich über einen Zeitabstand von ca. 0-17 Jahren hinzieht. Zusätzliche Untersuchungen zeigten, dass in allen Ländern einzelne kurzfristige Beziehungen, gewöhnlich mit einem Zeitabstand von 0-2 Jahren, zwischen Nichtbeschäftigung und Todesraten bestehen, die ebenfalls signifikant waren. Detaillierter wurde der Zusammenhang der Arbeitslosigkeit und verschiedener Todesarten (insbesondere kardiovaskuläre Todesarten) für die USA, Westdeutschland und Großbritannien geprüft. Dabei wurden epidemiologische Variablen, protektive Faktoren (z.B. das reale Pro-Kopf-Einkommen) und weitere Risikofaktoren (Pro-Kopf-Verbrauch von Alkohol, Tabak und Fettkonsum) statistisch kontrolliert. Diese sorgfältige Analyse unterstützt die zentrale Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und

---

<sup>26</sup> Vgl. Platt, zit. nach Kieselbach 1996, S. 50.

<sup>27</sup> Vgl. Kieselbach 1996, S. 50-51.

Gesundheit. In allen 11 Ländern wurde außerdem eine positive Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Suiziden festgestellt.<sup>28</sup>

Ebenfalls sichtbar werden die Gesundheitsprobleme von Arbeitslosen in den Statistiken der Gesetzlichen Krankenkassen der Bundesrepublik Deutschland. Ein Vorteil dieser Daten ist, dass ca. 90 % der Bevölkerung gesetzlich versichert sind und somit der größte Teil der Bevölkerung erfasst wird. Im Jahr 1999 wurde im Auftrag der Gmünder Ersatzkasse eine Studie zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ durchgeführt. Die Ergebnisse decken sich mit den obengenannten Erkenntnissen. Das herausragendste Ergebnis ist die hohe Inanspruchnahme stationärer Leistungen bei Arbeitslosen. Männliche Erwerbspersonen, die arbeitslos gemeldet sind, verbrachten 1998 ca. doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie berufstätige Männer. Bei Frauen liegt der Faktor mit 1,5 etwas niedriger. Ein interessantes Bild liefert die Aufgliederung in die wichtigsten Diagnosen hinsichtlich stationärer Leistungstage: für Männer hat der Alkoholkonsum eine wichtige Bedeutung. Etwa 10 % aller Krankenhaustage von männlichen Arbeitslosen entfallen allein auf die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“, die damit im Vergleich zu Berufstätigen zehn mal mehr Leistungstage verursacht. Bezogen auf 1000 Versicherungsjahre verbrachten 1998 arbeitslose Männer 229 Tage wegen Alkoholabhängigkeit im Krankenhaus, während es bei den übrigen Versicherten nur 25 Tage waren. Ebenfalls häufig tritt die Diagnose „Medikamenten und Drogenabhängigkeit“ als Ursache für Krankenhausaufenthalte auf. Im Jahr 1998 entstanden wegen „Medikamenten- und Drogenabhängigkeit“ 66 Krankenhaustage bei arbeitslosen Männern, bezogen auf 1000 Versicherungsjahre. Die übrigen Versicherten verbrachten dagegen nur drei Tage für die genannte Diagnose im Krankenhaus. Ebenfalls stark erhöht ist die Anzahl der Krankenhaustage bei arbeitslosen Männern durch schizophrene Psychosen, Neurosen und Suchtfolgeerkrankungen. Bei weiblichen Arbeitslosen zeigt sich bezüglich der Diagnosen, die einen Krankenhausaufenthalt verursachen, ein anderes Bild. Lässt man die Krankenhaustage, die durch Entbindungen und Schwangerschaften entstehen, beiseite, dann überwiegen bei arbeitslosen Frauen die Krankenhaustage durch folgende Diagnosen: Neurosen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und affektive Psychosen. Aufgrund der genannten psychischen Störungen und Krankheiten verbrachten 1998 arbeitslose Frauen 245 Tage, bezogen auf 1000 Versicherungsjahre, im Krankenhaus. Bei den übrigen Versicherten waren es lediglich 83 Tage. Trotzdem sind die Diagnosen der Alkoholabhängigkeit und der Medikamenten- und Drogenabhängigkeit bei arbeitslosen

---

<sup>28</sup> Vgl. Brenner 2000.

Frauen überproportional häufig: bei den arbeitslosen Frauen entstanden wegen Alkoholabhängigkeit 34 Krankenhaustage im Vergleich zu fünf Tagen bei den übrigen versicherten Frauen. Drogen- und Medikamentenabhängigkeit führte bei weiblichen Erwerbslosen 1998 zu 21 Krankenhaustagen bezogen auf 1000 Versicherungsjahre, während die anderen versicherten Frauen lediglich drei Tage wegen der genannten Diagnose im Krankenhaus verbrachten. Es zeigt sich, dass in der Datenauswertung der Krankenkassen insbesondere Arbeitslosigkeit in einem starken Zusammenhang mit psychischen Störungen und Krankheiten steht.<sup>29</sup>

Die Frage nach Ursache und Wirkung kann anhand der Daten nicht geklärt werden, obwohl die internationalen Untersuchungen vermuten lassen, dass die Annahme „gesundheitlich beeinträchtigte Menschen werden überproportional häufig arbeitslos, und deshalb finden sich unter den Arbeitslosen vermehrt kranke Menschen“, nicht alleine für die Korrelation zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit verantwortlich sein kann. Sonst gäbe es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen erhöhter Gesamtmortalität und höheren Arbeitslosenquoten. Möglich ist allerdings noch eine dritte Variable, die sowohl die Mortalitätsraten als auch die Arbeitslosenquoten beeinflusst. Leider wurden in den vorliegenden Quellen keine genauen Angaben zum Stichprobenumfang und zur Repräsentativität gemacht. Es handelt sich jedoch offensichtlich um große Stichproben. Bei den internationalen Studien ist unklar auf welche genauen Zeiträume sich die verschiedenen Untersuchungen beziehen.

### **2.3 Berufstätigkeit als suchtherapeutisches Ziel**

Ziele in der Suchthilfe bilden den Horizont, auf den sich das therapeutische Vorgehen ausrichtet. Ohne Ziele ist die Arbeit mit Drogenabhängigen orientierungslos. Sie bilden die Messlatte, an der Erfolg von Behandlungen und Hilfsangeboten gemessen werden kann.<sup>30</sup>

In der Suchthilfe sind Zielformulierungen häufig auf der Ebene von Zielpostulaten angesiedelt. Es handelt sich in der Regel um eine Auflistung von wünschenswerten Zielen, bei denen die Reihenfolge in der diese Ziele erreicht werden sollen, meist unklar bleibt. Die Frage, warum ein bestimmtes Ziel angestrebt werden soll, wird ebenfalls nur selten beantwortet. Auch sind die Formulierungen meist vage, so dass eine Überprüfung der Zielerreichung und somit des Behandlungserfolgs nicht möglich ist. Teilweise werden Ziele angegeben, die für einen Großteil der KlientInnen nicht erreichbar sind. So ist

---

<sup>29</sup> Vgl. Sammet 2000.

<sup>30</sup> Vgl. Körkel 2000, S. 5.

beispielsweise das Fernziel „Abstinenz“ in der heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen bezüglich der Erreichbarkeit und Wünschbarkeit kritisch zu bewerten.<sup>31</sup> Im Folgenden wird ein typisches Beispiel für die Behandlungsziele der Methadonsubstitution aufgezeigt. Die Ziele sind auf der Ebene des Verbundsystems der Drogenhilfe Köln e.V. formuliert worden. Eine kritische Auseinandersetzung bezieht sich nicht auf den tatsächlichen Umgang mit Zielen in der Behandlung. Außerdem muss bei Zielformulierungen berücksichtigt werden, dass die Träger der Suchthilfe den Interessen der Kostenträger Rechnung tragen müssen.

- *„Verhinderung des Drogentodes*
- *Stabilisierung und Verbesserung von Begleit- und Folgeerkrankungen (z.B. AIDS, Hepatitis, Lues, aber auch Abszesse, Thrombosen, Endokarditis etc.)*
- *Abbau von psychosozialen Belastungen wie Beschaffungskriminalität, Prostitution, Obdachlosigkeit etc.*
- *Behandlung von zusätzlichen Erkrankungen (z.B. Psychosen), Überleitung in die medizinische Regelversorgung*
- *Bearbeitung der Suchterkrankung, langfristige Abstinenz*
- *Berufliche und soziale Integration*“<sup>32</sup>

Diese Auflistung zeigt, dass es sich teilweise um moralische Sätze handelt und nicht um operationalisierbare und begründete Ziele. Ist z.B. Prostitution, Beschaffungskriminalität und Obdachlosigkeit für jede Patientin oder jeden Patienten eine psychosoziale Belastung? Oder hat ein Großteil der PatientInnen den Wusch oder die Fähigkeit, die Suchterkrankung zu bearbeiten und langfristig abstinent zu sein? Was bedeutet „soziale Integration“ in diesem Zusammenhang? Ist Abstinenz eine Voraussetzung für die berufliche und soziale Integration? Obwohl die Ziele auf den ersten Blick plausibel klingen, ist doch im Grunde unklar, was genau damit gemeint ist und warum sie erstrebenswert sind. Behandlungsziele spiegeln Werte, Menschenbildannahmen und Interessen verschiedener Beteiligter wieder. Insbesondere spielen die Interessen der Kostenträger eine große Rolle.

„Neben Menschenbildannahmen fließen in Zielbegründungen grundlegende Werte ein, auf die man u.a. bei der Suche nach ‚Letztbegründungen‘ von Zielen stößt. Universalisierbare, d.h. mit Gültigkeitsanspruch für alle Menschen gedachte Grundwerte, die man in hohem Maße für schützens bzw. erstrebenswert hält, kann man als ‚ethische Maximen‘, ‚ethische Leitlinien‘ bzw. ‚ethische Leitplanken‘ (Uchtenhagen 1995, S.11) bezeichnen.“<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Vgl. Uchtenhagen, Gutzwiller und Dobler-Mikola (Hg.) 1997, S. 13.

<sup>32</sup> Zit. Drogenhilfe Köln e.V. 2001.

<sup>33</sup> Zit. Körkel 1998.

Nach der vertretenen Auffassung von Prof. Dr. Joachim Körkel folgen daraus folgende ethische Leitlinien für die Suchthilfe:

**Abbildung 1: Ethische Maximen zur Zielbeurteilung/-begründung in der Suchthilfe<sup>34</sup>**

- *Übergeordnete Maximen:*  
„Es soll nicht über einen Menschen verfügt werden.“
- *Daraus abgeleitete Maximen:*
  1. „Jeder Mensch soll ein unverfügbares Lebensrecht besitzen.“
  2. „Es soll nichts gegen den Willen eines Menschen geschehen.“
- *Aus Satz 2 wiederum lassen sich als Folgerungen ableiten:*
  - 2.1. „Es sollen nur Ziele verfolgt werden, die mit dem Klienten explizit vereinbart worden sind.“
  - 2.2. „Die durch Sucht und andere Bedingungen eingeschränkte Autonomie soll gefördert werden.“
- *Ergänzender ethischer Grundsatz (,Brückenprinzip‘ nach Albert, 1962):*  
„Von einem Menschen soll nichts gefordert werden, was zu erbringen er im Moment nicht in der Lage ist (,Sollen setzt Können voraus‘).“

Aus diesen ethischen Maximen folgt, dass Ziele nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Klienten oder der Klientin angestrebt werden sollen. Die Förderung der Autonomie sollte bei der Behandlung von Drogenabhängigen immer im Zentrum stehen.<sup>35</sup> Deshalb ist eine obligatorische Teilnahme von MethadonpatientInnen an Betreuungs- und Therapiemaßnahmen kritisch zu bewerten. Ein solcher Verpflichtungsmechanismus kann außerdem bei den KlientInnen Widerstand hervorrufen. Die Etablierung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung wird dadurch erschwert.<sup>36</sup> Die Selbstbestimmung des Menschen stellt auch ein Hauptziel in therapeutischen Ansätzen dar, die nicht suchtspezifisch sind. In der Selbstmanagement-Therapie ist beispielsweise die Autonomie und Selbstregulation der KlientInnen das zentrale Ziel einer Behandlung.<sup>37</sup>

Neben den ethischen Erwägungen spricht auch die Wirksamkeit von selbstgesetzten Zielen dafür, die Ziele der KlientInnen in den Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit zu stellen. Selbstgesetzte Ziele werden mit höherer Anstrengung und Ausdauer verfolgt als Ziele, die von außen vorgegeben werden. Auch der abschließende Erfolg bei selbstgewählten Zielen

---

<sup>34</sup> Nach Körkel 1998 und vgl. Albert 1962.

<sup>35</sup> Vgl. Körkel 1998.

<sup>36</sup> Vgl. Gerlach 1999.

<sup>37</sup> Vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000, S. 15.

ist höher als bei fremdbestimmten Vorgaben. Außerdem fördert die Selbstverpflichtung die Fähigkeit, unrealistische Ziele aufzugeben, wenn die PatientInnen durch Ausprobieren feststellen, dass ihr angestrebtes Ziel nicht erreichbar ist. Diese Überlegenheit von selbstbestimmten Zielen zeigt sich sowohl allgemein bei der Überwindung von klinischem Problemverhalten als auch spezifisch bei der Veränderung von Suchtverhalten. Die Untersuchungsergebnisse zur Wirksamkeit von Zielen legen nahe, dass Verhaltensänderungen begünstigt werden, wenn Ziele selbst- und nicht fremdbestimmt werden. Im Alltag stimmen Zielvorstellungen von TherapeutInnen und KlientInnen häufig nicht überein. In einer Studie von Schönthal (1993) wurden 18 Opiatabhängige und sechs TherapeutInnen während einer stationären Kurzzeittherapie 18 ausgewählte Ziele und Werte vorgelegt, mit der Bitte, sie nach subjektiver Wichtigkeit zu ordnen. Zwischen der Rangfolge der Ziele der TherapeutInnen und der KlientInnen gab es keinen überzufälligen Zusammenhang ( $r = 0,13$ ,  $p > 0,05$ ). Diese Befunde lassen vermuten, dass die Beteiligten nicht ausreichend über die Ziele des anderen informiert waren und keine tragfähige Vereinbarung über die angestrebten Behandlungsziele getroffen worden ist.<sup>38</sup>

Die Ergebnisse einer Studie zum Thema „Bewertung der Methadonsubstitution durch Opiatabhängige“ lassen vermuten, dass für einen Großteil der Substituierten basale Therapieziele der Methadonbehandlung die größte Relevanz haben. In zwei Erhebungen wurden Daten von 73 bzw. 101 langjährig substituierten PatientInnen mittels eines selbstentwickelten Fragebogens erhoben. Aus Sicht der PatientInnen hatte sich ihre Situation im Verlauf der Behandlung deutlich verbessert. Dies betraf vor allem basale Therapieziele wie Wegfall des Beschaffungsdrucks, Verminderung krimineller Aktivitäten und Lösung aus der Drogenszene. Bei retrospektiver Erfassung war das Erreichen dieser Ziele für die ProbandInnen die wichtigste Erwartung an die Substitutionsbehandlung. Die Mehrheit langjährig substituierten PatientInnen war also mit dem Erreichen grundlegender Ziele zufrieden. Weitere Ziele wie berufliche Integration oder Abstinenz, waren für die Befragten nicht von hoher Relevanz.<sup>39</sup>

Es ist empirisch gut belegt, dass die Mehrheit der substituierten Opiatabhängigen tatsächlich grundlegende Ziele im Bereich Gesundheit und Kriminalität erreicht.<sup>40</sup> Das zusätzliche Angebot psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung verbessert nicht notwendig die Behandlungsergebnisse.<sup>41</sup> Eine kontinuierliche Abstimmung von

---

<sup>38</sup> Vgl. Schönthal zit. nach Körkel 2000, S. 6.

<sup>39</sup> Vgl. Scherbaum, Specka, Roloff-Stachel und Meiering 2002, S. 117.

<sup>40</sup> Vgl. Senay, zit. nach Scherbaum, Specka, Roloff-Stachel und Meiering 2002, S. 122.

<sup>41</sup> Vgl. Avants und Margolin, zit. nach Scherbaum, Specka, Roloff-Stachel und Meiering 2002, S. 122.

Bedürfnissen der PatientInnen und therapeutischen Angeboten erscheint deshalb sinnvoll und notwendig.<sup>42</sup>

Aus Sicht der Kostenträger ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die berufliche Integration ein allgemeines Ziel der Methadonsubstitution. Hier geht es in erster Linie um Kostensenkung, d.h. dass die PatientInnen weniger Gesundheitskosten verursachen, wieder Beitragszahler werden sollen und sich Unterstützungsleistungen, Berufs- sowie Erwerbsunfähigkeitsrenten reduzieren.<sup>43</sup> Im suchttherapeutischen Alltag ergeben sich Konflikte im Zielbegründungsprozess, wenn neben den Zielinteressen der abhängigen Person beispielsweise die Ziele der Kostenträger, des behandelnden Arztes, der betreuenden Sozialarbeiterin und der Angehörigen mit ins Spiel kommen.<sup>44</sup> Ohne eine gemeinsame Zielklärung ist es unwahrscheinlich, dass alle die gleichen Ziele anstreben.

Das vorherrschende Fernziel in der Arbeit mit Abhängigen ist immer noch die Abstinenz von Suchtmitteln. Stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind diesem Ziel weiterhin verpflichtet. In zwei Studien wurden alkohol- und drogenabhängige Personen während einer abstinenzorientierten Therapie zu ihren konsumbezogenen Zielen befragt. Am Ende der Therapie bekennt immerhin ein Drittel der Befragten, dass „totale Abstinenz“ nicht das Ziel ihrer Wahl ist. Werden in der praktischen Suchtarbeit die „wirklichen“ Ziele der KlientInnen nicht aufgegriffen, dann besteht die Gefahr, dass an einem Teil der Personengruppe „vorbeitherapiert“ wird, und sie keine Unterstützung auf dem Weg zu ihren eigentlichen Zielen erhalten.<sup>45</sup>

Aufgrund der aufgeführten Schwierigkeiten bei der Formulierung und ethischen Begründung von Behandlungszielen, empfiehlt Prof. Dr. Körkel eine Abstufung von Behandlungszielen, die dem individuellen Wollen und Können der KlientInnen ausreichend Spielraum lässt. Das Modell ist angelehnt an das Zielspektrum von Schwoon und Krausz 1990.

---

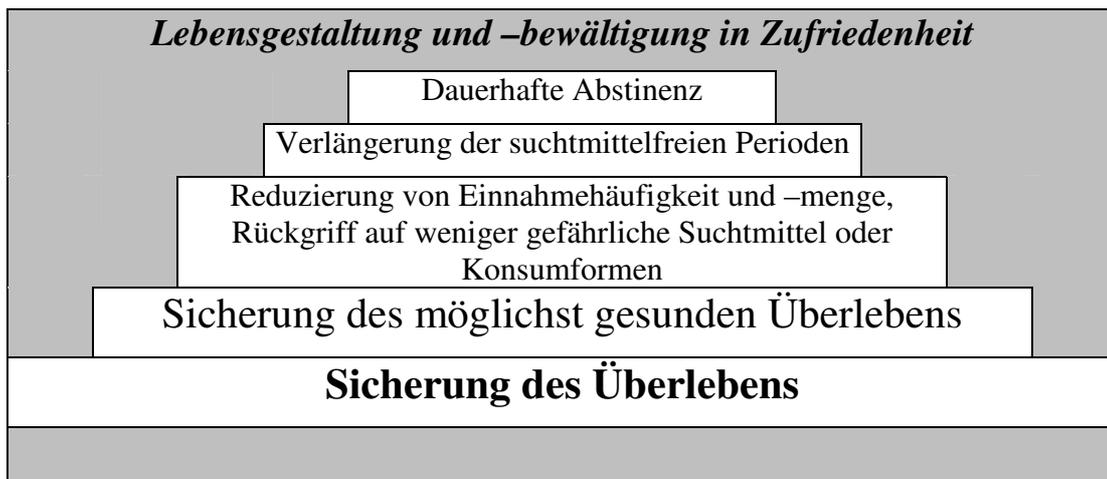
<sup>42</sup> Vgl. Scherbaum, Specka, Roloff-Stachel und Meiering 2002, S. 122.

<sup>43</sup> Vgl. Kufner, Vogt und Weiler 1999, S. 2-4.

<sup>44</sup> Vgl. Körkel 1998.

<sup>45</sup> Vgl. Körkel 2000, S. 6.

**Abbildung 2: Suchtmittelbezogenes Zielspektrum für die Suchthilfe<sup>46</sup>**



Aus ethischen Gründen ist also auch bei dem Ziel „Verbesserung der beruflichen Integration“ Voraussetzung, dass die KlientInnen selbst den Wunsch haben, sich fortzubilden oder zu arbeiten, und sie auch dazu in der Lage sind. Entscheidend ist also, ob aus Sicht der KlientInnen Berufstätigkeit zu ihrer Vorstellung von einem zufriedenen Leben gehört. Wenn die berufliche Integration ein selbstgewähltes Ziel ist, dann können sich Veränderungen in diesem Bereich positiv auf andere Lebensbereiche auswirken. Wie bereits erwähnt, besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Konsumverhalten.

Die Ausübung einer Berufstätigkeit ist u.a. deshalb für das Individuum so bedeutsam, weil sie die materielle Autonomie fördert, die Tendenz zu Straftaten reduziert, das Selbstwertgefühl positiv beeinflusst, neue soziale Kontakte ermöglicht und den Tagesablauf strukturiert. Erwerbsarbeit kann also gleichzeitig ein Erfolgsindikator sowie ein Erfolgsprädiktor sein.<sup>47</sup>

Im Alkoholbereich gibt es laut Prof. Bönner, Leiter der Forschungsstelle für Psychosoziale und Psychosomatische Prävention und Rehabilitation in Marburg, keinen nachgewiesenen statistischen Zusammenhang, der auch nur annähernd die Bedeutung hat, wie der zwischen Rückfall und drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit. Waldow und Klink konnten 1984 nachweisen, dass in einem Katamnesezeitraum von 18 Monaten nach

<sup>46</sup> Modifiziert nach Körkel & Kruse, nach Körkel 1998.

<sup>47</sup> Vgl. Dombrowski, Steffen und Uchtenhagen 2000, S. 5.

Entwöhnungsbehandlungen Rückfallquoten von 35-45 % bei arbeitslosen und 15-20 % bei beschäftigten Abhängigen zu finden waren.<sup>48</sup>

## **2.4 Selbstwirksamkeitserwartung**

Die zentrale Idee Banduras zur Theorie der Selbstwirksamkeitserwartung ist der Mensch als verursachendes Subjekt für Ereignisse in seiner Umwelt. Das Streben nach Kontrolle über die Umwelt wird als Hauptmotiv und die Erfahrung der Effizienz als wichtigster Verstärker für das Verhalten betrachtet.<sup>49</sup>

Nach diesem Modell bildet der Mensch zwei Typen von Erwartungen aus: erstens die Erwartung, ob und inwiefern er in der Lage sein wird, innerhalb einer Situation ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und zweitens die Erwartung, ob sein Verhalten zu dem erwünschten Ergebnis führt. Bandura konnte 1977 zeigen, dass die Erwartungen darüber, inwiefern eine Verhaltensweise dazu führt, kurz- und langfristig die erwünschten Effekte zu erzielen, entscheidend für die Veränderung von Verhalten ist. KlientInnen, die sich überwiegend fremdbestimmt fühlen und glauben, wenig Einfluss auf ihr Leben nehmen zu können, hätten demnach größere Schwierigkeiten, ihre Handlungsmuster dauerhaft zu verändern. Die Selbstwirksamkeitserwartung, und nicht so sehr automatisierte Reaktionsweisen, bedingen die Stabilität einer Verhaltensänderung. Bandura prägte mit diesem Ansatz den Begriff „self-efficacy“.

Teilweise werden auch andere Begriffe verwendet, die den gleichen oder zumindest einen sehr ähnlichen Ansatz beschreiben. Körkel verwendet beispielsweise den Begriff „Kompetenzüberzeugungen“ zur Beschreibung der Zuversicht abstinenter KlientInnen, in Risikosituationen Rückfälle zu vermeiden.<sup>50</sup> Ein anderer Begriff ist in diesem Zusammenhang „Veränderungszuversicht“, der eher bei AkutkonsumentInnen Anwendung findet, wenn es um die Frage geht, ob sie sich eine Veränderung des Drogengebrauchs zutrauen.<sup>51</sup> Im Prinzip beschreiben diese Begriffe das Vertrauen einer Person, in ihren eigenen Fähigkeiten erfolgreich zu sein.<sup>52</sup>

---

<sup>48</sup> Vgl. Neuberg 2001, S. 20.

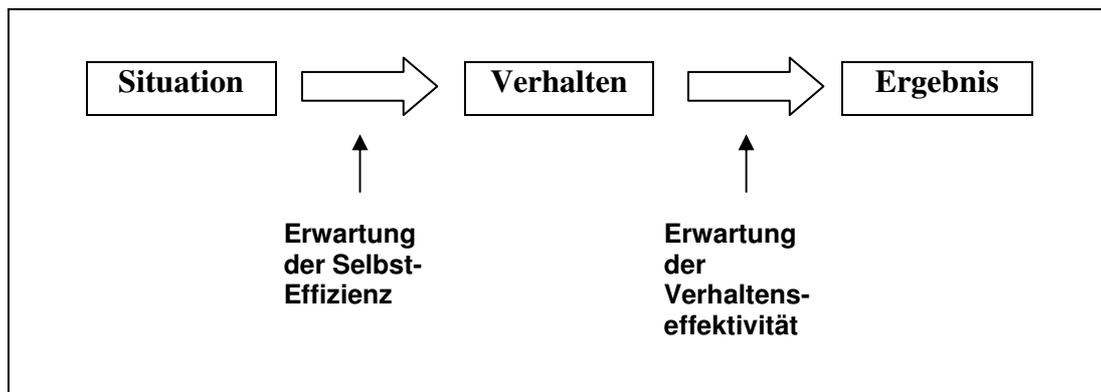
<sup>49</sup> Vgl. Bandura, zit. nach Mielke 1984, S. 75.

<sup>50</sup> Vgl. Körkel 2000, S. 7.

<sup>51</sup> Vgl. Kruse, Körkel und Schmalz 2001, S. 185-186.

<sup>52</sup> Vgl. Miller und Rollnick 1999, S. 48.

**Abbildung 3: Prinzip der self-efficacy nach Bandura 1977<sup>53</sup>**



Für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit hieße das beispielsweise: die betroffene Person bildet Erwartungen, ob sie in der Lage sein wird, in Versuchungssituationen oder beispielsweise bei negativen Gefühlszuständen, selbstsichere Reaktionen zu zeigen, die sie in der Therapie gelernt hat. Dabei handelt es sich um Erwartungen der Selbst-Effizienz. Weiterhin entwickelt die Person Erwartungen, inwiefern diese Reaktionen zu kurz-, mittel- und langfristigen erwünschten Ergebnissen führen: z.B. positive Reaktionen der Familie oder Erhalt des Arbeitsplatzes.

Die Bedeutung von Optimismus für den Verlauf von Heilungsprozessen ist schon früh beschrieben worden.<sup>54</sup> Fühlt ein Mensch sich hilflos gegenüber seinen Verhaltensweisen und sieht keinen Weg für Veränderung, dann sind Verweigerung und Abwehr häufig die Folge.<sup>55</sup>

In der Suchttherapie spielt die Selbstwirksamkeitserwartung besonders im Bereich der Veränderungsmotivation und der Rückfallprävention eine wichtige Rolle. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist eine wichtige Voraussetzung, um Veränderungen anzustreben. Außerdem ist sie ein guter Indikator für das Behandlungsergebnis.<sup>56</sup>

<sup>53</sup> Nach Bandura, nach Reinecker 1999, S. 104.

<sup>54</sup> Vgl. Frank; Miller, zit. nach Miller und Rollnick 1999, S. 48.

<sup>55</sup> Vgl. Rogers und Mewborn, zit. nach Miller und Rollnick 1999, S. 48.

<sup>56</sup> Vgl. Miller und Rollnick 1999, S. 72.

Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Behandlungserfolg wurde in verschiedenen Studien empirisch belegt. Abstinente PatientInnen zeichnen sich in der Regel durch höhere Selbstwirksamkeitserwartungen oder eine stärkere Zunahme der Abstinenzzuversicht während der Behandlung aus. Untersuchungen an gesunden ProbandInnen belegten bei SchülerInnen, College-StudentInnen und schwangeren Frauen eine Korrelation zwischen hohen Selbstwirksamkeitserwartungen und niedrigem bzw. reduziertem Alkoholkonsum.<sup>57</sup>

Das Modell der Selbstwirksamkeitserwartung ist im Bereich der Behandlung von Alkoholabhängigen weiter verbreitet und besser erforscht als für die Behandlung von Heroinabhängigen. Therapiestudien bei compulsiven OpiatkonsumentInnen zeigen einen ähnlichen regulativen Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen auf das Konsumverhalten wie bei Alkoholabhängigen. Das Gleiche gilt für die Rückfallprävention.<sup>58</sup>

Gossop und MitarbeiterInnen führten eine Studie mit HeroinkonsumentInnen durch, um protektive Faktoren, bezogen auf den Substanzkonsum nach der Therapie, zu identifizieren. Es wurden sowohl kurzfristige als auch langfristige Veränderungen der Konsummuster miteinbezogen. Folgende Faktoren sagten konsistent eine langfristige Reduzierung des Drogenkonsums voraus: hohe Kompetenzüberzeugungen bezogen auf die Abstinenz von illegalen Drogen, Vorhandensein unterstützender sozialer Beziehungen und zielbewusstes Engagement in beruflicher Hinsicht.<sup>59</sup>

Drogenabhängige, die sich nach einer Entwöhnungsbehandlung für die absolute Abstinenz entscheiden, haben höhere Kompetenzüberzeugungen bezogen auf den Umgang mit Rückfallrisiken, als KlientInnen, die eher kontrollierte Konsumformen nach der Behandlung anstreben. Es scheinen also Zusammenhänge zwischen Konsumzielen und Selbstwirksamkeitserwartungen zu bestehen. Dieser Befund legt nahe, sich während der Therapie insbesondere bei KlientInnen mit dem Ziel „moderater Konsum“, intensiv mit der Förderung realistischer Kompetenzüberzeugungen zu beschäftigen. KlientInnen die sich selbst eine hohe „Rückfallimmunität“ zuschreiben, haben nach dem heutigen Forschungsstand bessere Chancen, dauerhaft abstinent zu bleiben.<sup>60</sup>

---

<sup>57</sup> Vgl. Demmel 2001, S. 171-188.

<sup>58</sup> Vgl. Bandura 1997, S. 364.

<sup>59</sup> Vgl. Gossop, Green, Phillips und Bradley, zit. nach Bandura 1997, S. 364.

<sup>60</sup> Vgl. Körkel 2000, S. 7.

Reilly und seine MitarbeiterInnen untersuchten 1995 die Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartung bei PatientInnen während verschiedener Phasen einer sechsmonatigen ambulanten Methadonentzugsbehandlung. Die Kompetenzüberzeugungen, sich vom illegalen Opiatkonsum zu enthalten, nehmen von Beginn der Behandlung an zu und stabilisieren sich auf einem moderaten Niveau, wenn eine Erhaltungsdosis erreicht ist. Bei der schrittweisen Reduzierung des Methadons verringern sich die Kompetenzüberzeugungen wieder. Die Selbstwirksamkeitserwartung kann den Drogenkonsum in kritischen Situationen vorhersagen: je höher die Kompetenzüberzeugungen zu Beginn der Behandlung und vor der geplanten Abdosierung, desto geringer der folgende Drogenkonsum. Die Konsummuster vor der Substitution wurden bei der Untersuchung berücksichtigt. Unabhängig davon bleibt der Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung auf das Konsumverhalten nach der Behandlung bestehen.<sup>61</sup>

Bei alkoholabhängigen PatientInnen zeigt sich im ersten Jahr nach der Entwöhnungsbehandlung, dass sich die Kompetenzüberzeugungen von abstinenten PatientInnen zunehmend angleichen, während die Urteile rückfälliger PatientInnen sich auseinander entwickeln. Rückfällige Alkoholabhängige können grob in zwei Gruppen eingeteilt werden: die „Optimisten“ und die „Pessimisten“. Für die Behandlung bedeutet das, dass es zweifelsohne sinnvoll ist, die Selbstwirksamkeitserwartung entmutigter PatientInnen zu fördern. Selbstüberschätzung und Zweckoptimismus scheinen hingegen nicht zu einem positiven Behandlungsergebnis im Sinne der Abstinenz beizutragen. Bei den „Optimisten“ wurde ein Zusammenhang mit dem Persönlichkeitsmerkmal „Angstabwehr“ festgestellt. Ängste und daraus resultierend eine geringe Bereitschaft, sich mit Rückfallrisiken auseinander zusetzen, könnten ein Grund für unrealistisch positive Erwartungen sein. Bei diesen PatientInnen sollte der Zweckoptimismus nicht gefördert werden. In der Therapie wird es allerdings schwierig sein, zwischen realistischen und unrealistischen Erwartungen zu unterscheiden und darüber hinaus die Entmutigung der PatientInnen zu vermeiden.<sup>62</sup>

Die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung hat nach den genannten Befunden überwiegend positive Auswirkungen auf die Entwicklung der KlientInnen. Allerdings kann sich die Überschätzung der eigenen Kompetenzen auch nachteilig auf das Konsumverhalten auswirken. Es ist also nicht bei jedem Klienten sinnvoll, die Selbstwirksamkeitserwartung zu fördern. Bei unrealistischen positiven Einschätzungen der

---

<sup>61</sup> Vgl. Reilly, Sees, Shopshire, Hall, Delucchi, Tusel, Banys, Clark, und Piotrowski, zit. nach Bandura 1997, S. 365.

<sup>62</sup> Vgl. Demmel 2002, S. 454-456.

eigenen Fähigkeiten könnten beispielsweise Methoden der Rational-Emotive-Therapie hilfreich sein. Die Disputation und Veränderung irrationaler Einstellungen kann PatientInnen helfen, eine realistische Selbsteinschätzung zu entwickeln und sich mit persönlichen Rückfallrisiken auseinander zu setzen. Die Methoden der RET können auch bei unrealistisch negativen Erwartungen sinnvoll eingesetzt werden.<sup>63</sup>

## **2.5 Selbstwirksamkeitserwartung und berufliche Integration**

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung zeigt Überschneidungen mit dem Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ von Seligmann.<sup>64</sup> Dieser sozialpsychologische Ansatz beschäftigt sich mit dem Verhalten von Menschen, die mit gänzlich unkontrollierbaren oder zufälligen Ereignissen konfrontiert werden. Wenn Menschen längere Zeit unangenehmen und unkontrollierbaren Ereignissen ausgesetzt werden, stellen sie schließlich alle Versuche, die Situation zu verändern, ein oder entziehen sich ihr ganz. Wenn eine Person also mit einer Konsequenz konfrontiert wird, die von ihrem Verhalten unabhängig ist, dann lernt sie, dass das Ergebnis unabhängig von ihren Reaktionen ist. Dieser Zustand der erlernten Hilflosigkeit ist sowohl bei Tieren als auch bei Menschen zu beobachten. Nach Naturkatastrophen oder langen Phasen des Hungers beispielsweise, reagieren Menschen oft mit Passivität oder Resignation. Die erlernte Hilflosigkeit kann aber auch eine Reaktion auf weniger dramatische Umstände sein: lange Arbeitslosigkeit, Partnerlosigkeit oder soziale Isolation etc. Menschen, die in einem Bereich ihres Lebens immer wieder Niederlagen hinnehmen müssen, werden häufig passiv bis hin zu einer behandlungsbedürftigen Depression. Die erlernte Hilflosigkeit kann eine Ursache sein, warum Langzeitarbeitslose die aktive Suche nach einem Arbeitsplatz aufgeben. Zu Beginn galt erlernte Hilflosigkeit als einfacher Lernprozess. Aber beeinflusst wird dieser Prozess davon, wie die Betroffenen die Ursachen der negativen Ereignisse subjektiv interpretieren.<sup>65</sup>

*„Arbeitslose, die sich - so unberechtigt das auch immer sein mag - die Verantwortung für ihre negativen Erfahrungen selber zuschreiben, werden die Suche nach einem Arbeitsplatz mit größerer Wahrscheinlichkeit fortsetzen, als Menschen, die ihre diesbezüglichen Schwierigkeiten äußern, unkontrollierbaren ökonomischen Faktoren attribuieren.“<sup>66</sup>*

---

<sup>63</sup> Vgl. Ellis 1997, S. 75-76.

<sup>64</sup> Vgl. Seligmann, zit. nach Forgas 1995, S. 97.

<sup>65</sup> Vgl. Forgas 1995, S. 97-98.

<sup>66</sup> Zit. Forgas 1995, S. 98.

Erlernte Hilflosigkeit könnte ebenso als eine sehr niedrige oder nicht vorhandene Selbstwirksamkeitserwartung interpretiert werden. Gemeinsam ist beiden Ansätzen, dass Menschen mit einer geringen Erwartung, dass sie selbst an einem unerwünschten Zustand etwas verändern könnten, auch wenig Initiative zeigen werden, effektive Handlungsmuster zu entwickeln. Entscheidend ist dabei nicht die tatsächliche Möglichkeit, die Situation selbst zu beeinflussen, sondern die subjektive Einschätzung der Veränderbarkeit der Situation.

Am Michigan Institute for Social Research wurde ein Trainingsprogramm zur Förderung von Bewältigungskompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen mit entlassenen ArbeiterInnen durchgeführt. Das Programm hatte das Ziel, die negativen Auswirkungen der eingetretenen Arbeitslosigkeit zu begrenzen. Weiterhin sollten die Fähigkeiten der TeilnehmerInnen, eine qualifizierte Wiederbeschäftigung zu erlangen, gestärkt werden. Das Programm beinhaltete Informationen und Übungen zum Thema „effektive Stellensuche“. Mit den TeilnehmerInnen wurden Hindernisse bei der Suche identifiziert und Problemlösungsstrategien entwickelt. Damit die TeilnehmerInnen während der Stellensuche trotz Rückschlägen ihr Ziel weiterverfolgen, wurden auch Bewältigungsstrategien im Umgang mit Niederlagen thematisiert und erprobt. Soziale Unterstützung durch die MitarbeiterInnen und Gruppenmitglieder war ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des Programms und half den TeilnehmerInnen, die anstrengende Arbeitssuche durchzuhalten.<sup>67</sup> In einer follow-up Untersuchung kurz nach Abschluss des Programms und ein Jahr danach zeigten die TeilnehmerInnen eine deutlich höhere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich ihrer Stellensuche. Sie fanden schneller einen Arbeitsplatz, bekamen qualifiziertere Stellen und verdienten mehr Geld als Personen, die das Programm nicht absolviert hatten.<sup>68</sup> In einer Studie zur Wirksamkeit verschiedener Variablen des Trainingsprogramm wurde festgestellt, dass das Verhalten „aktive Stellensuche“ vollständig durch die Variable der Selbstwirksamkeitserwartung vermittelt wurde. Variablen wie Alter, Geschlecht, Familieneinkommen und Bildungsniveau wurden bei der Untersuchung kontrolliert.<sup>69</sup>

Eden und Aviram bestätigten 1993, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, ob schon vorher bestehend oder durch ein Training gefördert, zu einer Intensivierung der Aktivitäten bei der Arbeitssuche führt. Eine aktive Stellensuche erhöht die Wahrscheinlichkeit auf

---

<sup>67</sup> Vgl. Vinokur, van Ryn, Gramlich und Price, zit. nach Bandura 1997, S. 189.

<sup>68</sup> Vgl. Bandura 1997, S. 189.

<sup>69</sup> Vgl. van Ryn und Vinokur, zit. nach Bandura 1997, S. 189.

Wiederbeschäftigung.<sup>70</sup> Effizienz-Erwartungen beeinflussen sowohl das emotionale Befinden als auch das Verhalten nach dem Verlust des Arbeitsplatzes. Bei arbeitslosen Kraftfahrern mit einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung ist eine starke Zunahme des Alkoholkonsums zu beobachten. Kraftfahrer, die hingegen glauben, dass sie ihre Schwierigkeiten überwinden können, trinken nicht mehr Alkohol als vor dem Verlust der Anstellung.<sup>71</sup> Eine niedrige Selbstwirksamkeit beeinflusst den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung negativ. Umgekehrt hat das Vorhandensein einer Substanzabhängigkeit ebenfalls eine schwächende Wirkung auf die Selbstwirksamkeitserwartung.<sup>72</sup>

Auch wenn der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und beruflicher Integration noch nicht so gut belegt ist wie die Korrelation zwischen Abstinenzzuversicht und Konsumverhalten, so sprechen die genannten Untersuchungen trotzdem für einen positiven Einfluss einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung auf die berufliche Situation.

## **2.6 Pharmakologische Eigenschaften von Methadon und ihr Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der PatientInnen**

Methadon ist ein synthetisches Opiat mit morphinähnlicher Wirkung. Als Substitutionsmedikament zur Behandlung der Heroinabhängigkeit verhindert es in erster Linie die Entzugssymptome. Während der Methadonbehandlung sind die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen neurovegetative und psychische Beschwerden. Es kommt zu vermehrtem Schwitzen, Verstopfung, Potenz-, Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Oft treten diese Beschwerden in den ersten Monaten oder bei Dosiserhöhungen auf. Sie können aber auch bei längerer Behandlungsdauer durchgehend bestehen bleiben.<sup>73</sup>

Eine Fragenbogenstudie zum Thema „Schlafstörungen bei substituierten Drogenabhängigen“ mit einer Stichprobe von 597 TeilnehmerInnen kam zu dem Ergebnis, dass SubstitutionspatientInnen mit Ausnahme von Dihydrocodein (DHC) eine signifikant schlechtere Schlafqualität aufweisen. Die Schlafqualität wurde mit dem Pittsburgh-Sleep-Quality-Index gemessen. Ein PSQI-Globalscore unter 10 wurde als schwere Schlafstörung definiert. Der Anteil schwerer Schlafstörungen lag bei Methadonsubstituierten bei 39 % im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 8,7 % und abstinenten Drogenabhängigen unter Naltrexonbehandlung mit 23,5 %. Außerdem zeigte sich bei höheren Methadon-

---

<sup>70</sup> Vgl. Eden und Aviram, zit. nach Bandura 1997, S. 189.

<sup>71</sup> Vgl. Mittag und Schwarzer, zit. nach Bandura 1997, S. 189-190.

<sup>72</sup> Vgl. Bandura 1997, S. 189-190.

<sup>73</sup> Vgl. Gastpar, Heinz, Poehlke und Raschke 1998, S. 85-91.

dosierungen eine Zunahme der Schlafstörungen. Die über alle Parameter konsistenten Ergebnisse der Untersuchung und der Beleg einer Korrelation zwischen Methadondosis und PSQI-Globalscore lassen darauf schließen, dass psychosoziale Faktoren nicht die alleinige Ursache für die Schlafstörungen sein können. Pharmakologische Ursachen für den gestörten Schlaf bei Methadonsubstituierten sind also höchst wahrscheinlich.<sup>74</sup>

Es sind eine Vielzahl möglicher pharmakologischer Nebenwirkungen von Methadon beschrieben worden. Die Mehrzahl der Substituierten ist allerdings gegen die meisten Nebenwirkungen aufgrund des langjährigen Opiatkonsums tolerant: Atemdepression, Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, Schlafstörungen, Karies und Zahnfleischschwund, Zahnschmerzen, Mundtrockenheit, übermäßiges Schwitzen, Hitzewallungen, Lethargie, Hautausschläge, Vasodilatation (Gefäßerweiterung) und Juckreiz der Haut, Ödembildung, Appetitlosigkeit, Schwindelanfälle, Blutdrucksenkung, Müdigkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Depressionen, Tachykardie (Herzjagen), Miosis (Pupillenverengung), Sedation, verminderte Magenentleerungstätigkeit, Übelkeit und Erbrechen, Obstipation, Beeinflussung des Hormonhaushaltes, Menstruationsstörungen etc.<sup>75</sup>

Wie bereits zu Beginn erwähnt, sind psychische Störungen bei Opiatabhängigen weit verbreitet. Deshalb ist es schwierig, Symptome wie Antriebsarmut, Dysphorie, Schlafstörungen oder Müdigkeit als Nebenwirkungen des Medikaments oder als Symptome einer psychischen Störung zu identifizieren. Die Substitutionsbehandlung führt überwiegend zu einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation. Trotzdem ist es möglich, dass die Nebenwirkungen des Methadons die Leistungsfähigkeit und somit auch die Arbeitsfähigkeit einzelner PatientInnen einschränkt. Aufgrund dessen ist es im Einzelfall sinnvoll, behindernde Nebenwirkungen zu identifizieren und wenn möglich, gemeinsam Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Ein Patient, der beispielsweise unter starkem Schwitzen leidet, hat möglicherweise Hemmungen zu einem Vorstellungsgespräch zu gehen. Eine medikamentöse Behandlung der Nebenwirkungen könnte in solchen einer Situationen zur Verbesserung der beruflichen Integration beitragen.

---

<sup>74</sup> Vgl. Isernhagen und Struck 2002, S. 211-218.

<sup>75</sup> Vgl. Gerlach 1994, S. 14-15.

## **3 Empirischer Teil**

### **3.1 Die Forschungskonzeption**

#### 3.1.1 Fragestellung und Untersuchungsziele

Arbeitslosigkeit ist in der Gruppe der substituierten Opiatabhängigen ein weitverbreitetes soziales Problem. Die genannten Untersuchungen zeigen, dass durch die Methadonsubstitution die Zahl der Erwerbstätigen unter den TeilnehmerInnen steigt. Trotzdem bleibt ein erheblicher Teil der KlientInnen auch während der Behandlung arbeitslos. Arbeitslosigkeit stellt erwiesenermaßen ein Gesundheitsrisiko dar. Verschiedene Untersuchungen ergaben höhere Mortalitätsraten bei Arbeitslosen im Vergleich zu Erwerbstätigen. Der psychische und physische Gesundheitszustand ist bei arbeitslosen Personen durchschnittlich schlechter als bei Berufstätigen. Es existieren spezielle Risiken für substanzabhängige Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind: Konsumsteigerung nach Verlust des Arbeitsplatzes und erhöhte Rückfallwahrscheinlichkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung im Vergleich zu Berufstätigen. Die Förderung der beruflichen Integration bei Substituierten ist somit nicht nur sozioökonomisch sinnvoll, sondern auch im Sinne der allgemeinen Gesundheitsförderung bedeutsam.

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung wurden neben biographischen Standarddaten insbesondere Daten über die aktuelle berufliche Situation und subjektive Einstellungen zum Thema Arbeit von Methadonsubstituierten erhoben. In der Untersuchung wird durchgehend der Begriff „berufliche Integration“ verwandt, weil ein Teil der ProbandInnen noch nie berufstätig war, und somit der Begriff „berufliche Rehabilitation“ nicht zutreffend ist.

Die Befragung von Substituierten im Rahmen einer Einrichtung der Drogenhilfe soll genauere Aussagen über die Arbeitssituation und die Einstellungen bezüglich Arbeit für diese spezifische Stichprobe ermöglichen. Eine Generalisierung der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der substituierten Opiatabhängigen ist nicht möglich, da es sich bei der Gruppe der Befragten um keine repräsentative Stichprobe handelt. Für die Einrichtung können die Ergebnisse jedoch Anregungen für die Förderung der beruflichen Integration aus Sicht der PatientInnen liefern. Es ist auch denkbar, dass die Unterstützung in der Methadonambulanz in beruflichen Fragen völlig adäquat ist, und Defizite eher in externen

Bereichen bestehen, z.B. bei der Beratung im Arbeitsamt oder durch Mangel an geeigneten Beschäftigungsmaßnahmen.

Die Frage, ob die aktuelle berufliche Situation Ursache oder Wirkung der subjektiven Einstellungen zum Thema Arbeit ist, kann mit den Ergebnissen der Untersuchung nicht geklärt werden. Eine Längsschnittstudie könnte zeigen, ob eine Veränderung der subjektiven Einstellungen zur Arbeit einen positiven Einfluss auf die berufliche Integration von Substituierten hat. Hinzu kommt, dass lediglich ein Teil des Fragebogens bereits empirisch erprobt ist.

Aus den bestehenden Erfahrungen der Behandlungspraxis und dem Modell der Selbstwirksamkeitserwartung habe ich folgende Hypothesen (H) abgeleitet:

- H<sub>1</sub>: Eine niedrige Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei substituierten Opiatabhängigen korreliert mit einer negativen Entwicklung der beruflichen Integration.
- H<sub>2</sub>: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung, in der eigenen Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein, und einem negativen Verlauf der beruflichen Integration von substituierten Opiatabhängigen.
- H<sub>3</sub>: Eine geringe Wertschätzung von Arbeit hängt mit einer negativen Entwicklung der beruflichen Integration von substituierten Opiatabhängigen zusammen.
- H<sub>4</sub>: Eine wenig pragmatische Einschätzung der eigenen Berufschancen korreliert mit einem negativen Verlauf der beruflichen Integration substituiertes Opiatabhängiger.

Positive Entwicklung der beruflichen Integration bedeutet im Rahmen dieser Untersuchung neben Erwerbstätigkeit auch die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen, Verbesserung der schulischen Qualifikation, die Teilnahme an Trainingsmaßnahmen, Eigeninitiative bei der Arbeitsuche, aktive Auseinandersetzung mit den eigenen Berufschancen und Entwicklungsmöglichkeiten und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Alle Aktivitäten, die eine Integration in das Erwerbsleben wahrscheinlicher machen, sollten also als positive Entwicklung bewertet werden. Bei der Auswertung der Daten zeigten sich allerdings keine bedeutsamen statistischen Unterschiede zwischen der Unterteilung der Stichprobe in Erwerbstätige und Arbeitslose oder der Einteilung der Gruppe in KlientInnen mit positiver

und negativer Entwicklung der beruflichen Integration. Deshalb habe ich das eindeutigere Kriterium erwerbstätig/arbeitslos bevorzugt.

#### Das Konstrukt der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

*„...beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgs- und Misserfolgserwartungen sich selbst zuschreiben und danach generalisieren können. Dabei finden nicht nur induktive Prozesse (von spezifisch zu allgemein), sondern auch deduktive Prozesse (von allgemein zu spezifisch) statt... Selbstwirksamkeitserwartung soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen.“<sup>76</sup>*

Da zur konstruktiven Lebensbewältigung für viele Menschen eine subjektiv zufriedenstellende Arbeitssituation gehört, gehe ich davon aus, dass die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung mit der beruflichen Situation zusammenhängt (H<sub>1</sub>).

Die subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit kann durch objektiv feststellbare Faktoren determiniert sein: z.B. durch organische Krankheiten, diagnostizierte psychische Störungen u.ä. Es ist aber auch möglich, dass die Arbeitsfähigkeit als eingeschränkt beurteilt wird, weil sich das Individuum nicht arbeitsfähig fühlt (z.B. aufgrund eines hohen Beigebrauchs psychoaktiver Substanzen). Eine Person, die sich nicht in der Lage fühlt zu arbeiten, wird auch keine Initiative im Bereich der beruflichen Integration zeigen. Dabei ist irrelevant, ob tatsächlich eine medizinische Arbeitsunfähigkeit oder eine eingeschränkte Erwerbsfähigkeit vorliegt (H<sub>2</sub>).

Die berufliche Tätigkeit hat mehrere Funktionen für das Individuum. Neben der materiellen Existenzsicherung bringt Berufstätigkeit soziale Kontakte, eine Tagesstruktur, Gelegenheit, Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden, sozialen Status und soziale Anerkennung von Leistung mit sich.<sup>77</sup> Diese Aspekte spielen für jeden einzelnen eine unterschiedliche Rolle. Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen kann selbstverständlich als vergleichbar sinnstiftende Tätigkeit betrachtet werden. Es ist aber auch denkbar, dass die genannten psychischen Funktionen teilweise z.B. durch kriminelle Aktivitäten, Prostitution oder Schwarzarbeit ersetzt werden.

---

<sup>76</sup> Zit. Jerusalem und Schwarzer 1999.

<sup>77</sup> Vgl. Kieselbach 1999, S. 22.

Gibt ein Klient an, dass arbeiten sich nicht lohnt, weil er durch Unterstützungsleistungen über fast genau soviel Geld verfügt, kann davon ausgegangen werden, dass die Wertschätzung von Erwerbsarbeit nicht besonders hoch ist. Eine niedrige Wertschätzung von Arbeit führt wahrscheinlich zu einer niedrigen Motivation, sich beruflich zu etablieren. Mit Wertschätzung ist also in dieser Untersuchung die Gewichtung der Vorteile von Arbeit durch das Individuum gemeint (H<sub>3</sub>).

Eine pragmatische Einschätzung der eigenen Berufschancen liegt dann vor, wenn die Person sich über die eigene berufliche Situation informiert hat (z.B. beim Arbeitsamt oder bei Beratungsstellen für Arbeitslose) und sich darüber bewusst ist, dass sie bei einem Einstieg in das Erwerbsleben mit Problemen rechnen muss. Besonders Personen, die lange arbeitslos waren, müssen sich bei einer neuen Arbeitsstelle, im Vergleich zu anderen Beschäftigten, viele neue Kenntnisse aneignen. Um die subjektive Einschätzung der Berufsaussichten genau beurteilen zu können, müssten die individuellen Qualifikationen und die Berufswünsche der ProbandInnen miteinander verglichen werden. Das würde allerdings den Rahmen der Befragung sprengen. Deshalb werde ich mich bei diesem Punkt auf den subjektiv bewerteten Informationsstand und die Erwartung, vieles nachholen zu müssen, beschränken (H<sub>4</sub>).

### 3.1.2 Versuchsanordnung

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um eine Untersuchung von Korrelationen zwischen den Merkmalen berufliche Integration und vier weiteren Merkmalen: Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit, Wertschätzung von Arbeit und Ausmaß des Pragmatismus bei der Einschätzung der eigenen Berufschancen. Die befragten substituierten Opiatabhängigen wurden zusätzlich in zwei Gruppen eingeteilt: Erwerbstätige und Arbeitslose. Durch den Vergleich der Mittelwerte der beiden Untergruppen sollen Unterschiede in den anderen vier Merkmalen gemessen werden.

Da die Arbeitslosigkeit in der Gesamtpopulation der betreuten Substituierten in der Einrichtung sehr hoch ist, ist die Untergruppe der berufstätigen Personen zu klein, um einen aussagekräftigen Vergleich der Gruppen zu ermöglichen. Zur deskriptiven Darstellung der Ergebnisse wurden die Items für die gesamte Stichprobe einzeln ausgewertet. Zu diesem Zweck wurde das arithmetische Mittel, der Median und die Standardabweichung berechnet. Die vierstufige Skala wurde zur Verbesserung der Übersichtlichkeit bei der Ergebnispräsentation auf die Merkmalsausprägungen „stimmt

nicht“ und „stimmt“ reduziert. Bei Prozentangaben können durch geringfügige Rundungsungenauigkeiten 99,9 % oder 100,1 % resultieren. Da es sich um eine Pilotstudie handelt und die Items nur teilweise empirisch erprobt sind, ist eine deskriptive Auswertung sinnvoll, um Fehlerquellen zu identifizieren oder Hinweise für zukünftige Untersuchungen zu erhalten.

Außerdem wurde zwischen den Geschlechtern unterschieden, da für arbeitslose Frauen eher gesellschaftlich traditionelle Alternativen zur Erwerbsarbeit existieren (Kindererziehung, Hausfrau, Pflege).<sup>78</sup> Interessant wäre auch eine Teilung der Stichprobe nach Personen, die in der Methadonambulanz behandelt werden und KlientInnen, die im Rahmen der Beratungsstelle psychosozial betreut werden (Substitution beim niedergelassenen Arzt). Leider war die Anzahl der Substituierten bei niedergelassenen ÄrztInnen zu gering. Zum Teil war auch aufgrund der Angaben nicht feststellbar, ob die TeilnehmerInnen in der Ambulanz oder bei niedergelassenen ÄrztInnen behandelt werden. Mit der Untersuchung sollen lediglich Aussagen über die definierte Gesamtpopulation ermöglicht werden. Deshalb ist sie ohne Kontrollgruppendesign geplant. Der Fragebogen richtet sich ausschließlich an Substituierte. Ein direkter Vergleich mit Arbeitslosen oder Erwerbstätigen ohne Abhängigkeitsproblematik wäre aufgrund der Spezifität des Fragebogens nicht möglich. Ein Einsatz des Untersuchungsinstrumentes ist aber durchaus in ähnlichen Einrichtungen (z.B. Methadonambulanzen und Beratungsstellen) denkbar.

### 3.1.3 Rahmenbedingungen

Die Drogenhilfeeinrichtung, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, liegt in einem Kölner Stadtteil mit hoher Arbeitslosenquote, vielfältigen sozialen Problemen und einem hohen Ausländeranteil. In der Einrichtung wird im Bereich der Methadonsubstitution in erster Linie die Behandlung in der Ambulanz angeboten, es können aber auch KlientInnen psychosozial betreut werden, die bei niedergelassenen ÄrztInnen substituiert werden. Der Einzugs- und Versorgungsbereich umfasst das gesamte rechtsrheinische Stadtgebiet.

In der Methadonambulanz arbeiten die pädagogischen Fachkräfte direkt mit dem medizinischem Personal zusammen, um die Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Die Methadonvergabe und die Arbeit im Rahmen der Beratungsstelle finden in den selben Räumlichkeiten statt und sind zum Teil lediglich zeitlich getrennt. Die Angebote der Beratungsstelle werden allein durch die pädagogischen MitarbeiterInnen durchgeführt.

---

<sup>78</sup> Vgl. Kieselbach 1999, S. 24-25.

Ein Teil des Angebots in der Beratungsstelle ist die psychosoziale Betreuung zur Substitution bei niedergelassenen ÄrztInnen. Die Beratung und Behandlung richtet sich an Personen, die im rechtsrheinischen Köln gemeldet oder ohne festen Wohnsitz sind. In Ausnahmefällen werden auch KlientInnen behandelt, die ihren Wohnsitz linksrheinisch haben. In die Substitution werden Personen unter 18 Jahren nicht aufgenommen, wobei es Ausnahmeregelungen bei medizinischen und sozialen Notfällen gibt. Die BewerberInnen müssen mindestens ein Jahr opiatabhängig sein. Bei polyvalenten Gebrauchsmustern muss die Opiatabhängigkeit im Vordergrund stehen.<sup>79</sup> Die Behandlungskapazität der Methadonambulanz liegt bei 120 Plätzen.<sup>80</sup>

In der Beratungsstelle befinden sich ca. 50 Personen in einem längerfristigen Beratungsverhältnis. Davon werden durchschnittlich 30 KlientInnen im Rahmen der Substitution psychosozial betreut.<sup>81</sup>

### 3.1.4 Methodik

#### 3.1.4.1 *Der Fragebogen*

Da es bei der geplanten Untersuchung zur beruflichen Integration von Substituierten um Fragen geht, die sowohl mit persönlichen Einstellungen, als auch mit den Zielen der Behandlung im Zusammenhang stehen, wurde eine anonyme schriftliche Befragung durchgeführt. Die KlientInnen würden beispielsweise im persönlichen Interview ihre kritische Einstellung zur Arbeitswelt nicht offen äußern, da sie einerseits Ängste haben könnten, ihre Behandlung zu gefährden und andererseits diese Haltung unter den professionellen HelferInnen sozial nicht erwünscht ist.<sup>82</sup> Eine Befragung in Form von Interviews wäre sinnvoll, wenn sie durch externe MitarbeiterInnen durchgeführt wird. Das war aber leider aus Kostenerwägungen und organisatorischen Gründen nicht möglich.

Der Fragebogen ist einfach und verständlich konzipiert, so dass er innerhalb von 10-15 Minuten selbständig ausgefüllt werden kann. Es handelt sich bei dem Untersuchungsinstrument um einen vollstandardisierten Fragebogen.<sup>83</sup> Der überwiegende Teil der Fragen ist geschlossen, um die Auswertung zu vereinfachen. Insgesamt besteht der Fragebogen aus 43 Items, die sich auf folgende Themenbereiche verteilen: Fünf Items zu biographischen Standarddaten, 10 zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, 11 zur

---

<sup>79</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum 2001b, S. 1-5.

<sup>80</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum 2002.

<sup>81</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum 2001a.

<sup>82</sup> Vgl. Wosnitza und Jäger (Hg.) 1999, S. 19.

<sup>83</sup> Vgl. Kromrey 2000, S. 364.

beruflichen Qualifikation und aktuellen Situation, vier zur subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, drei zu den persönlichen Zielen bezogen auf Arbeit, zwei zur Wertschätzung von Arbeit, drei zur subjektiven Bewertung der eigenen Bemühungen, sich beruflich zu integrieren, ein Item zur arbeitsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung bzw. zum Gefühl der Fremdbestimmung in diesem Lebensbereich, zwei zur subjektiven Einschätzung des Ausmaßes an Pragmatismus bei der Beurteilung der eigenen beruflichen Chancen und zwei Items zur Bewertung der psychosozialen Betreuung bezogen auf den beruflichen Bereich.

Die 10 Selbstwirksamkeitserwartungs-Items folgen unmittelbar auf die Fragen zu den biographischen Standarddaten. So soll vermieden werden, dass die vorherigen Fragen auf die folgenden ausstrahlen. Um den sogenannten „halo-effect“ als Fehlerquelle auszuschließen, geht der Fragebogen vom Allgemeinen zum Spezifischen vor. Die Testfragen zur Selbstwirksamkeitserwartung sollen sich auf alle Lebensbereiche beziehen und nicht nur auf den Bereich Arbeit, sonst könnten festgestellte Zusammenhänge zwischen der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, der beruflichen Integration sowie den Einstellungen zur Arbeit auf der Anordnung der Items beruhen.<sup>84</sup>

Die 10 Items zur SWE sind alle in der ersten Person Singular („ich“) formuliert, um die Subjektivität der Fragen zu verdeutlichen.<sup>85</sup> Da es auch im übrigen Teil des Fragebogens um persönliche Bewertungen und Einschätzungen geht, sind die anderen Items ähnlich formuliert.

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wurde seit 1981 in zahlreichen Studien eingesetzt und hat gute psychometrische Kennwerte hervorgebracht. In allen deutschen Studien streuten die internen Konsistenzen<sup>86</sup> zwischen .80 und .90. Der Konsistenzkoeffizient (Cronbachs alpha) ermöglicht ein Urteil darüber, innerhalb welcher Grenzen der Messfehler eines Testresultats liegt. Kriterienbezogene Validität ist durch verschiedene Korrelationsbefunde mit relevanten Variablen gegeben. Es gibt enge positive Zusammenhänge zwischen Allgemeiner SWE und dispositionalem Optimismus, Arbeitszufriedenheit, gutem Gesundheitszustand, hoher sozialer Integration und überdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit.<sup>87</sup> Enge negative Zusammenhänge bestehen zur

---

<sup>84</sup> Vgl. Wosnitza und Jäger (Hg.) 1999, S. 91-92.

<sup>85</sup> Vgl. Jerusalem und Schwarzer 1999.

<sup>86</sup> Vgl. Wosnitza und Jäger (Hg.) 1999, S. 109.

<sup>87</sup> Vgl. Schwarzer und Scholz 2000.

Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout, Stresseinschätzung usw.<sup>88</sup> Die Retest-Reliabilität lag beispielsweise bei einer Befragung von 140 LehrerInnen nach einem Jahr bei  $r = .75$  und im selben Zeitraum bei einer Untersuchung von 2.846 StudentInnen bei  $r = .55$ . Ähnliche Ergebnisse über die Zuverlässigkeit des Tests liegen für Untersuchungen an DDR-ÜbersiedlerInnen und HerzpatientInnen vor.<sup>89</sup> Für die besten psychologischen Testverfahren liegt die Reliabilität bei der Testwiederholung über  $.70$ .<sup>90</sup> Da es sich bei der Skala zur SWE um ein sehr einfaches Testverfahren handelt, sind die Ergebnisse zur Validität und Reliabilität ausreichend. Das Antwortformat des Tests zur Allgemeinen SWE ist vierstufig: stimmt nicht, stimmt kaum, stimmt eher, stimmt genau.

Der individuelle Testwert der Skala ergibt sich durch das Aufsummieren aller 10 Antworten, so dass ein Score zwischen 10 und 40 Punkten resultieren muss. Das arithmetische Mittel liegt in den meisten Stichproben bei 29 Punkten und die Standardabweichung bei ca. 4 Punkten.<sup>91</sup>

Im folgenden Teil des Fragebogens wurde das vierstufige Antwortformat übernommen, wenn es bei den einzelnen Items inhaltlich sinnvoll war. Insgesamt sind für 27 Items die genannten Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Insbesondere zwei Antworttendenzen von TeilnehmerInnen gefährden die Gültigkeit der Befragungsergebnisse: die Tendenz, Fragen unabhängig vom Inhalt zu bejahen, und die Tendenz, sich solche Eigenschaften zuzuschreiben, die als sozial erwünscht gelten.<sup>92</sup> Um der Bejahungstendenz vorzubeugen, ist ein Teil der Items durch Verneinung umgepolt. Die Neigung, sozial erwünschte Antworten zu geben, soll durch das anonyme Verfahren und durch das selbständige Ausfüllen des Fragebogens begrenzt werden. Die Fragen sind möglichst wertfrei formuliert. Außerdem wird in der Anleitung zum Fragebogen deutlich darauf verwiesen, dass die Ergebnisse keine negativen Auswirkungen für die KlientInnen haben können. (Fragebogen siehe Anhang).

---

<sup>88</sup> Vgl. Jerusalem und Schwarzer 1999.

<sup>89</sup> Vgl. Schwarzer und Scholz 2000.

<sup>90</sup> Vgl. Zimbardo 1995, S. 523.

<sup>91</sup> Vgl. Jerusalem und Schwarzer 1999.

<sup>92</sup> Vgl. Kromrey 2000, S. 381.

### 3.1.4.2 Auswertungsmethoden

Anhand der Standarddaten zu Geschlecht, Alter und Behandlungsdauer kann überprüft werden, ob die TeilnehmerInnen der Befragung in diesen Merkmalen mit der definierten Grundgesamtheit übereinstimmen. Die Resultate aus der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung können mit den Ergebnissen diverser Stichproben verglichen werden. Es ist anzunehmen, dass der Test zur Allgemeinen SWE aufgrund der durchgeführten Rechenoperationen durch die bisherigen ForscherInnen als Intervallskala betrachtet wird. Meiner Ansicht nach ist das problematisch, da nicht geprüft werden kann, ob die Abschnitte der Skala gleich groß sind. Geht man von unterschiedlich großen Abständen der Abschnitte aus, dann handelt es sich lediglich um eine Ordinalskala, die keine rechnerischen Transformationen erlaubt. Ohne rechnerische Transformationen können allerdings die Ergebnisse kaum interpretiert werden. Ähnliches gilt für weitere 17 Items, die das gleiche vierstufige Antwortformat aufweisen. 12 Items zu den Bereichen „biographische Standarddaten“, „aktuelle berufliche Situation“ und „Ziele bezüglich Arbeit“ haben Nominalskalenniveau. Es kann lediglich die Häufigkeit der Ausprägung der Eigenschaft gezählt werden (z.B. Geschlecht). Vier Items zählen zu den Ratioskalen, die gleiche Abstände zwischen den Abschnitten aufweisen und über einen natürlichen Nullpunkt verfügen. Es handelt sich um Fragen, die sich auf Zeiträume beziehen. Ratioskalen ermöglichen alle Rechenoperationen.<sup>93</sup> Zwei Fragen sind offen formuliert. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden, wie bereits bei der Versuchsanordnung beschrieben, zwischen den einzelnen Untergruppen der Stichprobe verglichen.

Dem vierstufigen Antwortformat wurden Zahlenwerte zugeordnet, um Rechenoperationen zu ermöglichen:

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Fehlende oder nicht auswertbare Daten habe ich folgendermaßen unterteilt: keine Angaben (ka), nicht auswertbare Angaben (na) und falsche Angaben (fa). Mit nicht auswertbaren Angaben sind Daten gemeint, die nicht eindeutig zu interpretieren sind, z.B. wenn ein Teilnehmer „stimmt genau“ und „stimmt eher“ angekreuzt hat, oder wenn bei der Frage nach der Dauer der Substitution lediglich eine Zahl angegeben ist und somit unklar ist, ob es sich um Monate oder Jahre handelt. Unter falschen Angaben wurden Antworten

---

<sup>93</sup> Vgl. Wosnitza und Jäger (Hg.) 1999, S. 98-101 und vgl. Kromrey 2000, S. 231-237.

verstanden, die anderen Angaben widersprechen: beispielsweise Teilnahme an einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme und andererseits Arbeitslosigkeit und Sozialhilfebezug. Da neben fehlenden Daten relativ häufig nicht auswertbare oder falsche Angaben gemacht wurden, habe ich im Anhang eine Übersicht über diese Fehler eingefügt um die Interpretation dieser Daten transparent zu machen. Die Daten wurden mit Hilfe des Rechenprogramms Excel (Microsoft Office 97) verarbeitet.

### 3.1.5 Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit (N) für die Untersuchung besteht aus ca. 150 Personen, davon 120 PatientInnen der Methadonambulanz und 30 KlientInnen der Beratungsstelle.<sup>94</sup> Es handelt sich um alle Substituierten, die in der Einrichtung längerfristig behandelt und beraten werden und zum Zeitpunkt der Untersuchung noch in Behandlung sind. Die Grundgesamtheit ist identisch mit der Erhebungs- und Untersuchungseinheit, da lediglich Aussagen über die substituierten KlientInnen der Einrichtung getroffen werden und keine außenstehenden Personen (z.B. MitarbeiterInnen) befragt werden sollen.

An einem Stichtag, dem 02.04.2002, wurden 123 PatientInnen im Rahmen der Methadonambulanz behandelt und betreut. 34 % (n = 42) davon waren Frauen. Die PatientInnen waren zwischen 18 und 51 Jahre alt (Spannweite 33 Jahre). Das arithmetische Mittel lag bei 36,1 Jahren (Median: 37). Die Standardabweichung bei der Altersverteilung betrug 7,2 Jahre. Die Behandlungsdauer lag zwischen 12 Tagen (0,4 Monate) und 67,9 Monaten (Spannweite: 67,5 Monate). Durchschnittlich befanden sich die PatientInnen 22,4 Monate in der Substitutionsbehandlung. Der Median betrug hingegen 15,6 Monate. Eine Gruppe der Substituierten befindet sich also sehr lange in der Behandlung, so dass diese Extremwerte zu einem hohen arithmetischen Mittel führen. Die Standardabweichung beträgt 18,8 Monate.<sup>95</sup>

In der Beratungsstelle wurden durchschnittlich im Zeitraum von Januar bis August 2001 29,3 Personen, die bei niedergelassenen ÄrztInnen substituiert werden, psychosozial betreut. Der Anteil der Frauen lag hier bei 35 % (n = 10,3). Differenziertere Daten zu den KlientInnen aus der Beratungsstelle liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.<sup>96</sup>

---

<sup>94</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum 2001a und vgl. Drogenhilfe Köln e.V. 2001.

<sup>95</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum 2002.

<sup>96</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum 2001a.

Die Ziehung einer repräsentativen Stichprobe aus der Grundgesamtheit ist nicht möglich, da zu den Merkmalen der Grundgesamtheit keine ausreichenden Daten vorliegen (z.B. anamnestiche Daten). Da die Grundgesamtheit nicht sehr groß und die Bereitschaft des Klientels zur Teilnahme an Befragungen eingeschränkt ist, ist eine repräsentative Stichprobenziehung nicht sinnvoll. Um Rückschlüsse von der befragten Gruppe auf die Grundgesamtheit zu ermöglichen, wurden vor der Durchführung der Untersuchung einige Merkmale aller KlientInnen erhoben: Geschlecht, Behandlungs- oder Beratungsdauer, Alter und Betreuungsform.<sup>97</sup>

Leider konnten für die KlientInnen, die bei niedergelassenen ÄrztInnen substituiert wurden, keine aktuellen Daten zu den genannten Merkmalen erfasst werden. Allerdings zeigt sich bei den vorliegenden Fragebögen, dass nur eine sehr geringe Anzahl der KlientInnen in externer Substitution den Fragebogen ausgefüllt hat. Eine Unterscheidung der Gruppen erscheint somit als nicht sinnvoll.

### 3.1.6 Stichprobe

An der freiwilligen Befragung nahmen insgesamt 49 Personen teil. Der Fragebogen wurde überwiegend durch die KlientInnen selbständig ausgefüllt, so dass teilweise zu einigen Items keine Angaben oder nicht auswertbare Angaben gemacht wurden. Bei einer geringen Anzahl von TeilnehmerInnen wurde der Fragebogen als Interview durchgeführt, da sie nicht ausreichend lesen und schreiben konnten.

Pro Teilnehmer wurden mindestens 43 Daten erhoben. Durch Mehrfachnennungen entstanden geringe Abweichungen. Bei 49 TeilnehmerInnen handelt es sich also mindestens um insgesamt 2107 Daten. Durch fehlende, falsche und nicht auswertbare Angaben konnten 110 Daten nicht in die Auswertung miteinbezogen werden. Es handelt sich dabei um 5,2 % der Gesamtdatenmenge. Von diesen 110 Daten wurden bei 73 Items keine Angaben gemacht, 26 waren nicht auswertbar und bei 11 handelte es sich um falsche bzw. nicht plausible Angaben.

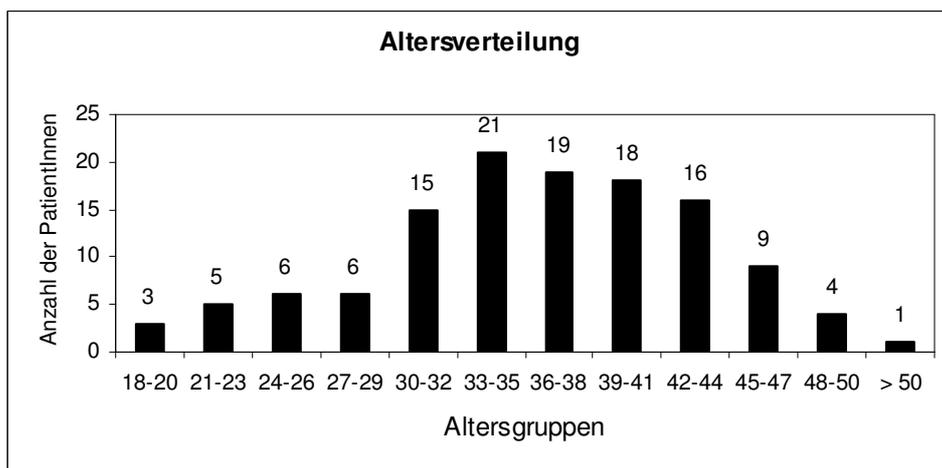
Insgesamt haben 21 Frauen (42,9 %), 27 Männer (55,1 %) und eine Person (2 %), die keine Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht hat, den Bogen ausgefüllt. Der Anteil der Frauen ist damit im Vergleich zu den PatientInnen in der Methadonambulanz und Beratungsstelle überproportional hoch. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Frauen eine höhere Bereitschaft zeigen, an Befragungen mitzuwirken.

---

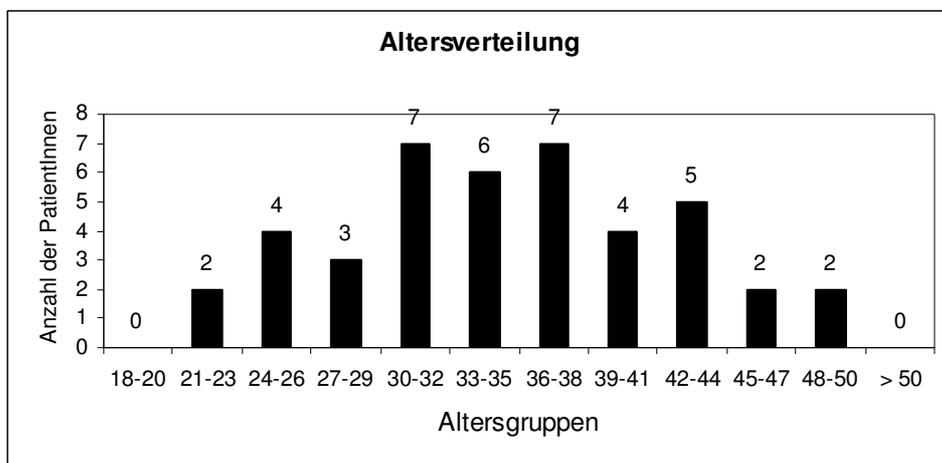
<sup>97</sup> Vgl. Wosnitza und Jäger (Hg.) 1999, S. 41-49.

Die Frage nach dem Alter wurde von 42 Personen beantwortet. 7 TeilnehmerInnen machten keine Angaben. Das arithmetische Mittel lag bei 35,1 Jahren, der Median betrug 35 Jahre und die Standardabweichung lag bei 7,1. Die Befragten sind damit durchschnittlich ein Jahr jünger als die Gesamtzahl der PatientInnen in der Methadonambulanz. Wahrscheinlich haben eher Personen, die sich für das Thema berufliche Integration interessieren, an der Studie teilgenommen. Es ist anzunehmen, dass für jüngere PatientInnen das Ziel Berufstätigkeit von größerer Bedeutung ist. Ältere Personen haben diese Perspektive vielleicht aufgrund von langer erfolgloser Arbeitssuche aufgegeben oder gehen davon aus, dass sie allein aufgrund ihres Alters nicht mehr vermittelbar sind. Eine stärkere Belastung durch Krankheiten ist bei älteren Substituierten ebenfalls denkbar.

**Abbildung 4: Altersverteilung der PatientInnen der Methadonambulanz am 02.04.2002 (N = 123)**



**Abbildung 5: Altersverteilung der TeilnehmerInnen, nach eigenen Angaben, Stichtag 01.04.2002 (n = 42)**



Bei der Erhebung der Behandlungsdauer sind einige methodische Probleme aufgetreten. Die Items waren folgendermaßen formuliert:

Substitution

*In der Methadonambulanz seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)*

*Beim niedergelassenen Arzt oder Ärztin seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)*

*Psychosoziale Betreuung in der Beratungsstelle seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)<sup>98</sup>*

Mit Hilfe dieser Items sollte einerseits die Behandlungsdauer erfasst werden, aber auch die Substitution in der Methadonambulanz oder bei niedergelassenen ÄrztInnen unterschieden werden. Viele TeilnehmerInnen füllten alle drei Felder aus und lediglich bei einer Person war erkennbar, dass sie bei einem externen Arzt behandelt wurde. Deshalb ist die Unterscheidung in externe Behandlung und Substitution in der Ambulanz nicht möglich. Da offensichtlich nur eine geringe Zahl der TeilnehmerInnen bei niedergelassenen ÄrztInnen behandelt wurde, wäre eine Trennung der Gruppen ohnehin nicht sinnvoll. Weitere Schwierigkeiten ergaben sich aus der Anforderung, den Zeitpunkt des Behandlungsbeginns anzugeben. Wahrscheinlich ist es gerade für LangzeitpatientInnen schwer, ein ungefähres Datum zu nennen.

Da auf den Fragebögen kein Datum angegeben ist, welches den Zeitpunkt des Ausfüllens bestimmt, wurde als Stichtag der 01.04.02 genommen, weil dieser Zeitpunkt das Ende der Befragung darstellt. Wenn die ProbandInnen bei der Behandlungsdauer angegeben haben, seit welchem Monat und Jahr sie in Substitution sind, wurde die Dauer bis zum 01.04.02 berechnet. Viele TeilnehmerInnen haben auch nur die Anzahl der Behandlungsjahre angegeben. Dann wurden die Jahre in Monate umgerechnet. Wurde lediglich eine Jahreszahl als Beginn genannt, dann wurden die Jahre einschließlich der angegebenen Zahl mit 12 Monaten berechnet, ohne die drei Monate im Jahr 2002 bis zum 01.04.02 einzubeziehen, da unklar ist, in welchem Monat die Substitution begann. Außerdem haben viele ProbandInnen eine Dauer der Substitution angegeben, die nicht in der Ambulanz stattgefunden haben kann, da die Ambulanz erst im Frühjahr 1997<sup>99</sup> eröffnet wurde. Alle Angaben, die über 68 Monaten liegen, beruhen entweder auf ungenauen Erinnerungen, oder es wurden Vorbehandlungen miteinbezogen. Durch die fehlende Angabe des Ausfüllzeitpunktes und die fehlerhaften Angaben kann die Dauer der Substitution nur als ungefähre Wert betrachtet werden. Bei einer zukünftigen Verwendung des Fragebogens sollte ein Feld „heutiges Datum“ eingefügt werden. Die Angabe der Behandlungsdauer

---

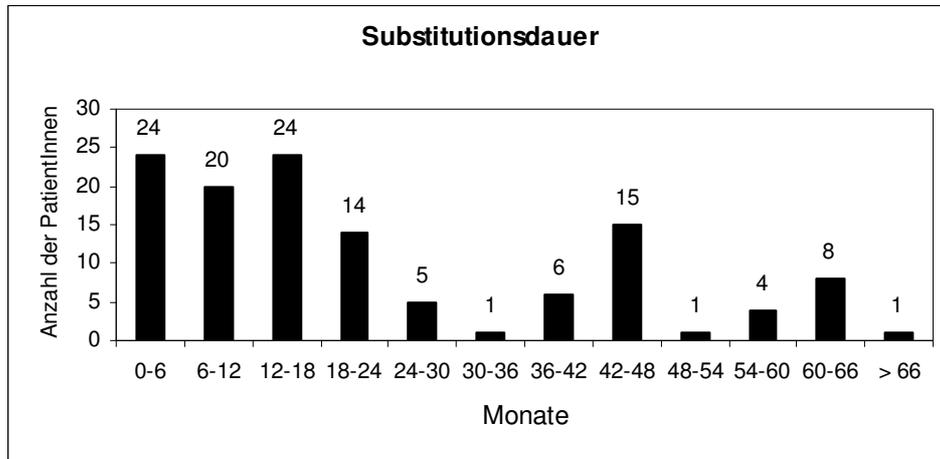
<sup>98</sup> Fragebogen siehe Anhang

<sup>99</sup> Vgl. Drogenhilfe Köln e.V. 1998, S. 53.

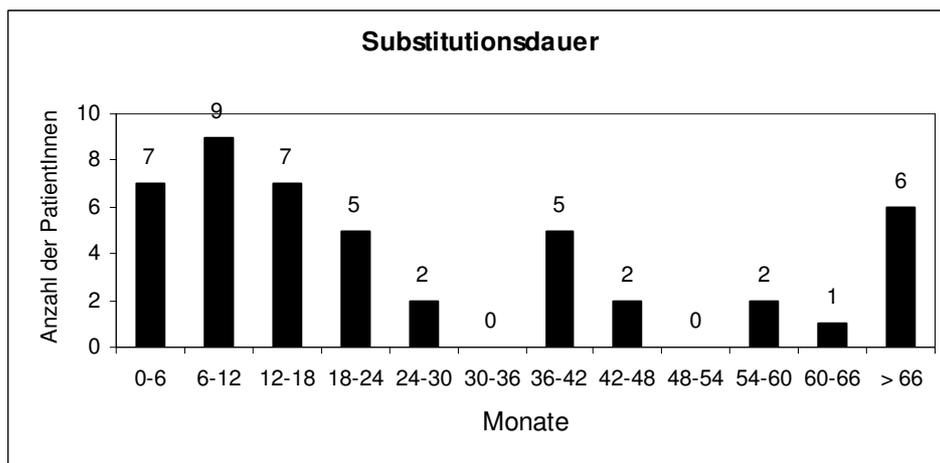
könnte den PatientInnen erleichtert werden, indem Zeitstrahlen vorgegeben werden, die lediglich bis zum Eröffnungszeitpunkt der Ambulanz zurückreichen.

Zur Substitutionsdauer machten 49 Personen Angaben, davon waren 3 nicht auswertbar, da beispielsweise unklar war, ob es sich um Jahre oder Monate handelt oder weil drei verschiedene Zeitpunkte angegeben wurden. Die Substitutionsdauer lag durchschnittlich bei 32,4 Monaten, der Median betrug 17,5 Monate und die Standardabweichung lag bei 41 Monaten. Dieser große Unterschied zwischen arithmetischem Mittel und Median entsteht durch die Angabe extrem langer Behandlungszeiträume bei einer Gruppe der Befragten. Wenn alle Angaben über 68 Monate ausgeschlossen werden, dann ergibt sich bei  $n = 40$  eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 20,1 Monaten, ein Mittelwert von 14 Monaten und eine Standardabweichung von 16 Monaten. Diese Werte sind vergleichbar mit der Grundgesamtheit, in der kein Patient länger als 68 Monate behandelt wurde ( $N = 123$ , Mittelwert: 22,4 M., Median: 15,6 und Standardabweichung 18,8 M.)

**Abbildung 6: Behandlungsdauer der PatientInnen der Methadonambulanz am 02.04.2002 (N = 123)**



**Abbildung 7: Behandlungsdauer der TeilnehmerInnen, nach eigenen Angaben, Stichtag 01.04.2002 (n = 46)**



Zusammenfassend ist der Anteil der Frauen in der Stichprobe mit 42,9 % höher als in der Grundgesamtheit mit 34 % in der Ambulanz und 35 % in der Beratungsstelle. Die befragten TeilnehmerInnen sind durchschnittlich ein Jahr jünger als die Gesamtgruppe der Substituierten in der Ambulanz. Die Dauer der Behandlung ist schwierig zu vergleichen, da bei diesem Item einige methodische Probleme aufgetreten sind. Trotzdem sind die Unterschiede zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit nicht erheblich. Die Diagramme zur Altersverteilung und zur Substitutionsdauer zeigen eine ähnliche Verteilung der Befragten und der Gesamtzahl der PatientInnen in der Methadonambulanz. Mit der Befragung wurden ca. 40 % (n = 49) der 123 PatientInnen in der Ambulanz erreicht.

### 3.1.7 Durchführung und Verlauf der Untersuchung

Um die Aussagekraft der Befragung zu erhöhen, sollten so viele KlientInnen wie möglich erreicht werden. Die KlientInnen wurden durch die pädagogischen MitarbeiterInnen persönlich angesprochen und zur Mitarbeit bei der Untersuchung motiviert. Der Fragebogen konnte in der Einrichtung ausgefüllt werden, z.B. beim Warten auf Termine oder Urinkontrollen. Um die Anonymität zu gewährleisten, sollte der Bogen in einen Briefumschlag und anschließend in eine verschlossene Kiste gesteckt werden. Für ihre Kooperation erhielten die TeilnehmerInnen einen Gutschein für Getränke im Wert von einem Euro.

Die Befragung wurde in einem vorher bestimmten Zeitfenster durchgeführt, damit sich die Struktur der Grundgesamtheit nicht zu stark durch die normale Fluktuation unter den KlientInnen verändert. Der Zeitraum lag bei ca. 2 Monaten von Anfang Februar 2002 bis zum 1. April 2002.

### 3.1.8 Zur Gültigkeit der Ergebnisse

Wie bereits ausführlich beschrieben, ist die Stichprobe nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation der Methadonsubstituierten. Aufgrund dessen wurden lediglich die substituierten KlientInnen der Einrichtung, in der die Befragung durchgeführt wurde, als Grundgesamtheit definiert. Darüber hinaus wird die Qualität der Ergebnisse durch die freiwillige Teilnahme der KlientInnen eingeschränkt. Es ist denkbar, dass Berufstätige in geringerem Umfang an der Befragung teilgenommen haben, da sie sich nicht durch die Thematik angesprochen fühlen. Dieser Faktor wurde versucht, durch die direkte Ansprache im Anschreiben des Fragebogens zu minimieren. Weitere Verzerrungen können aufgetreten sein, weil Personen, die kein Interesse an einer beruflichen Integration haben, eventuell auch wenig motiviert sind, an einer Untersuchung zur beruflichen Integration teilzunehmen.

Der „Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Substituierten“ ist eine Pilotstudie. D.h. lediglich die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung ist bisher bezüglich Reliabilität und Validität empirisch überprüft. Die vorliegenden Ergebnisse, insbesondere bezogen auf Items, die sich auf Erwartungen, Einstellungen und Werte beziehen, können lediglich als Ansatzpunkte für weitere Untersuchungen interpretiert werden. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Einschätzungen, Erwartungen und Einstellungen grundsätzlich subjektiv sind und nur wenige Rückschlüsse auf die objektive Situation der KlientInnen zulassen. Um eine

Verzerrung durch Fehldaten zu vermeiden, wurden zur Darstellung der Ergebnisse ebenfalls Prozentangaben für nicht auswertbare oder fehlende Angaben berechnet.

Bei der Hypothesentestung wurde in erster Linie die Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem Merkmal arbeitslos/berufstätig und weiteren Variablen gemessen. Die Stichprobengröße ist bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0,05$  für große Zusammenhangseffekte von  $r = 0,50$  ausreichend. Für mittlere Effektgrößen von  $r = 0,30$  ist die Zahl der TeilnehmerInnen etwas zu klein. Niedrige Korrelationen wurden zwar bei der Darstellung der Ergebnisse aufgeführt, sie benötigen aber einen deutlich höheren Stichprobenumfang.<sup>100</sup>

Um die Ergebnisse der Berechnung von Zusammenhängen zu ergänzen, wurde die Stichprobe in Beschäftigte ( $n = 6$ ) und Arbeitslose ( $n = 40$ ) geteilt. Die Unterschiede in den Mittelwerten wurden mit Hilfe eines Signifikanztests und zwar dem Student t-Test überprüft. Es wurde eine zweiseitige Testung für inhomogene Varianzen durchgeführt.<sup>101</sup> Aufgrund der bereits angeführten Einschränkungen bezüglich Stichprobengröße, Repräsentativität sowie Validität und Reliabilität des Messinstruments, dürfen auch signifikante Ergebnisse nicht überinterpretiert werden.

### **3.2 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse**

#### 3.2.1 Einkommenssituation

Zur Einkommenssituation haben alle Befragten auswertbare Angaben gemacht. Der Lebensunterhalt wird überwiegend durch Sozialhilfe bestritten: 21 Personen (42,9 %) beziehen ausschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt, weitere 10 TeilnehmerInnen (20,4 %) erhalten zusätzlich zum Gehalt oder anderen Leistungen Sozialhilfe. Arbeitslosenhilfe ist die zweitwichtigste Einkommensquelle. 11 ProbandInnen (22,4 %) leben nur von Arbeitslosenhilfe und zwei weitere Personen (4,1 %) beziehen Arbeitslosenhilfe in Kombination mit Sozialhilfe. Fünf KlientInnen (10,2 %) bestreiten ihren Lebensunterhalt allein durch Gehalt oder Lohn. In einer Maßnahme „Hilfe zur Arbeit“ (HZA/ASS) befinden sich drei Personen. Sie beziehen Sozialhilfe in Kombination mit Gehalt. Während der Probezeit wird diese Zuzahlung durch das Sozialamt finanziert.<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. Bortz, J. und Döring, N. 2002, S. 604 und 613.

<sup>101</sup> Vgl. Lange, St. und Bender, R. 2001b, S. 42-44 und vgl. Bender, R. und Lange, St. 2001a, S. 39.

<sup>102</sup> Item 3

**Tabelle 1: Art des Einkommens, Stichtag 01.04.2002 (n = 49)**

<b>Einkommensart (Mehrfachnennungen berücksichtigt)</b>	<b>absolut</b>	<b>Prozent</b>
Ausschließlich Sozialhilfe	21	42,9
Ausschließlich Arbeitslosenhilfe	11	22,4
Ausschließlich Gehalt	5	10,2
Ausschließlich Unterhaltsgeld	1	2,0
Kein Einkommen	1	2,0
Gehalt und Sozialhilfe	3	6,1
Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe	2	4,1
Kindergeld und Sozialhilfe	2	4,1
Kindergeld, Erziehungsgeld und Sozialhilfe	1	2,0
Krankengeld und Sozialhilfe	1	2,0
Betteln und Sozialhilfe	1	2,0
<b>Einkommensart (Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt)</b>	<b>absolut</b>	<b>Prozent</b>
SozialhilfeempfängerInnen insgesamt	31	63,3
ArbeitslosenhilfeempfängerInnen insgesamt	13	26,5
GehaltsempfängerInnen insgesamt	8	16,3
KrankengeldbezieherInnen insgesamt	1	2,0
Sonstiges insgesamt (Kinder-, Unterhalts-, Erziehungsgeld, Betteln, kein Einkommen)	7	14,3

Der Anteil der SozialhilfeempfängerInnen ist in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zu anderen Studien sehr hoch. Keiner der ProbandInnen bezieht Arbeitslosengeld und die Gruppe der ArbeitslosenhilfebezieherInnen ist verhältnismäßig klein. Dabei kann es sich einerseits um einen Hinweis handeln, dass viele ProbandInnen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen oder keine Ansprüche auf Leistungen des Arbeitsamtes erworben haben. Eine veränderte Vorgehensweise des Arbeitsamtes kann ebenfalls eine Erklärung für den geringen Anteil der LeistungsempfängerInnen sein. Die Zahl der Personen, die sich hauptsächlich durch Erwerbstätigkeit finanzieren, ist mit fünf Befragten (10,2 %) niedrig.

Zum Vergleich: die Einkommenssituation der TeilnehmerInnen des bereits genannten Modellprojektes zur ambulanten medizinischen Rehabilitation von substituierten Drogenabhängigen wurde bei der Aufnahme in die Klärungsphase ebenfalls erhoben (n = 240). Sozialhilfe war mit 35,5 % die Hauptfinanzierungsquelle. 30,4 % bezogen Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe und durch Erwerbstätigkeit bestritten 15 % ihren Lebensunterhalt. Selten genannt wurde die Finanzierung durch Angehörige oder Partner (4,8 %), illegale Einkünfte (6,1 %) oder Prostitution (3,2 %).<sup>103</sup>

<sup>103</sup> Vgl. Kufner Vogt und Weiler 1999, S. 52.

### 3.2.2 Schulische und berufliche Qualifikation

Zur Schulausbildung machten alle 49 Befragten auswertbare Angaben. Es wurde jeweils der höchste genannte Schulabschluss gewertet. 27 Personen haben einen Hauptschulabschluss (55,1 %), neun TeilnehmerInnen einen Realschulabschluss (18,4 %), vier KlientInnen Fachabitur (8,2 %), eine Person hat einen Sonderschulabschluss (2 %) und acht ProbandInnen haben keinen Abschluss (16,3 %).<sup>104</sup>

Die Daten zur Berufsausbildung konnten bei fünf Personen (10,2 %) nicht ausgewertet werden. 16 TeilnehmerInnen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung (32,7 %), 13 KlientInnen haben ihre Ausbildung abgebrochen (26,5 %) und sechs Personen haben die Abschlussprüfung nicht gemacht oder nicht bestanden (12,2 %). Keine Berufsausbildung begonnen haben neun Befragte (18,4 %).<sup>105</sup>

Die TeilnehmerInnen der Untersuchung zur „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Methadonsubstituierten“ wurden zur Dauer der beruflichen Erfahrung befragt. Drei Personen gaben an, noch nie gearbeitet zu haben (6,1 %), neun ProbandInnen machten keine Angaben (18,4 %) und die Angaben einer Person konnten nicht ausgewertet werden (2 %). Bei einem Stichprobenumfang von  $n = 39$  lag das arithmetische Mittel bei 7,9 Jahren Arbeitserfahrung, der Median bei 6 Jahren, und die Standardabweichung betrug 6,2 Jahre. Da ein großer Anteil keine Angaben gemacht hat, ist anzunehmen, dass in dieser Gruppe viele sind, die noch nie oder nur sehr kurz gearbeitet haben. Berufliche Erfahrung ist eine sozial erwünschte Qualifikation, und es ist zu erwarten, dass ProbandInnen, die längere Zeit gearbeitet haben, die Dauer der Beschäftigung angeben würden.<sup>106</sup>

Die schulische und berufliche Qualifikation der Befragten ist in der vorliegenden Stichprobe vergleichsweise niedrig. Insbesondere der Anteil der Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung ist mit 32,7 % gering.

Im „Modellprojekt zur Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei übergangweisem Einsatz einer Substitution mit Methadon“ wurde bei der Aufnahme in die Klärungsphase die Schul- und Berufsausbildung erhoben. Die Stichprobe umfasste 240 ProbandInnen. Es verfügten

---

<sup>104</sup> Item 5

<sup>105</sup> Item 7.1

<sup>106</sup> Item 7.2

45,8 % über einen Hauptschulabschluss, 29,5 % hatten einen Realschulabschluss, 9,9 % Abitur und 14,7 % hatten keinen Schulabschluss. Eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten 43,1 % der Befragten.<sup>107</sup>

### 3.2.3 Aktuelle berufliche Situation

Zum Zeitpunkt der Befragung geben 40 Personen (81,6 %) an, arbeitslos zu sein. Sechs TeilnehmerInnen (12,2 %) sind berufstätig, und die Daten von drei ProbandInnen konnten nicht miteinbezogen werden (ka = 1; na = 1; fa = 1). Vergleicht man die Angaben dieser drei Personen mit ihren Daten in den Bereichen Einkommen und berufliche Situation, so kann vermutet werden, dass eine Person sich in einer Maßnahme „Hilfe zur Arbeit“ befindet, eine berufstätig ist, da sie ausschließlich Gehalt als Einkommen angibt, und lediglich eine Person arbeitslos ist, da sie Sozialhilfe bezieht. Somit sind vermutlich acht Personen berufstätig (16,3 %).<sup>108</sup>

Zwei Personen haben nach eigenen Angaben eine feste Anstellung im ersten Arbeitsmarkt. Bei dieser Frage gab es relativ viele Fehlzeiten: ka = 4, na = 2 und fa = 2. Wahrscheinlich wurde diese Frage von einigen nicht verstanden, oder Arbeitslose sahen keine Notwendigkeit, sie zu beantworten.<sup>109</sup>

Ähnlich ist das Ergebnis bei der Frage nach einem regulären Aushilfsjob: zwei ProbandInnen haben zum Zeitpunkt der Untersuchung einen Aushilfsjob, 40 keinen, sechs Personen machten keine Angaben, und in einem Fall waren die Daten nicht auswertbar.<sup>110</sup> Fünf TeilnehmerInnen gaben an, dass sie schwarz arbeiten. 38 Personen verneinten die Frage nach Schwarzarbeit (ka = 5; na = 1).<sup>111</sup> Bei dem Item „Zur Zeit nehme ich an einer Maßnahme teil bzw. bilde mich weiter“ stimmten neun Personen zu und 35 nicht zu (ka = 3; na = 1; fa = 1). Bei der Auflistung verschiedener Maßnahmen haben scheinbar einige TeilnehmerInnen vergangene oder geplante Beschäftigungs- und Weiterbildungsmaßnahmen miteinbezogen.

---

<sup>107</sup> Vgl. Kufner Vogt und Weiler 1999, S. 47-51.

<sup>108</sup> Item 7.3

<sup>109</sup> Item 7.4.1

<sup>110</sup> Item 7.4.2

<sup>111</sup> Item 7.4.3

Durch den Vergleich mit anderen Angaben in den Bereichen Einkommen und berufliche Situation wurde versucht, diese fehlerhaften Angaben zu identifizieren (fa = 7). Drei Personen befinden sich in einer Maßnahme „Hilfe zur Arbeit“ (HZA/ASS), zwei haben eine ABM-Stelle, eine Person befindet sich in einer Qualifizierungsmaßnahme, eine geht zur Schule und holt einen Abschluss nach, und eine weitere Teilnehmerin macht eine Ausbildung zur Heilpraktikerin/Tierheilpraktikerin. Insgesamt haben drei Personen, die eine Teilnahme angeben, nicht die Form der Maßnahme benannt. Umgekehrt gab es auch Personen, die keine Angaben bei der Frage nach der Teilnahme an einer Maßnahme gemacht, aber die Art der Maßnahme benannt haben. Hinzu kommen Mehrfachnennungen einzelner ProbandInnen, die ebenfalls eine Auswertung erschweren. Die Angaben der Personen, die sich in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme oder in einer Maßnahme „Hilfe zur Arbeit“ befinden, stimmen mit den Daten der Items Einkommen und Arbeitslosigkeit überein. Diese fünf berufstätigen Personen haben also mit großer Wahrscheinlichkeit geförderte Stellen.<sup>112</sup>

Ergänzend zur aktuellen beruflichen Situation wurden die TeilnehmerInnen gefragt, ob sie eine stationäre Entwöhnungsbehandlung anstreben, da eine berufliche Integration in diesen Fällen erst nach der Therapie ansteht. Sechs KlientInnen (12,2 %) gaben an, dass sie sich in Therapievermittlung befinden, 40 Personen (81,6 %) streben keine Entwöhnungsbehandlung an, und drei ProbandInnen (6,1%) machten keine Angaben.<sup>113</sup>

Erziehungs- und Pflegeaufgaben wurden ebenfalls erhoben. Die Aussage „Zur Zeit bin ich mit Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen voll ausgelastet.“ war für 12 KlientInnen (24,5 %) eher oder genau zutreffend. 31 Personen (63,3 %) waren kaum oder gar nicht durch Erziehungsaufgaben oder Pflgetätigkeiten ausgelastet (ka = 4; na = 2).<sup>114</sup>

Um Anhaltspunkte zu erhalten, wie die TeilnehmerInnen selbst ihr Aktivitätsniveau im gesamten Alltag einschätzen, sollten sie den Satz „Zur Zeit tue ich nichts.“ beurteilen. Obwohl es sich um eine provokative Frage handelt, stimmten 11 Personen (22,4 %) dieser Aussage eher oder ganz zu. 35 ProbandInnen (71,4 %) beurteilten diesen Satz als kaum oder nicht zutreffend. Mit drei fehlenden Daten ist die Verweigerungsquote bei diesem Item erstaunlich gering.<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> Item 7.4.4

<sup>113</sup> Item 7.4.5

<sup>114</sup> Item 7.4.7

<sup>115</sup> Item 7.4.6

Die Arbeitslosigkeit ist in der vorliegenden Stichprobe relativ hoch. Lediglich 12-16 % der Befragten sind berufstätig. Die KlientInnen arbeiten überwiegend in geförderten Arbeitsstellen. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass ein Teil der Befragten dem Arbeitsmarkt aufgrund von Kindererziehung und Pflege von Angehörigen nicht zur Verfügung steht. Das gleiche gilt für Personen, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung anstreben. Vermutlich sind einige KlientInnen aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbsfähig.

### 3.2.4 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung wurde durch alle 49 ProbandInnen ausgefüllt. Bei einzelnen Fehldaten wurde der fehlende Wert durch den Mittelwert der anderen Items bestimmt. So konnte der Score für alle KlientInnen berechnet werden. Insgesamt handelt es sich um 490 Daten ( $k_a = 6$ ;  $n_a = 8$ ). Die Fehldaten betragen 2,9 % der Gesamtdatenmenge. Das arithmetische Mittel lag bei 28 Punkten, der Median betrug ebenfalls 28 und die Standardabweichung 5,9.<sup>116</sup>

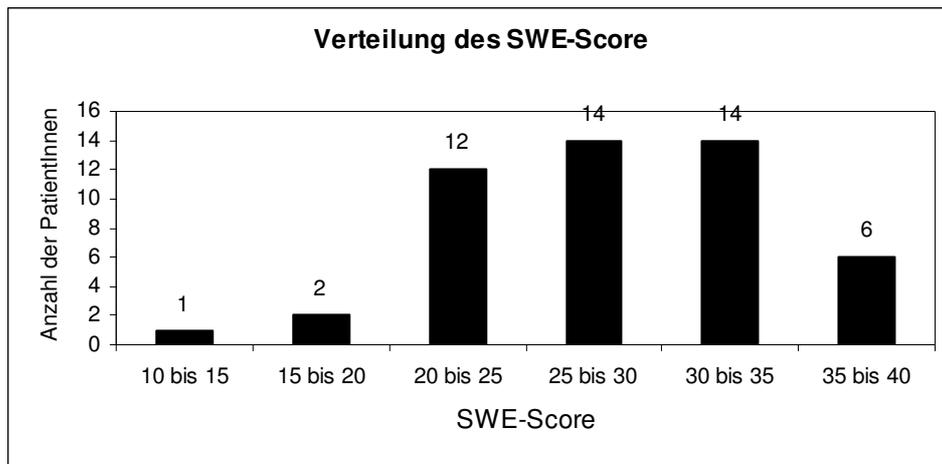
Der individuelle Score der Skala ergibt einen Wert zwischen 10 und 40 Punkten. In den meisten Stichproben liegt der Durchschnitt bei 29 Punkten und die Standardabweichung bei ca. 4 Punkten.<sup>117</sup> D.h. die TeilnehmerInnen der Befragung zur Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Substituierten haben durchschnittlich eine geringfügig niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung als andere Stichproben. Die höhere Standardabweichung ist ein Hinweis auf eine breitere Streuung. Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung innerhalb der Stichprobe.

---

<sup>116</sup> Items 6.1-6.10

<sup>117</sup> Vgl. Jerusalem und Schwarzer 1999.

**Abbildung 8: Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, Score der TeilnehmerInnen, Stichtag 01.04.2002 (n = 49)**



### 3.2.5 Subjektive Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit

Völlig oder eher überfordert mit ihren alltäglichen Aufgaben fühlten sich zum Zeitpunkt der Befragung neun Personen (18,4 %). Für 39 TeilnehmerInnen (79,6 %) traf das nicht oder kaum zu (ka = 1). Der Mittelwert betrug 1,8, der Median 1,5 und die Standardabweichung 0,9.<sup>118</sup>

Von den 49 Befragten waren nach eigenen Angaben aktuell 22 Personen (44,9 %) seelisch und körperlich nicht oder eher nicht in der Lage zu arbeiten oder sich weiterzubilden. 26 ProbandInnen (53,1 %) stimmten der Aussage „Zur Zeit bin ich seelisch und körperlich nicht in der Lage zu arbeiten oder mich weiterzubilden.“ nicht oder kaum zu (ka = 1). Das arithmetische Mittel betrug 2,3, der Median 2 und die Standardabweichung 1,2.<sup>119</sup>

33 Personen (67,3 %) stimmten zu oder stimmten eher zu, dass sie zur Zeit neben beruflichen Schwierigkeiten andere Probleme haben, die sie zuerst bewältigen müssen. Dieser Satz war für 14 KlientInnen (28,6 %) nicht oder nur kaum zutreffend (ka = 2). Durchschnittlich lag das Ergebnis bei 3 Punkten, der Median betrug ebenfalls 3 und die Standardabweichung 1,1.<sup>120</sup>

Dem Item „Zur Zeit traue ich mir zu 38,5 Stunden die Woche zu arbeiten“ stimmten 27 Befragte (55,1 %) kaum oder nicht zu. 21 ProbandInnen (42,9 %) beurteilten diesen Satz

<sup>118</sup> Item 7.4.10

<sup>119</sup> Item 7.4.8

<sup>120</sup> Item 7.4.9

mit „stimmt eher“ oder „stimmt genau“ (na = 1; Mittelwert: 2,4, Median: 2, Standardabweichung: 1,2).<sup>121</sup>

Die TeilnehmerInnen sahen sich durchschnittlich eher in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen. 44,9 % schätzen sich selbst aus körperlichen oder seelischen Gründen nicht als arbeitsfähig ein. Die Bewältigung anderer Probleme scheint für einen Großteil (67,3 %) der ProbandInnen eine hohe Relevanz zu haben. Über die Hälfte der Befragten traut sich kaum oder nicht zu, 38,5 Stunden wöchentlich zu arbeiten. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass eine große Gruppe der TeilnehmerInnen nur eingeschränkt arbeitsfähig ist bzw. sich selbst so einschätzt. Außerdem steht die Bewältigung anderer Probleme für viele im Vordergrund. Wenn andere Ziele neben der beruflichen Integration zum Messungszeitpunkt für die KlientInnen eine höhere Priorität haben, konzentrieren sie wahrscheinlich ihre Aktivitäten auf diese Ziele, und das Thema Arbeit ist aktuell nachrangig.

### 3.2.6 Ausmaß der Wertschätzung von Berufstätigkeit

Fünf Personen (10,2 %) stimmten der Aussage „Ich habe keine Lust zu arbeiten“ eher zu. 44 KlientInnen (89,9 %) beurteilten diesen Satz als kaum oder nicht zutreffend (Mittelwert: 1,3, Median: 1, Standardabweichung: 0,7).<sup>122</sup>

Aus der Perspektive von fünf Personen lohnt sich arbeiten nicht oder eher nicht, da sie mit ihrem aktuellen Einkommen fast genau soviel oder mehr Geld zur Verfügung haben. Diesem Item stimmten 44 TeilnehmerInnen kaum oder nicht zu (Mittelwert: 1,3, Median: 1, Standardabweichung: 0,8).<sup>123</sup>

Die Ergebnisse beider Items zur Wertschätzung von Arbeit stimmen fast überein. Zu berücksichtigen ist, dass bei dieser Fragestellung die Gefahr einer Verzerrung der Antworten erhöht ist. Die soziale Erwünschtheit von Berufstätigkeit kann die Ergebnisse beeinflussen. Trotz der tendenziell provokativen Fragestellung haben alle TeilnehmerInnen auswertbare Angaben gemacht. Nur eine kleine Gruppe von 10,2 % ist wenig motiviert, arbeiten zu gehen.

---

<sup>121</sup> Item 7.4.11

<sup>122</sup> Item 7.8

<sup>123</sup> Item 7.9

### 3.2.7 Subjektive Einschätzung der eigenen Berufschancen

Dem Item „Ich bin darüber informiert, welche Berufe für mich mit meiner Ausbildung und Erfahrung in Frage kommen.“ stimmten 29 Befragte (59,2 %) eher oder ganz zu. Weniger gut informiert schätzten sich 20 ProbandInnen (40,8 %) ein. Das arithmetische Mittel lag bei 2,6, der Median bei 3 und die Standardabweichung bei 1,2.<sup>124</sup>

35 Personen (71,4 %) beurteilten die Einschätzung, vieles nachholen zu müssen, wenn sie nach langer Arbeitslosigkeit wieder in das Berufsleben einsteigen, als ganz oder eher zutreffend. Dagegen glaubten 14 KlientInnen (28,6 %) kaum oder gar nicht, dass sie vieles nachholen müssen, wenn sie wieder arbeiten gehen würden (Mittelwert: 2,9, Median: 3, Standardabweichung: 1).<sup>125</sup>

Nach eigenen Angaben schätzen die TeilnehmerInnen im Durchschnitt ihre Berufschancen eher realistisch ein. Allerdings glaubt eine verhältnismäßig große Gruppe von 20 Personen, dass sie nicht gut informiert ist, welcher Beruf für sie in Frage kommt. Das kann einerseits an mangelhaften Beratungsangeboten liegen, aber auch seine Ursache in einer zu geringen Initiative bei der Arbeitssuche haben.

### 3.2.8 Ziele im beruflichen Bereich

Mit Hilfe des Fragebogens wurden die Ziele der KlientInnen im beruflichen Bereich abgefragt. Wie bereits im theoretischen Teil ausführlich beschrieben, ist es für den Erfolg bei der Zielerreichung sehr wichtig, ob es sich um die eigenen Ziele der KlientInnen handelt, oder sie von außen vorgegeben sind. 38 Personen (77,6 %) stimmten der Aussage „Zu Beginn der Substitution war eins meiner langfristigen Ziele arbeiten zu gehen (oder die Arbeit zu behalten).“ eher oder völlig zu. Lediglich neun TeilnehmerInnen (18,4 %) antworteten mit „stimmt nicht“ oder „stimmt kaum“. Eine Person machte keine Angaben, und in einem weiteren Fall waren die Daten nicht auswertbar. Das arithmetische Mittel lag bei 3,2, der Median bei 3 und die Standardabweichung betrug 1.<sup>126</sup>

Die ProbandInnen wurden zusätzlich gefragt, ob sie im Erstgespräch mit der Sozialarbeiterin oder dem Sozialarbeiter angegeben haben, dass sie (weiter) arbeiten möchten. 10 KlientInnen (20,4 %) konnten sich nicht mehr erinnern, 35 TeilnehmerInnen (71,4 %) gaben an, dies als Ziel im Erstgespräch angegeben zu haben, und lediglich drei

---

<sup>124</sup> Item 7.14

<sup>125</sup> Item 7.15

<sup>126</sup> Item 7.5

Befragte (6,1 %) konnten sich erinnern, Berufstätigkeit nicht als Zielperspektive genannt zu haben. Eine Person machte Angaben, die nicht auswertbar waren.<sup>127</sup>

Der Aussage „Jetzt ist Berufstätigkeit ein Ziel, was ich langfristig erreichen will.“ stimmten 42 Personen (85,7 %) ganz oder eher zu. Sieben ProbandInnen (14,3 %) gaben an, dass sie mit dieser Aussage nicht oder kaum einverstanden sind (Mittelwert: 3,3, Median: 4, Standardabweichung: 0,9).<sup>128</sup>

Für den größten Teil der Befragten ist Berufstätigkeit ein wichtiges Ziel. Das Ziel Arbeit scheint im Verlauf der Substitution im Durchschnitt leicht an Bedeutung zu gewinnen. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die Daten retrospektiv erhoben wurden. Eventuell stehen zu Behandlungsbeginn andere Ziele wie Reduktion des Beschaffungsdrucks, gesundheitliche Stabilisierung u.ä. für die KlientInnen im Vordergrund. Insgesamt ist zu beachten, dass diese Angaben trotz der Anonymität durch den Faktor „soziale Erwünschtheit“ oder „generelle Bejahungstendenz“ positiv verzerrt sein können.

### 3.2.9 Bewertung der eigenen Aktivitäten im Bereich Arbeitssuche

Die Aussage „Seit Beginn der Substitution habe ich mich aktiv bemüht wieder in Arbeit zu kommen oder mich weiterzubilden.“ wurde von 21 ProbandInnen (42,9 %) als eher oder genau zutreffend bewertet. 26 Personen (53,1 %) glaubten hingegen, sich kaum oder nicht aktiv bemüht zu haben (na = 2). Der Durchschnitt betrug 2,4, der Median 2 und die Standardabweichung 1,2.<sup>129</sup>

29 TeilnehmerInnen (59,2 %) stimmten eher oder ganz zu, dass sie mehr hätten tun können, um Arbeit zu finden oder um ihre berufliche Qualifikation zu verbessern. Dieser Aussage stimmten 20 Personen (40,8 %) nicht bzw. kaum zu (Mittelwert: 2,5, Median: 3, Standardabweichung: 1,1).<sup>130</sup>

Ebenfalls 29 Personen hielten ihre Bemühungen für nicht oder kaum ausreichend. Das Item „Meine Bemühungen waren völlig ausreichend.“ beurteilten 20 KlientInnen als eher oder ganz zutreffend (Mittelwert: 2,2, Median: 2, Standardabweichung: 1).<sup>131</sup>

---

<sup>127</sup> Item 7.6

<sup>128</sup> Item 7.7

<sup>129</sup> Item 7.10

<sup>130</sup> Item 7.11

<sup>131</sup> Item 7.12

Ein Teil der KlientInnen (42,9 %) hat sich nach eigener Ansicht seit Beginn der Substitution aktiv um Arbeit oder Weiterbildung bemüht. Über die Hälfte der ProbandInnen (59,2 %) glaubt, dass ihre Aktivitäten in diesem Bereich nicht ausreichend waren.

### 3.2.10 Selbstwirksamkeitserwartung im beruflichen Bereich

Die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung sollte mit folgendem Item gemessen werden: „Dass ich arbeitslos bin, liegt nur an äußeren Bedingungen (Arbeitsmarkt, Vorurteile der Arbeitgeber, geringe Ausbildung, Vergabezeiten des Methadons, Vorstrafen und andere Gründe.)“ Menschen, die das Gefühl haben, sie können auf einen ihrer Lebensbereiche nur wenig Einfluss ausüben, haben in diesem Bereich eine niedrige SWE. 27 KlientInnen (55,1 %) stimmten der Aussage kaum oder überhaupt nicht zu. Als eher oder genau zutreffend beurteilten den Satz 21 ProbandInnen (42,9 %). Eine Person machte keine Angaben. Das arithmetische Mittel lag bei 2,4, der Median bei 2 und die Standardabweichung bei 1,2.<sup>132</sup>

Mit 42,9 % ist der Anteil der KlientInnen, die ihre Arbeitslosigkeit durch äußere Umstände verursacht sehen, relativ hoch.

### 3.2.11 Bewertung der Unterstützung durch die SozialarbeiterInnen in beruflichen Fragen

Der größte Teil der KlientInnen ist mit der Unterstützung durch die SozialarbeiterInnen in beruflichen Fragen zufrieden. 38 Personen (77,6 %) stimmen eher oder ganz mit der Aussage „Ich bin mit der Unterstützung bei beruflichen Fragen durch die SozialarbeiterInnen der Methadonambulanz oder Beratungsstelle zufrieden.“ überein. Lediglich 10 TeilnehmerInnen (20,4 %) beurteilen die Aussage als kaum oder nicht zutreffend (ka = 1). Das arithmetische Mittel betrug 3,2, der Median 3 und die Standardabweichung 0,9.<sup>133</sup>

Zu der offenen Frage „Ich hätte noch gerne mehr Unterstützung bei...“ machten insgesamt 17 ProbandInnen schriftliche Angaben. Im Vordergrund stand der Wunsch nach Unterstützung bei medizinischen Problemen und einer intensiveren psychosozialen Betreuung. Außerdem wurden die Bereiche Finanzen, Arbeit, Wohnen, Freizeit und Strafrecht angesprochen (Zusammenfassung der Angaben siehe Anhang).<sup>134</sup>

---

<sup>132</sup> Item 7.13

<sup>133</sup> Item 7.16

<sup>134</sup> Item 7.17

### 3.2.12 Geschlechtsspezifische Auswertung

Wie bereits erwähnt, haben an der Befragung überdurchschnittlich viele Frauen teilgenommen. Da eine Person keine Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht hat, beträgt der Stichprobenumfang bei der geschlechtsspezifischen Auswertung  $n = 48$ . Insgesamt besteht die Stichprobe aus 27 Männern (56,2 %) und 21 Frauen (43,7 %). Fehlende Daten wurden bei der Berechnung der Prozentangaben berücksichtigt, werden aber hier nicht aufgeführt.<sup>135</sup> Männer und Frauen unterscheiden sich in folgenden Punkten:

Frauen beziehen mit 90,5 % häufiger Sozialhilfe als Männer mit 40,7 %. Dagegen finanzieren Männer ihren Unterhalt häufiger durch Arbeitslosenhilfe (37 %) und Gehalt (22,2 %). Die Quote der Arbeitslosenhilfeempfängerinnen liegt bei 14,3 % und die Quote der Gehaltsbezieherinnen bei 9,5 % (Krankengeld: 4,8 %). Die Angaben zum Gehalt beinhalten Mehrfachnennungen.

Bei dem Item zur Substitutionsdauer bestehen ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen waren durchschnittlich seit 42,1 Monaten in Behandlung (Median: 22) und Männer seit 25,6 Monaten (Median: 15).

Die schulische Qualifikation der Frauen ist höher als bei Männern. 9,5 % der Teilnehmerinnen haben Fachabitur, 28,6 % einen Realschulabschluss, 57,1 % einen Hauptschulabschluss und lediglich 4,8 % haben keinen Abschluss. Bei den Männern haben 7,4 % Fachabitur, 11,1 % einen Realschulabschluss, 55,5 % einen Hauptschulabschluss, 3,7 % einen Sonderschulabschluss und 22,2 % haben keinen Schulabschluss. Weiterhin verfügen Frauen mit 42,8 % häufiger über eine abgeschlossene Berufsausbildung als Männer mit 25,9 %. Durchschnittlich haben Männer mit 8,6 Jahren eine längere Berufserfahrung als Frauen mit 6,8 Jahren.

Von Arbeitslosigkeit sind Frauen öfter betroffen als Männer: 85,7 % der Frauen sind arbeitslos und 4,8 % erwerbstätig. Die Arbeitslosenquote beträgt bei den Männern 77,8 %, 18,5 % sind berufstätig.

Unterschiede innerhalb der Mittelwerte wurden bei einer Differenz von mindestens 0,5 Punkten bei den vierstufigen Skalen als bedeutsam bewertet.

---

<sup>135</sup> Detaillierte Darstellung siehe Tabelle 10

Frauen sind durchschnittlich mehr mit Pflege- und Erziehungsaufgaben ausgelastet: das arithmetische Mittel betrug bei den Frauen 2,2 und bei den Männern 1,5.<sup>136</sup> Teilnehmerinnen haben mit 3,3 Punkten einen höheren Mittelwert bei dem Item „Zur Zeit habe ich andere Probleme außer beruflichen Schwierigkeiten, die ich zuerst bewältigen muss.“, als Männer mit 2,8 Punkten.<sup>137</sup> Männer trauen sich häufiger zu, dass sie 38,5 Stunden die Woche arbeiten können. Das arithmetische Mittel der Klienten lag bei 2,8 und das der Klientinnen bei 2,0.<sup>138</sup> Die Einschätzung, dass sie bei einem Wiedereinstieg in das Berufsleben vieles nachholen müssen, wurde von Frauen mit 3,2 Punkten durchschnittlich häufiger bejaht, als von Männern. Das arithmetische Mittel der männlichen Befragten betrug 2,8.<sup>139</sup>

Die durchschnittliche Substitutionsdauer ist bei weiblichen Befragten wesentlich höher als die der männlichen. Frauen sind in der vorliegenden Stichprobe im schulischen und beruflichen Bereich besser qualifiziert. Trotzdem beziehen sie häufiger Sozialhilfe und sind öfter von Arbeitslosigkeit betroffen. Wie zu erwarten war, sind Frauen verstärkt mit Pflege- und Erziehungsaufgaben beschäftigt. In den genannten Items zu beruflichen Fragen schätzen Frauen ihre Fähigkeiten weniger optimistisch ein als Männer.

---

<sup>136</sup> Item 7.4.7

<sup>137</sup> Item 7.4.9

<sup>138</sup> Item 7.4.11

<sup>139</sup> Item 7.15

### 3.3 *Ergebnisse der Hypothesentestung*

Aufgrund der Übersichtlichkeit wurde in diesem Kapitel auf die genaue Kategorisierung der Fehlzeiten verzichtet. Sie sind detailliert im Anhang und unter 3.2 *Deskriptive Darstellung der Ergebnisse* aufgeführt.

Um  $H_1$  zu prüfen, wurde die Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem dichotomen Merkmal arbeitslos/berufstätig und dem Score der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit berechnet.

$H_1$ : Eine niedrige Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung bei substituierten Opiatabhängigen korreliert mit einer negativen Entwicklung der beruflichen Integration.

Es handelt sich bei  $H_1$  um eine gerichtete bivariate Zusammenhangshypothese, d.h. zwischen den zwei Merkmalen arbeitslos/berufstätig und dem SWE Score soll ein positiver Zusammenhang bestehen.<sup>140</sup>

Zur Erfassung der beruflichen Integration wurde das Item: „Ich bin zur Zeit arbeitslos.“, verwendet, da die Einbeziehung anderer Merkmale zur beruflichen Integration eine Trennung in positiven oder negativen Verlauf erschweren würde. Um dieses Merkmal mit den anderen vierstufigen Antwortmöglichkeiten vergleichen zu können, wurden die Angaben folgenden Zahlenwerten zugeordnet: stimmt nicht: 1 und stimmt: 4. Ein hoher Mittelwert spricht also für eine hohe Arbeitslosigkeit und einen bisher negativen Verlauf der beruflichen Integration. Das arithmetische Mittel betrug bei diesem Item 3,6, der Median 4 und die Standardabweichung 1 (n = 46).

Bei dem Score der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung hingegen spricht ein hoher Wert für eine hohe SWE. Der individuelle Score kann zwischen 10 und 40 Punkten liegen. Trotz weniger Fehlzeiten konnte für alle 49 TeilnehmerInnen der Score berechnet werden (siehe ausführlich 3.2.4). Der Durchschnitt lag bei 28, der Median ebenfalls bei 28 und die Standardabweichung betrug 5,9 Punkte (n = 49).

---

<sup>140</sup> Vgl. Bortz, J. und Döring, N. 2002, S. 506.

Folglich hätte sich rein rechnerisch, - um  $H_1$  zu untermauern - eine negative Korrelation zeigen müssen. Da ein hoher Wert bei der ersten Variable für einen negativen Verlauf der beruflichen Integration spricht, und ein niedriger Wert bei der zweiten Variable auf eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hinweist. Der Korrelationskoeffizient betrug 0,13. Es gibt in der vorliegenden Stichprobe keinen bedeutenden Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der Ausprägung der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Die Effektgröße ist mit  $r = 0,13$  klein und widerspricht  $H_1$ , da ein negativer Zusammenhang erwartet wurde. Die Signifikanz der Korrelation kann nicht überprüft werden. Für einen kleinen Effekt ist ein wesentlich größerer Stichprobenumfang erforderlich.<sup>141</sup>

Zusätzlich wurde die Stichprobe in Beschäftigte ( $n = 6$ ) und Arbeitslose ( $n = 40$ ) aufgeteilt, um zu kontrollieren, ob sich Arbeitslose und Berufstätige in dem Merkmal Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung unterscheiden. Der SWE-Score betrug für die Beschäftigten durchschnittlich 26 Punkte (Median: 28, Standardabweichung: 9,2) und das arithmetische Mittel der Arbeitslosen lag bei 28,1 Punkten (Median 28, Standardabweichung: 4,9). Auch hier zeigt sich, dass sich entgegen von  $H_1$  die Beschäftigten kaum in dem Merkmal SWE-Score von den Arbeitslosen unterscheiden. Auch die Testung der Signifikanz mit Hilfe des Student t-Tests ergab bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = 0,05$  keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Mittelwerten ( $p = 0,631$  n.s.).<sup>142</sup>

Zur Überprüfung von  $H_2$  wurde die Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem dichotomen Merkmal arbeitslos/berufstätig und der selbstentwickelten Items zur subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berechnet. Hierbei ist zu beachten, dass die selbstentwickelten Items bisher nicht empirisch überprüft worden sind und somit nicht nachgewiesen ist, dass die Items valide sind.

$H_2$ : Es besteht ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung, in der eigenen Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein, und einem negativen Verlauf der beruflichen Integration von substituierten Opiatabhängigen.

---

<sup>141</sup> Vgl. Bortz, J. und Döring, N. 2002, S. 604 und 613.

<sup>142</sup> Vgl. Lange, St. und Bender, R. 2001b, S. 42-44 und vgl. Bender, R. und Lange, St. 2001a, S. 39.

Die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde mit folgenden Items abgefragt:

Zur Zeit...

7.4.8 ...bin ich seelisch und körperlich nicht in der Lage zu arbeiten oder mich weiterzubilden. (n = 48)

7.4.9 ...habe ich andere Probleme außer beruflichen Schwierigkeiten, die ich zuerst bewältigen muss. (n = 47)

7.4.10 ...fühle ich mich mit meinen alltäglichen Aufgaben überfordert. (n = 48)

7.4.11 ...traue ich mir zu 38,5 Stunden (Vollzeit) zu arbeiten. (n = 48)<sup>143</sup>

Zwischen dem Item arbeitslos/berufstätig und der Variable 7.4.9 konnte eine mittlere Korrelation von  $r = 0,40$  festgestellt werden. Da das Item 7.4.11 anders gepolt ist, zeigte sich in diesem Fall eine rechnerisch negative Korrelation von  $r = -0,45$ . D.h. es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und dem Zutrauen, 38,5 Stunden täglich arbeiten zu können. Die anderen Variablen zeigen lediglich geringe Korrelationen mit dem Merkmal Arbeitslosigkeit: 7.4.8:  $r = 0,25$  und 7.4.10:  $r = 0,24$ .

Auch bei  $H_2$  wurde die Stichprobe in Beschäftigte und Arbeitslose getrennt. Es zeigten sich folgende Unterschiede innerhalb der Mittelwerte:

**Tabelle 2: Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) im Bereich „subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit“**

Items		Beschäftigte n = 6			Arbeitslose n = 40			Signifikanz bei $\alpha = 0,05$	
		Mi	Me	StAB	Mi	Me	StAB	p-Wert	
7.4.8	...bin ich seelisch u körperlich nicht in der Lage zu arbeiten oder mich weiterzubilden.	1,5	1	1,1	2,4	2	1,2	0,145	n.s.
7.4.9	...habe ich andere Probleme außer beruflichen Schwierigkeiten, die ich zuerst bewältigen muss.	1,8	2	0,7	3,2	4	1	0,015	s.
7.4.10	...fühle ich mich mit meinen alltäglichen Aufgaben überfordert.	1,2	1	0,4	1,8	2	1	0,009	s.
7.4.11	...traue ich mir zu 38,5 Stunden (Vollzeit) zu arbeiten.	3,8	4	0,4	2,2	2	1,2	< 0,001	s.

Mi = arithmetisches Mittel

Me = Median

StAB = Standardabweichung

<sup>143</sup> Fragebogen siehe Anhang

Falls die genannten Items valide sind, also auch wirklich die „subjektive Einschätzung in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein“ messen, dann hat sich diese Hypothese überwiegend bestätigt. Die Signifikanz wurde mit einem Student t-Test überprüft. Natürlich muss auch hier der geringe Stichprobenumfang berücksichtigt werden. Bis auf das Item 7.4.8 sind alle Unterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen signifikant. Die Beschäftigten schätzen durchschnittlich bei allen vier Items ihre Arbeitsfähigkeit und Zuversicht bezüglich Arbeit höher ein als die Arbeitslosen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Item 7.4.11 anders gepolt ist als die anderen Fragen. Interessant ist das Item 7.4.9, da es nicht genau den Punkt der „Arbeitsfähigkeit“ trifft, und der Unterschied mit 1,4 Punkten zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen sehr deutlich ist. Es stellt sich die Frage, welche anderen Probleme aus Sicht der KlientInnen erst gelöst werden müssen, bevor sie das Ziel Berufstätigkeit aktiv anstreben können (siehe dazu auch Punkt 3.2.5).

Bei der Überprüfung der dritten Hypothese wurde versucht, die Wertschätzung von Arbeit mit folgenden Items zu messen:

- 7.8 *Ich habe keine Lust zu arbeiten. (n = 49)*
- 7.9 *Arbeiten lohnt sich für mich nicht. Mit meinem jetzigen Einkommen habe ich fast genau soviel oder mehr Geld. (n = 49)<sup>144</sup>*

Zur Testung von H<sub>3</sub> wurde die Korrelation zwischen dem dichotomen Merkmal arbeitslos/berufstätig und den genannten Variablen zur Wertschätzung von Arbeit berechnet.

H<sub>3</sub>: Eine geringe Wertschätzung von Arbeit hängt mit einer negativen Entwicklung der beruflichen Integration von substituierten Opiatabhängigen zusammen.

Es konnte eine niedrige Korrelation zwischen den Variablen arbeitslos/beschäftigt und „Ich habe keine Lust zu arbeiten.“ von  $r = 0,20$  festgestellt werden. Aufgrund der Stichprobengröße ist dieser Effekt zu gering, um einen relevanten Zusammenhang der Merkmale zu belegen. Bezüglich des Items 7.9 lag keine Korrelation mit dem Merkmal arbeitslos/beschäftigt vor.

Auch zur Überprüfung von H<sub>3</sub> wurde die Stichprobe in Arbeitslose und Berufstätige aufgeteilt.

---

<sup>144</sup> Fragebogen siehe Anhang

**Tabelle 3: Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) im Bereich „Wertschätzung von Berufstätigkeit“**

Items		Beschäftigte n = 6			Arbeitslose n = 40			Signifikanz bei $\alpha = 0,05$	
		Mi	Me	StAB	Mi	Me	StAB	p-Wert	
7.8	Ich habe keine Lust zu arbeiten.	1	1	0	1,4	1	0,7	0,001	s.
7.9	Arbeiten lohnt sich für mich nicht. Mit meinem jetzigen Einkommen habe ich fast genau soviel Geld.	1,3	1	0,7	1,3	1	0,8	0,982	n.s.

Die Berufstätigen haben bei dem Item 7.8: „Ich habe keine Lust zu arbeiten“ alle „stimmt nicht“ angekreuzt. Die wenigen TeilnehmerInnen, die angaben „Ich habe keine Lust zu arbeiten“ (also 3 oder 4 angekreuzt haben), sind alle in der Gruppe der Arbeitslosen zu finden. Der Unterschied der Mittelwerte ist zwischen Berufstätigen und Arbeitslosen signifikant. Bei einer größeren Stichprobe, insbesondere bezogen auf die Gruppe der Berufstätigen, ließe sich eventuell auch ein statistisch signifikanter Zusammenhang nachweisen.

Die Mittelwerte der Variable 7.9 weisen zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten keine Unterschiede auf.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Berufstätigkeit und dem Ausmaß an Pragmatismus bei der Einschätzung der eigenen Berufschancen wurden folgende Items entwickelt, um die subjektive Einschätzung der eigenen Berufschancen zu messen:

7.14 *Ich bin darüber informiert, welche Berufe für mich mit meiner Ausbildung und Erfahrung in Frage kommen. (n = 49)*

7.15 *Wenn ich nach längerer Arbeitslosigkeit wieder in das Berufsleben einsteige, muss ich im Vergleich zu anderen Beschäftigten vieles nachholen. (n = 49)<sup>145</sup>*

H<sub>4</sub>: Eine wenig pragmatische Einschätzung der eigenen Berufschancen korreliert mit einem negativen Verlauf der beruflichen Integration substituierter Opiatabhängiger.

Zwischen dem Item 7.14 und dem Merkmal arbeitslos/berufstätig konnte eine niedrige Korrelation von 0,23 festgestellt werden. Auch diese Effektgröße ist aufgrund der kleinen

---

<sup>145</sup> Fragebogen siehe Anhang

Stichprobe nicht ausreichend. Bei einer Bestätigung von  $H_4$  hätte rechnerisch eine negative Korrelation resultieren müssen. In der vorliegenden Stichprobe schätzen sich die Beschäftigten durchschnittlich als schlechter informiert ein bezüglich der Berufe, die für sie in Frage kommen als die arbeitslosen KlientInnen. Zwischen der Variable arbeitslos/berufstätig und 7.15 besteht kein statistischer Zusammenhang.

Die Teilung der Stichprobe ergibt ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten der Teilstichproben.

**Tabelle 4: Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) im Bereich „pragmatische Einschätzung der eigenen Berufschancen“**

Items		Beschäftigte n = 6			Arbeitslose n = 40			Signifikanz bei $\alpha = 0,05$	
		Mi	Me	StAB	Mi	Me	StAB	p-Wert	
7.14	Ich bin darüber informiert, welche Berufe für mich mit meiner Ausbildung und Erfahrung in Frage kommen.	1,8	1	1,2	2,7	3	1,2	0,191	n.s.
7.15	Wenn ich nach längerer Arbeitslosigkeit wieder in das Berufsleben einsteige, muss ich im Vergleich zu anderen Beschäftigten vieles nachholen.	2,8	3	0,7	3	3	1	0,594	n.s.

Insbesondere bei dem Item 7.14 kann vermutet werden, dass es nicht geeignet ist, das Ausmaß des Pragmatismus bei der Einschätzung der eigenen Berufschancen zu messen. Möglicherweise sind die meisten KlientInnen schlecht informiert, und die Beschäftigten schätzen sich realistisch ein, während die arbeitslosen ProbandInnen sich selbst überschätzen.

Bei der Auswertung der Daten sind unabhängig von den vorher aufgestellten Hypothesen weitere Zusammenhänge aufgefallen.

Zwischen dem aktuellen Ziel Berufstätigkeit und dem Merkmal berufstätig/arbeitslos konnte eine niedrige Korrelation von  $r = -0,24$  festgestellt werden. Die negative Korrelation ergibt sich durch die gegensätzliche Polung der Items. Es besteht also ein positiver Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und dem eigenen Ziel, arbeiten zu gehen. Auch die Mittelwerte der Beschäftigten und Berufstätigen weisen einen signifikanten Unterschied auf.

**Tabelle 5: Unterschiede der Mittelwerte der Beschäftigten (n = 6) und der Arbeitslosen (n = 40) bzgl. des aktuellen Ziels Berufstätigkeit**

Items		Beschäftigte n = 6			Arbeitslose n = 40			Signifikanz bei $\alpha = 0,05$	
		Mi	Me	StAB	Mi	Me	StAB	p-Wert	
7.7	Jetzt ist Berufstätigkeit ein Ziel, was ich langfristig erreichen will.	3,8	4	0,4	3,2	3	0,9	0,01	s.

**Tabelle 6: Zusammenhänge der Items im Bereich „Ziele bezüglich Arbeit“**

Items		n	Mi	Me	StAB	Korrelationskoeffizienten		
7.5	Zu Beginn der Substitution war eins meiner langfristigen Ziele arbeiten zu gehen (oder die Arbeit zu behalten).	47	3,2	3	1	7.5/7.6	7.5/7.7	7.6/7.7
7.6	Im Erstgespräch mit der Sozialarbeiterin/ mit dem Sozialarbeiter habe ich angegeben, dass ich (weiter) arbeiten möchte.	38	3,8	4	0,8	<b>r = 0,75</b>	<b>r = 0,18</b>	<b>r = 0,29</b>
7.7	Jetzt ist Berufstätigkeit ein Ziel, was ich langfristig erreichen will.	49	3,3	4	0,9			

Die hohe Korrelation von 0,75 der Items 7.5 und 7.6 weist darauf hin, dass die Angabe des Ziels Arbeit im Erstgespräch in der Regel auch mit den eigenen Zielen übereinstimmt. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass sich ein erheblicher Anteil von 10 Personen nicht mehr an ihre Angaben im Erstgespräch erinnern konnte. Überraschend ist die niedrige Korrelation zwischen dem aktuellen Ziel Berufstätigkeit und dem Ziel zu Beginn der Substitution. Dabei kann es sich um einen Hinweis handeln, dass sich die Ziele der KlientInnen im Verlauf der Behandlung verändern, und eine regelmäßige Überprüfung und Neubestimmung der Betreuungsziele in der PSB sinnvoll ist.

Außerdem ist der Zusammenhang des Items 7.13 und dem Merkmal arbeitslos/berufstätig interessant.

*7.13 Dass ich arbeitslos bin, liegt nur an äußeren Bedingungen (Arbeitsmarkt, Vorurteile der Arbeitgeber, geringe Ausbildung, Vergabezeiten des Methadons, Vorstrafen und andere Gründe). (n = 48)<sup>146</sup>*

<sup>146</sup> Fragebogen siehe Anhang

Die Korrelation zwischen den Variablen arbeitslos/berufstätig und dem Merkmal 7.13 beträgt 0,28. Die Effektgröße ist zwar für diese Studie zu niedrig, allerdings ergab sich ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte bei Arbeitslosen und Berufstätigen. Für die Beschäftigten (n = 6) liegt das arithmetische Mittel des Items 7.13 bei 1,4 Punkten, der Median bei 1 und die Standardabweichung beträgt 0,8 Punkte. Der durchschnittliche Punktwert der Arbeitslosen (n = 40) ist mit 2,5 höher als der Mittelwert der berufstätigen ProbandInnen. Der Median der Arbeitslosen beträgt 2,5 und die Standardabweichung 1,2. Der Signifikanztest ergab einen p-Wert von 0,048. Der Unterschied der Mittelwerte ist somit signifikant, d.h. Arbeitslose haben in der vorliegenden Stichprobe durchschnittlich ein stärkeres Gefühl der Fremdbestimmung im beruflichen Bereich. Auch wenn dieses Item bisher nicht empirisch überprüft wurde, und die Validität nicht nachgewiesen ist, so ergibt sich doch die Frage, ob die Selbstwirksamkeitserwartung ein spezifischer Faktor ist, der in verschiedenen Lebensbereichen deutlich differieren kann. Es könnte beispielsweise möglich sein, dass ein Individuum im Bereich Sucht über ausgeprägte Kompetenzüberzeugungen verfügt, aber im Berufsleben eine eher niedrige Selbstwirksamkeitserwartung hat. Evt. haben die Arbeitslosen eine niedrige „berufliche Selbstwirksamkeitserwartung“ und es konnte deshalb kein Zusammenhang mit der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung gefunden werden.

### 3.4 Diskussion

Die TeilnehmerInnen der Befragung zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Substituierten finanzieren sich zum größten Teil durch Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe. Lediglich fünf Personen (10,2 %) beziehen ausschließlich Gehalt. Die schulische und berufliche Qualifikation der ProbandInnen ist eher niedrig. Der Anteil der Erwerbstätigen liegt zwischen 12 und 16 %. Diese Ergebnisse zeigen, dass die soziale Integration in der Stichprobe sehr niedrig ist. Auch im Vergleich zu anderen Untersuchungen von Substituierten ist die Situation der Befragten in den Bereichen Einkommen, Ausbildung und Erwerbstätigkeit verhältnismäßig schlecht. Vermutlich finden sich in der Methadonambulanz häufiger PatientInnen, die stark von sozialer Desintegration betroffen sind als in der Gesamtpopulation der Substituierten. Es ist aber auch denkbar, dass an der Befragung überwiegend Personen mit großen Defiziten im beruflichen Bereich teilgenommen haben. Ein Vergleich mit der Einkommens- und Arbeitssituation der Gesamtzahl von PatientInnen in der Einrichtung könnte in diesem Fall eine genauere Interpretation der Ergebnisse ermöglichen.

Die Ergebnisse der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung unterscheiden sich nur geringfügig von Studien an anderen Personengruppen.<sup>147</sup> Die höhere Standardabweichung in der vorliegenden Untersuchung gibt eine breitere Streuung innerhalb der Stichprobe an. Dieses Ergebnis erscheint aufgrund der vorliegenden sozialen Desintegration und der vielfältigen Schwierigkeiten, von denen Drogenabhängige betroffen sind, als wenig plausibel. Falls eine Gruppe der Befragten zu einer inflationären Selbstwirksamkeitserwartung neigt, könnten ihre Angaben die Mittelwerte der Skala erheblich beeinflussen. Eine unrealistisch hohe Selbstwirksamkeitserwartung hängt mit spezifischen Formen der Angstabwehr zusammen.<sup>148</sup> D.h. inflationäre SWE wird möglicherweise durch eine bestimmte Form der Angstverarbeitung verursacht. Vielleicht sind die Ergebnisse der Skala in der vorliegenden Stichprobe auch auf die sehr allgemeine Fragestellung der Items zurück zu führen. Bei spezifischen Fragestellungen z.B. zum Thema Arbeitsfähigkeit, haben die ProbandInnen weniger optimistische Antworten gegeben. Eventuell bieten allgemein formulierte Items eher die Möglichkeit, Antworten zu geben, die zur Erhaltung des Selbstwertes beitragen. Die Items zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung beziehen sich nicht auf spezielle Situationen oder Lebensbereiche, so dass positiv verzerrte Antworten wahrscheinlich keine bewussten

---

<sup>147</sup> Vgl. Jerusalem und Schwarzer 1999.

<sup>148</sup> Vgl. Demmel 2002, S. 454-456.

Falschangaben sind. ProbandInnen können bei optimistischen Antworten eine Konfrontation mit den eigenen Schwächen vermeiden. Das Ausblenden von Schwierigkeiten und die Überbetonung von Fähigkeiten würde mit dem Faktor Angstabwehr übereinstimmen. Bei solchem Antwortverhalten handelt es sich in erster Linie um eine Selbsttäuschung und weniger um eine Fremdtäuschung im Sinne der sozialen Erwünschtheit.

Ein weiterer Aspekt ist, dass Selbstwirksamkeitserwartungen sich möglicherweise nur auf bestimmte Lebensbereiche beziehen und somit auch in verschiedenen Situationen eine unterschiedlich hohe Selbstwirksamkeitserwartung vorliegt. Ein Klient kann beispielsweise eine hohe Kompetenzüberzeugung bezogen auf die Abstinenz von illegalen Drogen haben, sich aber im beruflichen Bereich keinen Erfolg zutrauen.

Wahrscheinlich würden spezifische Fragestellungen zur Selbstwirksamkeitserwartung im beruflichen Bereich engere Zusammenhänge mit der beruflichen Integration von Substituierten aufweisen.

Die Ergebnisse der Items zur eigenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zeigen, dass eine große Gruppe der TeilnehmerInnen glaubt, dass sie aus gesundheitlichen Gründen nicht oder kaum arbeitsfähig ist. Hier wäre ein Vergleich der objektiven medizinischen Arbeitsfähigkeit mit der subjektiven Sicht der KlientInnen interessant. Allerdings führt wahrscheinlich die eigene Einschätzung, nicht arbeitsfähig zu sein, schon zu einer Verringerung der Aktivitäten in den Bereichen Arbeitssuche und berufliche Integration. Die hohe Anzahl der KlientInnen, die erst andere Probleme bewältigen müssen, bevor sie arbeiten gehen können, ist ein Hinweis auf die Zielrangordnung der KlientInnen. Wahrscheinlich stellt Berufstätigkeit für viele TeilnehmerInnen ein Fernziel dar, das sie erst aktiv anstreben, wenn sie andere Ziele, die für sie eine Voraussetzung zum arbeiten sind, erreicht haben. Oder das Ziel Arbeit hat für die Befragten keine hohe Priorität, weil andere Perspektiven im Moment erstrebenswerter sind. Da über die Hälfte der TeilnehmerInnen sich nicht zutraut, 38,5 Stunden die Woche zu arbeiten, bedeutet das für die Praxis, dass viele KlientInnen zumindest zu Beginn der beruflichen Rehabilitation für Stellen mit einer reduzierten Stundenzahl eher geeignet sind.

Eine niedrige Wertschätzung von Berufstätigkeit scheint in der Stichprobe von untergeordneter Bedeutung zu sein. Nur eine kleine Gruppe von ca. 10 % ist wenig motiviert arbeiten zu gehen. Bei dieser Fragestellung sind allerdings positiv verzerrte

Antworten zu erwarten, da der Faktor soziale Erwünschtheit bei dem Thema Arbeitsmotivation vermutlich eine große Rolle spielt.

Die Ergebnisse zur Einschätzung der Berufschancen sind nicht besonders aussagekräftig, weil ein Vergleich der Qualifikation und der Berufswünsche ein objektiveres Bild liefern würde. Interessant ist aber, dass über 40 % glauben, nicht gut über Berufe, die für sie in Frage kommen, informiert zu sein. Hier scheinen Defizite im Berufsberatungsbereich vorzuliegen, oder die KlientInnen nehmen diese Angebote nicht ausreichend in Anspruch.

Für die meisten Befragten ist Berufstätigkeit nach eigenen Angaben ein wichtiges Ziel. Es zeigte sich auch eine niedrige Korrelation zwischen dem aktuellen Ziel Berufstätigkeit und dem Merkmal arbeitslos/berufstätig. Das Antwortverhalten der TeilnehmerInnen bei dem Item 7.4.9 „Zur Zeit habe ich andere Probleme außer beruflichen Schwierigkeiten, die ich zuerst bewältigen muss.“ lässt vermuten, dass Arbeit zwar ein Ziel von vielen KlientInnen ist, aber Berufstätigkeit in der Rangfolge der persönlichen Ziele weiter hinten angesiedelt ist. Die Angaben der TeilnehmerInnen zu dem Ziel Berufstätigkeit können ebenfalls durch den Faktor soziale Erwünschtheit verzerrt sein. Auch wenn die Stichprobe für die Interpretation einiger Resultate zu klein ist, so haben sich doch bei verschiedenen Items Hinweise ergeben, die die Bedeutung selbstgesetzter Ziele untermauern. Um festzustellen, welchen Stellenwert Arbeit für die KlientInnen hat, wäre es sinnvoll die KlientInnen zu bitten, eine Auswahl verschiedener Ziele in eine Reihenfolge zu bringen.

Die Bewertung der eigenen Aktivitäten im Bereich Arbeitssuche ist insofern von Bedeutung, da über die Hälfte der ProbandInnen angibt, dass ihre Aktivitäten nicht ausreichend waren. Trotz des Faktors soziale Erwünschtheit scheinen viele TeilnehmerInnen die Items wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Dieses Resultat könnte ein Hinweis auf überwiegend realistische Angaben der Befragten sein.

Da zur beruflichen Selbstwirksamkeit bisher keine erprobten Items existieren, wurde mit Hilfe des Items zum Gefühl der Fremdbestimmung und fehlenden eigenen Einflussmöglichkeiten versucht, die berufliche Selbstwirksamkeitserwartung zu messen. Über 40 % glauben, dass ihre Arbeitslosigkeit durch äußere Bedingungen verursacht wird. Auch wenn diese Einschätzung vielleicht objektiv richtig ist, so verringert diese Einstellung doch die Wahrscheinlichkeit, dass die KlientInnen Aktivitäten bezüglich Arbeitssuche zeigen. Damit sinken ebenfalls die Chancen, wieder in das Berufsleben einzusteigen. Das Resultat bestätigt die Idee, dass zur Messung der beruflichen SWE

wahrscheinlich spezifische Fragen eher einen Zusammenhang mit der beruflichen Integration aufweisen als die Skala zur Allgemeinen SWE.

Insgesamt betrachtet sind die meisten TeilnehmerInnen (77,6 %) mit der Unterstützung in beruflichen Fragen durch die SozialarbeiterInnen in der Ambulanz zufrieden. Obwohl sich über 40 % der KlientInnen nicht ausreichend informiert fühlen, scheinen diese Defizite nicht der psychosozialen Betreuung in der Methadonambulanz angelastet zu werden. Wahrscheinlich sehen die KlientInnen die Beratung in beruflichen Fragen nicht primär als eine Aufgabe der psychosozialen Betreuung an.

H<sub>1</sub> konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich kein positiver Zusammenhang zwischen der Skala zur Allgemeinen SWE und der beruflichen Integration. Zur Messung der beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung ist das Instrument der Skala zur Allgemeinen SWE wahrscheinlich nicht geeignet. Items, die sich auf die Selbstwirksamkeitserwartung in typischen Situationen bei der Arbeitssuche beziehen, könnten bei einer Verbesserung des Fragebogens erprobt werden. Die Korrelation von  $r = 0,28$  zwischen dem Merkmal arbeitslos/berufstätig und dem Item 7.13 „Dass ich arbeitslos bin, liegt nur an äußeren Bedingungen...“ kann als weiterer Hinweis betrachtet werden, dass themenspezifische Fragen zur beruflichen SWE eher einen Zusammenhang mit der beruflichen Integration aufweisen. Außerdem ist die Skala zur Allgemeinen SWE ein Instrument, welches nicht speziell für Abhängige entwickelt wurde, so dass es möglicherweise nicht geeignet ist, um die Selbstwirksamkeit bei dieser Gruppe zu messen. Vorstellbar wäre ein Fragebogen, der ähnlich aufgebaut ist wie die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht“ (HEISA-16 und HEISA-38). Bei diesen Skalen wird die Abstinenzzuversicht in verschiedenen typischen Risikosituationen abgefragt. Dieser Aufbau könnte in einen Fragebogen zur beruflichen Selbstwirksamkeitserwartung übernommen werden. Die Zuversicht, bestimmte typische Situationen während der Arbeitssuche und bei der Berufstätigkeit erfolgreich zu bewältigen, könnte so gemessen werden. Zusätzlich erfragen die Heidelberger Skalen die konsumbezogenen Ziele der KlientInnen. Ähnliches wäre für Ziele im beruflichen Bereich sinnvoll.

Aufgrund der Ergebnisse der Befragung bestehen Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung, in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein, und der beruflichen Integration. Bei der Überprüfung von H<sub>2</sub> konnte eine mittlere Korrelation zwischen dem Zutrauen, 38,5 Stunden wöchentlich arbeiten zu können, und dem Merkmal arbeitslos/berufstätig festgestellt werden. Das Item 7.4.9 „Zur Zeit habe ich andere

Probleme außer beruflichen Schwierigkeiten, die ich zuerst bewältigen muss.“, korreliert ebenfalls mit der Variable arbeitslos/berufstätig ( $r = 0,4$ ). Die anderen Items zur Arbeitsfähigkeit zeigen zwar nur niedrige Korrelationen, bei der Teilung der Stichprobe in Berufstätige und Arbeitslose ergeben sich aber Unterschiede in den Mittelwerten. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und die berufliche Integration scheinen sich also in dieser Stichprobe einseitig oder wechselseitig zu beeinflussen. Hier stellt sich nun die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit von einigen TeilnehmerInnen aus medizinischer Sicht eingeschränkt ist, oder ob es sich lediglich um ein subjektives Gefühl der Befragten handelt. Es ist anzunehmen, dass ein Teil der ProbandInnen tatsächlich nicht oder nur eingeschränkt arbeitsfähig ist, da andere Studien einen hohen Anteil von Erwerbsunfähigen unter Methadonsubstituierten vermuten lassen.<sup>149</sup> Aufgrund der Hinweise, die sich in dieser Pilotstudie ergeben haben, wäre eine weitere Untersuchung von H<sub>2</sub> mit einer größeren Stichprobe erstrebenswert. Das Item 7.4.9 sollte allerdings umformuliert werden und nur nach gesundheitlichen Problemen fragen, die vor Aufnahme einer Arbeit bewältigt werden müssen.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen einer geringen Wertschätzung von Arbeit und beruflicher Integration (H<sub>3</sub>) ergab sich eine geringe Korrelation mit dem Item 7.8 „Ich habe keine Lust zu arbeiten.“ Meiner Ansicht nach könnte dieses Item auch dem Bereich Ziele zugeordnet werden. Wie erstrebenswert ein Ziel ist, hängt schließlich von der Bewertung des erwünschten Zustandes ab.

H<sub>4</sub> hat sich nicht bestätigt. Es konnte kein positiver Zusammenhang zwischen einer wenig pragmatischen Einschätzung der eigenen Berufschancen und einem negativen Verlauf der beruflichen Integration festgestellt werden. Wahrscheinlich waren die Items nicht geeignet, um das Ausmaß an Pragmatismus zu messen. Sinnvoller wäre ein Vergleich der beruflichen Qualifikation und der Berufswünsche der KlientInnen.

Zusammenfassend betrachtet, sollte ein weiterentwickelter Fragebogen sich auf folgende Bereiche konzentrieren: biographische Standarddaten, aktuelle berufliche Situation, Ziele der Substitution, Ziele im beruflichen Bereich, Zuversicht in typischen Situationen der Arbeitssuche und subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Die Durchführung des Fragebogens als standardisiertes Interview durch externe MitarbeiterInnen würde wahrscheinlich die Qualität der Daten erheblich verbessern. Zusätzlich könnten weitere

---

<sup>149</sup> Vgl. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hg.) 2000, S. 23-25.

Daten wie z.B. zur Behandlungsdauer, mit Hilfe der Einrichtungsdokumentation erhoben werden.

#### **4 Ideen zur Umsetzung der Ergebnisse in der praktischen Arbeit**

Die Ergebnisse lassen keine konkreten Empfehlungen für die Durchführung der psychosozialen Betreuung von Methadonsubstituierten zu. Bei einer Hinzuziehung von anderen Studien, ergeben sich allerdings Hinweise, die für die praktische Arbeit von Bedeutung sein können.

Ein spezieller Arbeitsansatz zur Förderung der beruflichen Integration macht bei Methadonsubstituierten wenig Sinn, da häufig vielfältige Problemlagen bestehen, die ein umfassendes Betreuungsangebot erfordern.

Trotz vieler interessanter Einzelfallstudien und Berichte liegen in Deutschland nur wenige kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der einzelnen Elemente des Drogenhilfesystems vor. Das trifft insbesondere auf ambulante Hilfen und dort wiederum besonders auf psychosoziale Hilfen zu. Im Rahmen der randomisierten Arzneimittelstudie „Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen“ werden zur Zeit psychosoziale Hilfen in möglichst standardisierter und manualisierter Form durchgeführt, um die Effekte der psychosozialen Betreuung bestimmen zu können. Dabei werden zwei Betreuungsformen miteinander verglichen. In einem Studienarm wird Drogenberatung in nicht standardisierter Form in Kombination mit einem manualisierten psychoedukativen Gruppenprogramm durchgeführt. Im anderen Arm wird Case Management mit integriertem Motivational Interviewing eingesetzt. Die TeilnehmerInnen werden zur Hälfte mit Heroin und in der Kontrollgruppe mit Methadon behandelt. Da bisher noch keine Studien in dieser Form durchgeführt wurden, werden die Spezialstudien zur psychosozialen Begleitung auch Auswirkungen auf die bisherige Betreuung von Methadonsubstituierten haben. Das Case Management wurde bereits in einem fünfjährigen Kooperationsmodell „nachgehende Sozialarbeit“ des BMG erfolgreich eingesetzt. Insbesondere für Personen mit vielfältigem Hilfebedarf ist Case Management eine erfolgversprechende Methode. Motivational Interviewing wird seit mehreren Jahren zur Behandlung und Beratung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen erfolgreich angewandt.<sup>150</sup>

---

<sup>150</sup> Vgl. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I. und Oliva, H.; FOGS/ISFF 2002, S. 7-8.

Das Case Management ist vom Ansatz her den Methoden der Einzelfallhilfe der sozialen Arbeit ähnlich. Es handelt sich um ein strukturiertes Beratungskonzept mit den Schwerpunkten nachgehende Sozialarbeit und Kooperation mit anderen Hilfsangeboten. Das bedeutet z.B. eine enge Zusammenarbeit mit Arbeitsämtern, Beschäftigungsprojekten und Bildungsmaßnahmen und kann Begleitungen zu Behörden oder Arbeitgebern mit einschließen. Das Konzept beinhaltet folgendes Phasenmodell: Kontaktaufnahme, Assessment mit Problemanalyse, Zielvereinbarung und Hilfe- und Veränderungsplanung, Durchführung (inklusive Vermittlung, Organisation, Koordination), Monitoring und Re-Assessment sowie abschließende Fallevaulation und Beendigung der Zusammenarbeit. Unter Assessment wird in diesem Zusammenhang eine umfangreiche Erfassung der aktuellen Lebenssituation verstanden. Biographische Daten werden zwar auch erfasst, der Schwerpunkt liegt aber bei aktuellen Ressourcen und Problemlagen.<sup>151</sup> Das Ablaufschema des Case Management ähnelt dem 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie.<sup>152</sup> Das Motivational Interviewing ist ein therapeutischer Ansatz, der eine bestimmte Grundhaltung gegenüber dem Klienten beschreibt und den BeraterInnen Techniken zur Förderung der Veränderungsbereitschaft an die Hand gibt. Nach Miller und Rollnick existieren fünf Grundprinzipien, durch die sich Motivational Interviewing charakterisieren lässt: Empathie und Akzeptanz, Diskrepanzen erzeugen, Beweisführung vermeiden, Widerstand aufnehmen und Selbstwirksamkeitserwartung fördern.<sup>153</sup>

Eine umfassende Darstellung des Case Managements mit integriertem Motivational Interviewing würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Um feststellen zu können, welche Ansätze in der psychosozialen Betreuung effektiv eingesetzt werden können, sind standardisierte Beratungskonzepte mit wissenschaftlicher Evaluation unerlässlich. Für das Case Management mit integriertem Motivational Interviewing spricht, dass dieser Ansatz verschiedene bereits erprobte Methoden miteinander kombiniert und versucht, die vorhandenen Ressourcen des Drogenhilfssystems mit einzubeziehen. Die Bedürfnisse und Ziele der KlientInnen stehen im Vordergrund. Eine ausführliche Zielabklärung unter Berücksichtigung der Ambivalenzen der KlientInnen kann verhindern, dass BeraterInnen und KlientInnen verschiedene Ziele anstreben. Die nachgehende Sozialarbeit kann sehr hilfreich sein, um die Lebenssituation der KlientInnen besser erfassen zu können, und um Schwellenängste gegenüber anderen Hilfsangeboten abzubauen. Die Teilnahme an der psychosozialen Betreuung ist in der Arzneimittelstudie freiwillig. Nach Abschluss des

---

<sup>151</sup> Vgl. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I. und Oliva, H.; FOGS/ISFF 2002, S. 13-19.

<sup>152</sup> Vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000, S. 139.

<sup>153</sup> Vgl. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I. und Oliva, H.; FOGS/ISFF 2002, S. 13-19.

„Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen“ wird sich zeigen, ob das Konzept des Case Managements mit integriertem Motivational Interviewing der bisherigen Beratungspraxis mit ergänzendem Gruppentherapieprogramm überlegen ist.

Wie bereits ausführlich im theoretischen Teil erörtert, ist es bei der Festlegung von Behandlungszielen aus ethischen Gründen sehr wichtig, dass es sich um eigene Ziele der KlientInnen handelt. Außerdem ist bei selbstgewählten Zielen der KlientInnen die Wahrscheinlichkeit, dass die Ziele erreicht werden, höher. Die Wertvorstellungen der professionellen HelferInnen können erheblich von den Vorstellungen der KlientInnen abweichen. Gerade bei dem Thema Arbeit werden die meisten pädagogischen und medizinischen Fachkräfte der Ansicht sein, dass Berufstätigkeit zu einem „normalen“ Leben dazu gehört. Professionelle HelferInnen sollten aber grundsätzlich die Tatsache akzeptieren können, dass es eine unendliche Fülle von Lebensstilen gibt. In diesem Zusammenhang ist von einem Mitarbeiter besonders dann ein hohes Maß an Toleranz gefordert, wenn ein Klient ein völlig anderes Lebenskonzept beansprucht, als der Mitarbeiter für sein eigenes Leben gewählt hat. Wenn professionelle HelferInnen versuchen, KlientInnen zu ihren Ideen zu bekehren, dann kann ein unangemessenes Ausüben von Macht und Kontrolle ein Motiv sein. Der „alleinseligmachende“ Weg für das menschliche Leben existiert nicht. Und der Versuch, KlientInnen von solchen Ideen zu überzeugen, ist eher als „missionarischer Eifer“ und weniger als professionelles Handeln zu verstehen. Ausbildung, Supervision und Unterstützung durch ein interdisziplinäres Team können helfen, die eigenen Ziele und Werte von denen der KlientInnen zu differenzieren und eine Vielzahl von Ansichten tolerieren zu können.<sup>154</sup>

Hier erscheint mir auch eine Diskussion über Ziele der Methadonsubstitution auf Einrichtungs- und Trägerebene erstrebenswert. Die einzelnen MitarbeiterInnen sind den Behandlungskonzepten der Einrichtung verpflichtet. Zielformulierungen, die den Interessen des Klienten widersprechen und nicht erreichbar oder nicht überprüfbar sind, können den zuständigen Mitarbeiter in erhebliche Konflikte bringen. Berufstätigkeit wird ähnlich wie das Ziel Abstinenz nur von einer Minderheit der Opiatabhängigen kurz- oder mittelfristig erreicht. Dieses Ziel ist also wenig geeignet, um den Erfolg einer Behandlung zu messen. Zielbegründungen müssen sich immer am Individuum orientieren und können keine Gültigkeit für alle drogenabhängigen Menschen beanspruchen. Deshalb sollte die Autonomieförderung immer die oberste Maxime jeglicher Suchtbehandlung sein.

---

<sup>154</sup> Vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000, S. 494-495.

Innerhalb des Hilfesystems ist es also wichtig, Zieloptionen zu eröffnen, die Raum für individuelle Entscheidungen lassen. Eine fundamentale Aufgabe der Drogenhilfe ist die Sicherung des Überlebens. Als Maximalziel kann eine Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit betrachtet werden. Diese Ziele gelten natürlich gleichermaßen für das soziale Umfeld. Die Freiheit des abhängigen Klienten hat seine Grenzen, wenn die Autonomie anderer Menschen verletzt wird. Auch die Angehörigen haben ein Recht auf maximale Lebensqualität. Für den einzelnen Klienten kann Berufstätigkeit ein wichtiger Bestandteil des zufriedenen Lebens sein, muss es aber nicht. Um den Erfolg der Methadonsubstitution zu evaluieren, ist es sinnvoller, Zielkriterien festzulegen, die tatsächlich durch die Behandlung erreicht werden können, wie beispielsweise Senkung der Mortalität und Morbidität oder Reduzierung der Beschaffungskriminalität.<sup>155</sup> Es stellt sich auch die Frage, ob bei der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation das pädagogische Personal nicht vor eine unmögliche Aufgabe gestellt wird, wenn sie die berufliche Integration als ein Ziel für die Gesamtheit der Substituierten ernst nimmt.

In der vorliegenden Untersuchung zur Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Substituierten konnte kein Zusammenhang zwischen der Allgemeinen SWE und der beruflichen Integration gefunden werden. Allerdings können Methoden zur Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung sinnvoll eingesetzt werden, wenn KlientInnen das Ziel Berufstätigkeit anstreben, sich aber nicht zutrauen, bei der Arbeitssuche und im beruflichen Alltag erfolgreich zu sein. In der psychosozialen Begleitung kann das Modell der Selbstwirksamkeitserwartung folgendermaßen genutzt werden: wenn KlientInnen der Auffassung sind, sie könnten sowieso wenig zu der Veränderung ihrer Probleme beitragen, so ist es die Aufgabe von TherapeutInnen, auf der Ebene der Erwartungen zu intervenieren. Das kann durch das Modell anderer KlientInnen passieren, die eine Veränderbarkeit des Problemverhaltens vorleben. Weiterhin können KlientInnen durch kleine Schritte in Richtung Veränderung selbst die Erfahrung machen, dass ihre Erwartungen an bestimmte Situationen Einfluss auf ihre Schwierigkeiten haben.<sup>156</sup> Das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen führt zu neuen und differenzierten Erwartungen hinsichtlich spezieller Situationen. Auf der anderen Seite produzieren neue Handlungsweisen auch neue Reaktionen der sozialen und physikalischen Umwelt und bringen somit Veränderungen der Verhaltens-Ergebnis-Erwartungen mit sich.<sup>157</sup> Wenn der Klient sich die erzielten Fortschritte selbst zuschreibt, führt das zu einer Erhöhung der

---

<sup>155</sup> Vgl. Kruse, Körkel und Schmalz 2001, S. 198-206.

<sup>156</sup> Vgl. Bandura, zit. nach Reinecker 1999, S. 104-105.

<sup>157</sup> Vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000, S. 85-86.

Selbstwirksamkeitserwartung. Eine andere Möglichkeit zur Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung ist die Betonung der Eigenverantwortlichkeit. Niemand außer dem Klienten selbst kann das Erforderliche tun, um sein angestrebtes Ziel zu erreichen.<sup>158</sup> Es existieren verschiedene Wege, um das Problemverhalten zu verändern, und der Klient muss für sich herausfinden, welcher für ihn der Geeignete ist.<sup>159</sup>

Die Ergebnisse der Befragung, bezogen auf die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit, könnten ein Hinweis sein, dass eine ärztliche Überprüfung der Erwerbsfähigkeit bei vielen substituierten Opiatabhängigen sinnvoll wäre. Auf jeden Fall sollten gesundheitliche Einschränkungen ausführlich in der psychosozialen Betreuung thematisiert werden, wenn KlientInnen wieder arbeiten gehen möchten. Die Vermittlung von medizinischen Hilfen kann KlientInnen in die Lage versetzen, dass sie sich selbst wieder arbeitsfähig fühlen und ein größeres Zutrauen in ihre physischen und psychischen Fähigkeiten entwickeln.

---

<sup>158</sup> Vgl. Miller und Rollnick 1999, S. 72-73.

<sup>159</sup> Vgl. Kruse, Körkel und Schmalz 2001, S. 185-186.

## 5 Anhang

# Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Substituierten

(Christine Hölzmann, Diplom-Sozialpädagogin)

mit Unterstützung von:

**Katholische Fachhochschule  
Nordrhein-Westfalen**  
Forschungsschwerpunkt Sucht  
Prof. Dr. Michael Klein  
Master Studiengang „Suchthilfe“  
Wörthstr. 10  
50668 Köln

***Drogenhilfe Köln e.V.***  
Rechtsrheinisches  
Drogenhilfezentrum  
Berliner Str. 77a  
51063 Köln  
Tel. 0221/9641794  
Fax 0221/9641793

**Liebe KlientInnen,**

**mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre aktuelle Arbeitssituation und Ihre Einstellungen zum Thema Arbeit erfassen. Mit Hilfe der Ergebnisse können wir gegebenenfalls unser Beratungsangebot verbessern. Die Befragung erfolgt absolut anonym und hat keinerlei negative Konsequenzen für Ihre persönliche Beratung/Behandlung in unserer Einrichtung.**

**Für die Beantwortung der Fragen brauchen Sie ca. 10-15 Minuten. Um Ihre Anonymität zu gewährleisten, stecken Sie bitte den Fragebogen nach dem Ausfüllen in den beigelegten Briefumschlag und in die entsprechende Kiste an der Theke.**

***Auch wenn Sie Arbeit haben, möchten wir Sie bitten den Fragebogen trotzdem auszufüllen. Fragen die sich ausdrücklich an Arbeitslose wenden, brauchen Sie nicht zu beantworten.***

**Für Ihre freundliche Mitarbeit erhalten Sie an der Theke einen Gutschein für Freigetränke im Wert von einem Euro.**

**Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich an die pädagogischen MitarbeiterInnen.**

**Vielen Dank!**

# Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung und beruflichen Integration von Substituierten

## 1 Geschlecht

Weiblich	
männlich	

2 Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

## 3 Einkommen

Sozialhilfe	
Arbeitslosenhilfe	
Arbeitslosengeld	
Gehalt / Lohn	
Krankengeld	
Sonstiges und zwar:	

## 4 Substitution

In der Methadonambulanz seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Beim niedergelassenen Arzt oder Ärztin seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Psychosoziale Betreuung in der Beratungsstelle seit: \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

## 5 Schule

Hauptschulabschluss	
Sonderschulabschluss	
Fachoberschulreife (Realschulabschluss)	
Fachhochschulreife (Fachabitur)	
Allgemeine Hochschulreife (Abitur)	
kein Abschluss	

**6 Selbstwirksamkeitserwartung (Überzeugung schwierige Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich zu bewältigen)<sup>160</sup>**

**6.1 *Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.2 *Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.3 *Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.4 *In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.5 *Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.6 *Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.7 *Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.8 *Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.***

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

---

<sup>160</sup> Vgl. Jerusalem, M. und Schwarzer, R., Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), in Schwarzer, R. und Jerusalem, M. (Hg.), Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen, Freie Universität Berlin, Berlin 1999, www.fu-berlin.de

**6.9 Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**6.10 Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7 Arbeit**

**7.1 Ich habe eine Ausbildung als \_\_\_\_\_**

Abgeschlossen	
Abgebrochen	
Prüfung nicht bestanden oder nicht gemacht	

**7.2 Ich habe insgesamt \_\_\_\_\_ Jahre (in verschiedenen Bereichen) gearbeitet.**

**7.3 Ich bin zur Zeit arbeitslos.**

stimmt nicht	Stimmt

**7.4 Zur Zeit...**

**7.4.1 ...habe ich eine feste Anstellung im ersten Arbeitsmarkt (keine geförderte Stelle).**

stimmt nicht	Stimmt

**7.4.2 ...habe ich einen Aushilfsjob (auf Steuerkarte).**

stimmt nicht	Stimmt

**7.4.3 ...arbeite ich schwarz (ohne Steuerkarte).**

stimmt nicht	Stimmt

7.4.4 ...nehme ich an einer Maßnahme teil beziehungsweise bilde mich weiter.

stimmt nicht	Stimmt

und zwar:

Trainings- oder Feststellungsmaßnahme	
Qualifizierungsmaßnahme (z.B. Dekra, Umschulung)	
Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM)	
Maßnahme „Arbeit statt Sozialhilfe“ (ASS)	
Ausbildung /Lehre	
Praktikum unabhängig von einer Maßnahme	
Gehe zur Schule und hole einen Abschluss nach.	
Sonstiges (bitte angeben)	

7.4.5 ...plane ich in eine stationäre Therapie zu gehen.

stimmt nicht	Stimmt

7.4.6 ...tue ich nichts (in allen Lebensbereichen).

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

7.4.7 ...bin ich mit Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen voll ausgelastet.

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

7.4.8 ...bin ich seelisch und körperlich nicht in der Lage zu arbeiten oder mich weiterzubilden.

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

7.4.9 ...habe ich andere Probleme außer beruflichen Schwierigkeiten, die ich zuerst bewältigen muss.

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

7.4.10 ...fühle ich mich mit meinen alltäglichen Aufgaben überfordert.

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

7.4.11 ...traue ich mir zu 38,5 Stunden (Vollzeit) zu arbeiten.

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.5 Zu Beginn der Substitution war eins meiner langfristigen Ziele arbeiten zu gehen (oder die Arbeit zu behalten).**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.6 Im Erstgespräch mit der Sozialarbeiterin/ mit dem Sozialarbeiter habe ich angegeben, dass ich (weiter) arbeiten möchte.**

stimmt nicht	Stimmt	kann mich nicht erinnern

**7.7 Jetzt ist Berufstätigkeit ein Ziel, was ich langfristig erreichen will.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.8 Ich habe keine Lust zu arbeiten.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.9 Arbeiten lohnt sich für mich nicht. Mit meinem jetzigen Einkommen habe ich fast genau soviel oder mehr Geld.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.10 Seit Beginn der Substitution habe ich mich aktiv bemüht wieder in Arbeit zu kommen oder mich weiterzubilden.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.11 Ich hätte mehr tun können um Arbeit zu finden oder etwas für meine berufliche Ausbildung zu tun.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.12 Meine Bemühungen waren völlig ausreichend.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.13 Dass ich arbeitslos bin, liegt nur an äußeren Bedingungen (Arbeitsmarkt, Vorurteile der Arbeitgeber, geringe Ausbildung, Vergabezeiten des Methadons, Vorstrafen und andere Gründe)**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.14 Ich bin darüber informiert, welche Berufe für mich mit meiner Ausbildung und Erfahrung in Frage kommen.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.15 Wenn ich nach längerer Arbeitslosigkeit wieder in das Berufsleben einsteige, muss ich im Vergleich zu anderen Beschäftigten vieles nachholen.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.16 Ich bin mit der Unterstützung bei beruflichen Fragen durch die SozialarbeiterInnen der Methadonambulanz oder Beratungsstelle zufrieden.**

stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau

**7.17 Ich hätte noch gerne mehr Unterstützung bei... \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tabelle 7: Auswertung der Bögen: Angaben zur Übertragung nicht eindeutiger Daten, fehlender Daten und nicht plausibler Angaben**

In einer Excel-Datei wurden während der Auswertung Fehlzeiten wie folgt gekennzeichnet:

keine Angaben	Ka
ungenau / nicht auswertbare Angaben	Na
falsche / nicht plausible Angaben	Fa

Zu Punkt 4.): Berechnung der Substitutionsdauer:

Siehe Erklärung unter 3.1.6 Stichprobe

Zu Punkt 4.): Unterscheidung Substitution in der Ambulanz oder bei niedergelassenen ÄrztInnen:

Siehe Erklärung unter 3.1.6 Stichprobe

Zu Punkt 7.1.)

*Ich habe eine Ausbildung als \_\_\_\_\_*

„keine“ oder Diagonalstrich wurde als „keine Ausbildung“ mit 0 bewertet. Falls es nicht ausgefüllt wurde, dann als „keine Angaben“ mit (ka) gewertet.

Bogen	Item	Angaben	Auswertung
1.	4	Dauer Sub.: Ambulanz: 4-5 Monate Arzt: 5 Monate PSB: 5 Monate	Dauer der Substitution 5 Monate, da zweimal 5 und nur einmal 4-5 angegeben wurde.
	7.2	Mehrere Monate gearbeitet	(na) die Angabe „mehrere Monate“ gearbeitet ist zu ungenau, deshalb nicht auswertbar.
2.	4	Dauer Sub.: 31.05.01	Dauer der Substitution bis 01.04.02: 10 Monate
	7.2	Dauer Arbeit?	(ka)
	7.4.4	Teilnahme an einer Maßnahme? „stimmt nicht“ hat aber „ABM“ angekreuzt.	(fa) bei ABM: keine Teilnahme an einer Maßnahme, da weitere Angaben dagegen sprechen: 3.) Sozialhilfebezug, 7.2.) arbeitslos, 7.4.7.) mit Kindererziehung und Pflege voll ausgelastet.
3.	4	Dauer Sub.: 14 Monate	Dauer der Substitution 14 Monate
	7.4.4	Maßnahme? „stimmt“ Art der Maßnahme? „ABM“ sowie „Gehe zur Schule und hole einen Abschluss nach“ angekreuzt.	Maßnahme als „stimmt“ gewertet (fa) „ABM“ nicht plausibel, da 3.) Sozialhilfebezug, 7.3.) arbeitslos und 7.10.) hat sich seit Beginn der Substitution bemüht wieder in Arbeit zu kommen „stimmt genau“ und daneben geschrieben „2. Monat. Gearbeitet“ (Vergangenheit) also Antwort 7.4.4.) „ABM“ als falsche Angabe gewertet.

4.	4	Dauer Sub.: 06.01.2001	Dauer der Substitution bis 01.04.02: 15 Monate
5.	2	Alter?	(ka)
	4	Dauer Sub.: niedergelassener Arzt und PSB seit „02.99“	Eindeutig substituiert beim niedergelassenen Arzt, aber da das der einzige identifizierbare Fall ist, nur Dauer der Substitution ausgewertet: bis 01.04.02: 38 Monate.
	6.9	SWE Frage 9: keine Angaben	(ka)
6.	4	Dauer Sub.: Ambulanz: „über 20 Jahre bis auf 3 Monate“ Arzt: „in NL beim CAD hier Gesundheitsamt“ PSB: „ganze Zeit“	20 Jahre, d.h. ca. 240 Monate; die Methadonambulanz wurde erst im Frühjahr 1997 gegründet, deshalb kann die Befragte nicht seit 20 Jahren dort substituiert werden. Angaben beziehen sich offensichtlich auch auf andere Einrichtungen. Zahl miteinbezogen, da viele TeilnehmerInnen andere Behandlungen mitgezählt haben
	6.6	SWE Frage 6: „stimmt kaum“ und „stimmt eher“ angekreuzt, „je nachdem welche Schwierigkeit es betrifft“.	(na) nicht auswertbar, ungenaue Angabe
	7.4.5	Therapie? „?“	(ka)
	7.4.7	Auslastung durch Kinder oder Pflege?	(ka)
	7.16	Zufrieden mit Betreuung?	(ka)
7.	3	Einkommen: Sozialhilfe Sonstiges: „Sozi plus Entschädigung 1,50 Euro/Stunde“	Sozialhilfe ja Gehalt ja, weil 1,50 Euro die Stunde bei Hilfe zur Arbeit-Stellen dazu gezahlt wird.
	4	Dauer Sub.: „½ Jahr“	6 Monate
	7.4.1	Stelle 1. Arbeitsmarkt?	(ka)
	7.4.2	Aushilfsjob?	(ka)
	7.4.3	Schwarzarbeit?	(ka)
	7.4.4	Maßnahme? „stimmt“ und „HZA“ daneben geschrieben	ASS als „ja“ gewertet, da ASS und HZA identisch sind.
7.13	Arbeitslos durch äußere Bedingungen?	(ka)	

8.	2	Alter?	(ka)
	4	Dauer Sub.: Ambulanz: 10/96 Arzt: 6/99 PSB: 10/97	(na) widersprüchliche Angaben
	5	Schulabschluss? Hauptschulabschluss und Realschulabschluss angekreuzt	Höheren Abschluss gewertet: Realschulabschluss
	7.2	Dauer der Arbeit?	(ka)
	7.4.4	Teilnahme an einer Maßnahme? „stimmt genau“  Art der Maßnahme?	Teilnahme an einer Maßnahme „stimmt genau“  (ka)
	7.4.6 7.4.7	Zur Zeit tue ich nichts Auslastung durch Kinder oder Pflege?	(ka) (ka)
9.	4	Dauer Sub: 6 Jahre	Als 72 Monate gewertet. Pat. kann nicht seit 6 Jahren in der gleichen Ambulanz substituiert worden sein, da die Ambulanz erst seit 1997 besteht. Angaben unter 7.17.) erklären die Dauer: „Als mein Sozialarbeiter die M-Ambulanz wechselte, bin ich auch dorthin gewechselt. Resultat: ich bin in Bezug Betreuung + Sozialarbeiter zufrieden.“ D.h. der Patient wurde vorher in einer anderen Ambulanz des selben Trägers behandelt. Da Betreuung und Träger gleich geblieben ist, habe ich die 72 Monate miteinbezogen.
10.	3	Einkommen? Gehalt/Lohn angekreuzt und bei Sonstiges „ABM“ geschrieben.	Da man bei einer ABM-Stelle Gehalt bekommt, nur die Angabe bei Gehalt gezählt.
	4	Dauer Sub.: 11.99	Bis 01.04.02.: 29 Monate
	7.3	Arbeitslos?	(ka)
	7.4.1	Stelle im 1. Arbeitsmarkt: „stimmt“	(fa) nicht plausibel, da bei 3.) Einkommen „ABM“ hingeschrieben und bei 7.4.4. ABM angekreuzt.
	7.4.2	Aushilfsjob?	(ka)
	7.4.3 7.4.4	Schwarzarbeit? Teilnahme an einer Maßnahme?: keine Angabe aber ABM angekreuzt	(ka) (ka)  ABM gewertet

11.	3	Einkommen? Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe	Sozialhilfe und Alhi gewertet (wahrscheinlich Alhi-Bezug und ergänzende Sozialhilfe)
	4	Dauer Sub.: 3 Jahre	36 Monate
	7.2	Dauer Arbeit? „weiß ich nicht“	(ka)
12.	4	Dauer Sub.: 8/97	Bis 01.04.02: 56 Monate
	7.4.4	Teilnahme an einer Maßnahme „stimmt“ Sonstiges: „Hilfe zur Arbeit (HZA) vorrausichtl. April 02“  Art der Maßnahme	(fa) durch die Angabe bei Sonstiges ist eindeutig, dass die Maßnahme erst in Zukunft geplant ist. Deshalb war zum Zeitpunkt der Befragung die Angabe falsch.  (fa) s.o.
13.	4	Dauer Sub.: Ambulanz: 1/2 Arzt: 1/2 PSB: 10/01	01/02 als gültige Angabe gewertet, da dieses Datum zweimal genannt wurde und es durchaus möglich ist, das eine Betreuung schon vorher in der Beratungsstelle bestand. Bis 01.04.02: 3 Monate Substitutionsdauer
	7.1	Ausbildung keine Angaben, aber Prüfung nicht bestanden oder nicht gemacht angekreuzt.	(ka)  Prüfung nicht bestanden oder nicht gemacht: ja
14.	4	Dauer Sub.: 8 Monate	8 Monate
	7.4.1	Stelle 1. Arbeitsmarkt?	(ka)
	7.4.2	Aushilfsjob?	(ka)
	7.4.3	Schwarzarbeit?	(ka)
	7.4.4	Teilnahme an Maßnahme? Art der Maßnahme	(ka) (ka)
7.4.10	Mit Alltag überfordert?	(ka)	
15.	2	Alter?	(ka)
	4	Dauer Sub: Ambulanz: 9.2000 Arzt: keine Angaben PSB: 5.2000	9.2000 als gültige Angabe gewertet, da es durchaus möglich ist, das eine Betreuung schon vorher in der Beratungsstelle bestand. Bis 01.04.02: 19 Monate Substitutionsdauer
	5	Schulabschluss: Realschulabschluss und Fachabitur angegeben	Fachabitur gewertet, da höchster Schulabschluss

16.	4	Dauer Sub.: Oktober 2001	Bis 01.04.02: 6 Monate
	6.1	SWE Frage 1	(na)
	6.5	SWE Frage 5	(na)
	6.8	SWE Frage 8	(na)
	6.9	SWE Frage 9	(na)
	6.10	SWE Frage 10	(na)
			Befragter hat die Antworten nicht angekreuzt, aber viele nicht auswertbare Anmerkungen daneben geschrieben.
	7.1	Ausbildung? „Ich habe als Dachdecker und Maurer und Einschaler schon gearbeitet.“	(na) unklar ob es sich dabei um eine Ausbildung handelt, da auch nicht angegeben ob abgeschlossen oder abgebrochen. Angabe ist nicht eindeutig und deshalb nicht auswertbar.
		Ausbildung abgeschl.?	(ka)
	7.2	Dauer der Arbeit?	(ka)
	7.4.1	Stelle im 1. Arbeitsmarkt? Frage durchgestrichen	(na)
	7.4.7	Auslastung durch Kindererziehung und Pflege? Frage durchgestrichen	(na)
	7.4.11	Traue ich mir 38,5 Stunden zu? Kein Kreuz, Kommentar daneben	(na)
	7.5	Arbeit Ziel der Substitution? Siehe 7.4.11.	(na)
17.	4	Dauer Sub.: Juni 95 „in der Drogenhilfe Köln“	Bis 01.04.02: 82 Monate, die Substitution kann nicht durchgängig in der gleichen Ambulanz gewesen sein. Wegen der Bemerkung „in der Drogenhilfe Köln“ kann man davon ausgehen, das es aber in der gleichen Trägerschaft war.
	5	Schule? In der Spalte Realschulabschluss: „Gymnasium bis Klasse 12/2 /Abgang 03.83)	Als Realschulabschluss gewertet
	6.9	SWE Frage 9	(ka)
	6.10	SWE Frage 10	(ka)
	7.1	Ausbildung? Erzieherin abgebrochen Bürokauffrau abgeschlossen	Wegen zwei Ausbildungen nur die abgeschlossene gewertet
	7.4.1	Stelle 1. Arbeitsmarkt?	(ka)
	7.4.2	Aushilfsjob?	(ka)
	7.4.3	Schwarzarbeit?	(ka)
	7.10	Unter der Frage längere Beschreibung des beruflichen Werdegangs	Wurde nicht berücksichtigt.
18.	4	Dauer Sub.: 5.2000	Bis 01.04.02: 23 Monate

19.	1	Geschlecht?	(ka)
	4	Dauer Sub.: 8-2001	Bis 01.04.02: 8 Monate
	7.2 7.4.5	Dauer Arbeit? Therapie?	(ka) (ka)
20.	1	Geschlecht: männlich durchgestrichen	Als weiblich gewertet, da bei 7.1.) Einzelhandelskauffrau steht.
	4	Dauer Sub: 02.01	Bis 01.04.02: 14 Monate
	7.1	Ausbildung abgeschl.? In Spalte Prüfung nicht bestanden o. nicht gemacht: „Praktisch gemacht theoretisch nicht“ angegeben.	Gewertet als „Prüfung nicht bestanden oder nicht gemacht“
21.	4	Dauer Sub.: 15.08.01	Bis 01.04.02: 8 Monate
	7.4.4	Teilnahme an einer Maßnahme?	(ka) wahrscheinlich Teilnahme an einer Maßnahme, da 3.) Einkommen: Gehalt, 7.3.) nicht arbeitslos und 7.4.1.) keine Stelle auf dem 1. Arbeitsmarkt
22.	2	Alter?	(ka)
	4	Dauer Sub.: Nov. 01	Bis 01.04.02: 5 Monate
	6.4	SWE Frage 4: „stimmt kaum“ und „stimmt eher“ angekreuzt	(na) Angabe nicht eindeutig
	7.4.1	Stelle 1. Arbeitsmarkt?	(ka) wahrscheinlich nicht, da 3.) Sozialhilfebezug und 7.3.) arbeitslos
23.	4	Dauer Sub.: 1993	Ca. 9 Jahre also 108 Monate, Substitution aufgrund der langen Dauer nicht nur in der einen Ambulanz möglich.
24.	4	Dauer Sub.: 10/92	Bis 01.04.02: 114 Monate, Substitution aufgrund der langen Dauer nicht nur in der einen Ambulanz möglich.
25.	4	Dauer Sub.: 7/2000	Bis 01.04.02: 21 Monate
	7.1	Ausbildung?	(ka)
	7.2	Ausbildung abgeschl.? Dauer der Arbeit?	(ka) (ka)
26.	4	Dauer Sub.: Ambulanz: 14 Arzt: 1 PSB: 1	(na) unklar ob Monate oder Jahre, nicht auswertbar
	7.4.2	Aushilfsjob?	(ka)
	7.4.7	Auslastung durch Kinder oder Pflege?	(ka)
27.	4	Dauer Sub.: 07.03.01	Bis 01.04.02: 13 Monate
	7.1	Ausbildung?	(ka)
	7.2	Ausbildung abgeschl.? Dauer der Arbeit? „9 Monate“	(ka) Als 0,75 Jahre gezählt
	7.4.6	Zur Zeit tue ich nichts	(ka)

28.	4	Dauer Sub.: 1 Jahr	12 Monate
	7.1	Ausbildung? abgebrochen angekreuzt	(ka) Gewertet als Ausbildung abgebrochen
	7.2	Jahre gearbeitet?	(ka)
	3	Einkommen? „Gehalt“	Angaben zum Thema Arbeit völlig widersprüchlich: Gehalt ja, nicht arbeitslos, aber keine Stelle oder Beschäftigung
	7.3	arbeitslos? "stimmt nicht"	
	7.4.1	Stelle im 1.Arbeitsmarkt? „stimmt nicht“	
	7.4.2	Aushilfsjob? „stimmt nicht“	
	7.4.3	Schwarzarbeit? „stimmt nicht“	
7.4.4	Maßnahme? „stimmt nicht“		
7.4.9	Bewältigung anderer Probleme außer Arbeit	(ka)	
29.	4	Dauer Sub.: 4	(na) unklar ob Jahre oder Monate
	7.4	Ausbildung?	(ka)
30.	4	Dauer Sub.: 9.97	Bis 01.04.02: 55 Monate
	7.2	Dauer der Arbeit?	(ka)
	7.4.2	Aushilfsjob? „stimmt“	Sehr unwahrscheinlich, dass der Befragte gleichzeitig eine ABM, ein Praktikum und einen Aushilfsjob hat.
	7.4.4	Maßnahme? „stimmt“	
	Art der Maßnahme? ABM und Praktikum angekreuzt	(fa) Praktikum als falsche Angabe gewertet, da das wahrscheinlich zur ABM dazu gehört, und ein Praktikum unabhängig von einer Maßnahme zeitlich gar nicht möglich ist. Gehalt als Einkommen deutet auch darauf hin, das es sich um eine Stelle handelt, da Praktika in der Regel nicht bezahlt werden.	
7.4.8	Fühle mich körperlich und seelisch nicht in der Lage zu arbeiten. „stimmt genau“	Etwas widersprüchlich. Aber gewertet, da die Person aktuell krank geschrieben sein könnte.	
31.	4	Dauer Sub.: 11.01	Bis 01.04.02: 5 Monate
	7.1	Ausbildung? „forgälehnte Schlosser“	Von der Rechtschreibung her kaum zu lesen: als vorgelesener Schlosser also „angelernter Schlosser“ interpretiert.
	7.4.4	Maßnahme? „stimmt nicht“ aber Trainingsmaßnahme und ABM angekreuzt.	(fa) Trainingsmaßnahme und (fa) ABM als falsch angekreuzt bewertet, da 3.) Arbeitslosen- und Sozialhilfebezug sowie 7.3.) arbeitslos

32.	4	Dauer Sub.: 1996	6 Jahre, d.h. 72 Monate (ka)
	6.10	SWE Frage 10	
	7.4.7	Ausgelastet durch Kinder und Pflege. „zum Teil“ hingeschrieben	
	7.6	Im Erstgespräch Arbeit als Ziel angegeben? „Abklärung Gesundheitsamt“ hingeschrieben	(na) ungenaue Angaben
33.	2	Alter?	(ka)
	3	Einkommen: Sozialhilfe und „Schnorren“	Schnorren als Betteln unter Sonstiges gewertet
	4	Dauer Sub.: 5 Monate	5 Monate
34.	4	Dauer Sub.: 04/99	Bis 04.01.02: 36 Monate
35.	4	Dauer Sub.: 12/2001	Bis 04.01.02: 4 Monate
	7.4.1	Feste Anstellung im 1. Arbeitsmarkt?	(ka)
	7.4.2	Aushilfsjob?	(ka)
	7.4.3	Schwarzarbeit?	(ka)
36.	3	Einkommen: Sozialhilfe und Gehalt „+ 3,- Std.“	Sozialhilfe ja Gehalt ja, weil 1,50 Euro die Stunde bei Hilfe-zur-Arbeit-Stellen dazu gezahlt wird (hier wahrscheinlich DM angegeben).
	4	Dauer Sub.: 8/2001	Bis 04.01.02: 8 Monate
	7.3	Arbeitslos? „stimmt“	(fa) falsch, da bei 3.) Einkommen und 7.4.4.) Maßnahme deutlich ist, dass die Person eine HZA-Stelle hat.
	7.4.1	Feste Anstellung im 1. Arbeitsmarkt? „stimmt“	(fa) HZA-Stellen sind geförderte Stellen
37.	4	Dauer Sub.: Ambulanz: 05/01 Arzt: 7 Jahre PSB 7 Jahre	Bis 04.01.02: 11 Monate; Probandin ist wahrscheinlich vorher bei einem niedergelassenen Arzt substituiert worden.
38.	4	Dauer Sub.: 9.2.2001	Bis 04.01.02: 14 Monate
	6.1	SWE Frage 1: „stimmt nicht“, „stimmt kaum“ und „stimmt eher“	(na) ungenaue Angaben
	6.4	SWE Frage 4:	(ka)
	7.1	Ausbildung?	(ka)
	7.4.4	Ausbildung abgeschl.? Maßnahme? „stimmt nicht“ aber Ausbildung/Lehre angekreuzt	(ka) (ka) (ka) (fa) Ausbildung/Lehre als falsch angekreuzt gewertet, da 7.3.) arbeitslos 3.) Arbeitslosenhilfe und keine Teilnahme an einer Maßnahme.
39.	2	Alter:	(ka)
	4	Dauer Sub.: 1/2002	Bis 01.04.02: 3 Monate

40.	4	Dauer Sub.: 12/98	Bis 01.04.02: 40 Monate
	6.5	SWE Frage 5:	(ka)
	7.1	Ausbildung? „Koch“ nicht angegeben ob abgeschlossen, abgebrochen o. Prüfung nicht gemacht.	Koch (ka)
41.	4	Dauer Sub.: Aug. 2000	Bis 01.04.02: 20 Monate
	7.4.4	Maßnahme? „stimmt“  Art der Maßnahme? Durchgestrichen	Als „stimmt“ gewertet, wobei es im Zusammenhang mit anderen Antworten unwahrscheinlich ist. (ka)
	7.4.5	Therapie?	(ka) großes Fragezeichen an alle nicht beantwortete Fragen gemacht.
	7.4.6	...tue ich nichts	(ka)
	7.4.7	Auslastung durch Kinder und Pflege?	(ka)
	7.4.8	Seelisch und körperlich nicht in der Lage?	(ka)
	7.4.9	Andere Probleme zuerst bewältigen?	(ka)
42.	4	Dauer Sub.: 9/98	Bis 01.04.02: 43 Monate
43.	4	Dauer Sub.: 1997	5 Jahre, also 60 Monate
44.	4	Dauer Sub.: Nov. 2000	Bis 01.04.02: 17 Monate
45.	1	Geschlecht:	(ka)
	4	Dauer Sub.: 28.Aug 1998	Bis 01.04.02: 43 Monate

46.	4	Dauer Sub.: „98“ (Monat/Jahr) „Monat 11“	Als 11/98 interpretiert: bis 01.04.02: 41 Monate
	7.1	Ausbildung? „Zeitungsverkäufer“, aber abgeschlossen, abgebrochen, Prüfung nicht gemacht durchgestrichen.	Als 0 (keine Ausbildung) gewertet, da Zeitungsverkäufer keine Ausbildung ist und der Teil abgeschlossen usw. durchgestrichen wurde
	7.3	Arbeitslos?	(na) überall Zeitungsverkauf hingeschrieben, nichts angekreuzt
	7.4.1	Feste Stelle im 1. Arbeitsmarkt?	(na) s.o.
	7.4.2	Aushilfsjob?	(na) s.o.
	7.4.3	Schwarzarbeit?	(na) s.o.
	7.4.4	Maßnahme?	(na) s.o.
	7.4.5	Therapie? „Nein“	Als „stimmt nicht“ gewertet
7.5	Im Erstgespräch Arbeit als Ziel genannt?	(ka)	
7.10	Aktiv bemüht in Arbeit zu kommen?	(na) s.o.  Pat. wahrscheinlich psychisch auffällig oder absichtliche Angabe nicht plausibler Daten, da bei SWE Fragen augenscheinlich erhebliche Selbstüberschätzung, empfindet sich nicht als arbeitslos, obwohl sie Sozialhilfe bezieht.	
47.	4	Dauer Sub.: 04/2000	Bis 04.01.02: 24 Monate
	7.4.4	Maßnahme? „stimmt“  Art der Maßnahme? Ausbildung/Lehre angekreuzt „Ausbildung zur Heilpraktikerin/ Tierheilpraktikerin am Wochenende.“	Maßnahme „stimmt“  Nicht als Ausbildung/Lehre gewertet, da es sich um keine anerkannte Berufsausbildung handelt. Unter Sonstiges gewertet.
7.10	Aktiv um Arbeit bemüht? „stimmt eher“ und „stimmt genau“ angekreuzt	(na) nicht eindeutig	
48.	4	Dauer Sub.: 2000 Okt	Bis 01.04.02: 18 Monate  Schriftliche Bemerkungen bei 7.11.) und 7.13.) nicht auswertbar
49.	4	Dauer Sub.: 08.01	Bis 01.04.02: 8 Monate

**Tabelle 8: Datenübersicht, Stichprobe n = 49, Stichtag 01.04.2002**

		m	w	m	w	ka	na	fa	Mi	Me	StAB
1	Geschlecht	27	21	55,1%	42,9%	1					
2	Alter					7			35,1	35	7,1
		<b>Anzahl</b>									
3	Einkommen								<b>Mehrfachnennungen:</b>		
	Sozialhilfe	31	63,3%						Alhi+Sozi		2
	Arbeitslosenhilfe	13	26,5%						Gehalt+Sozi		3
	Gehalt/Lohn	8	16,3%						Krankengeld+Sozi		1
	Krankengeld	1	2%						Kindergeld+Sozi		2
	Sonstiges:								Kinderg+Erzieh+Sozi		1
	Kindergeld	3							Betteln+Sozi		1
	Unterhaltsgeld	1									
	Erziehungsgeld	1									
	Betteln	1									
	Nichts	1									
	<b>Nennungen ohne Unterstützungsleistungen</b>			Gehalt 5	Unter. 1	nichts 1					
4	Subdauer						3		32,4	17,5	41
	Dauer bereinigt ohne >68 / n = 40								20,1	14	16
5	<b>Schulabschluss</b>										
	Hauptschule	27	55,1%								
	Sonderschule	1	2%								
	Realschule	9	18,4%								
	Fachabitur	4	8,2%								
	Abitur	0									
	Kein Abschluss	8	16,3%								
6	<b>SWE Score 490 Daten</b>					6	8		28	28	5,9
7	<b>Arbeit</b>										
7.1	Art der Ausbildung	33	67,3%			6	1		keine Mehrfachnennungen		
	Abgeschlossen	16	32,7%			5					
	Abgebrochen	13	26,5%								
	Durchgefallen	6	12,2%								
	Keine	9	18,4%								
		<b>null</b>				<b>ka</b>	<b>na</b>	<b>fa</b>	<b>Mi</b>	<b>Me</b>	<b>StAB</b>
7.2	Jahre gearbeitet	3 (6,1%)				9	1		7,9	6	6,2
		<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>ka</b>	<b>na</b>	<b>fa</b>	<b>Mi</b>	<b>Me</b>	<b>StAB</b>
7.3	Arbeitslos	6	40	12,2%	81,6%	1	1	1	3,6	4	1
7.4.1	1. Arbeitsmarkt	39	2	79,6%	4,1%	4	2	2			
7.4.2	Aushilfsjob	40	2	81,6%	4,1%	6	1				
7.4.3	Schwarzarbeit	38	5	77,6%	10,2%	5	1				
7.4.4	Maßnahme	35	9	71,4%	18,4%	3	1	1			
	und zwar					3					
	Trainingsmaßnahme		0					1			
	Qualifizierungsmaß.		1								
	ABM		2					3			
	ASS		3					1			
	Ausbildung		0					1			
	Praktikum		0					1			
	Schule		1								
	Sonstiges		1 HP								

		nein	ja	nein	ja	ka	na	fa	Mi	Me	StAB
<b>7.4.5</b>	<b>Therapie</b>	40	6	81,6%	12,2%	3			1,4	1	1
	<b>stimmt</b>	<b>nicht</b>	<b>kaum</b>	<b>eher</b>	<b>genau</b>	<b>ka</b>	<b>na</b>	<b>fa</b>	<b>Mi</b>	<b>Me</b>	<b>StAB</b>
	<b>Punktwert</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>						
<b>7.4.6</b>	Nichts tun	25	10	8	3	3			1,8	1	1
<b>7.4.7</b>	Erziehung	28	3	5	7	4	2		1,8	1	1,2
<b>7.4.8</b>	Nicht in der Lage	18	8	12	10	1			2,3	2	1,2
<b>7.4.9</b>	Andere Probleme	8	6	12	21	2			3	3	1,1
<b>7.4.10</b>	Überfordert	24	15	5	4	1			1,8	1,5	0,9
<b>7.4.11</b>	Zutrauen 38,5 h	15	12	6	15		1		2,4	2	1,2
<b>7.5</b>	Ziel Beginn	6	3	15	23	1	1		3,2	3	1
		<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>ka</b>	<b>na</b>	<b>fa</b>	<b>Mi</b>	<b>Me</b>	<b>StAB</b>
<b>7.6</b>	Ziel Erstgespräch	3	35	6,1%	71,4%		1		3,8	4	0,8
	Kann mich nicht erinnern		10		20,4%						
	<b>stimmt</b>	<b>nicht</b>	<b>kaum</b>	<b>eher</b>	<b>genau</b>	<b>ka</b>	<b>na</b>	<b>fa</b>	<b>Mi</b>	<b>Me</b>	<b>StAB</b>
<b>7.7</b>	Ziel jetzt	4	3	17	25				3,3	4	0,9
<b>7.8</b>	Keine Lust	38	6	5	0				1,3	1	0,7
<b>7.9</b>	Lohnt sich nicht	41	3	3	2				1,3	1	0,8
<b>7.10</b>	Aktiv bemüht	14	12	9	12		2		2,4	2	1,2
<b>7.11</b>	Hätte mehr tun können	15	5	18	11				2,5	3	1,1
<b>7.12</b>	Bemühung ausreichend	14	15	14	6				2,2	2	1
<b>7.13</b>	Äußere Umstände	16	11	9	12	1			2,4	2	1,2
<b>7.14</b>	Gut informiert	16	4	15	14				2,6	3	1,2
<b>7.15</b>	Vieles nachholen	5	9	19	16				2,9	3	1
<b>7.16</b>	Mit Unterstützung zufrieden	3	7	17	21	1			3,2	3	0,9
<b>7.17</b>	Mehr Unterstützung	17 Ang.									
<b>Gesamt</b>											
	<b>Mindest Datenzahl pro Bogen</b>	<b>43</b>									
	<b>Zahl Bögen</b>	<b>49</b>				<b>ka</b>	<b>na</b>	<b>fa</b>		<b>fehlende Daten</b>	
	<b>Mindestdatenanzahl</b>	<b>2107</b>				<b>73</b>	<b>26</b>	<b>11</b>		<b>110</b>	<b>5,2 %</b>

ka: keine Angaben  
na: nicht auswertbare Angaben  
fa: falsche/nicht plausible Angaben  
Mi: arithmetisches Mittel  
Me: Median  
StAB: Standardabweichung

**Tabelle 9: Zusammenfassung der schriftlichen Angaben  
Item 7.17 „Ich hätte noch gerne mehr Unterstützung bei...“**

<b>Nr.</b>	<b>Schriftliche Antwort</b>
3	soziokulturelle Aktivitäten
6	meiner Gesundheit
7	Abstimmung von Arbeitszeit und Methadonprogramm
8	Wohnungssuche
9	Als mein Sozialarbeiter die M-Ambulanz wechselte, bin ich auch dorthin gewechselt. Resultat: Ich bin in Bezug Betreuung + Sozialarbeiter zufrieden.
14	Kindererziehung
16	Ich bin sehr krank. Ich habe eine Herz-OP hinter mir. Ich habe einen Schrittmacher und eine Herzklappe. Ich kann nicht jede Arbeit machen und das ist ein Problem.
18	Finanzielle Beihilfe während der Umschulung
19	Medizinische Fragen und hauptsächlich bei medizinischen Untersuchungen, da ich sehr starke körperliche Beschwerden habe und diese anscheinend nicht allzu ernst genommen werden
27	Ein offenes Ohr für die Leute, Gesprächsrunde führen.
31	Gespräche
33	Gesundheitlichen Problemen (z.B. Nebenwirkungen d. Methadons, Leberproblemen u.s.w.)
34	Weiterbildungsmaßnahmen, d.h. Möglichkeiten, Angebote etc.
37	Der Betreuung im Hause (Ambulanz), Angebote für Substituierte (Teilzeitarbeit), Werkstatt für Substituierte (Schreinerei etc.)
45	Betrifft: Intensivere Betreuung durch Sozialdienst nach Entgiftungen
46	Bei Wohnungssuche und der sozialen Probleme
48	Meiner Führungsaufsicht, vielleicht auch bei Fr. K. (Name seiner Betreuerin), wobei ich sagen muss, dass sie sich sehr viel Mühe gibt und mir bei Rat und Tat zu steht.

**Tabelle 10: Unterschiede zwischen den Geschlechtern, n = 48 (ka = 1),  
Stichtag 01.04.2002**

		m	m	ka	na	fa	Mi	w	w	ka	na	fa	Mi
<b>1</b>	<b>Gesch.</b>	27	56,2%					21	43,7%				
		<b>n = 27</b>						<b>n = 21</b>					
<b>3</b>	<b>Einkom.</b>	<b>Mehrfachnennungen möglich</b>											
	Sozi.	11	40,7%					19	90,5%				
	Alhi	10	37,0%					3	14,3%				
	Gehalt	6	22,2%					2	9,5%				
	Kranken.	0						1	4,8%				
							<b>Me</b>	<b>Mi</b>				<b>Me</b>	<b>Mi</b>
<b>4</b>	<b>Sub. Dauer</b>						15	25,6				22	42,1
<b>5</b>	<b>Schulab.</b>	m	m	ka	na	fa	Mi	w	w	ka	na	fa	Mi
	HS	15	55,5%					12	57,1%				
	Sonder.	1	3,7%					0					
	RS	3	11,1%					6	28,6%				
	Fachabi.	2	7,4%					2	9,5%				
	Abitur	0						0					
	Kein Ab.	6	22,2%					1	4,8%				
<b>7.1</b>	<b>Ausbild.</b>			3	1					1			
	abgesch.	7	25,9%					9	42,8%				
	abgebro.	8	29,6%					5	23,8%				
	durchge.	4	14,8%					1	4,8%				
	keine	4	14,8%					5	23,8%				
<b>7.2</b>	<b>Jahre gearbeit.</b>						8,6						6,8
		arbeitslos	beschäftigt					arbeitslos	beschäftigt				
<b>7.3</b>	<b>arbeits- los?</b>	21 (77,8%)	5 (18,5%)	1				18 (85,7%)	1 (4,8%)		1	1	
<b>Es sind ausschließlich Unterschiede der Mittelwerte von mindestens 0,5 Punkten bei einer vierstufigen Skala aufgeführt.</b>													
		m	m	ka	na	fa	Mi	w	w	ka	na	fa	Mi
<b>7.4.7</b>	Erzieh.						1,5						2,2
<b>7.4.9</b>	andere Problem.						2,8						3,3
<b>7.4. 11</b>	Zutrauen 38,5 Std.						2,8						2,0
<b>7.15</b>	vieles nachhol.						2,8						3,2

ka: keine Angaben  
na: nicht auswertbare Angaben  
fa: falsche/nicht plausible Angaben  
Mi: arithmetisches Mittel  
Me: Median

## 6 Literaturverzeichnis

- Albert, H. (1962):* Traktat über die kritische Vernunft, Tübingen.
- ARUD-Zürich, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (2002):* Basisevaluation Zok11, Deskriptive Querschnittsanalysen, Stand Ende 2000.
- Avants, S.K. und Margolin, A. (1999):* Day treatment vs. enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost, *Am J Psychiatry*, 156, S. 27-33.
- Bandura, A. (1977):* Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change, *Psychological Review*, 84, S. 191-215.
- Bandura, A. (1997):* Self-efficacy: the exercise of control, New York.
- Bender, R. und Lange, St. (2001):* Was ist der p-Wert? In *Deutsche Medizinische Wochenschrift; suppl. Statistik*, Stuttgart, New York 2001; 126, S. 39-40.
- Bortz, J. und Döring, N. (2002):* Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio.
- Brenner, Prof. Dr. H. (2000):* Arbeitslosigkeit und Gesundheit – ein Forschungsüberblick, TU Berlin/John-Hopkins-University Baltimore, Beitrag zum 6. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. URL [08.03.03]: [www.gesundheitberlin.de/content/aktiviaeten/a\\_g/soziales/brenner.html](http://www.gesundheitberlin.de/content/aktiviaeten/a_g/soziales/brenner.html).
- Bundesanstalt für Arbeit (2002a):* IAB Kurzbericht, Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Arbeitslosigkeit – Qualifikation bestimmt Position auf dem Arbeitsmarkt, Ausgabe Nr. 15 / 25.07.2002. URL [27.02.03]: [www.iab.de](http://www.iab.de).
- Bundesanstalt für Arbeit (2002b):* Teilhabe durch berufliche Rehabilitation, Handbuch für Beratung, Förderung, Aus- und Weiterbildung, Nürnberg.
- Bundesanstalt für Arbeit (2003):* Arbeitsmarkt in Zahlen, Aktuelle Daten, Jahreszahlen 2002 und Zeitreihen, Nürnberg. URL [27.02.03]: [www.arbeitsamt.de](http://www.arbeitsamt.de).
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2003):* Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien), in Kraft getreten am 01.01.03. URL [13.10.02]: [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de).
- Demmel, R. (2001):* Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. In: *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 47, (3), S. 171-188.
- Demmel, R. (2002):* Inflationäre Selbstwirksamkeitserwartungen rückfälliger Patienten: Selbstüberschätzung oder Zweckoptimismus? In: *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 48, (6), S. 454-456.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (1999):* Jahrbuch Sucht 2000, Geesthacht.
- Dombrowski, D., Steffen, T. und Uchtenhagen, A. (2000):* Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekt Q-Train, Pforzheim; Schlussbericht der Prozessevaluation, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 111, Zürich.

- Drogenhilfe Köln e.V. (1998): 25 Jahre Drogenhilfe Köln e.V., Köln (Erscheinungsjahr ist nicht angegeben, da der Verein 1973 gegründet wurde, erschien die Broschüre wahrscheinlich 1998 zum 25jährigen Jubiläum).*
- Drogenhilfe Köln e.V. (2001): Methadonsubstitution, Köln. URL [15.03.03]: [www.drogenhilfe-koeln.de](http://www.drogenhilfe-koeln.de).*
- Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum (2001a): Interne Einrichtungsstatistik der Beratungsstelle, Köln.*
- Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum (2001b): Jahresbericht 2000, Köln.*
- Drogenhilfe Köln e.V., Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum (2002): Interne Einrichtungsstatistik der Methadonambulanz, Köln.*
- Drosowski, Prof. Dr. G., Müller, Dr. W., Scholze-Stubenrecht, Dr. W. und Wermke, Dr. M. (Hg.) (1990): Duden Fremdwörterbuch, Mannheim.*
- Eden, D. und Aviram, A. (1993): Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves. In: Journal of Applied Psychology, 78, S. 352-360.*
- Ellis, A. (1997): Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie, München.*
- Fachverband Sucht e.V. (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit, wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?, Geesthacht.*
- Forgas, J.P. (1995): Soziale Interaktion und Kommunikation: Eine Einführung in die Sozialpsychologie, Weinheim.*
- Frank, J.D. (1973): Persuasion and healing, Baltimore.*
- French, M.T., Dennis, M.L., et al. (1992): Training and employment programs in methadone treatment: Client needs and desires. In: Journal of Substance Abuse Treatment, 9, S. 193-303.*
- Gastpar, M., Heinz, W., Poehlke, T. und Raschke, P. (1998): Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.*
- Gerlach, R. (1994): Methadon- und Codeinsubstitution: Erfahrungen, Forschungsergebnisse, Praxiskonsequenzen, Berlin.*
- Gerlach, R. (1999): Methadonbehandlung: Einige kritische Anmerkungen zur aktuellen Diskussion und Praxis, zuletzt überarbeitet 1999. URL [27.03.03]: [www.indro-online.de/methadonkritik.htm](http://www.indro-online.de/methadonkritik.htm).*
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G. und Bradley, B. (1990): Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. In: British Journal of Clinical Psychology, 29, S. 209-216.*
- Henkel, D. (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge, Psychologie sozialer Ungleichheit, Bd. 3, Weinheim.*

- Henkel, D. (1999):* Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: epidemiologische Zusammenhänge und kausale Effekte; Ein Bericht über den Stand der internationalen empirischen Forschung. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden Württemberg (Hg.): Sucht und Arbeitslosigkeit, (Un-) Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und Integration Suchtkranker, Stuttgart, S. 41-61.
- Isernhagen, K. und Struck, E. (2002):* Schlafqualität und Tagesschläfrigkeit bei substituierten drogenabhängigen Patienten. Eine anonymisierte bundesweite Fragenbogenstudie. In Suchttherapie, Stuttgart, New York 2002; 3, S. 211-218.
- Jerusalem, M. und Schwarzer, R. (1999):* Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). In: Schwarzer, R. und Jerusalem, M. (Hg.): Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen, Freie Universität Berlin, Berlin. URL [29.09.01]: [www.fu-berlin.de](http://www.fu-berlin.de).
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. und Schmelzer, D. (2000):* Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.
- Kieselbach, T. (1996):* Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung der Arbeitslosigkeit – Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In: Fachverband Sucht e.V.: Sucht und Erwerbsfähigkeit, wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?, Geesthacht.
- Kieselbach, T. (1999):* Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Sucht und Arbeitslosigkeit, (Un-) Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und Integration Suchtkranker, Stuttgart.
- Klemm-Vetterlein, S. (1992):* Berufliche Rehabilitation der Methadonpatienten, Forschungsbericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Köln.
- Körkel, J. (1998):* Welche Ziele sind in der Behandlung von i.v. Drogenabhängigen ethisch vertretbar? In: Westermann, B., Jellinek, C. und Bellmann, G.U. (Hg.): Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin, Berlin. URL [13.03.03]: [methadon.substitutionstherapie.info/methadon-heroin/](http://methadon.substitutionstherapie.info/methadon-heroin/).
- Körkel, J. (2000):* Vom Sollen zum Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe, Abhängigkeiten, Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung, 6. Jahrgang, Lausanne.
- Körkel, J. und Schindler, C. (2002):* Die „Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit“ (HEISA-16 und HEISA-38). Theoretischer Hintergrund sowie Durchführungs-, Auswertungs- und Anwendungshinweise, Nürnberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Kromrey, H. (2000):* Empirische Sozialforschung, Opladen.
- Kruse, G., Körkel, J. und Schmalz, U. (2001):* Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln, Bonn.

- Küfner, H., Vogt, M. und Weiler, D. (1999):* Medizinische Rehabilitation und Methadonsubstitution, Hohengehren.
- Lange, St. und Bender, R. (2001):* Was ist ein Signifikanztest? In Deutsche Medizinische Wochenschrift; suppl. Statistik, Stuttgart, New York 2001; 126, S. 42-44.
- Mielke, R. (1984):* Lernen und Erwartung. Zur Selbst-Wirksamkeits-Theorie von Albert Bandura, Bern, Stuttgart, Wien.
- Miller, W.R. (1985):* Living as if, Philadelphia.
- Miller, W.R. und Rollnick, S. (1999):* Motivierende Gesprächsführung, Freiburg im Breisgau.
- Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes (Hg.) (2000):* 10 Jahre Methadonprogramm im Saarland, Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Saarbrücken.
- Mittag, W. und Schwarzer, R. (1993):* Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption: A two-wave study on stressful life transitions. In: Psychology and Health, 8, S. 77-87.
- Neuberg, Dr. (2001):* Rolle von Arbeit und Beschäftigung in der Therapie Suchtkranker. In: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Arbeit und Beschäftigung für Suchtkranke, Wege und Möglichkeiten und Visionen, Dokumentation zur Fachtagung am 14. November 2001, Leipzig, S. 15-22.
- Palette e.V. (2001):* Psychosoziale Begleitung und ambulante Therapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Erfahrungen in den Einrichtungen der Palette e.V., Hamburg.
- Platt, S. (1985):* Suicidal behaviour and unemployment: A literature review. In: Westcott, G., Svensson, P.G. und Zöllner, H.F.K. (Hg.): Health policy implications of unemployment, World Health Organization, Copenhagen, S. 87-132.
- Reilly, P.M., Sees, K.L., Shopshire, M.S., Hall, S.M., Delucchi, K.L., Tusel, D.J., Banys, P., Clark, H.W. und Piotrowski, N.A. (1995):* Self-efficacy and illicit opioid use in a 180-day methadone detoxification treatment. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, S. 158-162.
- Reinecker, H. (1999):* Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Tübingen.
- Rogers, R.W. und Mewborn, C.R. (1976):* Fear appeals and attitude change: Effects of a threat's noxiousness, probability of occurrence, and efficacy of coping responses, Journal of Personality and Social Psychology, 34.
- Sammet, M. (2000):* Die gesundheitliche Belastung von Arbeitslosen - Empirische Belege auf der Basis von Auswertungen von Krankenkassendaten - , Gmünder Ersatzkasse, Beitrag zum 6. Kongress Armut und Gesundheit, Berlin. URL [08.03.03]: [www.gesundheitberlin.de/content/aktiviaeten/a\\_g/soziales/sammet.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/content/aktiviaeten/a_g/soziales/sammet.pdf).
- Scherbaum, N., Specka, M., Roloff-Stachel, S. und Meiering, C. (2002):* Die Methadonsubstitution im Urteil des Patienten. In: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Heft 2, April 2002, S. 117-123.
- Schönthal, J. (1993):* Werte und Zielsetzungen von Suchttherapeuten und ihren Klienten: Eine empirische Untersuchung. In: Sucht, 39, 1993, S. 236-243.

- Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I. und Oliva, H.; FOGS/ISFF (2002):* Case Management mit integriertem Motivational Interviewing. Manual im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger-eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Frankfurt, Köln (unveröffentlichtes Manual).
- Schwarzer, R. und Scholz, U. (2000):* Cross-cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale, Berlin. URL [07.11.01]: [www.fu-berlin.de/gesund/publicat/world\\_data.htm](http://www.fu-berlin.de/gesund/publicat/world_data.htm).
- Schwoon, D.R. und Krausz, M. (1990):* Psychiatrie und Sucht. Anmerkungen zu einem zwiespältigen Verhältnis. In: Schwoon, D.R. und Krausz, M.(Hg.): Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie, Stuttgart 1990.
- Seligmann, M. (1975):* Helplessness, San Francisco.
- Senay, E.C. (1999):* Opioids: Methadone Maintenance. In: Galanter, M., Kleber, H.D. (Hg.): Textbook of Substance Abuse Treatment, Washington, S. 271-279.
- Staatssekretariat für Wirtschaft, Kommunikation / Information, Confoederatio Helvetica, Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2003):* Arbeitslosigkeit im Dezember 2002 / Jahresdurchschnitt 2002, Pressemitteilung Januar 2003. URL [04.03.03]: [www.admin.ch/cp/d/3elbc8f2\\_1@presse1.admin.ch.html](http://www.admin.ch/cp/d/3elbc8f2_1@presse1.admin.ch.html).
- Uchtenhagen, A. (1995):* Wertewandel in der Drogentherapie. In: Rink, J. (Hg.): Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie, Geesthacht.
- Uchtenhagen, A., Gutzwiller, F. und Dobler-Mikola, A. (Hg.) (1997):* Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten, Institut für Suchtforschung / Institut für Sozial und Präventivmedizin, Zürich.
- van Ryn, M. und Vinokur, A.D. (1992):* How did it work? An examination of the mechanisms through which an intervention for unemployed promoted job-search behavior. In: American Journal of Community Psychology, 20, 1992, S. 577-597.
- Vinokur, A.D., van Ryn, M., Gramlich, E.M. und Price, R.H. (1991):* Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the jobs program: A preventive intervention for the unemployed. In: Journal of Applied Psychology, 76, 1991, S. 213-219.
- Vollmer, H.C. und Krauth, J. (2001):* Therapie der Drogenabhängigkeit. In: Tretter, F. und Müller, A. (Hg.): Psychologische Therapie der Sucht, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2001.
- Wettach, R. (1998):* Zum Rehabilitationsstatus nach einer stationären Therapie. Der Einfluss von Austrittsmodus, Aufenthaltsdauer und ausgewählten Klientelmerkmalen, Institut für Suchtforschung, Zürich.
- Wosnitza, M. und Jäger, R.S. (Hg.) (1999):* Daten erfassen, auswerten und präsentieren – aber wie?, Landau.
- Zimbardo, P.G. (1995):* Psychologie, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokyo.

## ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit eigenständig und nur unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle zitierten oder sinngemäß übernommenen Textstellen habe ich als solche gekennzeichnet und die Zitierquellen vollständig angegeben.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Köln, den 01.06.2003