

KATHOLISCHE HOCHSCHULE NRW
MASTERSTUDIENGANG SUCHTHILFE / SUCHTTHERAPIE (M. Sc.)
SUCHTAKADEMIE BERLIN-BRANDENBURG

Masterthesis

**Einfluss von Selbstwirksamkeit auf die berufliche
Integration nach stationärer Entwöhnungsbehandlung**

vorgelegt von: Carola Dierks
Matrikelnr.: 514086
E-Mail: carola.dierks@web.de

Erstprüfer: Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer
Zweitprüfer: Prof. Dr. Rolf Jox

Uelzen, 13.05.2020

Inhalt

Inhalt	II
Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Zusammenfassung.....	2
1 Einleitung.....	4
2 Selbstwirksamkeit.....	7
3 Alkoholgebrauch (-störungen)	12
3.1 Epidemiologische Daten	12
3.2 Definition und Problembereiche bei Alkoholabhängigkeit	14
4 Arbeitslosigkeit	20
4.1 Arbeitslosigkeit und Gesundheit.....	22
4.2 Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit	24
5 Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter	26
5.1 Teilhabe als suchtherapeutisches Ziel	30
5.2 BORA.....	33
5.3 Rahmenbedingung der Untersuchung-Fachklinik Oerrel	35
6 Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Untersuchung	37
7 Methodik.....	39
7.1 Herleitung der Forschungshypothesen	39
7.2 Studiendesign und Operationalisierung	42
7.3 Stichprobenentwicklung	44
7.4 Erhebungsinstrumente und Durchführung	45
7.5 Untersuchungsmethodik	50
8 Ergebnisse.....	52
8.1 Deskriptive Statistik.....	52
8.1.1 Sozialdemografische Daten der Stichprobe	52
8.1.2 BORA-Verteilung in Bezug zur Grundgesamtheit, Daten zur 1- Jahreskatamnese und Behandlungsdauer	54
8.1.3 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)- Auswertung in Stichprobe	55
8.1.4 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)- Auswertung in Stichprobe.....	57
8.1.5 Verteilung Erwerbstätigkeit und Abstinenz nach einem Jahr.....	59
8.2 Überprüfung der Hypothesen.....	60

9	Diskussion	65
9.1	Interpretation der Ergebnisse.....	65
9.2	Limitationen der Studie	71
9.3	Fazit	73
10	Literaturverzeichnis	75
11	Anhang	84

Abkürzungsverzeichnis

Abs.....	Absatz
ALG.....	Arbeitslosengeld
APA.....	American Psychiatric Association
AVEM.....	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWW.....	Advent-Wohlfahrtswerk
BA.....	Bundesagentur für Arbeit
BMG.....	Bundesministeriums für Gesundheit
BRK.....	Vereinte Nationen-Behindertenrechtskonvention
BTHG).....	Bundesteilhabegesetz
CMA.....	chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige
DRV.....	Deutsche Rentenversicherung
DSHS.....	Deutsche Suchthilfestatistik
DSM).....	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ETM.....	evidenz-basierte Therapiemodule
GEDA.....	Gesundheit in Deutschland aktuell
GG.....	Grundgesetz
GSE.....	Generelle Selbstwirksamkeitserwartung
i.V.m.....	in Verbindung mit
ICD.....	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF).....	International Classification of Funktioning, Disability and Health
ILO.....	International Labour Organization
K.d.ö.R.....	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KDS.....	Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe
KTL.....	Klassifikation therapeutischer Leistungen
OECD.....	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PASS.....	Panels Arbeitsmarkt und soziale Sicherung
RMK.....	Rehabilitanden-Management-Kategorien
RTS.....	Reha- Therapiestandards
RVO.....	Reichsversicherungsordnung
SGB.....	Sozialgesetzbuch
SWE.....	Selbstwirksamkeitserwartung

u.a unter anderem

vgl vergleiche

WHO Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.: Skizze zur sozial -kognitiven Theorie Banduras- Einflussfaktoren Selbstwirksamkeit (Schwarzer 2004, S.61 mit eigenen Ergänzungen)	9
Abbildung 2.: Abhängigkeitserkrankungen in Bezug auf die ICF (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR] , 2006, S.19)	19
Abbildung 3.: Relative Häufigkeiten der Arbeitslosigkeit in Kategorien	53
Abbildung 4.: Boxplot- Verteilung Selbstwirksamkeitserwartung zu t1 und t2 getrennt nach Geschlecht	54
Abbildung 5.: Prozentuale Verteilung Mittelwerte der AVEM Kategorien	58
Abbildung 6.: Relative Mittelwerte der AVEM Kategorien getrennt nach Geschlecht	59
Abbildung 7.: Absolute Veränderung der SWE in Kategorien für Teilstichprobe (n=25) in Bezug auf Erwerbstätigkeit zu t3.....	61
Abbildung 8.: Absolute Veränderung der SWE in Kategorien für Teilstichprobe (n=13) in Bezug auf Erwerbstätigkeit zu t3.....	62
Abbildung 9.: Absolute Verteilung Abstinenz und Erwerbstätigkeit zu t3	64
Abbildung B 1.: Streudiagramm: Darstellung Zusammenhang zwischen SWE t1 und t2	86
Abbildung B 2.: Histogramm Messwertdifferenzen SWE (t2-t1).....	87
Abbildung B 3.: Q-Q-Diagramm diff_SWE, N=39	87
Abbildung B 4.: Boxplot-Messwertdifferenz (SWE t2-t1), N=39	87
Abbildung B 5.: Histogramm AVEM Kategorie B.....	88
Abbildung B 6.: Streudiagramm: Korrelation SWE und AVEM Kat. B(t1), N=41	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung Kriterien ICD-10 und DSM-5 Alkoholgebrauchsstörungen.....	15
Tabelle 2: Kreuztabelle: Absolute Veränderung SWE durch Treatment bezogen auf Kategorien SWE (cut-off entspricht $SWE \leq 40$)	57
Tabelle 3: Häufigkeiten von Erwerbstätigkeit und Abstinenz in 1- Jahreskatamnese (t3)	60
Tabelle A 1: Übersicht BORA Angebote Fachklinik Oerrel (Leichert, 2015, S.2; mit eigenen Ergänzungen).....	84
Tabelle B 1: Sozialdemografische Daten der Stichprobenteilnehmer (N=41) .	85
Tabelle B 2: Häufigkeiten: SWE Eingangstestung (t1) getrennt nach cut-off (Filter).....	86
Tabelle B 3: Verteilung SWE (t1-t2) nach Geschlecht.....	86
Tabelle B 4: Tests auf Normalverteilung: SWE und AVEM	88
Tabelle B 5: Deskriptive Statistik verbundene Stichproben (SWE t1 und t2) ..	88
Tabelle B 6: Korrelation bei verbundenen Stichproben SWE t1 und t2	89
Tabelle B 7: t-Test verbundene Stichproben SWE t1 und t2.....	89
Tabelle B 8: Wilcoxon-Test: SWE t1 und t2, N=39.....	89
Tabelle B 9: Kreuztabelle: Korrelation Anteil Erwerbstätiger (t3) in Bezug auf Veränderungen SWE zwischen t1 und t2, N=38	90
Tabelle B 10: Chi-Quadrat-Test und exakter Test nach Fischer: Korrelation veränderte SWE, getrennt nach cut-off zur Integration in Arbeit (t3).....	91
Tabelle B 11: Bivariate Korrelation Pearson: SWE und AVEM Kategorie B(t1), N=41	92
Tabelle B 12: Korrelation Spearman-Rho für Hypothese 2, N=41	92
Tabelle B 13: Partielle Korrelation: Dauer Arbeitslosigkeit als Kontrollvariable	93
Tabelle B 14: Kreuztabelle- Erwerbstätigkeit und Abstinenz (t3), N=38	94
Tabelle B 15: Chi-Quadrat-Test und exakter Test nach Fischer: Abstinenz und Erwerbstätigkeit (t3)	94

Zusammenfassung

In vorliegender Masterthesis wird der Einfluss einer veränderten allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) während einer stationären Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Menschen auf die Integration in den Arbeitsmarkt untersucht. In einer naturalistischen Feldstudie mit quasiexperimentellem Ansatz wurden Testdaten von erwerbslosen Rehabilitanden der BORA-Stufen 3 und 4 (N = 41) über einen Zeitraum von zwei Behandlungsjahren in der Suchtfachklinik Oerrel retrospektiv analysiert. Zusammenhänge zwischen Veränderungen der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999), ermittelt über t-Test mit prä-post-Design, und arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern (AVEM; Schaarschmidt & Fischer, 2006) in Bezug zu Angaben erfolgreicher Erwerbstätigkeit und Abstinenz in 1-Jahres-Katamnese, wurden mit Pearson-Korrelation und Chi-Quadrat-Test empirisch untersucht.

Bei einem überwiegenden Anteil der arbeitslosen Rehabilitanden konnte eine Verbesserung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung im Therapieverlauf nachgewiesen werden. Von einer positiven Entwicklung SWE ließ sich jedoch kein signifikanter Zusammenhang zu einer erfolgreichen Integration in Arbeit nach einem Jahr ableiten. Bei Rehabilitanden mit einem kritischen arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM-Risikokategorie B) zeigte sich eine deutlich reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Abstinenz und Erwerbstätigkeit zum Katamnesezeitpunkt konnte nicht bestätigt werden. Der Einfluss der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung kann sinnvoll im Rahmen des BORA-Konzepts innerhalb einer stationären Entwöhnungsbehandlung für die Gestaltung von Motivation und Veränderungsprozessen genutzt werden. Hier bedarf es aber eines konkreten Bezuges zu arbeitsbezogenen Therapiezielen und -inhalten. Zudem erscheint es notwendig, die Auseinandersetzung mit sozialen Folgen der Arbeitslosigkeit und einer abgestimmten Rückfallprophylaxe für Rehabilitanden mit einem AVEM-Risikomuster und einer schlechten Integrationsprognose stärker in den Blick zu nehmen. Neben der Weiterentwicklung arbeitsbezogener Therapieprozesse kommt einer Verbesserung der Schnittstellengestaltung vom und zum Arbeitsmarkt eine große Bedeutung zu. Dabei dürfen limitierende Faktoren der Gesamtentwicklung des Arbeitsmarktes und übergeordnete sozialpolitische Entscheidungen nicht außer Acht gelassen werden.

Vermerk

Die verwendete maskuline Sprachform in der Masterthesis dient der leichteren Lesbarkeit, meint jedoch auch das feminine und diverse Geschlecht.

1 Einleitung

„Wollen setzt auch Können und das Vorhandensein der Möglichkeiten voraus“ (Grawe, 2000, S. 88)

„Alkoholkrank und arbeitslos“! Diese Aussage trifft auf durchschnittlich die Hälfte aller Rehabilitanden in der stationären Entwöhnungsbehandlung zu (Künzel, Specht, Thaller & Braun, 2017). Die Verbreitung und der Umgang mit Sucht und Arbeitslosigkeit sollte jedoch nicht nur als eine individuelle Problematik Einzelner gesehen werden, sondern birgt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung mit notwendigem Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Im Gegensatz zur sinkenden Arbeitslosenquote, innerhalb der letzten 15 Jahre, verbleibt die Anzahl der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit auf hohem Niveau. In Deutschland hat sich ein breitgefächertes Behandlungssystem für Menschen mit suchtbefragten Problemen etabliert. Trotz des differenzierten Therapieangebots wurden nur 1,8% der potenziell therapiebedürftigen Alkoholkranken in stationären Entwöhnungseinrichtungen behandelt (Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel & Rehm, 2014). Ziele einer Rehabilitation sind neben einer angestrebten selbstbestimmten Abstinenzfähigkeit, die Behebung bzw. Besserung körperlicher und seelischer Störungen sowie die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Deutsche Rentenversicherung, 2013). Zur Optimierung der beruflichen (Re-)Integration erfolgte in vielen Suchteinrichtungen ab 2015 die konzeptionelle Umsetzung der Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Deutsche Rentenversicherung, 2014; Arbeitsgruppe BORA).

Ein großer Anteil von Rehabilitanden in der stationären Entwöhnungsbehandlung weist in Verbindung mit der Suchterkrankung weitere psychische und körperliche Einschränkungen auf, die zu Einschränkungen der Teilhabe in diversen Lebensbereichen führen. In der Literatur der Klinischen Sozialarbeit hat sich der Begriff *Hard-to-reach* als Kennzeichen für Zielgruppen von Betroffenen durchgesetzt, die komplexe psychische und multiple Problemlagen aufweisen und deren Hilfebedarf erst spät deutlich wird (Labonté-Roset, Hoefert & Cornel, 2010). Diese Menschen gelten als *schwer erreichbar* und können nicht in der beabsichtigten Weise von den bestehenden Versorgungssystemen profitieren.

Einleitung

Ein Grund dafür mag im Charakter der Suchterkrankung mit individuell unterschiedlichen und nicht linearen Entwicklungsverläufen liegen, andererseits aber auch durch das gesellschaftliche Stigma, welches dieser chronischen Krankheit anhaftet, hervorgerufen sein.

Die Frage der „Erreichbarkeit von Rehabilitanden“, hinsichtlich ihrer Zielsetzung für die Zukunft und Motivation für Verhaltensänderungen, stellt sich auch im täglichen Therapiealltag einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Ausgangspunkt für die Masterthesis bildete die eigene Praxiserfahrung der Autorin als Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin im Rahmen der Tätigkeiten im Sozialdienst und in der Bezugstherapie. Innerhalb der eigenen sozialdienstlichen Aufgaben in der Fachklinik Oerrel wurde deutlich, wie relevant eine frühzeitige Unterstützung der Rehabilitanden in ihren alltagsbezogenen Problemlagen, z.B. Fortsetzung des Leistungsbezugs während der Rehabilitation, Klärung sozialrechtlicher Fragen und Planung externer Beratungen ist. In der Begleitung der Rehabilitanden und der zugrundeliegenden Motivationsarbeit, im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“, zeigten sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit der Komplexität von bestehenden psychosozialen Problemlagen. Beim Thema Arbeitslosigkeit sehen sich Rehabilitanden im Alltag mit einem teils undurchschaubaren Konstrukt von sozialgesetzlichen Regelungen, einem komplexen Antragswesen der Behörden, und deren Forderungen einer zügigen Integration in den Arbeitsmarkt konfrontiert. Vom Rehabilitanden erfahrene Barrieren, ob nun extern begründet oder internal, in Form von reduzierten Bewältigungskompetenzen, haben Einfluss auf die Motivation, berufsorientierte Ziele innerhalb einer Entwöhnungsbehandlung zu bearbeiten.

Im Zusammenhang mit dem Eingangszitat von Grawe (2000) bedarf es neben der Motivation und einem Wissen um eigene Fertigkeiten auch der Zuversicht, dass die Möglichkeit besteht, eine Aufgabe oder Herausforderung zielgerichtet bewältigen zu können. Dieser Selbstwirksamkeit, als personelle Ressource, wird hinsichtlich angestrebter Verhaltensänderungen im Therapieprozesses eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Ziel einer Suchtrehabilitation ist neben Aufbau einer Abstinenzfähigkeit u.a. die Integration in Arbeit. Die Erwartungshaltung und Einstellungen der Rehabilitanden bezüglich einer Teilhabe an Arbeit und damit verbundene Verhaltensänderungen stehen in einem möglichen Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeit.

Einleitung

In der vorliegenden Studie geht es um die empirische Untersuchung des Konstrukts der Selbstwirksamkeitserwartung in Hinblick auf einen möglichen Einfluss auf eine erfolgreiche beruflichen Integration von arbeitslosen Rehabilitanden innerhalb der stationären Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Oerrel.

Der theoretische Teil der Masterthesis befasst sich zunächst mit relevanter Forschung zum Thema Selbstwirksamkeit. Kapitel drei widmet sich der Einordnung alkoholbezogener Störungen mit Darstellung funktionaler Gesichtspunkte der Alkoholabhängigkeit und deren Auswirkung auf Teilhabe. Es folgt ein Überblick zum Thema Arbeitslosigkeit, deren gesundheitlichen Folgen und Korrelationen zu Alkoholgebrauchsstörungen (Kapitel 4). Die Rehabilitationsbehandlung wird in Kapitel fünf mit der rechtlichen Fundierung erörtert und mit Fokus auf Teilhabe und beruflicher Orientierung (BORA) skizziert. Es folgt die Darstellung der Rahmenbedingungen der Fachklinik Oerrel, in der die Studie durchgeführt wurde.

Der Theorieteil schließt mit der Herleitung der Forschungsfrage und dem Erkenntnisinteresse der Arbeit. Im methodischen Teil (Kapitel 7) erfolgt, vor dem Hintergrund relevanter Studien, die zusammenfassende Herleitung der Forschungshypothesen. Daran anknüpfend werden das Studiendesign mit Operationalisierung der Hypothesen vorgestellt. Nach Beschreibung der Stichprobenentwicklung erfolgt eine Darstellung der eingesetzten Erhebungsinstrumente sowie deren praktische Durchführung im Klinikalltag. Kapitel sieben schließt mit der Konkretisierung der Untersuchungsmethodik. Es folgt eine deskriptive Darstellung der Stichprobenzusammensetzung und Auswertung der Testergebnisse bezogen auf die relevanten Variablen (SWE, AVEM, Abstinenz und Erwerbstätigkeit) in Kapitel acht. Ergebnisse der Hypothesenprüfung werden dann in Kapitel neun interpretiert und vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Nach einer kritischen Stärken- und Schwächenanalyse der Studie schließt die Masterthesis mit dem Fazit.

2 Selbstwirksamkeit

Menschen werden innerhalb ihres Lebens vor unterschiedliche Bewältigungsaufgaben gestellt. Notwendige Verhaltensänderungen und Handlungen werden unabhängig von intellektuellen Fähigkeiten individuell unterschiedlich initiiert. Als wesentlicher Faktor sieht Bandura (1977) die subjektive Überzeugung, die Selbstwirksamkeit (*efficacy beliefs*), Herausforderungen und Aufgaben zielgerichtet über Handlungen bewältigen zu können. „Efficacy beliefs operate as a key factor in a generative system of human competence.“ (Bandura, 1997, S.37). Die Dimension der Selbstwirksamkeit steht in Abhängigkeit von drei Komponenten (Abbildung 1):

- 1) Niveau (level of magnitude) - das Ausmaß an Selbstwirksamkeit, um Aufgaben mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden zu bewältigen.
- 2) Generalität (generality) - die Allgemeingültigkeit, mit der bestimmte Handlungen auf andere Umstände übertragbar und durchführbar sind.
- 3) Stärke (strength) - die Anstrengung, die notwendig ist, um Bewältigungsstrategien trotz Rückschläge und Misserfolge durchhalten zu können (Bandura, 1977).

Die eigene Selbstwirksamkeit kann bezüglich der bestehenden Herausforderung, beispielsweise eine Prüfung bestehen, einen neuen Arbeitsplatz zu suchen oder das eigene Leben alkoholabstinent zu gestalten, aufgrund der benannten Komponenten individuell unterschiedlich wahrgenommen werden. Eine selbstwirksame Person ist davon überzeugt, dass sie neue und / oder schwierige Aufgaben aus eigener Kraft meistern kann, auch wenn sich dabei Widerstände auftun (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Im Rahmen seiner sozial-kognitiven Theorie formulierte Bandura (1997) das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE). Danach werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse vor allem durch die Selbstwirksamkeitserwartung (*perceived self-efficacy*) und Handlungs- Ergebnis-Erwartungen (*outcome expectancies*) gesteuert (Schwarzer, 2004). „Perceived self-efficacy is not a measure of the skills one has but a belief about what one can do under different sets of conditions with whatever skills one possesses“ (Bandura, 1997, S. 37).

Selbstwirksamkeit

Es handelt sich bei der Selbstwirksamkeitserwartung also um eine subjektive Überzeugung von der eigenen Handlungskompetenz (Schwarzer & Jerusalem 2002, S. 35).

Neben der Kompetenz- hat die Konsequenzerwartung, erwartete Resultate hinsichtlich des Ziels und der dafür notwendigen Handlungen, ebenso Einfluss auf das Verhalten. Nach Schwarzer (2004, S. 62) sind bei der Konsequenzerwartung auch universelle Zusammenhänge zwischen Verhalten und Ergebnis möglich, die Kompetenzerwartung hat dagegen einen klaren Selbstbezug. Handlungs-Ergebnis-Erwartungen werden in physische, soziale und selbstbewertende Faktoren unterteilt (Abbildung 1).

Bandura (1977) sieht die Selbstwirksamkeit einer Person durch verschiedene persönliche Erfahrungen, das soziale Umfeld und andere Umweltfaktoren geprägt. Für die Entwicklung und Modulation der individuellen Selbstwirksamkeit unterscheidet Bandura zwischen vier Quellen:

- Eigenes Erfolgserleben (enactive mastery experience).
- Stellvertretende Erfahrungen (vicarious experience)
- Verbale Ermutigung (social persuasion)
- Physische und emotionale Befindlichkeit (somatic and emotional states)

Eigene Erfahrungen haben den stärksten prägenden Einfluss auf die Entwicklung von Selbstwirksamkeit, insbesondere, wenn der Erfolg als stabil internale Zuschreibung verankert wurde. Eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung geht mit einer erhöhten Frustrationstoleranz einher. Darüber hinaus kann auch das Beobachten erfolgreichen Handelns an einer Modellperson, mit der sich die betreffende Person gut identifizieren kann, zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung beitragen. Als dritte Quelle benennt Bandura die mitgeteilte Überzeugung, den Zuspruch durch andere wichtige Personen oder auch ein positives Feedback. Das Erleben körperlicher und emotionaler Signale, als Reaktionen auf Stress und Angst kann für eine Person als Maßstab gewertet werden, wie gut sie eine bestimmte Handlung beherrscht. Diese Wahrnehmung und innere Bewertung hat sowohl Einfluss auf die Selbstwirksamkeitserwartung als auch auf das Ergebnis des Handelns (Bandura, 1997).

Selbstwirksamkeit

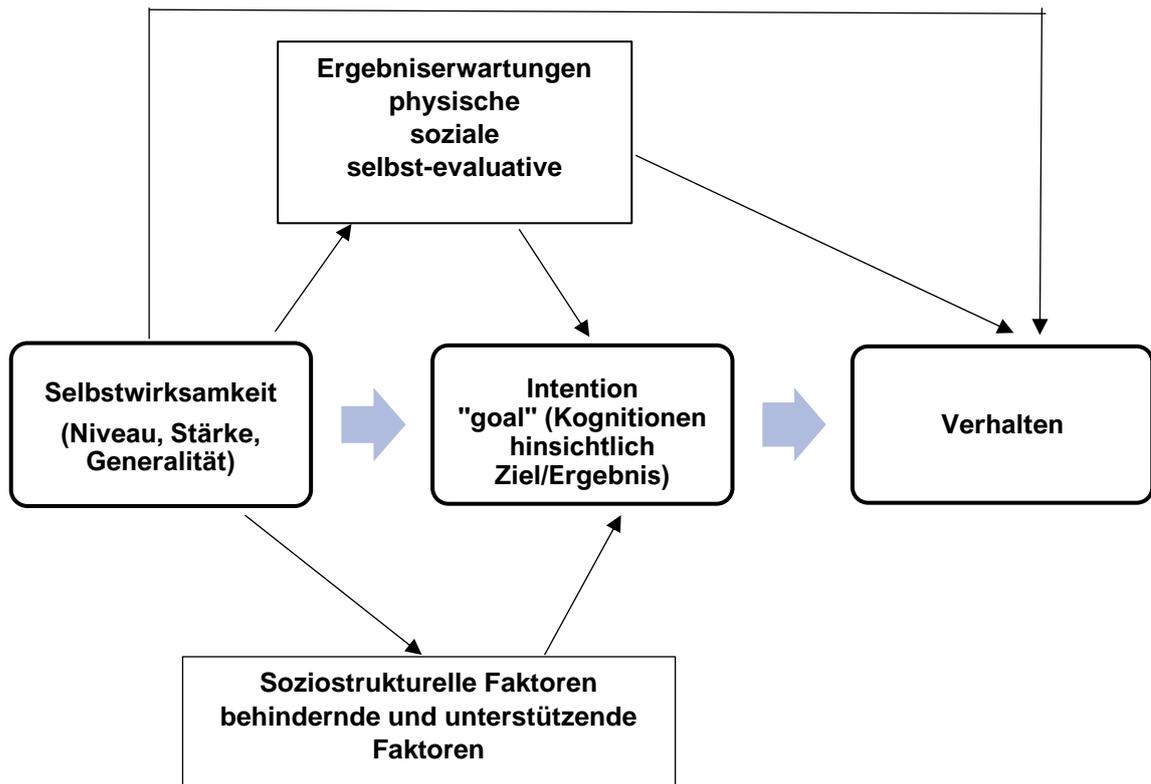


Abbildung 1. Skizze zur sozial-kognitiven Theorie Banduras-Einflussfaktoren Selbstwirksamkeit (Schwarzer 2004, S.61 mit eigenen Ergänzungen)

Innerhalb der sozial kognitiven Theorie versteht Bandura (1977, 1997) Selbstwirksamkeit als relativ situationsspezifisches Konstrukt, wobei Handlungsweisen zwar auf verschiedene Situationen übertragen werden können, die verschiedenen Bereiche jedoch weitestgehend unabhängig voneinander bleiben (Schwarzer, 1994). Nach Schwarzer korreliert die Selbstwirksamkeit positiv mit den Merkmalen Optimismus, Selbstwertgefühl, internaler Kontrolle oder Leistungsmotivation und negativ mit Merkmalen wie Ängstlichkeit, Depressivität oder Neurotizismus, (Schwarzer, 1994, S. 105). Eine Weiterentwicklung erfuhr des Konzepts der spezifischen Selbstwirksamkeit um die generelle bzw. allgemeine Selbstwirksamkeit insbesondere durch Sherer et al., 1982; Shelton, 1990 und Schwarzer, 1994.

Die generelle Selbstwirksamkeitserwartung stellt nach Sherer et al. (1982) ein stabiles Konstrukt dar, worin sich eine umfassende Überzeugung eigener Kompetenz mit einer Vielzahl an Situationen widerspiegelt.

Nach Schwarzer & Jerusalem (2002) ist die Selbstwirksamkeitserwartung nicht auf ein spezifisches Handlungs- und Funktionsfeld bezogen. Menschen können ihre Erfahrungen zu Erfolgen und Misserfolgen vielmehr über Situationen hinweg verallgemeinern. Weber (2002) beschreibt die Notwendigkeit von sozialen und persönlichen Ressourcen für eine erfolgreiche Lebensbewältigung. Er benennt Selbstwirksamkeit in Form einer subjektiven Kompetenzerwartung als wichtige persönliche Ressource.

Im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung besteht die Zielsetzung, Veränderungsprozesse einzuleiten und neue Verhaltensmuster einzuüben. Das Erleben von Selbstwirksamkeit, als wichtige Voraussetzung für eine kompetente Selbst- und Verhaltensregulation, sollte innerhalb der Behandlung mit geeigneten validen Methoden als Ressource berücksichtigt und aufgebaut werden.

Selbstwirksamkeitserwartungen haben eine wesentliche motivationale und volitionale Rolle in selbstregulativen Zielerreichungsprozessen (Schwarzer 2004, S.16). In der Beratung und Begleitung von Menschen mit einer Suchtproblematik hat sich das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung innerhalb der Suchtbehandlung etabliert. Miller & Rollnick beschreiben vier Basisprinzipien:

1. Empathie ausdrücken
2. Diskrepanzen entwickeln
3. Widerstand umlenken
4. Selbstwirksamkeit fördern

Innerhalb 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 (Miller & Rollnick, 2009, S. 58- 65).

Nach Haisch (2002) resultiert eine Zunahme von intrinsischer Motivation nicht allein durch eine gute Selbstwirksamkeitserwartung, sondern setzt auch gesammelte eigene Autonomieerfahrungen voraus. Innerhalb des Selbstmanagement-Konzepts (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006; Reinecker, 2018) bilden motivationsförderliche Grundbedingungen die Basis für die therapeutische Haltung in der Gestaltung von Veränderungsprozessen und Anregung neuer

Lernerfahrungen. Von Kanfer et al. (2006) werden als wesentliche Faktoren benannt, „[...] Eigenverantwortung des Klienten, Entscheidungsfreiheit, Ausmaß persönlicher Kontrolle über den Therapieablauf sowie dessen Beteiligung an der Vereinbarung von Therapiezielen“ (S.166). Nach Reinecker (2018, S. 537) bildet der Aspekt der Selbständigkeit des Menschen in Bezug auf Selbstbeobachtung, mit Verhaltensmodulation über Steuerung der Konsequenzen, eine wesentliche Rolle im therapeutischen Prozess.

Das transtheoretische Modell von Prochaska & DiClemente (1982, 1983, zitiert nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) bietet Anhaltspunkte für den Ablauf von Veränderungsphasen. Therapie als Prozess zu verstehen, setzt voraus, bei der Definition von Behandlungszielen und Interventionen differenziert die individuelle Veränderungsstufe von Bewältigungsbemühungen zu berücksichtigen.

Zum Kontext Selbstwirksamkeitserwartung und Erwerbslosigkeit betont Mohr (2002) die Notwendigkeit, eines frühzeitigen Beginns von Maßnahmen und ein realitätsorientiertes Vorgehen mit Aufbau von Hoffnung, zur Wiedereingliederung in Arbeit. Die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, verbesserte Fähigkeiten im Umgang mit Misserfolgserleben sowie Bewerbungstraining zeigten überdauernd positive Effekte im Gegensatz zu Maßnahmen zum Erwerb zusätzlicher beruflicher Qualifikationen oder Arbeitsbeschaffungsprogrammen (Mohr, 2002, S. 104).

Nach Sherer et al. (1982) korreliert die generelle Selbstwirksamkeitserwartung ([GSE], erfasst über 14 Items) mit dem Beschäftigungsstatus, Häufigkeit der Jobverluste, Bildungsstatus, militärischer Rank, erfolgte Kündigung durch den Arbeitgeber und bietet eine gute Vorhersage für den Erfolg von Psychotherapie und Darstellung von Prozessen der Verhaltensänderung. Die Relevanz von Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf Initiierung motivationaler Verhaltensprozesse, aktiv einen Arbeitsplatz zu suchen, wurde in früheren Studien beschrieben (Caplan et al., 1989; Vinokur et al., 1991; Van Ryn & Vinokur, 1992). In einer randomisiert kontrollierten Feldstudie konnte die Wirksamkeit eines Trainingsprogramms für Arbeitslose zur Förderung der Wiederbeschäftigung nachgewiesen werden (Caplan et al., 1989).

In einer follow-up Untersuchung (Vinokur et al., 1991) zeigten die Teilnehmer auch nach einem Jahr noch eine deutlich höhere Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich ihrer Stellensuche. Das Verhalten „aktive Stellensuche“ wurde vollständig durch die Variable der Selbstwirksamkeit vermittelt. Variablen wie Alter, Geschlecht, Familieneinkommen und Bildungsniveau wurden bei der Untersuchung kontrolliert (Van Ryn & Vinokur, 1992).

3 Alkoholgebrauch (-störungen)

3.1 Epidemiologische Daten

Alkohol hat einen besonderen Stellenwert in der modernen Gesellschaft und ist als Genussmittel in Deutschland weit verbreitet. Der Verbrauch von Reinalkohol je Einwohner im Alter ab 15 Jahren lag 2015 bei 10,7 Liter. Nach vorläufigen Angaben für 2016 lag der Pro- Kopf- Verbrauch alkoholischer Getränke bei 104,1 Liter Bier, 20,6 Liter Wein, 3,7 Liter Schaumwein und 5,4 Liter Spirituosen (Rummel, Lehner & Kepp 2018). Die Bundesrepublik zählt im internationalen Vergleich zu den Hochkonsumländern und liegt deutlich über dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Verbrauch von Reinalkohol mit 9 Litern der 35 Mitgliedsländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, 2017).

Nach John und Hanke (2018) zeigte sich, in einer Trendanalyse über 65 Jahre in Deutschland, nach einem Anstieg des Alkoholkonsums bis 1976, eine moderat rückläufige Entwicklung. In der Erhebung des epidemiologischen Suchtsurveys gaben 72,5% der Befragten (Männer 77,1%, Frauen 67,8%) an, in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken zu haben. 35% tranken an mindestens einem der letzten 30 Tage fünf oder mehr alkoholische Getränke. Männern zeigten doppelt so häufig episodisches Rauschtrinken- Verhalten als Frauen. Trinkexzesse, auch „binge drinking“, waren bei jungen Erwachsenen bis zu einem Alter von 25 Jahren besonders verbreitet. Die Prävalenz des Rauschtrinkens ist bei Frauen seit dem Jahr 2009 angestiegen (Kraus, Piontek, Atzendorf & Gomes de Matos, 2016). Neben einem erhöhten Risiko für direkte gesundheitliche Folgen eines riskanten Alkoholkonsums, sind die Gefahren für alkoholbedingte körperliche Verletzungen, Unfällen und Gewalttaten, aufgrund reduzierter Steuerungsfähigkeit, erhöht (Polizeiliche Kriminalstatistik 2015/2016 des Bundeskriminalamtes Bundesrepublik Deutschland, vgl. ebd., S. 19).

Alkoholgebrauch (-störungen)

Die Anzahl der Alkoholunfälle mit Personenschaden und unter Alkoholeinfluss Beteiligter lag 2016 bei 13.403 bzw. 13.532 (Daten des Statistischen Bundesamtes, 2017, vgl. Rummel, Lehner & Kepp, 2018, S. 20). 21,4% der Erwachsenen (Männer 22,4%, Frauen 20,2%) konsumieren Alkohol in riskanten Mengen. In einer Hochrechnung auf die Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren entspricht dies ca. 7,80 Mio. Personen. (Gomes de Mato, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016).

Als kritische Schwellenwerte für ein erhöhtes Risiko gesundheitlicher Folgen gelten für Männer 24 g und für Frauen 12 g Reinalkohol pro Tag¹. Hierbei ist eine mindestens zweitägige Alkoholkarenz innerhalb einer Woche zu berücksichtigen, wobei die tägliche Trinkmenge auch bei nachfolgend längerer Trinkpause nicht überschritten werden sollte (Lindenmeyer 2016, S. 14). Die Grenzwerte für „risikoarmen“ Konsum beziehen sich auf gesunde Menschen ohne erhöhtes genetisches Risiko für alkoholassoziierte Erkrankungen. Darüber hinaus sind das Lebensalter, die individuelle Lebenssituation (beispielsweise Berufstätige mit besonderer Verantwortung und in Hochrisikobereichen tätige Personen, Schwangerschaft/Stillzeit oder eine erforderliche Einnahme von Medikamenten) zu berücksichtigen. Diese Personengruppen sollten individuell auf den Alkoholkonsum vollständig verzichten (Seitz, Bühringer & Mann, 2008).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht im riskanten und besonders schädlichem Alkoholkonsum einen bedeutenden Risikofaktor für gesundheitliche und soziale Folgeschäden. Für eine langfristige Veränderung des Alkoholkonsumverhaltens bedarf es neben verhaltenspräventiver auch verhältnispräventiver Maßnahmen, wie z.B. Werbeverbote, Null-Promille-Grenzen im Straßenverkehr und Preiserhöhungen auf der Basis nationaler gesundheitspolitischer Entscheidungen und rechtlicher Vereinbarungen (WHO, 2012).

¹ Ein Standardglas (Trinkeinheit) Alkohol mit 10-12g Reinalkohol entspricht etwa 0,25 l Bier, 0,125 l Wein/Sekt oder 4cl. Schnaps.

3.2 Definition und Problembereiche bei Alkoholabhängigkeit

Die Begriffe Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit und Alkoholsucht werden in der Literatur teils synonym verwendet und vor dem jeweiligen historisch-gesellschaftlichen Kontext unterschiedlich bewertet. Sie entziehen sich einer eindeutigen Definition. Vor dem Hintergrund einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise werden Krankheit und Gesundheit nicht als dichotome Zustände verstanden, sondern beruhen auf einem dynamischen Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren (Engel 1977, zitiert nach Feuerlein 1999).

Als Erklärungsmodell für Alkoholismus dient das Dreieckschema (Kielholz und Ladewig 1973, zitiert nach Feuerlein 1999) mit den drei Faktorengruppen – Droge, Individuum, Sozialfeld, die in ihren Ausmaßen und komplexen Wechselwirkungen ein Bedingungsgefüge darstellen. Innerhalb der Faktorenbereiche kann der Alkoholkonsum als dynamischer Prozess im Sinne einer Bewältigungsstrategie nachvollzogen werden. Der Prozess für Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit im Sinne eines Wirkungsgefüges mit positiver Rückkopplung, steigende Tendenz süchtiger Verhaltensmuster, bezeichnet man als Teufelskreis. Nach Kufner (1981, zitiert nach Soyka und Kufner, 2008) kann die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit über den somatischen, intrapsychischen und psychosozialen Teufelskreis beschrieben werden.

„Die Abhängigkeit“ ist ebenso wenig wie „die Sucht“ ein einheitlich unmittelbar beobachtbarer krankhafter Zustand. Vielmehr zeichnet sich die Entwicklung einer Abhängigkeit durch eine große Komplexität eines multifaktoriellen Geschehens aus. Aufgrund der Vielschichtigkeit alkoholbezogener Störungen und Probleme, die letztlich nicht zwangsläufig in eine Suchtkrankheit münden müssen, bilden die Konzepte des Abhängigkeitssyndroms und Substanzabhängigkeit die Basis für diagnostische Klassifikationssysteme. Im Klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA) wird in der vierten Ausgabe (DSM-IV) zwischen Missbrauch (substance abuse) und einer Abhängigkeit (substance dependence) unterschieden.

Alkoholgebrauch (-störungen)

Laut deutschen Suchtsurveys (Papst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013) liegt die Prävalenz für alkoholbezogene Störungen bei klinisch relevant schädigendem Alkoholkonsum bei etwa 3,1% (1,6 Millionen) der erwachsenen Menschen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren. Bei 1,8 Millionen Erwachsenen (entsprechend 3,4%, davon 4,8 % Männer und 2,0 % Frauen) besteht nach DSM-IV-Kriterien eine Alkoholabhängigkeit. Mit Veröffentlichung des DSM-5 (APA, 2013; deutsche Ausgabe- Falkai, Wittchen, 2015) wird ausschließlich von einer Substanzgebrauchsstörung (substance use disorder) gesprochen und auf eine diagnostische Unterscheidung zwischen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit verzichtet (Tabelle 1).

Tabelle 1

Gegenüberstellung Kriterien ICD-10 und DSM-5 Alkoholgebrauchsstörungen

Diagnosekriterien ICD–10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 114 -116)	Kriterien der Alkoholkonsumstörung nach DSM–5 (APA- dt. Ausgabe Falkai & Wittchen, 2015, S. 676)
<u>Schädlicher Gebrauch F 10.1</u> Nachweisbar alkoholbedingte psychische oder physische Schäden, jedoch kein Hinweis auf eine Abhängigkeit. Das alleinige Vorliegen negativer sozialer Folgen (z.B. Inhaftierung, Eheprobleme oder Arbeitsplatzverlust) begründet ebenso wenig wie die Ablehnung des Konsumverhaltens durch andere Personen oder gesellschaftliche Einstellungen eine Diagnose F10.1.	<u>Leichter Schweregrad:</u> 2 bis 3 Kriterien sind erfüllt
<u>Alkoholabhängigkeitssyndrom F 10.2</u> Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen innerhalb der letzten 12 Monate wiederholt aufgetreten sein: 1. Craving (starkes Verlangen oder Zwang, Alkohol zu trinken)	<u>Mittlerer Schweregrad:</u> 4 bis 5 Kriterien erfüllt

Alkoholgebrauch (-störungen)

<p>2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums</p> <p>3. Körperliches Entzugssyndrom mit substanzspezifischen Symptomen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums.</p> <p>4. Toleranzentwicklung gegenüber der Alkoholwirkung</p> <p>5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen mit Fokussierung auf das Alkoholtrinken und damit verbundener zeitlicher Gebundenheit.</p> <p>6. Anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutigem Nachweis schädlicher Folgen (körperlich, psychisch oder sozial).</p>	<p><u>Schwerer Schweregrad:</u> 6 oder mehr Kriterien erfüllt</p>
--	---

Eine Alkoholgebrauchsstörung ist durch ein Muster diverser körperlicher und verhaltensbezogener Symptome definiert und kann über insgesamt 11 Kriterien hinsichtlich seiner klinischen Relevanz in Schweregrade eingeteilt werden (APA/ Falkai & Wittchen, 2015, S. 675-676). Es müssen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten mindestens zwei statt bislang drei Kriterien vorliegen, dass eine Alkoholgebrauchsstörung nach DSM-5 besteht.

Die in Deutschland übliche Kategorisierung nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterscheidet zwischen schädlichem Gebrauch (F10.1) und dem Abhängigkeitssyndrom (F10.2) innerhalb einer Auflistung von insgesamt zehn verschiedenen alkoholbezogenen Syndromen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 110-124, ICD-10-GM).

Auf der Basis der Krankenhausstatistik/Diagnosedatendaten 2015 wurden innerhalb der letzten 15 Jahre psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bis zum Jahr 2012 zunehmend häufiger diagnostiziert. In einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes (2017) wurden mit der zweithäufigsten Hauptdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ 234.785 Männer und 87.820 Frauen im Jahr 2016 in Krankenhäusern behandelt (Rummel, Lehner & Kepp, 2018, S. 17).

Alkoholgebrauch (-störungen)

Bei Männern ist es seit zehn Jahren die häufigste Diagnose. Neben geschlechtsspezifischen Differenzen bestehen auch regionale Unterschiede (Schaller, Kahnert & Mons, 2017, S. 52). Auf der Basis von Krankenhausstatistik-Diagnosedaten 2015 wurden beispielsweise für Niedersachsen 746 Fälle „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ gemäß F.10 (ICD-10) bei Männern (Frauen: 256 Fälle) bezogen auf 100.000 Einwohner der Altersgruppe 18 Jahre und älter gezählt. In Sachsen-Anhalt zeigte sich eine deutlichere Differenz, mit 852 männlichen Fällen und 201 weiblichen Fällen, zwischen den Geschlechtern. Die zahlenmäßig höchsten Werte für beide Geschlechter verzeichneten die Bundesländer Bremen und Mecklenburg-Vorpommern (Schaller, Kahnert & Mons, 2017, S.55). Die alkoholbedingten Todesfälle sind in den letzten 20 Jahren gesunken.

In einer Berechnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für das Jahr 2012 verstarben 16.000 Männer und 5000 Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren an den direkten körperlichen Folgeerkrankungen, die ausschließlich auf den Alkoholkonsum zurückzuführen waren (BMG, 2018, S.63).

Resultierende funktionale Beeinträchtigungen werden vor dem Hintergrund eines bio-medizinischen Modells in der ICD als Folge eines gesundheitlichen Problems einer Person erfasst. Das veränderte Bewusstsein für die Relevanz der sozialen Dimension für die Entwicklung einer Erkrankung, deren Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und dem prognostischen Verlauf führte 2001 zur Verabschiedung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) durch die Vollversammlung der WHO.

Grundlage für die ICF (in deutscher Übersetzung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) bildet das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten von Gesundheit. Der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person wird als dynamischer Prozess vom Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen der Person mit einem, z.B. als Krankheitsdiagnose oder -symptomatik mit der ICD klassifizierten, Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren, Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes, aufgefasst (WHO/DIMDI, 2005, S.4).

Alkoholgebrauch (-störungen)

Die ICF gliedert sich in zwei Teile mit jeweiligen Komponenten. Im ersten Teil werden den Begriffen Funktionsfähigkeit und Behinderung die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen sowie Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) untergeordnet. Im zweiten Teil stehen die Kontextfaktoren, d.h. alle umgebenden äußeren Einflüsse auf die (Er-) Lebenswelt der betreffenden Person (Umweltfaktoren) sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attributionen (personenbezogene Faktoren). Kontextfaktoren sind sowohl mit ihren fördernden oder beeinträchtigenden Aspekten auf die funktionale Gesundheit zu benennen. In der ICF werden Beeinträchtigungen unter dem Begriff Behinderung wesentlich weiter gefasst als innerhalb des Sozialgesetzes (zu rechtlichen Aspekten der Rehabilitation in Kapitel 5). Die ICF klassifiziert im Zusammenhang mit der Gesundheit stehende Bereiche, in denen Behinderungen auftreten können. Es erfolgt keine Erfassung von Teilhabestörungen, die allein von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden (WHO/DIMDI, 2005, S.16 -17; Cibis & Thielgen 2018, S.366-369).

Alkoholgebrauch (-störungen)

Abbildung zwei gibt einen Überblick über die Struktur der ICF und bildet die Basis zur Darstellung von prozesshaften Entwicklungen einer Teilhabebeeinträchtigung am Beispiel einer Abhängigkeitserkrankungen.

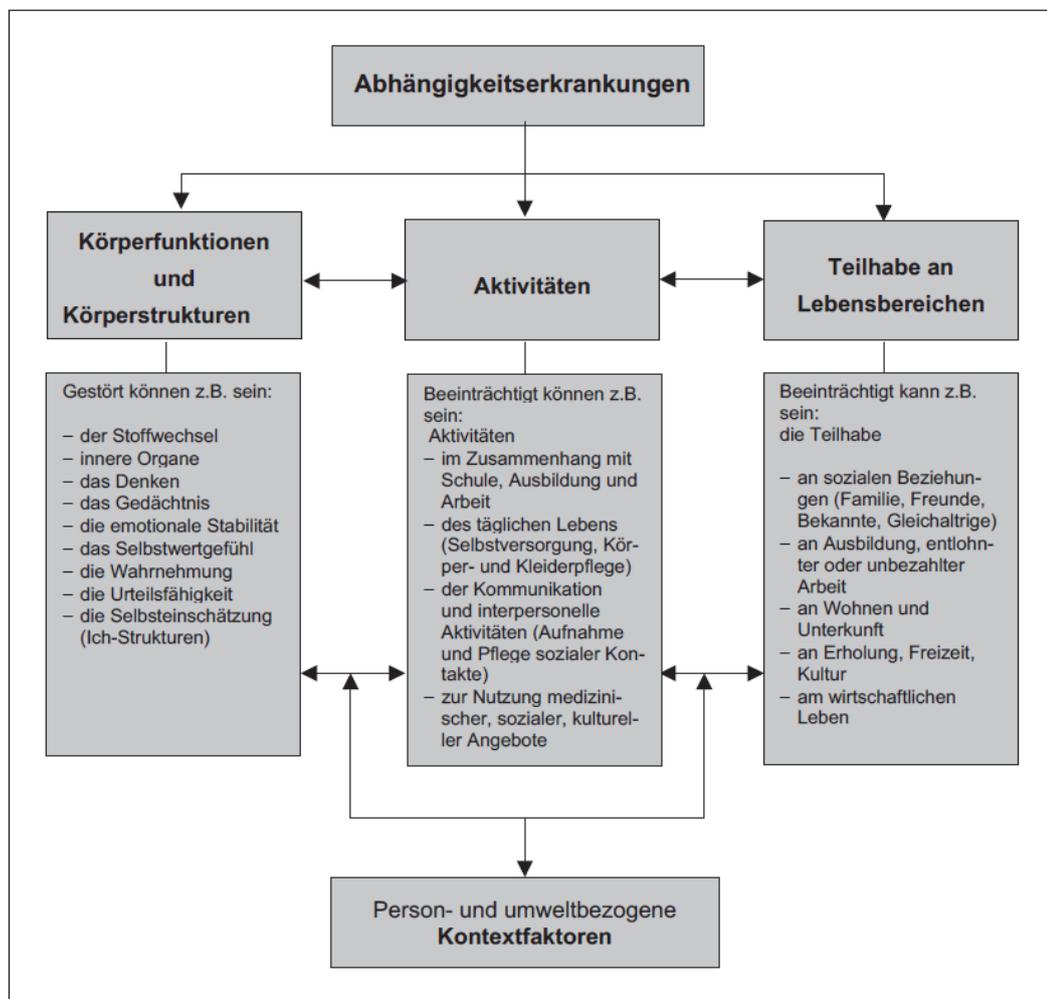


Abbildung 2. Abhängigkeitserkrankungen in Bezug auf die ICF
(Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [BAR], 2006, S.19)

Schuntermann (2011, S.9-10) verweist auf die Notwendigkeit, Sekundärprozesse mit Auftreten zusätzlicher gesundheitlich funktionaler Einschränkungen, z.B. eine alkoholinduzierte Depressivität oder auch ein Erschöpfungssyndrom bei mitbetroffenen Angehörigen (induzierter Prozess) vorausschauend innerhalb des komplexen Interpendenzmodells der ICF mit zu bedenken. Dieses grundlegende Klassifikations- Ordnungssystem erweitert die ICD-10 und kann auf zusammenfassender Gliederungs- oder Kapitelebene innerhalb der Komponenten mittels einer Kodierung in ihren Ausprägungen bestimmt werden.

4 Arbeitslosigkeit

In diesem Kapitel werden neben einer definitorischen Annäherung an den Begriff (Erwerbs-) Arbeit mögliche Zusammenhänge und Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Entwicklung gesundheitsschädigender Einflüsse, Verhaltensmuster anhand relevanter Studien dargestellt.

Im Sozialgesetzbuch (SGB) III werden in § 16 Abs.1 Personen als arbeitslos definiert, wenn

„[...] die wie beim Anspruch auf Arbeitslosengeld

1. vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen,
2. eine versicherungspflichtige Beschäftigung suchen und dabei den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen und
3. sich bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet haben.“

Teilnehmer an Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik gelten gemäß § 16 Abs. 2 nicht als arbeitslos. Die Definition findet nach § 53a Abs.1 SGB II sinngemäße Anwendung für Hilfebedürftige nach dem SGB II.

Die Arbeitslosenquote der Bundesagentur für Arbeit (BA) zeigt die relative Unterlastung des Arbeitskräfteangebots an. Die Zahl der Arbeitslosen, im Alter zwischen 15 Jahren und dem Renteneintrittsalter (auf Basis 65 Jahre) werden durch Vollerhebungen im Rahmen von Verwaltungsprozessen auf Grundlage der Regelungen im SGB III ermittelt und deren Verhältnis auf alle zivilen (abhängigen) Erwerbspersonen gebildet. Personen in einem Beschäftigungsverhältnis mit weniger als 15 Wochenstunden werden ebenfalls als arbeitslos gezählt. Arbeitssuchende, die mindestens 12 Monate Leistungen der Grundversicherung bezogen haben und älter als 58 Jahre sind, werden bei erfolglosen Vermittlungsbemühungen in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nach der Sonderregelung des § 53a Abs. 2 SGB II nicht als arbeitslos gezählt (Bundesagentur für Arbeit: Statistik/Arbeitsmarktbericht-erstattung, 2019a, S.19). In einer aktuellen Erhebung liegt die Arbeitslosenquote für September 2019 bei 4,9% (5,1 % Männer und 4,7% Frauen). Gegenüber den Vorjahren weisen die Arbeitslosenzahlen eine rückläufige Tendenz auf (Gesamtdeutschland 5,2% in 2018).

Mit Blick auf einzelne Bundesländer liegen Mecklenburg- Vorpommern mit 7,9% und die Freie Hansestadt Bremen mit 9,8% deutlich oberhalb des gesamtdeutschen Wertes. In Niedersachsen und Sachsen- Anhalt (siehe Kapitel 5.3- Haupteinzugsbereich der Fachklinik Oerrel für stationäre Entwöhnungsbehandlung) beliefen sich die Arbeitslosenzahlen bei 5,3% und 7,7% für 2018 (Bundesagentur für Arbeit: Statistische Analysen, 2019b).

Im Gegensatz dazu ermittelt das Statische Bundesamt die Erwerbslosenquote über Stichprobenerhebungen im Rahmen von Mikrozensusbefragungen nach dem „Labour Force Konzept“ der International Labour Organization (ILO) in Genf. Dieses Erwerbslosigkeitskonzept wird für die internationale Vergleichbarkeit von Studien zugrunde gelegt. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2019) liegt die Erwerbslosenquote für September 2019 bei 3,0%, somit in Betrachtung des Niveaus und Verlaufs von Erwerbslosigkeit niedriger als die Arbeitslosenquoten der BA. Das Konzept ist weiter gefasst und berücksichtigt alle Personen, die im Alter zwischen 15 und 74 Jahren, in den letzten vier Wochen vor der Befragung, weniger als eine Stunde erwerbstätig waren und aktiv nach einer Beschäftigung suchen (Berheim, Oschmianski & Sell, 2014). In den nachfolgend benannten Studien erfolgte die Datenerhebung teilweise nach ILO-Kriterien, für national regionale Studien wurden Daten nach Kriterien des Statistischen Bundesamtes ermittelt.

In den vergangenen 30 Jahre sind die Erwerbslosen- und Arbeitslosenquoten deutlich gesunken. In differenzierterer Betrachtung (Bonß, 2018) zeigte sich in der Entwicklung jedoch Schwankungen in Abhängigkeit sozialpolitischer und gesellschaftskultureller Veränderungen. Besonderen Einfluss hatte die Wiedervereinigung Deutschlands mit Anstieg der Arbeitslosenzahlen, insbesondere in den Neuen Bundesländern. Mit Veränderung der Sozialgesetzgebung, Einführung des SGB II, III und XII, Umsetzung der Agenda 2010 und Inkrafttreten der Hartz-IV-Regulation, zeigte sich seit 2005 eine rückläufige Tendenz der Arbeitslosenquote. Dabei verharrt die Quote der Langzeitarbeitslosen (Anteil Langzeitarbeitsloser an allen Arbeitslosen bzw. an allen Erwerbslosen- Statistik BA und Eurostat/ ILO) seit etwa 2010 auf nahezu gleichbleibendem Niveau (Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, 2019a).

Als Langzeitarbeitslos werden Arbeitslose bezeichnet, die ein Jahr und länger durchgehend arbeitslos sind (§ 18 Abs.1 SGB III). Das Risiko einer längerfristigen Arbeitslosigkeit wird durch eine fehlende berufliche Qualifikation aufgrund sozialer, kultureller und individueller Barrieren und durch den beschleunigten ökonomischen und technischen Wandel (z.B. Digitalisierung) mit einer notwendig gesteigerten Anpassungsfähigkeit für den Arbeitssuchenden begründet (Bonß, 2018, S. 407-408).

Im Zuge der Instrumentenreform 2012, zur Verbesserung der Eingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt, kam es zu einer Umstrukturierung von Arbeitsmarktinstrumenten im Sinne einer Effektivitäts- und Effizienzsteigerung mit Dezentralisierung öffentlich geförderter Beschäftigung, teilweise mit Verkürzung bisheriger Förderdauer von Maßnahmen und einer geforderten größeren Transparenz bzgl. Passung der eingesetzten Arbeitsmarktinstrumente (Sartorius, 2012). Unter § 11 Abs.2 Nr.2 SGB III (Eingliederungsbilanz) gelten als besonders förderungsbedürftige Personen: Langzeitarbeitslose, schwerhinderte Menschen, ältere arbeitslose Personen (ab 55 Jahren), Berufsrückkehrende und Personen mit geringer Qualifikation. Bonß sieht für Langzeitarbeitslose, trotz spezifischer Angebote und Maßnahmen für eine Reintegration in den Arbeitsmarkt, aufgrund zunehmender gesundheitlicher Belastungen und kumulierender Vermittlungshemmnisse eine steigende Wahrscheinlichkeit des Transfers ins medizinische System oder Rentensystem (Bonß, 2018, S. 411).

4.1 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Komplexe Zusammenhänge zwischen Gesundheitsbelastungen und Arbeitslosigkeit wurden in diversen Studien auf der Basis individuumszentrierter psychologischer Theorien und ihrer Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Prozessen, veränderte sozialpolitische Rahmenbedingungen und strukturelle Barrieren für eine Integration in Arbeit erforscht (Hollederer, 2011).

Internationale Metaanalysen von McKee-Ryan, Song, Wanberg & Kinicki (2005) sowie von Paul und Moser (2009) unterstützen mit ihren Ergebnissen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge hinsichtlich einer *Kausationsthese*“, nach der mit Arbeitslosigkeit assoziierte Belastungen, u.a. erhöhter psychosozialer Stress unter Berücksichtigung moderierender Effekte, die den individuellen

Arbeitslosigkeit

Gesundheitszustand negativ beeinflussen, das Auftreten psychischer Erkrankungen verstärken.

Es wurden signifikant verstärkende Effekte u.a. gefunden für moderierende Variablen Geschlecht (Männer mehr belastet als Frauen), sozialökonomischer Status (Arbeiter in gewerblichen Tätigkeitsfeldern mehr als Angestellte im Dienstleistungssektor, Bürotätigkeit), Personen mit einer hohen Arbeits- und Berufsorientierung leiden stärker unter dem Verlust von Erwerbstätigkeit und mit andauernder Beschäftigungslosigkeit (insbesondere länger als ein Jahr) nimmt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Belastungen zu (Hollederer, 2011, S. 46-47; vgl. Ergebnisse Sekundäranalyse-Mikrozensus 2005, Holleder, 2011). Darüber hinaus wurden materielle, individuelle psychosoziale und Umweltfaktoren (soziale Unterstützung, Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und allgemeine Entwicklung des Arbeitsmarktes) als signifikant beeinflussende Variablen sowohl als Ressource oder als Barriere für die Bewältigung von Arbeitslosigkeit und Entwicklung individueller Gesundheit eruiert. Gesundheitliche chronische Einschränkungen Erwerbstätiger können, gemäß der *Selektionsthese*, wiederum zu einem erhöhten Arbeitsloskeitsrisiko führen sowie eine schlechtere Chance auf eine Reintegration in den Arbeitsmarkt haben (Panels Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), Holleder & Voigtländer, 2016).

Jahoda benennt in seiner Theorie der „psychischen Deprivation“ (1979, 1981, 1983 zitiert nach Holleder, 2011, S.27) folgende Funktionen der Teilhabe an Erwerbsarbeit:

- Erfahrung von persönlicher Leistung und Können durch erfolgreiche Bewältigung äußerer Anforderungen und Erfüllung der Erwartung anderer,
- Gefühl für sozialen Status und Identität,
- Teilhabe an einer gemeinschaftlichen Zweck- und Sinnstruktur,
- Erweiterung des sozialen Horizonts über das enge soziale Umfeld von Familie, Freunden und Bekannten hinaus (soziale Kontakte und Unterstützung),
- dauerhafte zeitliche Struktur für den Tages- und Wochenablauf (Arbeit/Freizeit, Wach- und Schlafrythmus),

Arbeitslosigkeit

- finanzielles Einkommen als Anerkennung von Leistung und Möglichkeit der Kontrolle eigener Lebensumstände.

Hollederer und Voigtländer (2016) fanden in ihren Analysen insbesondere gesundheitsbezogene Selektionseffekte bei Arbeitsmarktübergängen bestätigt. Die höchste Vorhersagekraft für eine Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands hat der Gesundheitszustand im Vorjahr, sowohl für Erwerbstätige als auch für Arbeitslose. Arbeitsplatzverlust und Wiederbeschäftigung beeinflussen diesen Prozess tendenziell. Eine gesundheitliche Verbesserung konnte jedoch nicht für Arbeitslose, die in Beschäftigungsverhältnisse mit schlechter Arbeitsqualität und Perspektive vermittelt wurden, festgestellt werden.

Eine sekundäre Querschnittsanalyse zum Thema „Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit“ auf Datenbasis 2010 und 2012 der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts (Kroll, Müters & Lampert, 2016) bestätigte die Ergebnisse vorheriger Studien. Es fand sich weder in den Ergebnissen der GEDA- Studien noch in der PASS-Analyse ein signifikanter Zusammenhang zwischen häufigeren riskanten Alkoholkonsum bei Männern und Frauen mit kurzen oder längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen.

4.2 Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit

„Denn es gibt generell keine unmittelbare Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen objektiven Lebensverhältnissen (Arbeitslosigkeit) und individuellem Verhalten (Substanzkonsum). Zudem bergen solche Pauschalisierungen die Gefahr in sich, in der Öffentlichkeit Vorurteile zu verfestigen“ (Henkel 2008, S.11).

Betrachtet man Prozesse der Arbeitslosigkeit und Entwicklung einer Suchterkrankung zeigen sich Gemeinsamkeiten hinsichtlich individuell funktionaler Einschränkungen, sowohl psychosozial und als Teilhabestörung. Stigmatisierung betroffener Personen mit Unterstellung einer Arbeitsunwilligkeit und Selbstverschulden des Hartz-IV-Bezugs bzw. einer mangelnden Motivation, eines egoistisch schwachen Willens zur Begrenzung des Alkoholkonsums bei Suchtkranken, verstärken eine Exklusion und behindern präventive und suchtttherapeutische Ansätze.

In einem Review empirischer Daten aus bevölkerungsbasierten sucht- und gesundheitsbezogenen Studien u.a. zur Prävalenz des Alkoholkonsums bzw. Alkoholdiagnoseraten nach Erwerbsstatusgruppen und Geschlecht zeigte sich ein stark polarisiertes Verteilungsmuster in der *Hartz-IV-Bevölkerung*.

So existiert eine überdurchschnittlich hohe Quote für alkoholabstinent lebender Menschen, sowohl Männer und Frauen, im ALG 2-Bezug (Arbeitslose und *Aufstocker*). Andererseits lagen die ICD-10-Alkoholdiagnoseraten (auf Basis AOK- Versicherte in ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung in den Jahren 2007-2012) bei weiblichen Hartz-IV- Beziehenden um das 6,2- Fache, bei Männern um das 5,5- Fache höher als bei den Erwerbstätigen (Henkel, 2016, S. 110).

Henkel (2011) hat in einer umfassenden Übersicht Studienergebnisse zu der Fragestellung, „Fördert Arbeitslosigkeit das Suchtverhalten und/oder das Suchtverhalten die Arbeitslosigkeit?“ aus den vergangenen 20 Jahren zusammenfassend ausgewertet. Hinsichtlich der Assoziation Arbeitslosigkeit und Sucht stellte er folgende Thesen auf:

- Erwerbstätigkeit biete gegenüber der Arbeitslosigkeit eine größere Chance bei der nachhaltigen Überwindung der eigenen Suchtproblematik
- Die Überwindung der Sucht biete jedoch keine nachhaltige Garantie für eine Integration in Arbeit
- Nach Abschluss der Suchtbehandlung seien die meisten Arbeitslosen weiterhin noch nicht in Arbeit integriert
- Andauernde Arbeitslosigkeit erhöhe das Risiko rückfällig zu werden.

Mit Fokus auf Menschen, die mit ihrer Alkoholproblematik das Suchthilfesystem erreichen, lassen sich genauere Analysen innerhalb der Suchtstatistiken ermitteln. Nach Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel und Rehm (2014) nehmen schätzungsweise insgesamt 16% der Alkoholabhängigen das Versorgungssystem in Anspruch. Nur 1,8% waren aufgrund ihrer alkoholbedingten Störung in einer Rehabilitationsbehandlung. Gegenüber der Erwerbslosenquote in der Allgemeinbevölkerung von 3,8% (nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes für 2017), lag der Anteil von Patienten, die vor Behandlungsbeginn arbeitslos waren, in stationären Suchthilfeeinrichtungen bei 47,2% (Künzel, Specht, Thaller & Braun, 2017).

Eine Querschnittsanalyse mit Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) belegt den hohen prozentualen Anteil arbeitsloser Suchtmittelabhängiger, die Zugang zu ambulanten Suchtberatungs-/behandlungseinrichtungen, Institutsambulanzen und stationären Rehabilitationseinrichtungen inkl. Adaption gefunden hatten. In einer Sonderauswertung der Daten aus dem Jahr 2009 waren demnach etwa 80% der alkoholabhängigen Patienten in stationären Suchteinrichtungen arbeitslos im Rechtsgebiet SGB II, gegenüber 20% der Leistungsbezugsberechtigten nach SGB III. Arbeitslose Suchtpatienten waren gegenüber erwerbstätigen Patienten stärker eingeschränkt hinsichtlich sozialer Ressourcen (alleinlebend, prekäre Wohnsituation, ohne abgeschlossene Berufsausbildung, problematische Schulden) (Kipke, Brand, Geiger, Pfeiffer- Gerschel & Braun, 2015).

5 Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

In einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18.06.1968 (BSG, 3.Senat, AZ 3RK 63/66) wurde in Deutschland „die Trunksucht“ als besonders schwerwiegende Form des Alkoholismus im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) als Krankheit anerkannt. Suchtkranke zählen zu den Personen mit einer seelischen Behinderung (vgl. „Eingliederungshilfeverordnung“ von 1975). Auf diesen rechtlichen Grundlagen basiert der Versorgungsanspruch für Abhängigkeitserkrankte an bedarfsgerechter ärztlicher Hilfe und stationärer (Pflege-) Behandlung. Es entwickelte sich ein zunehmend professionalisiertes Suchthilfesystem, für dessen Finanzierung unterschiedliche Sozialsysteme zuständig sind. Mit Inkrafttreten der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) hat sich Deutschland seit 2009 verpflichtet, das uneingeschränkte und selbstverständliche Recht auf Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft in der Ausgestaltung nationaler Gesetzgebung umzusetzen. Im Sinne der WHO gilt es, Menschen mit einer chronischen Beeinträchtigung/ Krankheit nicht allein durch eine „Behandlung“ wieder gesund und leistungsfähig an ihre Umwelt anzupassen. Für die Rehabilitation gelten seit 2001 übergreifenden sozialrechtlichen Regelungen nach SGB IX-Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Die ICF der WHO, auf Basis des biopsychosozialen Modells, gilt hierin theorie- und handlungsleitend (Ermittlung des

Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Rehabilitationsbedarfs, Zielsetzung und Planung einer geeigneten Behandlung sowie Kontrolle des Prozesses).

Menschen mit Behinderungen oder von einer Behinderung bedroht sind Personen, „[...] die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung liegt dann vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht“ (§ 2 Abs.1 Satz 1-2 SGB IX). Ebenso gelten Menschen von einer Behinderung bedroht, wenn Beeinträchtigungen gemäß Satz 1 zu erwarten sind (§ 2 Abs. Satz 3 SGB IX). Die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen werden als übergeordnete Ziele von Rehabilitationsleistungen benannt (§ 1 SGB IX).

Gesundheitsdienstleistungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind vor dem Hintergrund und mit der Zielsetzung des Güterschutzes nach Art.1 GG (Unantastbarkeit der Menschenwürde), Art. 3 Abs.3 GG (Schutz vor behinderungsbedingter Diskriminierung) unter Maßgabe Art. 2 Abs. 1 (Recht auf freie Entfaltung) und Abs.2 (Recht auf körperliche Unversehrtheit, Recht auf Freiheit) unter Beachtung Art.19 Abs.1, Art.20 Abs.3 GG zu erbringen.

Leistungen zur Teilhabe „[...] umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 SGB IX).

Nach SGB IX werden folgende Arten von Leistungen zur Teilhabe konkretisiert:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26-32 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und berufliche Rehabilitation (§§ 33-43 SGB IX)
- Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen (§§ 44-54 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55-59 SGB IX).

Ambulante und (teil-)stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) können durch Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) in der Ausgestaltung basierend auf die jeweiligen Leistungsgesetze erbracht werden. Verantwortliche Leistungsträger/Rehabilitationsträger können für arbeitslose Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, nach Bedarfsprüfung und in Abhängigkeit der jeweiligen persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen Leistungsberechtigung (§ 11 SGB VI), gesetzliche Rentenversicherungsträger (§ 15 SGB VI, Prüfung der vorrangigen Leistungserbringung) oder auch gesetzliche Krankenversicherungen sein (§§ 5-10 und 40, 3 (1) SGB V), (Stähler & Schian, 2018). Die gesetzliche Unfallversicherung tritt als zuständiger Leistungsträger für eine Rehabilitation (§§ 27 und 33 SGB VII) ein, wenn bei bestehender Unfallversicherung (§§ 2-6 SGB VII) ein maßgeblich auslösendes Ereignis (Arbeits- oder Wegeunfall, § 8 SGB VII oder Berufskrankheit, § 9 SGB VII) kausal zu einer Teilhabestörung mit (drohender) Behinderung geführt hat.

Mit Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) werden Teilhabeleistungen seit 2017 stufenweise aus der Eingliederungshilfe für Behinderte, SGB XII, herausgelöst und in das SGB IX übernommen. Medizinische Rehabilitation als Eingliederungshilfe kann durch kommunale Sozialhilfeträger nach § 54 Abs. 1 i.V.m. § 26 SGB IX (ab 2020 § 90 SGB IX) für wesentlich behinderte Menschen erbracht werden. Entscheidend ist hierbei das Prinzip der Nachrangigkeit (§ 2 SGB XII, ab 2020 § 91 SGB IX), bei fehlender Anwartschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung und ohne Krankenversicherungsschutz.

Grundlegend ist die Trennung von Fachleistungen, ausgerichtet auf den individuellen Bedarf ohne Vorgabe einer bestimmten Wohnform, und existenzsichernden Leistungen unter Anwendung SGB II und SGB XII. Für deren Gewährung gilt das umfassende Bedürftigkeitsprinzip der Fürsorge nach Art. 74 GG (Stähler & Schian, 2018, S. 389).

Ergeben sich bei einem Leistungsbezieher nach ALG 1 bedingt durch die Alkoholerkrankung und damit verbundene Barrieren für Teilhabe und Aktivität, kann die Bundesagentur für Arbeit nach § 125 SGB III ihrerseits zur Antragstellung auf Leistung zur Teilhabe beim zuständigen Rentenversicherungsträger auffordern. Ebenso können Krankenkassen gemäß § 51 SGB V, bei Versicherten, deren Erwerbstätigkeit nach gutachterlicher Prüfung, z.B. durch eine Alkoholerkrankung erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Fortzahlung des Krankengeldes von einer aufgeforderten Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abhängig machen. Im Rechtsgebiet SGB II sieht § 16a SGB II eine Inanspruchnahme kommunaler Eingliederungsleistungen, z.B. Suchtberatung als unterstützende Angebote für Eingliederung in Arbeit vor. Einschränkungen für die Zuständigkeit und somit auch für die Fortführung des Leistungsbezuges ergeben sich für abhängigkeitskranke Menschen, wenn diese aufgrund stationärer Behandlungen in Kliniken oder auch Rehabilitationseinrichtungen mit einer Dauer von mehr als sechs Monaten, dem Arbeitsmarkt bzw. einer Integrationsmaßnahme nicht zur Verfügung stehen (§ 7 Abs.4 SGB II)

Unter § 63 SGB I wird explizit die Mitwirkungspflicht für Antragsteller hinsichtlich Teilnahme und Inanspruchnahme einer Heilbehandlung, einschließlich einer Entzugsbehandlung oder auch einer medizinischen Rehabilitation, ausgesprochen. Unter der Maßgabe, dass Leistungen zur Teilhabe bedarfsorientiert, frühzeitig und nahtlos zu erfolgen haben, bedarf es eines Zusammenwirkens aller beteiligter Leistungsträger unter Berücksichtigung weiterer Sozialleistungsbereiche (§§ 12 und 13 SGB IX, Antragsverfahren gemäß § 14 SGB). Die benannten gesetzlichen Vorgaben werden inhaltlich auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse qualitativ weiterentwickelt und durch trägerübergreifende Vereinbarungen ergänzt.

Die Zusammenarbeit zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Krankenkassen bei der medizinischen Rehabilitation wurde 2001 in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ neu geregelt (Deutsche Rentenversicherung DRV, 2013). Im zweigeteilten Behandlungssystem erfolgt eine Entzugsbehandlung (kurativ, akutmedizinische Behandlung), finanziert über die Krankenversicherung, vorrangig vor einer Entwöhnungsbehandlung. Gemäß der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist ein Ziel der „qualifizierten Entgiftung“, eine Rehabilitationsfähigkeit herzustellen und bei Bedarf motivational, auf eine nachfolgende medizinische Rehabilitation hinwirkend vorzubereiten (AWMF/ S-3-Leitlinie, 2015, S. 63 ff). Basis für die Ausgestaltung der medizinischen Rehabilitation bilden die Reha-Therapiestandards (RTS), die sowohl funktionelle als auch arbeitswelt-bezogene Therapien, in Form von Leistungen zur beruflichen und sozialen Integration umfassen. Zur Sicherung der therapeutischen Versorgung der Rehabilitanden und qualitativen Weiterentwicklung werden erbrachte Leistungen (Klassifikation therapeutischer Leistungen-[KTL]) transparent überprüfbar und in evidenz-basierten Therapiemodulen (ETM) zusammengefasst abgebildet (DRV, 2016). Leistungsträger und Leistungserbringer sind nach § 137 d SGB V und § 20 SGB IX zur Qualitätssicherung verpflichtet. Rehabilitationseinrichtungen, haben ein internes Qualitätsmanagementsystem vorzuhalten und sind in ein externes Qualitätssicherungsprogramm eingebunden.

5.1 Teilhabe als suchtherapeutisches Ziel

Das Thema „Arbeit“ hat eine lange Tradition in der Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen. Nach dem früheren Leitprinzip der Betreuung, „Abgeschiedenheit, Arbeit und Andacht“, galt es, dass die Trunksüchtigen in großer Entfernung vom „sündigen Trinken“ über demütige Tätigkeit sowie innerer Einkehr und mit Zuversicht auf Gottes Hilfe und Vergebung ein gefälligeres Leben führen (Schwoon 2000, S.155). In der heutigen Rehabilitationsbehandlung und Therapie von suchtkranken Menschen hat die Teilhabeorientierung einen wesentlichen Stellenwert.

Nach §§ 1 und 4 Abs.1 Nr.3 SGB IX sowie § 9 Abs.1 SGB VI hat die Rentenversicherung den Auftrag, für von Erwerbsminderung bedrohte oder erwerbs-geminderte Menschen die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am

Leben in der Gesellschaft zu fördern und die Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern. Mit einer Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) sollen darüber hinaus die Abstinenzmotivation und -fähigkeit suchtkranker Menschen aufgebaut werden, um so die Rückfallhäufigkeit, Rückfalldauer und den Schweregrad eines Rückfallgeschehens zu minimieren (AWMF/S-3-Leitlinie, 2015). Ziele einer Rehabilitation sind neben einer angestrebten selbstbestimmten Abstinenzfähigkeit, die Behebung bzw. Besserung körperlicher und seelischer Störungen sowie die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (DRV, 2013).

Lindenmeyer (2005) betont die Notwendigkeit der Realitäts- und Zukunftsorientierung in der konzeptionellen Ausrichtung einer Entwöhnungsbehandlung. Zum Aufgabenspektrum einer Fachklinik für Rehabilitation gehört es, Therapieangebote vorzuhalten, die sich nicht nur auf die Behandlung der Alkoholproblematik und möglicher komorbider psychischer Störungen beschränken, sondern einen teilhabebezogenen, ressourcenorientierten Abstinenzentwicklungsprozess initiieren und Maßnahmen zur Verbesserung der beruflichen Reintegrationschancen anwenden.

Im Jahresbericht 2017 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), unter Auswertung des Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe (KDS), gaben in 152 stationären Suchteinrichtungen 86% der Rehabilitanden nach einer Entwöhnungsbehandlung (berücksichtigt wurden Personen, die ihre Therapie erfolgreich beendet hatten) eine Verbesserung der Suchtproblematik an. 28,4% der Befragten sahen für den Problembereich „Arbeitssituation“ eine Besserung (Dauber, Specht, Künzel & Braun, 2018). Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) konnte im Vergleich der Basisdokumentationen von 2012 bis 2016 für die Kategorie „Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende“ keinen klaren Trend für die Entwicklung arbeitsloser Rehabilitanden in Bezug auf Integration in Arbeit erkennen. Die Quoten arbeitsloser Rehabilitanden bewegten sich zwischen 45,1% für das Jahr 2013, mit Anstieg auf 47,3% im Jahr 2014 und leicht rückläufigen Werten mit 45,4% für das Jahr 2016 (Bachmeier et al., 2017). Betrachtet man den weiteren Verlauf für Integration in Arbeit nach einer Entwöhnungsbehandlung, sank die Quote der erwerbslosen Katamneseantworter um 10,4% von 33,3 % (FVS Wirksamkeitsstudie 2015) auf 22,9% bezogen auf Ergebnisse der Katamneseauswertung für das Jahr 2016.

Im Vergleich des Therapieerfolgs (durchgehend abstinent und abstinent nach Rückfall nach DGSS 3²) und des Erwerbsstatus zum Katamnesezeitpunkt lag die Quote bei erfolgreicher Integration in Erwerbstätigkeit bei 72,8%, gegenüber Personen mit andauernder Erwerbslosigkeit mit 63,4%. Bei Wechsel in den Status der Nicht-Erwerbspersonen lag die Erfolgsquote bei 74,5% (Bachmeier et al., 2019).

In einer Auswertung der Reha-Statistik-Datenbasis der DRV von 2007-2014 für den sozialmedizinischen Zweijahresverlauf nach Rehabilitation für Integration Arbeit (return to work) waren alkoholabhängige Menschen durchschnittlich 9,3 Monate erwerbstätig und 10,9 Monate arbeitslos. Bei bestehender Alkoholabhängigkeit lag die Wiedereingliederungsquote in pflichtversicherte Beschäftigung von mindestens einem Monat bei 66% (Frauen: 67%), und somit deutlich höher als bei Menschen, die eine Abhängigkeit mit illegalen Drogen aufwiesen. Nach Bestmann, Büschges & Köhler (2016, S.32) spiegelt sich in der großen Gruppe der *lückenhaft Arbeitslosen* mit heterogenen Versicherungszeiten die Gesamttendenz wider. 35% der Alkoholabhängige waren im 12-Monate-Verlauf vor Beginn der Rehabilitation lückenhaft arbeitslos (22% durchgehend arbeitslos) und konnten zu 69% (kumulierte Erwerbsquote) innerhalb von zwei Jahren in eine versicherungspflichtige Beschäftigung integriert werden. Langzeitarbeitslose hatten mit 20% die geringsten Chancen, in Erwerbstätigkeit integriert zu werden. Insgesamt erweisen sich Entwöhnungsbehandlungen als überwiegend erfolgreich mit guter Amortisierung der Kosten für die Rentenversicherungsträger in weniger als einem halben Jahr. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse auf eine weiterhin bestehende Versorgungs- und Systemlücke hin (Bestmann, Büschges & Köhler, 2016, S.33). Neben der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation, mit Weiterentwicklung entsprechender spezifischer Angebote innerhalb der Entwöhnungsbehandlung, besteht Handlungsbedarf in der Schnittstellengestaltung zum Arbeitsmarkt (Kontaktgestaltung zum Jobcenter und Agentur für Arbeit) und Vermittlung in vorbereitende weiterführende Behandlungen der Leistungsträger (DRV) bzw. in integrationsbezogene Maßnahmen.

² DGSS 3: Responder mit Angaben zur Erwerbstätigkeit bei Behandlungsbeginn und Katamnesezeitpunkt. Richtlinie zur Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen (Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie-DGSS).

In diesem Zusammenhang sei auf die Ergebnisse der Längsschnittbefragungen von Jobcentern und Agenturen für Arbeit (2009: N = 323, 2016: N = 325) und Einrichtungen der Suchthilfe und Rehabilitation im Auftrag des BMG's, „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“ in den Jahren 2009 und 2016 hingewiesen. Im Endbericht wurden als Probleme der Kooperation zwischen Jobcenter und stationären Suchtkliniken u.a. die geringe Anzahl schriftlicher Kooperationsvereinbarungen zwischen den Parteien benannt. Bei einer stationären Suchtrehabilitation sind häufig nicht regionale Jobcenter zuständig. Zudem monierten Suchteinrichtungen die eingeschränkte Erreichbarkeit der Kooperationspartner in den Jobcentern und benannten zeitliche und personelle Hürden ihrerseits, wenn ein begleiteter Kontakt zum Jobcenter während der Therapie indiziert sei (Wagner et al., 2017, S.155-156).

Einfluss auf die berufliche Reintegration von Abhängigkeitserkrankter hat darüber hinaus noch die Situation auf dem regionalen Arbeitsmarkt und die allgemeine Entwicklung der Arbeitslosen- und Erwerbsquoten.

5.2 BORA

Die Deutsche Rentenversicherung hat zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Empfehlungen zur konzeptionellen Umsetzung „Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)“ entwickelt. Die Notwendigkeit, die berufliche Orientierung über das BORA-Konzept innerhalb der medizinischen Rehabilitation Sucht zu verstärken, wird besonders durch die häufigen bzw. regelhaft auftretenden erwerbsbezogenen Problemlagen im Indikationsbereich begründet. Die Zielsetzung von BORA diene dazu, [...]

- die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern,
- eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden zu erhalten,
- eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen,
- erwerbsbezogene - das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische - Förderfaktoren zu stärken,

Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

- Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentale Teilhabehindernisse zu berücksichtigen,
- eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie
- Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln“ (DRV, 2014, S. 2-4).

Teil der beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) sind umfangreiche Diagnostik- und Analyseverfahren, mit denen erwerbsbezogene Probleme, Ressourcen und daraus abgeleitete Behandlungsbedarfe erhoben werden. Neben Screening- und Assessmentverfahren wird die Verwendung von Instrumenten zur Darstellung des *arbeitsbezogenen Erlebens und Verhaltens* (z.B. AVEM von Schaarschmidt & Fischer, 2008) empfohlen. Diese ergänzen eine beruflich obligatorische Eingangsdagnostik einschließlich Erhebung sozialmedizinischer Kriterien mit Arbeits- und Sozialanamnese. Bei der gemeinsamen Erarbeitung individueller Therapieziele mit den Rehabilitanden sind bei der Behandlungsplanung relevante „Barrieren“ und „Ressourcen“ als Kontextfaktoren für mögliche Behinderungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben auf der Basis der ICF anamnestisch zu erfassen (vgl. Kapitel 3.2.). BORA-Zielgruppen werden hinsichtlich des Vorliegens erwerbsbezogener Problemlagen differenziert.

- BORA 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
- BORA 2: Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen
- BORA 3: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III
- BORA 4: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II
- BORA 5: Nicht-Erwerbstätige

Bei arbeitslosen Rehabilitanden ist zwischen Kurz- und Langzeitarbeitslosigkeit zu unterscheiden, um möglichen individuellen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einer Abhängigkeitserkrankung in Bezug auf Teilhabe und Aktivitäten mit entsprechenden therapeutischen und sozialklinischen Interventionen begegnen zu können. „Alle im Rahmen der Rehabilitation angebotenen Therapiebausteine sollen einen Beitrag zur Teilhabe und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit leisten“ (DRV, 2014, S.13).

An den BORA-Zielgruppen orientierend, werden Therapieleistungen gemäß KTL in evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) für arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit bzw. ohne Arbeit, zur Förderung sozialer Integration und sozialer Kompetenz erfasst.

Im Mittelpunkt der BORA Empfehlungen stehen sowohl die interne als auch externe Qualitätsentwicklung, der Aufbau von Kooperationen zu Arbeitsagenturen und Jobcentern und die Förderung von Kontaktgestaltung der arbeitslosen Abhängigkeitskranken zu Jobcenter und Agenturen für Arbeit schon während der medizinischen Rehabilitation.

5.3 Rahmenbedingung der Untersuchung-Fachklinik Oerrel

Haus Niedersachsen gGmbH ist Träger der Fachklinik Oerrel, der Adaptions-einrichtung in Hambühren und dem Betreuten Wohnen (CMA) in Emmen. Gesellschafter waren bis 2019 die Freikirche der Siebenten-Tags-Adventisten in Niedersachsen und Bremen K.d.ö.R. und das Advent-Wohlfahrtswerk e.V. (AWW). Die Fachklinik befindet sich in Niedersachsen, in der Lüneburger Heide, angrenzend an das Bundesland Sachsen-Anhalt. Die Rehabilitanden haben ihren Wohnsitz überwiegend in Niedersachsen, teilweise auch in Sachsen-Anhalt oder vereinzelt in anderen Bundesländern.

Die Fachklinik bietet 66 Behandlungsplätze für die stationäre Entwöhnungsbehandlung volljähriger Männer und Frauen mit den Hauptindikationen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Mitbehandelt werden früherer und aktueller Beikonsum von psychotropen Substanzen, sowie körperliche und psychische Begleit- und Folgeerkrankungen (Friedrich & Horst, 2017- Rehabilitationskonzept Fachklinik Oerrel). Zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung leiden die Rehabilitanden u.a. zu 35,6% an affektiven Störungen. Bei etwa der Hälfte (41%) der Rehabilitanden liegen neben Erkrankungen des Nerven- und Kreislaufsystems auch Einschränkungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit Krankheitswert vor (Haus Niedersachsen, 2017; Qualitätsbericht Fachklinik Oerrel, Datenbasis N = 160 in 2016).

Zwischen der Fachklinik Oerrel und deutschen Rentenversicherungsträgern, federführend DRV Braunschweig-Hannover, bestehen Verträge für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 21 SGB IX. Mit diversen Krankenkassenverbänden erfolgt die Leistungserbringung gemäß Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V.

Als Basis für die Rehabilitationsbehandlung Abhängigkeitskranker in der Fachklinik Oerrel gelten die grundlegenden Regelungen des Sozialgesetzbuches und aktuelle rehabilitationsmedizinische Grundsätze und Ziele. Das Rehabilitationskonzept basiert auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen (Störungs-)Modells der ICF (WHO, 2005) und folgt in verhaltenstherapeutischer Grundorientierung mit evidenzbasierten Behandlungsmethoden den S3-Leitlinien (AWMF, 2015). Wissenschaftliche Fundierung mit Umsetzung aktueller Studienergebnisse aus Sucht- und Rehaforschung sowie fortlaufender Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements bilden die Rahmenbedingungen der Abhängigkeitsbehandlung in der Fachklinik Oerrel.

Die Patienten erhalten ein umfassendes therapeutisches Angebot entsprechend der Reha-Therapiestandards (DRV, 2016), dass durch ein multidisziplinär besetztes Team aufrechterhalten wird. Neben der Einzel- und Gruppentherapie sind, u.a. Indikative Gruppen (z.B. Freizeitkompetenztraining, Entspannung, Soziales Kompetenztraining, Kochgruppe, Rückfallprävention, Depressionsbewältigung, Stressbewältigung, Hirnleistungstraining), Ergotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungs- und Gesundheitsschulung, Bestandteile des Angebots (Friedrich & Horst, 2017).

Die Therapie in der Fachklinik Oerrel ist schwerpunktmäßig ausgerichtet auf eine beruflich orientierte medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) und integriert in die konzeptionell verankerte 13-wöchige Behandlungsdauer (variiert je nach Kostenträger) eine teilhabeorientierte Therapiephase. Diese sieht ein internes Arbeitspraktikum, von der Dauer von ein bis vier Wochen, in den Bereichen Hauswirtschaft, Haustechnik, Garten, Holzwerkstatt oder Metallwerkstatt ab der fünften Behandlungswoche vor. Ein Überblick über arbeitsbezogener Therapieangebote bietet Tabelle A1 (Anhang).

Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Untersuchung

Für die klinische Beobachtung wird ein standardisiertes Bewertungsmodul in Anlehnung an MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit nach Föhres, Kleffmann & Weinmann, 2003) verwendet.

Die Zuweisung der Rehabilitanden in BORA Zielgruppen orientiert sich an Erhebung funktionaler Einschränkungen auf Basis der ICF und berücksichtigt die Dauer der Erwerbslosigkeit, wodurch insbesondere bestehende Vermittlungshemmnisse eruiert werden können.

Zur BORA Zielgruppe 3 zählen arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III, ebenso Erwerbstätige, die während Krankschreibung arbeitslos werden, zum Beispiel durch die Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrages oder durch einen Auflösungsvertrag. Erwerbstätige, die arbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I im Rahmen der Nahtlosigkeitsregelung nach § 145 SGB III. Diese fallen auch in die BORA 3 Zielgruppe.

Die BORA Zielgruppe 4 umfasst arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II, die sich somit formal im Bezug von Arbeitslosengeld 2 (ALG II) befinden. Diese Rehabilitandengruppe ist in der Regel seit mehr als einem Jahr nicht mehr in das Erwerbsleben integriert (Leichert, 2015, S.3).

Die Fachklinik Oerrel unterhält berufsbezogene externe Kooperationen zu überwiegend regionalen Jobcentern und Agenturen für Arbeit sowie zu betrieblichen Sozialdiensten von Firmen, Dienstleistungsbetrieben und Behörden (Friedrich & Horst, 2017).

6 Fragestellung und Erkenntnisinteresse der Untersuchung

Die Bedeutung der Selbstwirksamkeit konnte durch vielfältige Studien in verschiedenen Bereichen belegt werden. Das Verhalten einer Person ist, neben der Kenntnis über eigene Fertigkeiten, beeinflusst durch Kognitionen hinsichtlich Kompetenz- und Konsequenzerwartungen bezogen auf relevante Ziele. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit ist eng verknüpft mit der Motivation für Verhaltensänderungen. Erkenntnisse darüber haben zur Entwicklung geeigneter diagnostischer Instrumente, z.B. alkoholbezogene Selbstwirksamkeit und Zuversicht in Bezug auf das Abstinenzverhalten, geführt.

Ziel einer Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Menschen ist, neben der Initiierung eines Abstinenzentwicklungsprozesses, auch die Verbesserung der beruflichen Reintegrationschancen. Für diese Masterthesis wird folgende Fragestellung formuliert.

Hat die Veränderung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) während einer stationären Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Menschen Einfluss auf die Integration in den Arbeitsmarkt?

Weitere Fragen und Ziele bilden die Grundlage für empirische Analysen. Über die Auswertung interner Rehabilitandendaten der Fachklinik Oerrel kann das Konstrukt der allgemeinen Selbstwirksamkeit explorativ genauer betrachtet und dessen Stellenwert innerhalb der Therapie empirisch untersucht werden. Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede der Selbstwirksamkeitserwartung bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit?

Die Veränderung der Selbstwirksamkeit mit Fokus auf das Abstinenzverhalten ist in der Suchttherapie bereits in vielen Studien untersucht worden. In dieser Studie liegt der Fokus auf arbeitsbezogene Verhaltensmuster und der Analyse möglicher Wechselwirkungen mit der Selbstwirksamkeitserwartung. Gibt es Zusammenhänge zwischen bestehender Arbeitslosigkeit, der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und arbeitsbezogener Erlebensmuster?

Die Vorgabe einer beruflich-orientierten Zielsetzung innerhalb der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter hat mit Einführung von BORA zu einer notwendigen Umgestaltung von Therapieplänen und Veränderungen in der Steuerung von Therapieprozessen geführt. In der Fachklinik Oerrel erfolgte 2017 eine komplette Überarbeitung des Rehabilitationskonzeptes mit Integration der bereits seit 2015 umgesetzten BORA-Empfehlungen. Ziele dieser Masterthesis sind ein erhoffter Erkenntnisgewinn für therapeutische Interventionen und Ergänzungen des BORA-Konzeptes in Hinblick auf die angestrebten Therapieerfolge „langfristige Integration in Arbeit“ und „Abstinenz“. Zusätzlich wird ein Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung bestehender konzeptioneller Ansätze der Fachklinik Oerrel angestrebt.

7 Methodik

7.1 Herleitung der Forschungshypothesen

Eden und Aviram (1993) zeigten, dass Training zu einer Steigerung der generellen Selbstwirksamkeit sowie zu einer schnelleren Wiedereinstellung bei Arbeitssuchenden führen kann. In einem zweieinhalbwöchigen Training wurden die Teilnehmer (N = 66) mit erfolgreichem Arbeitssuchverhalten konfrontiert. Effekte zeigten sich insbesondere bei denjenigen Teilnehmern, die zuvor eine niedrig ausgeprägte generelle Selbstwirksamkeit hatten. Im Vergleich der Experimentalgruppen konnte ein statistisch signifikanter Unterschied durch das Treatment mit $p < .01$ nachgewiesen werden. Bezogen auf Geschlecht, Alter und Dauer der Arbeitslosigkeit ergaben sich keine signifikanten Korrelationen.

In einer Studie zur Reintegration von Personen, mit einer Substanzgebrauchsstörung, in den Arbeitsmarkt wurden die Zusammenhänge von genereller Selbstwirksamkeitserwartung, spezifischer Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich Arbeitsplatzsuche und aktivem Verhalten in Bezug auf Stellensuche untersucht (Greenfield, 2009). Die Rekrutierung der arbeitssuchenden Teilnehmer (N = 84) erfolgte in Jobcentern und Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung. Es konnte im Ergebnis der Untersuchung eine signifikante Korrelation zwischen der generellen Selbstwirksamkeitserwartung (GES) und der spezifischen Selbstwirksamkeitserwartung (job search self-efficacy scale [JSES], nach Vinokur & Schul, 1997) festgestellt werden. Darüber hinaus bestand zwischen der GES und der aktivem Stellensuche (job search behavior) eine erklärte signifikante Varianz. Bezogen auf die weitere Zielvariable, Beschäftigungsstatus bzw. Wiederbeschäftigung, zeichnete sich für die Entwicklung der GES ein Trend ab. Die demografischen Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht und Bildungsniveau) korrelierten nicht mit der GES.

Die generelle oder allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung scheint einen moderierenden Effekt auf situationsspezifisches Verhalten auszuüben und mit spezifischen Selbstwirksamkeitserwartungen zu interagieren.

Vor dem Hintergrund empirisch nachgewiesener Zusammenhänge zwischen verbesserter Selbstwirksamkeitserwartung und der Chance auf Integration in Arbeit durch spezielle Interventionen wird folgende Zusammenhangshypothese formuliert.

Mögliche geschlechtsspezifische Effekte in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung bei arbeitslosen Suchtrehabilitanden sollen näher untersucht werden.

Hypothese 1: *Eine Zunahme der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung korreliert mit einer erfolgreichen Integration in den Arbeitsmarkt ein Jahr nach Therapieende, zum Zeitpunkt t_3 .*

Zur Identifikation von Rehabilitanden mit einem erhöhtem Förderbedarf in Bezug auf Teilhabe am Arbeitsleben, erscheint es sinnvoll, neben der Bestimmung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung, spezifische kognitive arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster zu untersuchen und innerhalb der Interventionen zu berücksichtigen.

Nach Schaarschmidt sind Menschen mit einem AVEM-Bewältigungsmuster B durch eine „[...] passive und resignativ-leidende Haltung in Bezug auf die Berufs- und darüber hinausgehenden Lebensanforderungen charakterisiert“ (Schaarschmidt, 2006, S. 9). Diese Betroffenen bedürfen aufgrund ihrer eingeschränkten Veränderungsmotivation für berufliche und private Lebenssituationen einer weitreichenden externen Unterstützung, um „[...] den Willen und die Kraft zur eigenaktiven Gestaltung der beruflichen und sonstigen Lebensumstände in Gang zu setzen und zu stärken“ (Schaarschmidt, 2006, S.10).

In einer Untersuchung von Schaarschmidt & Heitzmann (2004, S.32) wiesen Rehabilitanden mit einem psychosomatischen Störungsbild zu 53% ein AVEM-Bewältigungsmuster B bei Behandlungsbeginn auf. Für Rehabilitanden der Indikationsbereiche Orthopädie, Herz- Kreislauf und Onkologie lagen die Zuordnungen dagegen zwischen 28 und 33%. Für die medizinisch-stationäre Rehabilitation Abhängigkeitserkrankung konnte keine Studie oder Übersichtsuntersuchung für die Verteilung zu den AVEM-Bewältigungsmustern gefunden werden. Auf Basis der angeführten empirischen Studien könnte ein starker Zusammenhang zwischen dem gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Erlebensmuster B und einer reduzierten allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung bei arbeitslosen Suchtrehabilitanden angenommen werden. Darüber hinaus könnte die Dauer der Arbeitslosigkeit (vgl. Kapitel 4.1) einen Einfluss auf arbeitsbezogene Bewältigungsmuster und die Selbstwirksamkeit haben.

Hypothese 2: *Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Ausprägung des AVEM-Bewältigungsmuster B (hoher prozentuale Werte) und einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie, zum Zeitpunkt t_1 .*

Nach Henkel (2011) gibt es einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfälligkeit (vgl. Kapitel 4.2). Anlass für das ARA-Forschungsprojekt (Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2003, 2004a, 2004 b) war der steigende Anteil arbeitsloser Alkoholabhängiger innerhalb der Behandlungsmaßnahmen medizinischer Rehabilitation Sucht, bei gleichzeitig überdurchschnittlich niedrigen Erfolgsraten bezogen auf die Kernziele „Integration in Arbeit“ und „Abstinenz“. Das Projekt war als prospektive Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten angelegt. Ein Vergleich der Daten für Alkoholabstinenz und Alkoholrückfall zu den Messzeitpunkten t_3 und t_4 , Sechsmonats- und Zwölfmonatskatamnese, ergab, dass konstant arbeitslose Personen gegenüber den konstant Erwerbstätigen deutlich häufiger alkoholrückfällig wurden oder seltener abstinent blieben (Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2008, S. 222).

Henkel und Zemlin (2008) weisen jedoch auch darauf hin, dass neben spezifischen Programmen für die Rückfallprävention und Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben auch die Gesamtsituation auf dem Arbeitsmarkt während der Behandlungszeit berücksichtigt werden müsse.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Projektstudie, mit weitaus differenzierterer Untersuchung der Zusammenhänge von Abstinenz und Arbeitslosigkeit, wird folgende Hypothese aufgestellt.

Hypothese 3: *Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Abstinenz und gelungener Arbeitsmarktintegration ein Jahr nach Ende der Therapie.*

7.2 Studiendesign und Operationalisierung

Bei dem Forschungsvorhaben innerhalb der Masterthesis handelt es sich um eine retrospektiv naturalistische Feldstudie mit quasiexperimentellem Ansatz und quantitativer Analyse. Die Untersuchung erfolgte ausschließlich in der Fachklinik Oerrel anhand von Patientendaten, die bei Anamnesegesprächen und flankierenden Testungen routinemäßig erhoben wurden. Die Verwendung vorhandener Rehabilitandendaten in anonymisierter Form für Studienzwecke im Rahmen der Masterthesis waren mit der Klinikleitung abgestimmt und genehmigt.

Rückblickende Patientenbefragungen nach Beendigung der Therapie, in Form von 1-Jahreskatamnesen, können Langzeitverläufe aufzeigen. Um mögliche Korrelationen zwischen einer „Integration in Arbeit“ und einer Veränderung der „Selbstwirksamkeitserwartung“ zu untersuchen, wurden Responderinformationen in der 1-Jahreskatamnese zur Frage „arbeitslos“ als abhängige Variable nominalskaliert in dichotomer Ausprägung (ja/nein) ermittelt. Für eine erfolgte „Integration in Arbeit“ wurde das konservative Kriterium „Erwerbstätigkeit“ zugrundegelegt. Erwerbsgeminderte Rehabilitanden, andauernder Arbeitsunfähigkeit, Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder Praktika wurden faktisch als derzeit nicht erwerbstätig und ebenso wie arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von Arbeitslosengeld (ALG) 1 und 2 als „nicht in Arbeit integriert“ bewertet.

Zur Operationalisierung der Forschungshypothesen wurde die „Selbstwirksamkeitserwartung“ als intervallskalierte Variable zu Beginn der Therapie t_1 und zum Therapieende t_2 über die Skala der Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung erfasst (Jerusalem & Schwarzer, 2002; Schwarzer & Jerusalem, 1999). Für eine differenziertere Untersuchung der Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung erfolgte zunächst eine dichotome Einteilung (selected/ not selected) der Messdaten nach cut-off in zwei Kategorien (≤ 40 und größer als 40). Bezogen auf diese beiden Gruppen wurde die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 in gestuften Kategorien (verbessert, unverändert, verschlechtert) jeweils getrennt voneinander anschließend genauer untersucht.

„Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“ wurden nach Zuordnung in vier Bewältigungstypen (prozentualer Anteil) nach Schaarschmidt und Fischer (2008) als metrisch, intervallskalierte Variable über das Assessmentinstrument erfasst. Eine genaue Beschreibung der verwendeten Testinstrumente erfolgt unter Kapitel 7.4.

Für die Beantwortung der Hypothese, ob es einen Zusammenhang zwischen einer bestehenden Abstinenz und einer erfolgreichen Integration in Arbeit geben könne, wurden 1-Jahreskatamnese-Daten als nominalskalierte dichotome Variablen zugrunde gelegt. Unter vorhandener Abstinenz wurden neben durchgängig abstinenten Personen auch Personen, die als Antwort „abstinent nach Rückfall“ angegeben haben, gezählt.

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden folgende soziodemografische Merkmale in der deskriptiven Datenanalyse und Häufigkeitsverteilung berechnet. Das Alter wurde als numerische Variable bezogen auf nominalskalierte dichotome Verteilung der Geschlechter bestimmt. Der Familienstatus wurde als nominale Variable in polytomer Abstufung erfasst. Die Berücksichtigung des Bildungsabschlusses erfolgte als kategoriale Variable. Daten zur Berufsausbildung in Form einer abgeschlossenen Lehre, technischer oder gleichwertigen anderen Ausbildung wurden nominal dichotom (vorhanden/nicht vorhanden) aufbereitet und in die Analyse miteinbezogen. Um einen möglichen Einfluss einer bestehenden Langzeitarbeitslosigkeit auf eine Integration in Arbeit und Beruf zu untersuchen, wurden Daten zur Dauer der Arbeitslosigkeit in Monaten zu Therapiebeginn als metrische Variable erhoben. Zur Darstellung der zeitlichen Dimension der Entwöhnungsbehandlung wurden von allen Stichprobenteilnehmern die Gesamtdauer der Behandlungszeit in Tagen und das Kriterium „Art der Beendigung“ mit den dichotomen Merkmalen regulär und irregulär bestimmt. Eine „irreguläre Beendigung“ ist als Therapieabbruch vom Rehabilitanden aus zu verstehen.

Als konstante Merkmale für alle Stichprobenteilnehmer gelten die Durchführung einer stationären Entwöhnungsbehandlung mit bestehender Hauptdiagnose F10.2 Alkoholabhängigkeit. Alle arbeitslosen Rehabilitanden erhielten gemäß des BORA-Konzepts eine Therapiebehandlung unter Berücksichtigung relevanter evidenzbasierter Therapiemodule (ETM).

7.3 Stichprobenentwicklung

Zur Ermittlung der Stichprobengröße wurde zunächst eine A priori-Analyse, [berechnet mit G*Power, Version 3.1.9.2 ; 2014 download von <http://gpower.hhu.de>; (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007)], t-Test für abhängige Stichproben mit Messwiederholungen, sowohl ein- und zweiseitig, durchgeführt. Als Anhaltspunkt für eine mögliche Effektstärke wurden Erkenntnisse aus nachfolgender Studie zugrunde gelegt. Henkel, Zemlin & Dornbusch (2004b, S.17) konnten in Analysen des ARA-Projekts von konstant arbeitslosen Untersuchungsteilnehmern in Differenzierung „abstinent und rückfällig“ eine hochsignifikante Veränderung in den Teilbereichen der psychischen Gesundheit, innerhalb einer regulär beendeten stationären Suchtbehandlung, feststellen. Für Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) konnten deutliche Verbesserungen ($p < .001$, $\eta^2 = 0.33$) innerhalb der ARA-Studie ermittelt werden.

Für die Studie innerhalb der Masterthesis wurde ein Signifikanzniveau von 5% und eine Teststärke $1-\beta$ mit 0.8 sowie eine moderate Effektstärke Cohens´ d von 0.5 in Anlehnung an Bortz und Döring (2006) gewählt. Aufgrund der zugrunde liegenden Berechnungen müssen für eine ausreichende Stichprobengröße demnach 27 Datensätze bei zweiseitiger bzw. 34 Datensätze bei einseitiger Testung vorliegen.

Für weitere Kalkulationen einer ausreichenden Stichprobengröße wurden interne Erhebungen (Qualitätsbericht Fachklinik Oerrel des Behandlungsjahrgangs 2016; Haus Niedersachsen, 2017) mit einer Rücklaufquote für 1-Jahreskatamnese von insgesamt 45,6% zugrunde gelegt. Der prozentuale Anteil der zu Behandlungsbeginn arbeitslosen Personen lag unter den 1-Jahreskatamnese-Rückantwortern jedoch deutlich niedriger und hätte für eine angestrebte Stichprobengröße von mindestens 30 Teilnehmern nicht ausgereicht. Die Rücklaufquote entwickelte sich trotz einer zweiten schriftlichen Erinnerung ca. 14 Monaten nach Therapieende nicht erfolgsversprechend. Auf eine zusätzliche telefonische Erhebung von Katamnesedaten musste aus personellen und Zeitgründen verzichtet werden. Der Erfassungszeitraum wurde daraufhin um ein weiteres Behandlungsjahr verlängert und der Rücklauf der 1-Jahreskatamnese bis Ende Januar 2019 abgewartet.

Der gesamte Untersuchungszeitraum für eine ausreichende Stichprobenkonstruktion umfasste somit zwei komplette Behandlungsjahre. Die Grundgesamtheit, das heißt alle Rehabilitanden, die ihre Behandlung ab 01.01.2016 begonnen und diese bis zum 31.12.2017 beendet haben, entspricht $N_{\text{Gesamt}} = 301$, (247 Männer und 54 Frauen).

Einschlusskriterien für die Stichprobe:

Alle arbeitslosen Rehabilitanden aus den BORA-Zielgruppen 3 und 4 der Behandlungsjahre 2016 und 2017, bei denen eine Rückantwort in der 1-Jahreskatamnesebefragung vorliegt.

Ausgeschlossen von der Stichprobe sind Rehabilitanden, die aufgrund hirnnorganisch/ mentaler Einschränkungen oder andauernder Entzückigkeit einer Testung kognitiv nicht gewachsen wären. Ebenso führen ausgeprägte Sprachbarrieren und eine stark eingeschränkte Kompetenz in der Bedienung des Computers, letzteres gilt für die Teilnahme am RMK-Verfahren, zu einem Ausschluss.

7.4 Erhebungsinstrumente und Durchführung

Die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1999) stellt ein valides Instrument dar, welches die Gewissheit oder Stärke der Überzeugungen bei der Bewältigung allgemeiner Lebensanforderungen über 10 Items erfasst. Mit jedem Item kann eine internal-stabile Attribution der Erfolgserwartung eruiert werden. Das Antwortformat entspricht einer 4-stufigen Likert- Skala: „stimmt nicht, stimmt kaum, stimmt eher, stimmt genau“. Aus der Summe aller zehn Antworten ergibt sich ein individueller Testwert, so dass sich ein Score zwischen 10 und 40 errechnen lässt. Der Test zeichnet sich durch hohe interne Konsistenzen (Cronbach´s α) zwischen .76 und .90 aus. Der Mittelwert liegt in den meisten Stichproben bei 29 Punkten mit einer Standardabweichung von 4 Punkten.

Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege mich durchzusetzen.
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.

(Schwarzer & Jerusalem 1999)

In einer repräsentativen Normierungsstichprobe für die deutsche Bevölkerung (N = 2.032; Alter 14-95 Jahre) konnten von Schumacher, Klaiberg & Brähler (2001) statistisch bedeutsame Alters- und Geschlechtseffekte bezogen auf die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung nachwiesen werden. Die SWE erscheint mit zunehmendem Alter abzunehmen ($f = 0.11$) und Skalenwerte bei Männern liegen signifikant höher ausgeprägt als bei Frauen ($d = 0.30$) vor.

Zur Diagnostik setzt die Fachklinik Oerrel seit Januar 2016 ein computer-gestütztes Screeningverfahren nach den Rehabilitanden-Management-Kategorien [RMK], (Möllmann & Spyra, 2009) ein.

Die computerunterstützte Testung erfolgt bei allen Rehabilitanden innerhalb der ersten Therapiewoche im Rahmen einer umfassenden Basisdiagnostik und zum Ende der Entwöhnungsbehandlung. Es gelten jedoch die bereits benannten Ausschlusskriterien.

Die Bearbeitungszeit für die gesamte RMK-Testung beträgt in Abhängigkeit der EDV-Kenntnisse und des Sprachverständnisses der Patienten zwischen 45 bis 60 Minuten. Die Durchführung wird durch eine Psychologin oder Sozialarbeiterin B.A. begleitet.

Das RMK-Verfahren beinhaltet Voll- und Teilversionen diverser evaluierter Testverfahren, wie z.B. die zuvor beschriebene Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung nach Jerusalem und Schwarzer (2002). In der vorliegenden Forschungsarbeit sind die Fragen zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) innerhalb des computergestützten RMK- Verfahrens mit insgesamt 220 Items, gegliedert in 34 Teilbereiche, im letzten Drittel integriert. Überschriften mit „Fragen zu Zufriedenheit und Zuversicht in verschiedenen Lebensbereichen“ liegen die Fragen zur SWE im Teilbereich 27, hinter dem Single-Item bezüglich der Lebenszufriedenheit und gefolgt von Fragen zum aktiven Coping. Die Fragestellung entspricht dabei dem Wortlaut und der Reihenfolge in der Skala nach Schwarzer und Jerusalem (1999). Bei der Entwicklung des Assessment-Instruments innerhalb des RMK-Verfahrens wurden Items jeder Dimension einer Diskriminanz-Analyse mit einer Berechnung der mittleren Diskriminanz-Koeffizienten unterzogen. Nach Gewichtung einzelner Items wurden für SWE standardisierte T-Werte mit einer Range von 12 bis 71 und einem cut -off von ≤ 40 festgelegt, was einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung entspricht. Zwischen Werten von 41 bis 60 besteht eine durchschnittliche SWE und bei Werten ab 61 wird einer Person eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung zugeschrieben. Als deutsche Normierungsstichprobe fungiert eine heterogene Erwachsenenpopulation ($n = 1660$).

In einer kontrollierten Interventionsstudie (Spyra et al., 2015, S.6) im Rahmen der Anwendung des RMK- Modells an 12 Rehabilitationskliniken für die stationäre Alkoholentwöhnung lagen Mittelwerte für SWE zu Beginn der Therapie zwischen 45,4 und 45,7 ($n = 1789$, Gesamtanzahl der Interventions- und Kontrollgruppe).

Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)

Schaarschmidt (2006) und Schaarschmidt & Fischer (2008) konzipierten ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. Mit dem AVEM, einem mehrdimensionalen persönlichkeits-diagnostischen Assessment-verfahren, können Aussagen über gesundheitsförderliche bzw. -gefährdende Verhaltens- und Erlebensweisen bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufs-anforderungen getroffen werden. AVEM liegt in einer Langversion mit 66 Items und in Kurzversionen mit 11 und 44 Items vor. In der Kurzversion mit 44 Items erfolgt zu den 11 theoretisch begründeten und faktorenanalytisch untermauerten Subskalen/Dimensionen für die Beurteilung verschiedener Aspekte der Arbeitsbewältigung eine jeweilige Zuordnung über vier Fragen.

1. Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben)
2. Beruflicher Ehrgeiz (Streben nach beruflichem Aufstieg)
3. Verausgabungsbereitschaft (Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen)
4. Perfektionsstreben (Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung)
5. Distanzierungsfähigkeit (Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit)
6. Resignationstendenz bei Misserfolg (Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben)
7. Offensive Problembewältigung (Aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen)
8. Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts)
9. Erfolgserleben im Beruf (Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten)
10. Lebenszufriedenheit (Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation)
11. Erleben sozialer Unterstützung (Vertrauen in die Unterstützung durch nahestehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit)
(Schaarschmidt, 2006)

Die Zustimmung auf die Aussagen kann mit einer 5-stufigen Likert-Skala benannt werden. Ergänzend werden die Abstufungen der Antworten visualisiert über Kreissymbole dargestellt.

Die elf Dimensionen sind drei inhaltlichen Themenkomplexen zuzuordnen. Diese können differenziert werden in: das Arbeitsengagement (Skalen 1-5), die erlebte Widerstandskraft gegenüber beruflichen Belastungen (Skalen 5-8) und begleitende Emotionen bei der Berufsausübung (Skalen 9-11). Jeder Dimension kommt eine eigenständige Bedeutung im Hinblick auf gesundheitsbezogene Aussagen zu.

Darüber hinaus kann für jeden Probanden mithilfe von Diskriminanz-Funktionen die relative Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit (in Prozent) zu einem von vier clusteranalytisch gebildeten Bewältigungstypen bestimmt werden. Anhand der Ausprägung der Dimensionen wird unterschieden in zwei Gesundheitstypen

- Typ G (Gesundheitstypus mit hohem beruflichem Engagement, offensiver Problembewältigung und bestehender Distanzierungsfähigkeit)
- Typ S (Schontypus mit geringem Engagement, geringer Bedeutsamkeit der Arbeit, erhaltener Lebensfreude und innerer Ruhe

und zwei Risikotypen

- Typ A (Überforderungstypus mit überhöhtem Engagement, geringer Distanzierungsfähigkeit sowie geringer innerer Ruhe)
- Typ B (Burnout- Typus mit vermindertem Engagement, geringer Distanzierungsfähigkeit und überhöhter Resignationstendenz), (Schaarschmidt, 2006).

AVEM weist in allen 11 Skalen eine hohe interne Konsistenz auf (Cronbach`s α). Für die Standardform liegt diese zwischen .79 und .87 und für die Kurzform zwischen .75 und .83. Die Split-Half-Reliabilität liegt zwischen .76 und .90. Bei der Retest-Reliabilität (Stabilitätskoeffizienten) nach einem Zeitraum von drei Monaten liegen die Werte etwas niedriger bei .69 und .82. Merkmale können mittels AVEM zuverlässig und zugleich veränderungssensitiv gemessen werden.

Die Datenerhebung für die Normierung erfolgte anhand zusammengesetzter Stichproben (N = 31979) mit Probanden, die überwiegend in sozialen Bereichen, Bildungs- und Gesundheitswesen und Verwaltungsebenen tätig sind (Schaarschmidt & Fischer, 2008). Der AVEM erfüllt bei den Testanforderungen ausreichende Objektivität und Zuverlässigkeit. Einschränkungen ergeben sich gemäß Wolf, Schlotz und Schütz (2017) hinsichtlich der Validität, da beispielsweise für die Überprüfung der Konstruktvalidität keine Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen dem AVEM und den getesteten Skalen/Fragebögen berichtet werden. Ferner sind einige Studien nicht ausreichend beschrieben, um eindeutigere Aussagen über die Validität treffen zu können. Die Kurzform des AVEM's (Schaarschmidt & Fischer, 2008) basiert auf einer berufs- und länderübergreifenden Eichstichprobe (n = 2499) in Deutschland und Österreich.

Das AVEM-Assessment wird in der Fachklinik Oerrel innerhalb der ersten Therapiewoche (Aufnahmephase) als Paper-Pencil-Verfahren in einer Kurzversion mit 44 Items bei allen Rehabilitanden durchgeführt (Schaarschmidt & Fischer, 2008). Die Bearbeitungsdauer beträgt etwa 15 Minuten. Die Begleitung erfolgt durch die Aufnahmetherapeutin oder einer Ergotherapeutin mit anschließender computerunterstützter Auswertung. Das Ergebnis bildet eine Grundlage für die Zielsetzung in der individuellen Therapieplanung, Planung von geeigneten Interventionen und schafft Kriterien für die klinische Beobachtung in den Bereichen Ergo- und Arbeitstherapie.

7.5 Untersuchungsmethodik

Eine zunächst geplante binär logistische Regressionsanalyse mit den Prädiktoren „Veränderung der Selbstwirksamkeit“, „berufsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“, „Abstinenz“ unter Berücksichtigung sozialdemografischer und behandlungsrelevanter Variablen bezogen auf die Kriteriumsvariable „Integration in Arbeit - nach einem Jahr“ wurde aufgrund der zu geringen Datenmenge für eine Stichprobe verworfen.

Zur Analyse der hypothetischen Zusammenhänge und Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartung während einer stationären Suchtbehandlung, eines risikohaften Bewältigungsmusters in Bezug auf Tendenzen langfristiger

Integration in Arbeit mit Betrachtung des Einflusses bestehender Abstinenz wurden für die Signifikanzprüfung überwiegend parametrische Verfahren angewendet. Für die Nutzung parametrischer Statistikverfahren wird eine Normalverteilung vorausgesetzt. Bei bivariaten Korrelationen bedarf es einer linearen Verteilung (Bühner & Ziegler, 2017, S.100 und S. 278). Zur Überprüfung der Normalverteilung wurden die erhobenen Variablen entsprechend ihrer Skalierung anhand von Histogrammen hinsichtlich ihrer Schiefe und Kurtosis genauer betrachtet, deren Korrelationen in Streudiagrammen dargestellt und mit dem Kolmogorow-Smirnow- und dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung untersucht. Bei Abweichungen erfolgte die Hypothesentestung mit parametrischen Verfahren. Zur Analyse der Veränderung intervallskalierter Daten der Selbstwirksamkeitserwartung wurde im Rahmen der Hypothesentestung (H 1) ein t-Test für abhängig verbundene Stichproben mit Messwiederholungen vorgeschaltet. Aufgrund der nachfolgenden Kategorisierung der SWE-Daten in Bezug auf nominaler Skalierung der abhängigen Variablen „Integration in Arbeit“ erfolgten weitere Analysen unter Verwendung des Chi-Quadrat-Tests. Ein möglicher bivariater linearer Zusammenhang der intervallskalierten Variablen in Hypothese zwei (H 2) wurde mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft. Mittels partieller Korrelation wurde dabei die Variable „Dauer der Arbeitslosigkeit“ kontrolliert.

In Hypothese drei (H3) wurden Zusammenhänge bzw. bestehende Unabhängigkeit zwischen den nominal dichotomen Variablen „Abstinenz“ und „Erwerbstätigkeit“ in t_3 mittels einer 4-Felder-Kontingenztafel sowie dem Chi-Quadrat-Test. Bei Abweichungen von Testvoraussetzungen wurde ergänzend der exakte Test nach Fischer durchgeführt.

Die in dieser Masterarbeit berichteten Signifikanzprüfungen wurden entgegen einer aus Theorie abgeleiteten und aus den Hypothesen erwarteten einseitigen Testung, stets auch zweiseitig getestet. Bei der vorliegenden kleinen Stichprobe könnte eine zweiseitige Testung mögliche Zusammenhänge somit als nicht signifikant ausweisen. Neben der Signifikanzprüfung wurde die Größe der Zusammenhänge bzw. Stärke der Effekte angegeben.

Für die Datenaufbereitung und Auswertungen wurden Microsoft Excel für Office 365MSO, Version 1911 (2016) und IBM SPSS Statistics Version 24 verwendet.

Grafische Darstellungen erfolgten überwiegend mit Hilfe von SPSS Version 24. Fehlende Daten innerhalb von Berechnungen führten zum listenweisen Ausschluss für die jeweilige Analyse. Innerhalb der vorliegenden Masterarbeit wurden Zahlenwerte überwiegend auf zwei Nachkommastellen gerundet, statistischen Signifikanzen (p -Werte) wurden mit max. drei Stellen nach dem „Punkt“ angegeben und Prozentangaben erfolgten bis auf maximal eine Kommastelle. Für die Hypothesentestungen wurde ein Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt.

8 Ergebnisse

8.1 Deskriptive Statistik

8.1.1 Sozialdemografische Daten der Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus insgesamt 41 arbeitslosen Rehabilitanden zusammen, die ihre stationäre Therapie in den Jahren 2016 und 2017 begonnen und abgeschlossen hatten und bei denen eine Rückantwort in der 1-Jahreskatamnesebefragung vorlag. Alle arbeitslosen Rehabilitanden waren konzeptionell den BORA-Zielgruppen 3 und 4 zugeordnet. Ein Überblick über sozialdemografische Daten der Stichprobe befindet sich im Anhang (Tab. B 1).

Innerhalb der Stichprobe überwog der Anteil männlicher Rehabilitanden mit 82,9% (17,1% Frauen). Die Altersspanne umfasste 27 bis 62 Jahre und lag im Durchschnitt bei 48 Jahren (Männer: $M = 48,21$; $SD = 8,91$ / Frauen: $M = 48,43$; $SD = 7,50$). In den anamnestischen Befragungen zu Beginn der Therapie gaben 17 Teilnehmer an, ledig zu sein, 15 Rehabilitanden waren geschieden oder getrennt lebend und eine Person verwitwet. Acht Rehabilitanden lebten verheiratet in einer Beziehung. Einschränkend ist zu betonen, dass die erhobenen Daten zum aktuellen Familienstatus keine Aussagen erlauben, ob die Rehabilitanden in ihren Beziehungen familiäre Unterstützung erfahren oder auch alleinstehende Personen über anderweitige stützende Ressourcen im Freundeskreis verfügen. Die Rehabilitanden der Stichproben besitzen überwiegend einen Bildungsabschluss. 46,3% können einen Hauptschulabschluss vorweisen und 41,5% haben eine Realschule oder vergleichbar eine Polytechnische Oberschule (POS) erfolgreich absolviert. Jeweils ein Rehabilitand hat die Hochschulreife bzw. ein Hochschulstudium abgeschlossen.

Ergebnisse

Drei Rehabilitanden besitzen keinen Bildungsabschluss. Trotz aktuell bestehender Arbeitslosigkeit verfügen 32 Teilnehmer über eine abgeschlossene Berufsausbildung, neun Teilnehmer haben ihre Berufsausbildung abgebrochen oder nie eine begonnen.

Innerhalb der Dauer der Arbeitslosigkeit zeigt sich eine ausgeprägte Datenvarianz beider Geschlechter. Männliche Rehabilitanden der Stichprobe waren im Mittel 29,62 Monate ohne Arbeit ($SD = 55,34$; $Median = 11,50$; $Min-Max = 1 - 288$). Ein arithmetischer Mittelwert von 38 Monaten ($SD = 73,51$; $Median = 11$; $Min-Max = 5-204$) konnte für die weiblichen Stichprobenteilnehmer berechnet werden.

Zur besseren Übersicht der prozentualen Verteilung und Einordnung der Gruppierung innerhalb des BORA-Konzeptes erfolgte eine nachträgliche Kategorisierung der Variable „Arbeitslosigkeit“ in vier Stufen. In Abbildung 3 wird deutlich, dass knapp dreiviertel der Stichprobenteilnehmer (70,7%) zu Beginn der Therapie maximal ein Jahr arbeitslos waren. Diese wurden der BORA Stufe 3 zugeordnet. In der BORA Stufe 4 befanden sich 29,3% der Stichprobenteilnehmer, davon waren ein Drittel mehr als fünf Jahre arbeitslos.

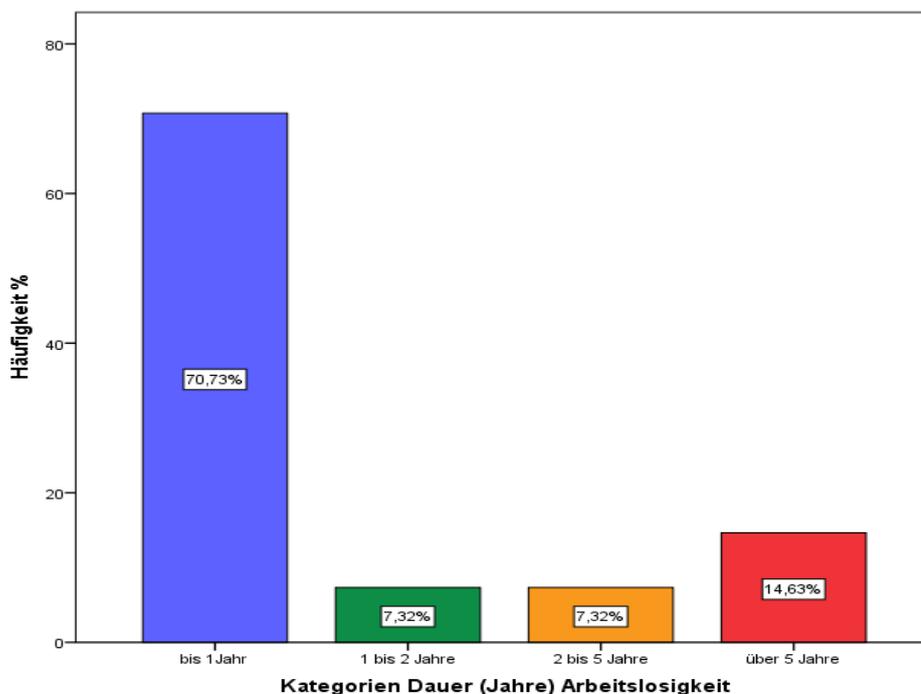


Abbildung 3. Relative Häufigkeiten der Arbeitslosigkeit in Kategorien

8.1.2 BORA-Verteilung in Bezug zur Grundgesamtheit, Daten zur 1-Jahreskatamnese und Behandlungsdauer

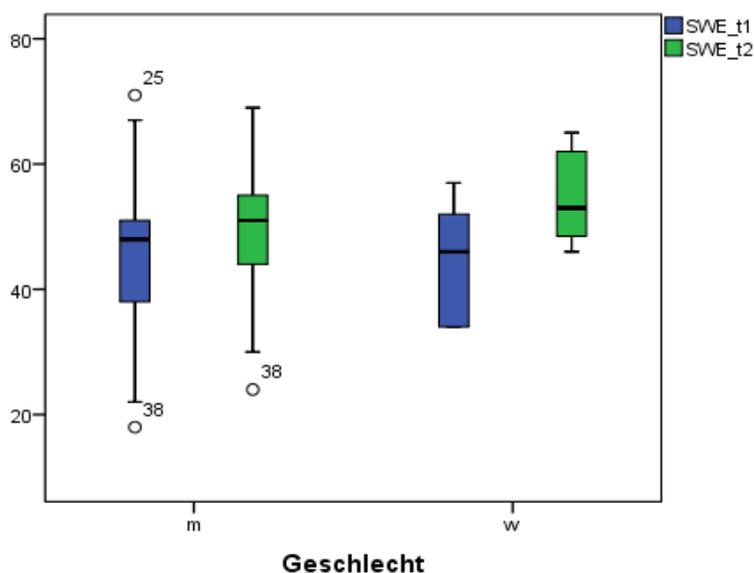
Innerhalb der Grundgesamtheit der Behandlungsjahre 2016 und 2017 befanden sich 148 Rehabilitanden (Männer: 129, Frauen: 28; entspricht gesamt 49,2%) zu Beginn der Behandlung in einem Beschäftigungsverhältnis und wurden somit den BORA- Stufen 1 und 2 zugeordnet. Insgesamt 153 Personen waren nicht in Arbeit integriert. Davon konnten 129 Personen (109 Männer und 20 Frauen; entspricht gesamt 42,9%) aufgrund ihres Arbeitslosenstatus den BORA- Stufen 3 und 4 zugeordnet werden. Die restlichen 24 Rehabilitanden (entsprechend 8 %) wurden zusammenfassend in BORA- Stufe 5 eingruppiert oder unterlagen aufgrund ihres Bezugs von Altersrente keiner Berücksichtigung innerhalb des BORA-Konzepts.

Die Rücklaufquote von Rehabilitanden aus den BORA-Stufen 3 und 4 innerhalb der 1-Jahreskatamnese betrug 31,8%. Diese lag deutlich unter den ermittelten Rücklaufquoten aller Rehabilitanden von 45,6% in 2016 und 40,9% in 2017 (Haus Niedersachsen, Qualitätsberichte 2016 und 2017, Fachklinik Oerrel). Innerhalb der vorliegenden Masterthesis erfolgte keine differenziertere Untersuchung der Non-Responder in den 1-Jahreskatamnesen. Zum Messzeitpunkt t_3 , 1-Jahreskatamnese, wurde von zwei Stichprobenteilnehmern die Frage zur Abstinenz nicht beantwortet und eine Person machte keine Angabe zur Erwerbstätigkeit.

Die Gesamtdauer der Therapiezeit betrug innerhalb der Stichprobe durchschnittlich 12 Wochen (M in Tagen 83,98; $SD = 15,35$. Ein Rehabilitand brach seine stationäre Entwöhnungsbehandlung nach 14 Tagen ab (irreguläre Beendigung).

8.1.3 Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)- Auswertung in Stichprobe

Für die Untersuchung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung konnten bei der Eingangstestung (t_1) alle Falldaten ($N = 41$; 34 Männer und 7 Frauen) berücksichtigt werden. Die Auswertung zum Behandlungsende t_2 erfolgte nur für 39 Fälle (zwei fehlende Testdaten SWE_t2/männlich; entsprechen 5,9%; $n = 32$). Nach optischer Inspektion zeigte sich für die Gesamtstichprobe hinsichtlich Datenverteilung der SWE zwischen den Messzeitpunkten t_1 und t_2 ein leicht positiv linearer Trend (Anhang, Abbildung B1), mit SWE t_1 ($M = 45,36$, $SD = 11,49$, $Median = 48$) gegenüber SWE t_2 ($M = 50,21$, $SD = 9,82$, $Median = 51$). Nach Dichotomisierung, als Filter wurde cut-off verwendet, zeigte sich bei 34% der Stichprobe eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung bei der Eingangstestung (Anhang, Tabelle B 2).



Anmerkung. Ausgangstestung SWE (t_2) erfolgte auf Basis $n=39$ (zwei fehlende Daten)
männlich (m), weiblich (w)

Abbildung 4. Boxplot- Verteilung Selbstwirksamkeitserwartung zu t_1 und t_2 getrennt nach Geschlecht

In Abbildung 4 ist anhand der Verteilungsparameter bereits bei der Eingangstestung beider Geschlechter eine durchschnittlich mittlere Selbstwirksamkeitserwartung mit Werten zwischen 41 und 61 zu erkennen.

Ergebnisse

Die Datenergebnisse der männlichen Testteilnehmer wiesen in den Testergebnissen (t_1 und t_2) jedoch eine stärkere Streuung mit insgesamt drei „Ausreißern“ auf. Optisch erscheint eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung bei beiden Geschlechtern zwischen den Messzeitpunkten (t_1 und t_2) vorzuliegen. Im Vergleich der Mittelwerte (Anhang, Tabelle B 3) zeigte sich dieser Zuwachs deutlicher bei den weiblichen Stichprobenteilnehmern mit einem Anstieg der SWE-Werte von 44 in t_1 auf 55 in t_2 um eine Standardabweichung.

In Abbildung B 2 (Anhang) zeigte sich für die Gesamtstichprobe hinsichtlich möglicher Veränderungen der SWE zwischen den Testungen t_1 und t_2 eine linkssteile Verteilung (Schiefe: 1,28) und ein Exzess (schmalgipflig) der deutlich größer Null ist (Kurtosis: 2,94).

Anhand des Q-Q-Diagramms (Anhang, Abbildung B 3) und des Boxplots (Anhang, Abbildung B 4) konnten mögliche Abweichungen von der Normalverteilung insbesondere über „Ausreißer“ und Extremwerte analysiert werden. Nach Prüfung lag kein Fehler bei der Testdatenerhebung oder Übertragung vor.

Bezüglich der Voraussetzung einer Normalverteilung für Signifikanzprüfung der SWE Differenz (Bühner & Ziegler, 2017, S. 278) mit dem t-Test, abhängig verbundene Stichprobe, wurde diese durch den Kolmogorow-Smirnow-Test bestätigt. Wie aus Tabelle B 4 (Anhang) ersichtlich, lag für SWE_diff nach Shapiro-Wilk-Test keine Normalverteilung vor. Nach Bühner & Ziegler (2017, S. 123) wird für eine Stichprobengröße kleiner 30 hinsichtlich Prüfung auf Normalverteilung der konservativere Shapiro-Wilk-Test empfohlen. Für weitere Signifikanzberechnungen der ersten Hypothese wurde dementsprechend neben dem t-Test der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test verwendet.

In der Analyse (Anhang, Tabelle B 8) möglicher Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartung durch die Behandlung zeigte sich bei 26 Personen eine verbesserte SWE, bei sieben Personen konnte keine Veränderung nachgewiesen werden und bei sechs Personen verschlechterte sich die SWE zwischen den Testzeitpunkten t_1 und t_2 . Die Kategorien der Veränderungen entsprechen den Rängen im Wilcoxon-Test. Die Analyse erfolgte aufgrund zwei fehlender Daten (entspricht 4,9%) für Gesamtstichprobe $N = 39$.

Ergebnisse

In differenzierterer Betrachtung der Veränderungsstufen der SWE (Tabelle 2) zeigte sich bei Personen mit geringer SWE bei Behandlungsbeginn eine deutliche Verbesserung im Verlauf der Therapie.

Tabelle 2

Kreuztabelle: Absolute Veränderung SWE durch Treatment bezogen auf Kategorien SWE (cut-off entspricht $SWE \leq 40$), $N = 39$

		SWE_t1		Gesamt
		größer 40	kleiner/gleich 40	
(fehlende Daten)		1	1	2
Kategorien der Veränderung SWE durch Treatment	verschlechtert	6	0	6
	unverändert	5	2	7
	verbessert	15	11	26
Gesamt		27	14	41

8.1.4 Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)-Auswertung in Stichprobe

Die Auswertung des AVEM zu Behandlungsbeginn (t_1) ergab eine überwiegende Zugehörigkeit zu den Risikomustern A und B (Abbildung 5). Innerhalb der Stichprobe ($N = 41$) erlebten sich 34,4% der Rehabilitanden in arbeits- und erwerbsbezogenen Kontexten überfordert bei überhöhtem Engagement, geringer Distanzierungsfähigkeit und innerer Unruhe. 34,6% der Stichprobe sind dem Burnout-Typus (AVEM Kategorie B) zuzuordnen und erlebten sich überdies resignativ mit vermindertem Engagement. Die AVEM-Muster S (Schonung) und G (Gesundheit), mit geringerem Risiko für gesundheitliche Gefährdung hinsichtlich ihres Verhaltens- und Erlebensmusters, waren deutlich geringer mit 19,7% bzw. 11,4% vertreten.

Ergebnisse

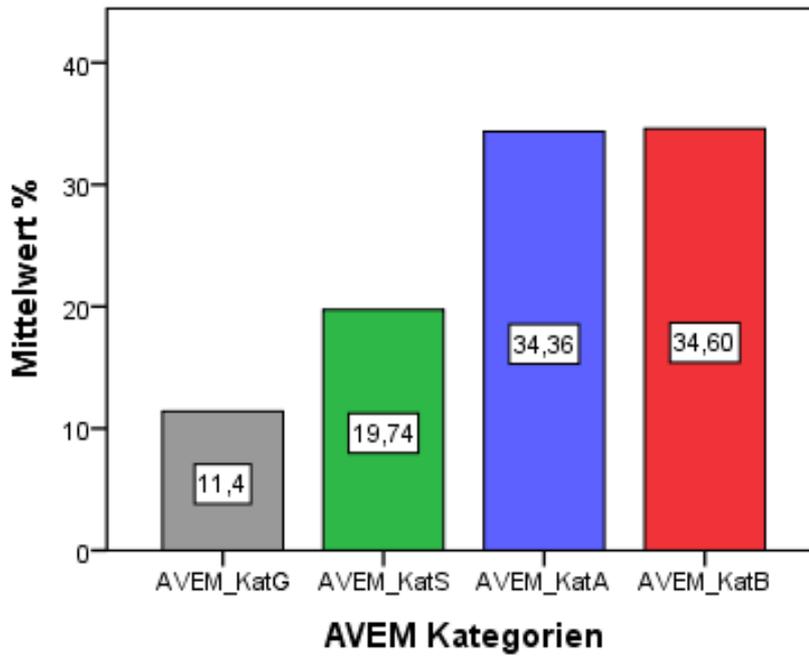


Abbildung 5. Prozentuale Verteilung Mittelwerte der AVEM Kategorien

In Abbildung B 5 (Anhang) ist eine deutliche Abweichung des AVEM Risikomusters B von einer Normalverteilung sichtbar. Der optische Eindruck wird durch die Signifikanzen des Kolmogorow-Smirnow-Tests mit $p = .001$ und des Shapiro-Wilk-Test mit $p \leq .001$ in Tabelle B 4 (Anhang) bestätigt.

Ergebnisse

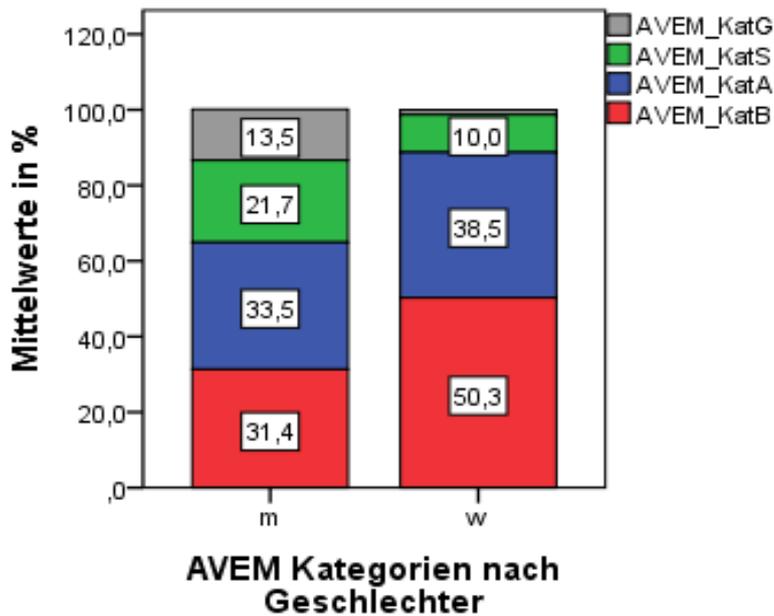


Abbildung 6. Relative Mittelwerte der AVEM Kategorien getrennt nach Geschlecht

Nach geschlechtsdifferenzierter Auswertung in Abbildung 6 konnten die Hälfte der weiblichen Teilnehmerinnen der AVEM Kategorie B zugeordnet werden und zeigten somit ein problematisches Verhaltens- und Erlebensmuster in Arbeitskontexten. Insgesamt überwogen sowohl bei Männern und Frauen die Risikomuster Kategorie A und Kategorie B zusammen mit 64,9% bzw. 88,8%. Ein direkter Vergleich der geschlechtsspezifischen Auswertung mit Ableitung einer Signifikanz ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Häufigkeitsverteilung (34 Männer und 7 Frauen) nicht realistisch.

8.1.5 Verteilung Erwerbstätigkeit und Abstinenz nach einem Jahr

In Tabelle 3 wird die Auswertung der 1-Jahres-Katamnesedaten berichtet. Von 41 arbeitslosen Stichprobenteilnehmern konnten 55% ein Jahr nach Therapieende nicht erfolgreich in eine Erwerbstätigkeit integriert werden. Dabei blieb die Mehrzahl der Personen im ersten Jahr nach der Therapie abstinent oder konnten sich nach einem Rückfall wieder stabilisieren, sodass zum Erfragungszeitpunkt t_3 von einer aktuellen Abstinenz ausgegangen werden konnte. In der Häufigkeitsanalyse deutet sich bereits an, dass eine stabile Abstinenz ein Jahr nach Therapieende nicht in gleicher prozentualer Häufigkeit mit einer erfolgreichen langfristigen Integration in Arbeit zusammenhängt.

Tabelle 3
Häufigkeiten von Erwerbstätigkeit und Abstinenz in 1-Jahreskatamnese (t_3)

		<u>Häufigkeiten</u>	
		<u>Absolut (n)</u>	<u>Relativ (%)</u>
Erwerbstätigkeit nach 1 Jahr ^a	vorhanden	18	45
	nicht vorhanden	22	55
Abstinenz nach 1 Jahr ^b	vorhanden	33	84,6
	nicht vorhanden	6	15,4

a. Fehlende Daten bei einem Teilnehmer (2,4%), somit N = 40.

b. Zwei nicht berichtete Daten (4,9%), somit N = 39

8.2 Überprüfung der Hypothesen

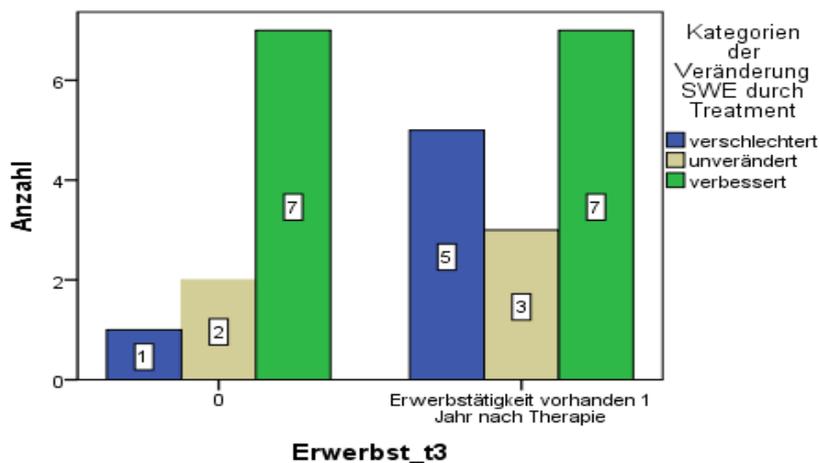
In **Hypothese eins** wurde eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung postuliert. Vor der Signifikanzprüfung der Hypothese wurden Veränderung der SWE im Therapieverlauf sowohl mit dem t-Test für abhängige Stichproben (Tabellen B 5 bis B 7, Anhang) als auch mit dem Wilcoxon-Test untersucht. Die Selbstwirksamkeitserwartung veränderte sich statistisch signifikant über den Verlauf der Therapiezeit ($t(38) = 4.066$, $p < .001$, $d = 0.618$ / $d_{\text{gepoolt}} 0.665$; 80% KI für d [0.321, 0.916]).

Bei vorliegender gerichteter Hypothese eins lag der p -Wert auch nach Halbierung (einseitige Testung) unter dem Signifikanzniveau von 5%. Die Effektstärke ist als moderat einzustufen. Die Berechnung der Effektstärke erfolgte unter Verwendung der gepoolten Standardabweichung nach Lenhard und Lenhard (2016) mit zugrundeliegender Interpretation nach Cohen (1988), wobei $d = 0.2$ einem kleinen Effekt entspricht, ab $d = 0.5$ liegt ein mittlerer oder moderater Effekt vor und ab $d = 0.8$ wird von einem großen Effekt gesprochen.

Wie aus Tabelle B 8 (Anhang) ersichtlich, konnte mit dem Wilcoxon-Test der Unterschied zwischen SWE t_1 und SWE t_2 ebenfalls statistisch signifikant bestätigt werden ($z(39) = -3.64$, $p < .001$, $r = -.41$). Die Berechnung der Effektstärke r erfolgte händisch. Cohen (1988) interpretiert $r = .10$ kleiner Effekt, $r = .30$ mittlerer Effekt und $r = .50$ als großen Effekt (Bühner & Ziegler, 2017, S. 320). Bei 26 von insgesamt 39 Rehabilitanden lag die Selbstwirksamkeitserwartung zum Ende der Therapiezeit höher als zu Beginn der Behandlung. Es liegt ein mittlerer Effekt vor.

Ergebnisse

Zwischen den Kategorien der Selbstwirksamkeitserwartung und einer Integration in Arbeit nach einem Jahr, erhoben über dichotome Fragestellung nach vorhandener Erwerbstätigkeit in der 1-Jahreskatamnese, konnte keine statistisch signifikante Korrelation über den Chi-Quadrat-Test ermittelt werden ($\chi^2(2, N = 38) = 4.397, p = .11$)



Anmerkung. Anzahl der Stichprobenteilnehmer mit SWE_ t1 größer 40 (not selected)

Abbildung 7. Absolute Veränderung der SWE in Kategorien für Teilstichprobe ($n = 25$) in Bezug auf Erwerbstätigkeit zu t_3

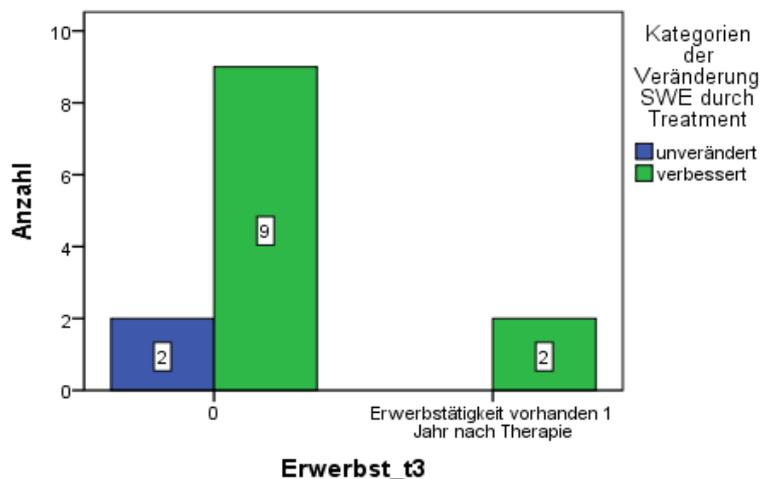
In differenzierter Analyse der veränderten SWE, gestuft nach cut-off in t_1 , zeigte sich bei Personen mit einer durchschnittlichen SWE zu Beginn der Therapie, unabhängig vom Erwerbsstatus, zu t_3 eine Verbesserung der SWE. Aus Abbildung 7 wird jedoch auch deutlich, dass sowohl bei einer negativen Entwicklung der SWE für 33,3% der Rehabilitanden, als auch einer positiv veränderten SWE (46,7%) eine Erwerbstätigkeit zu t_3 vorlag. Für diese Teilstichprobe konnte auf Unabhängigkeit der kategorialen Variablen „Veränderung SWE“ und Variable „Erwerbstätigkeit“ geschlossen werden ($\chi^2(2, n = 25) = 1,944, p = .378$), (Tabelle B 10, Anhang).

Für Personen mit geringer SWE zu Beginn der Therapie (Abbildung 8) zeigte sich trotz deutlich positiver Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung kein statistisch signifikanter Zusammenhang zum Status der Erwerbstätigkeit zu t_3 .

Ergebnisse

Im Vergleich (Tabelle B 9, Anhang) waren zwei Personen nach einem Jahr wieder erwerbstätig, demgegenüber hatten neun Personen (von insgesamt 13 Personen) trotz positiv veränderter SWE ein Jahr nach Therapieende keine Erwerbstätigkeit.

Aufgrund fehlender Kategorie „SWE verschlechtert“ in der vorliegenden Teilstichprobe (n = 13) wurde der exakte Test nach Fischer interpretiert (Tabelle B 10, Anhang). Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der veränderten SWE ($p = 1.000$, zweiseitig).



Anmerkung. Anzahl der Stichprobenteilnehmer mit SWE_ t1 kleiner/gleich 40 (selected nach cut - off)

Abbildung 8. Absolute Veränderung der SWE in Kategorien für Teilstichprobe (n = 13) in Bezug auf Erwerbstätigkeit zu t_3 .

In Gesamt- und Teilanalysen (Tabelle B 10, Anhang) wurde die erwartete Zellenhäufigkeit von 5% unterschritten. Auf eine zusätzlich erforderliche Gesamtanalyse mit dem exakten Test nach Fischer wurde hinsichtlich der zuvor deutlich statistisch nicht signifikanten Ergebnisse verzichtet.

In **Hypothese zwei** wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen dem risikobehafteten Verhaltens- und Erlebensmuster AVEM Kategorie B und der Selbstwirksamkeit zu Beginn der Therapie untersucht. Bei nicht vorliegender Normalverteilung der Daten „AVEM_Kat.B“ (vgl. Tabelle B 6, Anhang) wurde neben der bivariaten Produkt- Moment- Korrelation nach Pearson auch eine Analyse mittels Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt.

Ergebnisse

Im Vergleich zwischen 41 Daten AVEM Kat. B und SWE zu Therapiebeginn konnte optisch anhand eines Streudiagramms (Abbildung B 1, Anhang) auf eine tendenziell lineare Varianz der Variablen geschlossen werden. Vom Bestimmtheitsmaß errechnete sich jedoch nur ein geringer Anteil gemeinsam erklärter Varianz von 18,9%. Zwischen dem Verhaltensmuster AVEM Kategorie B und der Selbstwirksamkeitserwartung, konnte ein moderat negativ linearer Zusammenhang nachgewiesen werden. Eine hohe Ausprägung des Verhaltens- und Erlebens-muster AVEM Kategorie B korreliert somit mit einer reduzierten Selbstwirksamkeit. Ebenso korreliert eine hohe Selbstwirksamkeit zu Beginn der Therapie mit einer geringeren Zugehörigkeit zum Risikomuster AVEM Kat. B. Die Korrelation war nach Pearson statistisch signifikant (Tabelle B 11, Anhang), ($r = -.435$, $p = .005$ für $N = 41$). Die Höhe des Korrelationskoeffizienten r entspricht nach Cohen (1988) einem mittleren Effekt (Bühner & Ziegler, 2017, S. 637) mit 80% KI für r [.252, .588].

Die Analyse in Tabelle B 12 (Anhang) mittels Rangkorrelation nach Spearman bestätigt die Hypothese hinsichtlich einer deutlichen negativen Korrelation mit vorhandener statistischer Signifikanz, ($r_s = -.502$, $p = .001$). Die Effektstärke ist nach Cohen (1988) mit $r \geq .5$ als stark einzuordnen. Ergänzend wurde hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen AVEM Kategorie B und Selbstwirksamkeit auf den Einfluss „Dauer der Arbeitslosigkeit“ kontrolliert. In Tabelle B 13 (Anhang) zeigte sich in der Analyse Korrelation nullter Ordnung eine geringe positive Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und Arbeitslosigkeit ($r = .091$) und eine negative Korrelation zwischen AVEM Kat. B und Arbeitslosigkeit mit geringem Ausmaß ($r = .057$). Nach Durchführung partieller Korrelation unter Kontrolle („Herausrechnen“) der möglichen Störvariable „Dauer der Arbeitslosigkeit“ konnte der statistisch signifikante lineare Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und AVEM Bewältigungsmuster B repliziert werden, ($r_p = -.432$, $p = .005$ für $N = 41$).

In **Hypothese drei** wurde ein Zusammenhang zwischen gelungener Integration in Arbeit, vorliegender Erwerbstätigkeit ein Jahr nach Therapie, und bestehender Abstinenz untersucht. Abbildung 9 zeigt die gemeinsame Verteilung der Variablen unter listenweisem Ausschluss von insgesamt drei fehlenden Daten auf den Fragen zur Erwerbstätigkeit und Abstinenz in der 1- Jahreskatamnese.

Ergebnisse

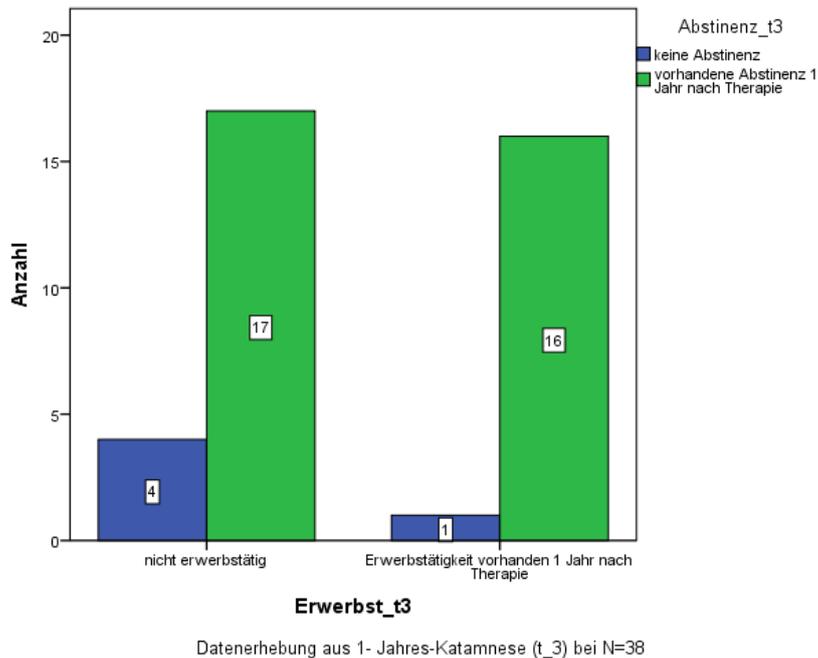


Abbildung 5. Absolute Verteilung Abstinenz und Erwerbstätigkeit zu t_3 .

Von den insgesamt 38 Stichprobenteilnehmern gaben 86,8% eine bestehende Abstinenz ein Jahr nach Therapieende an. Dabei lag eine nahezu gleiche prozentuale Verteilung der Abstinenz bezogen auf den Status der Erwerbstätigkeit zum Erfassungszeitpunkt t_3 vor. 17 Personen blieben trotz fehlender Erwerbstätigkeit abstinent. Der prozentuale Anteil der „nicht erwerbstätigen und rückfälligen“ Personen lag mit 19% höher als die Quote der „rückfälligen Erwerbstätigen“ mit 5,9% (Tabelle B 14, Anhang). Aufgrund der Unterschreitung der erwarteten Zelhäufigkeiten unter fünf, wurde der exakte Test nach Fischer für die Hypothesentestung verwendet (Tabelle B 15, Anhang). Es gab keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Abstinenz und erfolgreicher Erwerbstätigkeit, ($p = .355$, zweiseitig). Die Nullhypothese hinsichtlich Unabhängigkeit beider Variablen in der Grundgesamtheit wird somit beibehalten.

9 Diskussion

9.1 Interpretation der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Masterthesis war die Erforschung des Einflusses einer veränderter allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung im Verlauf einer stationären Entwöhnungsbehandlung auf die Integration in Arbeit ein Jahr nach Therapieende. Konzipiert als retrospektiv naturalistische Feldstudie wurden dazu Daten erwerbsloser Rehabilitanden der Fachklinik Oerrel mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung über einen Behandlungszeitraum von zwei Jahren ausgewertet.

Für die erste Hypothese konnte, wie erwartet, eine statistisch signifikante Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung mit moderater Effektstärke innerhalb der Therapiezeit bestätigt werden. Diese Veränderung hatte jedoch keinen statistisch signifikanten Einfluss auf eine erfolgreiche Integration in Arbeit. Damit konnte Hypothese eins nicht gestützt werden.

Zweidrittel der Stichprobe benannten zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung eine durchschnittlich hohe Selbstwirksamkeitserwartung, was angesichts anstehender individueller Herausforderungen, wie Bewältigung bestehender Arbeitslosigkeit, Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtproblematik und damit verbundener anderer Problemlagen, so nicht erwartet wurde. Spyra et al. (2015) ermittelten für die stationäre Alkoholentwöhnung ähnliche Mittelwerte bei der Eingangstestung SWE im Rahmen der RMK's. Eine mögliche Erklärung für die positive Bewertung der eigenen Selbstwirksamkeitserwartung könnte in der allgemeinen Formulierung der Items liegen, die sich nicht auf spezielle Lebensbereiche oder Situationen beziehen. Eine Person könnte somit eine hohe Kompetenzüberzeugung bezogen auf Bewältigung alltäglicher Probleme haben, sich aber überfordert mit Veränderung hinsichtlich abstinenter Lebensgestaltung erleben oder nur wenig Hoffnung für die berufliche Zukunft haben. Nach Schwarzer (1994) korreliert die Selbstwirksamkeitserwartung positiv mit Optimismus, Selbstwert, internaler Kontrolle oder Leistungsmotivation.

Ein wesentlicher Punkt innerhalb einer Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Menschen bildet die Auseinandersetzung mit internalen Kontrollüberzeugungen hinsichtlich des Konsumverhaltens, aber auch eine

Realitätsprüfung, der mit daraus resultierenden funktionalen Einschränkungen der Teilhabe und Aktivitäten aller Lebensbereiche.

Eine Herausforderung in der therapeutischen Arbeit besteht im ausbalancierten Vorgehen zwischen motivationaler Unterstützung der Rehabilitanden mit Stärkung vorhandener Ressourcen und der Bearbeitung von Vermeidungsstrategien, Ausblenden von bestehenden Schwierigkeiten und einer Überbetonung von Fähigkeiten, zum Beispiel einer überzogenen Selbstwirksamkeitserwartung, in Form einer Selbsttäuschung. Der therapeutische Nutzen des validen Skalierungsinstruments „Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ entwickelt sich somit durch den Diskurs der Selbstbeurteilung des Rehabilitanden und der Fremdeinschätzung des Therapeuten. Vor diesem Hintergrund könnte die Verschlechterung einer möglichen überhöhten Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie, bei insgesamt sechs Personen in dieser Studie, auch als Teiltherapieerfolg gewertet werden.

Eine bereits bestehende niedrige Selbstwirksamkeitserwartung könnte ebenso im Zusammenhang mit einem komorbiden Störungsbild, z.B. einer Depression, Ängstlichkeit oder Neurotizismus (Schwarzer, 1994) stehen. In der Masterstudie wurden keine weiteren beeinflussenden Faktoren explizit analysiert. Somit sind Aussagen über Gründe einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung bei Therapiebeginn nur eingeschränkt möglich.

Im Gegensatz zur Normierungsstichprobe (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2001) konnten in der eigenen Studie keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Abweichungen zwischen den Skalenwerten gefunden werden. Im Verlauf zeigte sich jedoch ein Unterschied hinsichtlich der Zuwachsrates an Selbstwirksamkeit. Es ist anzunehmen, dass Frauen stärker durch die Therapie hinsichtlich Steigerung ihrer Selbstwirksamkeit profitieren konnten. Bei Rehabilitanden mit einer niedrig ausgeprägten Selbstwirksamkeitserwartung konnten in der eigenen Studie deutliche Effekte nachgewiesen werden. In dieser Teilstichprobe (SWE cut-off ≤ 40) verbesserte sich die SWE bei 11 von 13 Rehabilitanden. Eden und Aviram (1993) kamen in ihrer Studie über Wirksamkeit eines Trainings von arbeitslosen Menschen zu einem ähnlichen Ergebnis.

Wie bereits eingangs beschrieben, stand eine Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb der stationären Entwöhnungsbehandlung in keinem Zusammenhang mit einer erfolgreichen Integration in Arbeit. Gründe für das deutliche Abweichen der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Forschungsstudien mit dieser Thematik könnten sowohl mit der unterschiedlichen Stichprobenzusammensetzung als auch mit der Methodik zusammenhängen.

Bei alkoholabhängigen Menschen, die sich in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung begeben, steht die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Suchterkrankung im Vordergrund. Die Entwicklung beruflicher Therapieziele, zur Besserung der Teilhabe, sind dabei ein wesentlicher Punkt in der Rehabilitation, bilden jedoch nicht zwingend eine Basis für die Entscheidung zur Entwöhnungsbehandlung. Ein Vergleich mit Ergebnissen, der unter Kapitel zwei benannten Studien, ist nur eingeschränkt möglich, da diese für ihre Stichproben arbeitslose Menschen teils ohne bekannte Suchtproblematik im Rahmen von Arbeitsförderungsprogrammen rekrutierten (Caplan et al., 1989; Vinokur et al., 1991; Van Ryn & Vinokur, 1992) und ein randomisiert-kontrolliertes Design verwandten. Die angeführten Trainings/ Treatments waren zudem thematisch fokussiert auf Reintegration auf dem Arbeitsmarkt und Modulation des „Arbeitssuchverhaltens“.

Greenfield (2009) konnte in ihren Studienergebnissen eine erklärte signifikante Varianz zwischen der generellen Selbstwirksamkeitserwartung (GES) und ein Verhalten, welches auf „aktive Jobsuche“ ausgerichtet war, ermitteln. Diese beschriebene Varianz innerhalb der Forschungsliteratur inspirierte zur Analyse möglicher Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) und der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.

In vorliegender Studie konnte ein deutlich negativer Zusammenhang zwischen dem risikobehafteten Verhaltens- und Erlebensmuster AVEM Kategorie B und der Selbstwirksamkeitserwartung mit mittlerer bzw. starker Effektstärke nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis bestätigte die in Hypothese zwei postulierte Annahme, dass Rehabilitanden mit einer resignativ-leidenden Haltung gegenüber Berufsanforderungen, eine eingeschränkte Veränderungsmotivation hinsichtlich ihrer beruflichen und privaten Lebenssituation aufweisen. Diese Haltung prägte sich auch durch eine gleichfalls reduzierte allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung aus. Dabei erwies sich die Dauer der Arbeits-

losigkeit als nicht bedeutend. Zu berücksichtigen ist dabei ein relativ geringes Maß gemeinsam erklärter Varianz von 18,9%, was die Aussagekraft des Modells einschränkt und auf weitere erklärende Faktoren schließen lässt.

In dem verhältnismäßig hohen Auftreten der Risikomuster A und B von insgesamt 64,9% bzw. 88,8% innerhalb der Stichprobe zeichnet sich die Bedeutung von erlebten Belastungen in Arbeitskontexten ab.

Im Vergleich zur Untersuchung von Schaarschmidt und Heitzmann (2004) lag die Ausprägung der AVEM Kategorie bei arbeitslosen Suchtrehabilitanden niedriger als bei Rehabilitanden mit psychosomatischen Störungsbild. Mit 34,6% lagen die Mittelwerte der eigenen Stichprobe über den Durchschnittswerten von Rehabilitanden der Indikationsbereiche Orthopädie, Herz- Kreislauf und Onkologie. Die Abhängigkeitserkrankung zählt zu den psychischen Erkrankungen und kann im Entwicklungsverlauf zu diversen Einschränkungen in allen Lebensbereichen mit Kumulation von Problemlagen führen (siehe Kapitel 3.2., Abb. 2, Abhängigkeitserkrankungen mit Bezug auf ICF).

Der Verlust des Arbeitsplatzes kann bei Menschen mit einer Suchtproblematik einerseits ausschlaggebend sein, sich Hilfe zu suchen, z.B. auch eine Entwöhnungsbehandlung in Erwägung zu ziehen, andererseits könnten sich durch eine Arbeitslosigkeit weitere psychische und soziale Probleme durch Wegfall gesundheitsstabilisierender Faktoren entwickeln (siehe Kapitel 4.1., „psychische Deprivation“ nach Jahoda, 1979, 1981, 1983). Nach Holleder (2011) leiden Personen mit einer hohen Arbeit- und Berufsorientierung stärker unter dem Verlust von Erwerbstätigkeit.

Innerhalb des AVEM-Screenings zeichnen sich Personen mit ausgeprägtem Risikomuster A und B durch hohe Werte in den Skalen 1-5 (Arbeitsengagement) gegenüber dem Referenzprofil aus. Zudem liegt das Durchschnittsalter der Stichprobe bei 48 Jahren, was sich als Vermittlungshemmnis für eine Reintegration in den Arbeitsmarkt darstellen könnte, insbesondere wenn der regionale Arbeitsmarkt nur begrenzt entsprechende Arbeitsplätze vorhält. In Abhängigkeit weiterer individueller Faktoren kann sich folglich eine verminderte Widerstandsfähigkeit bei beruflichen Belastungen (AVEM-Skalen 5-8) oder auch ein verstärktes resignatives Empfinden bei frustraner Arbeitsplatzsuche (negative Ausprägung der Skala 9 „Erfolgserleben im Beruf“) entwickeln.

Durch „Wegbrechen“ kompensierender Ressourcen, z.B. soziale Unterstützung und Beziehungen, infolge der Suchterkrankung mit möglicher Vernachlässigung sozialer Kontakte oder Beziehungsproblemen, kann ein dynamischen Prozess im Sinne eines „Teufelskreises“ (Küfner, 1981, zitiert nach Soyka und Küfner, 2008) in Gang gesetzt werden, der letztlich das subjektive Handlungs-Bewältigungserleben, die allgemeine Selbstwirksamkeit, reduziert.

Die Ergebnisse der eigenen Studie unterstreichen die Relevanz, arbeitsbezogene Themen, mit Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung als Basis für die Initiierung motivationaler Prozesse in Hinblick auf Verhaltensänderungen, innerhalb von BORA zu berücksichtigen. Die Analysen im Rahmen der Studie beschränkten sich jedoch auf Berechnungen der relativen Zugehörigkeit zu den vier Bewältigungstypen/Kategorien bzw. einem Vergleich der Mittelwerte. Da keine Auswertung der Subskalen/Dimensionen erfolgte, können differenziertere Aussagen über individuelle Abweichungen vom Referenzprofil nicht berücksichtigt werden. Im Rahmen klinischer Testung wurde diese jedoch für jeden Rehabilitanden durchgeführt und bildet eine Grundlage hinsichtlich der Zielsetzung in der individuellen Therapieplanung, Planung von geeigneten Interventionen und schafft Kriterien für die klinische Beobachtung in den Bereichen Ergo- und Arbeitstherapie.

Ziel einer Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Menschen ist neben der Initiierung eines Abstinenzentwicklungsprozesses auch die Verbesserung der beruflichen Reintegrationschancen. Zur Darstellung des Behandlungserfolgs werden ein Jahr nach Therapieende Katamnesedaten u.a. hinsichtlich Erwerbsstatus und Abstinenz ausgewertet.

In Hypothese drei wurde ein positiver Zusammenhang zwischen bestehender Abstinenz und einer erfolgreichen Integration in den Arbeitsmarkt zum Katamnesezeitpunkt postuliert. Ein Zusammenhang konnte in dieser Studie nicht signifikant bestätigt werden. Mehr als dreiviertel der Stichprobe konnte ihre Abstinenz erhalten oder wiedergewinnen, was als guter Therapieerfolg gewertet werden kann. Dagegen gelang nur für die Hälfte der Stichprobe eine Integration innerhalb eines Jahres in den Arbeitsmarkt. Diese Ergebnisse stützen die These von Henkel (2011), dass eine Wiederbeschäftigung der meisten Arbeitslosen nach Abschluss der Suchtbehandlung nicht gelingt und eine Überwindung der

Sucht, mit Gestaltung eines abstinenter Lebens, keine nachhaltige Garantie für eine Integration in Arbeit bietet. In Schlussfolgerung der Signifikanzprüfung wurde die Nullhypothese, Unabhängigkeit der Variablen „Abstinenz“ und „Erwerbstätigkeit“, zwar beibehalten, doch zeigte sich in der Datenanalyse eine dreifach höhere Rückfallquote bei den Nichterwerbstätigen. Dieses Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen des ARA- Forschungsprojekts (Henkel, Zemlin & Dornbusch, 2008).

Im Vergleich zu anderen stationären Suchthilfeeinrichtungen, kann die Fachklinik Oerrel auf eine etwas günstigere Ausgangssituation in Bezug auf Anteil arbeitsloser Rehabilitanden blicken. Die Quote lag mit 42,9% (BORA 3 und 4) in den Behandlungsjahren 2016 und 2017 unterhalb des Durchschnittswertes anderer Kliniken (47,2%; Erhebung von Künzel, Specht, Thaller & Braun, 2017). Innerhalb der Stichprobe war der Anteil von Rehabilitanden mit einer maximalen Dauer der Arbeitslosigkeit von einem Jahr verhältnismäßig hoch. Wie bereits in der Diskussion zur Hypothese zwei ausgeführt, hatte die Dauer der Arbeitslosigkeit keinen störenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen resignativem Erleben und Verhalten in Arbeitskontexten und einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung. Hieraus könnte sich eine Frage ableiten, worin individuelle Barrieren bestehen, die innerhalb einer BORA fundierten Therapiegestaltung zu klären anstehen.

Holleder und Voigtländer (2016) hatten für Menschen mit chronisch gesundheitlichen Einschränkungen, gemäß der Selektionsthese, eine schlechtere Chance der Reintegration in den Arbeitsmarkt konstatiert. Der Gesundheitszustand des Vorjahres sei prognostisch aussagekräftig hinsichtlich einer subjektiven Verschlechterung desselben. Ein Hinweis auf den stabilisierenden Effekt durch eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt könnte die ermittelte Quote, der zum Katamnesezeitpunkt erfolgreich in Arbeit integrierten abstinenter Personen, bieten. Diese lag in der Stichprobenerhebung deutlich über der Quote der überregionalen FVS-Katamneseauswertung 2016 (Bachmeier et al., 2019). Einschränkend bleibt zu vermerken, dass bei Vermittlung in Beschäftigungsverhältnisse mit schlechter Arbeitsqualität und Perspektive keine gesundheitliche Verbesserung eintrete (Holleder & Voigtländer, 2016).

Betrachtet man explizit die regionale Arbeitsmarktsituation im Einzugsbereich der Fachklinik Oerrel (siehe Kapitel 4, Arbeitslosenquote Ländervergleich für 2018, [Bundesagentur für Arbeit Statistik, 2019]) besteht die Gefahr, dass sich Rehabilitanden, die in Regionen mit erhöhter Arbeitslosigkeit leben, häufiger gezwungen sehen, Arbeitsstellen annehmen, die gesundheitlich nicht angemessen sind und dafür eine höhere Mobilitätsbereitschaft vorausgesetzt wird.

9.2 Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie weist trotz sorgfältiger Planung neben einiger Stärken auch Schwächen auf, welche eine Interpretation und Generalisierbarkeit der Ergebnisse erschweren. Aufgrund des Forschungsansatzes in einer stationären Suchtrehabilitationsklinik, auf der Basis einer konzeptionell verankerten regulären, therapeutischen Behandlung, konnte keine Stichprobenkonstruktion im Sinne einer randomisiert- kontrollierten Studie (RCT) realisiert werden. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Allgemeinheit ist somit stark eingeschränkt.

Als eine Stärke der Untersuchung, ist die Durchführung innerhalb einer Suchtklinik mit einem naturalistischen Studiendesign zu sehen. Dadurch konnte die Forschungsfrage praxisnah mit Fokus auf das Tätigkeitsfeld der Autorin analysiert werden. Die retrospektive Analyse mit Verwendung bereits vorhandener Rehabilitandendaten schließen eine direkte oder indirekte Beeinflussung der Datenerhebung durch Ziele späterer Nutzung weitgehend aus. Für die Bearbeitung der Forschungsfrage wurde in Hypothese eins eine Längsschnitterhebung zu drei Messzeitpunkten (t_1 : Beginn der Behandlung, t_2 : Ende der Behandlung, t_3 : nach einem Jahr/follow-up) gewählt. Während sich der prä-post-Vergleich (t_1 und t_2) unproblematisch gestaltete, führte ein zu optimistisch eingeschätzter Rücklauf der Katamnesedaten zu starken Einschränkungen. Eine methodisch geplante binär logistische Regressionsanalyse konnte aufgrund der geringen Datenmenge nicht realisiert werden. Zur Prüfung eines Zusammenhangs zwischen der abhängigen Variablen „Erwerbstätigkeit nach einem Jahr“ und mehreren unabhängigen Variablen erscheint eine Regressionsanalyse geeigneter, um so eine Aussage über die Gewichtung einzelner Residuen als Prädiktoren machen zu können.

Für die Erhebung der „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ und „Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster“ wurden Selbstbeurteilungsmaße verwendet. Beide Testinstrumente weisen eine ausreichende interne Konsistenz auf. Um eine verbesserte Aussagekraft der Ergebnisse erreichen zu können und um mögliche Verzerrungen (Zustimmungstendenz, Selbsttäuschung, Meinungslosigkeit) aufzudecken, ist eine Fremdbeurteilung durch beispielsweise den Therapeuten einzubeziehen. Bei der Testung der Selbstwirksamkeitserwartung empfiehlt sich, in der Auswertung jeweils bestehende psychische Begleit- und Folgeerkrankungen, wie Depression und Ängsten, als weitere Variablen zu berücksichtigen.

Bei der Verwendung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Schwarzer & Jerusalem, 1999) ist kritisch anzumerken, dass die Items keinen direkten Rückschluss auf eine eher bereichsspezifische Selbstwirksamkeitserwartung für berufliche Kontexte oder auch „Arbeitssuchverhalten“ zulassen. Der im inhaltlichen Teil der Diskussion vorgenommene Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit den Ergebnissen bestehender Forschungsliteratur ist insofern unter Vorbehalt zu betrachten. Einige Studien aus anglo-amerikanischen Ländern setzten Testinstrumente für SWE ein, die teilweise abweichende Items zum Skaleninstrument nach Schwarzer und Jerusalem (1999) aufweisen. Sherer et al. (1982) und Greenfield (2009) nutzten für ihre Studien die auf 14 Items basierende Skala für generelle Selbstwirksamkeitserwartung (GSE). Greenfield (2009) ergänzte diese mit einem mit dem spezifischeren Testverfahren, JSES (job search self-efficacy scale nach Vinokur & Schul, 1997).

Bei nachfolgenden Studien erscheint es sinnvoll, weitere Prä-Post-Analysen für alle AVEM-Kategorien mit zwei Messzeitpunkten (t_1 und t_2) und zeitgleicher Testung der SWE durchzuführen. Über mögliche Veränderung der AVEM-Bewältigungsmuster innerhalb der Subskalen und Profilwechsel könnten so Rückschlüsse auf Interventionseffekte hinsichtlich arbeitsbezogener Kognitionen abgeleitet werden. Diese Veränderungen könnten im Zusammenhang mit Aussagen über die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung genauer analysiert werden. Interessant könnte auch ein Kontrollgruppendesign (Rehabilitanden aus BORA 1 und BORA 2) sein, um mögliche Unterschiede bei Testung der allgemeinen SWE im Vergleich erwerbstätige und nicht-erwerbstätige

Rehabilitanden untersuchen zu können. Abschließend bleibt noch anzumerken, dass bei der Stichprobenentwicklung, mit selektivem Einschlusskriterium „erfolgte Rückantwort in Katamnesebefragung“, ein mögliches Nonresponder-Bias die Daten hinsichtlich „Abstinenz“ und „Erwerbstätigkeit“ dahingehend verzerrt darstellen. Hieraus kann die Notwendigkeit abgeleitet werden, das Katamnese-Management innerhalb der Fachklinik Oerrel hinsichtlich Verbesserung der Responder-Quote, z.B. durch Aufklärung der Rehabilitanden über Sinn und Zweck der Katamnesebefragung ein Jahr nach Therapieende sowie durch kontinuierliche Durchführung einer telefonische Nachbefragung, zu modifizieren.

9.3 Fazit

Das Erleben von Selbstwirksamkeit trägt wesentlich zur Verhaltensänderung im Hinblick gesetzter Ziele bei. In der vorliegenden Untersuchung zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung und der beruflichen Integration nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Trotzdem ermutigen die Resultate dieser Studie, die Selbstwirksamkeitserwartung, innerhalb der stationären Entwöhnungsbehandlung, gezielter innerhalb von Therapiemodulen zu fördernd.

Mit Blick auf die grundlegende Theorie Banduras (siehe Kapitel 2) und Forschungsstudien zur Selbstwirksamkeit, kann diese am stärksten durch eigene Kompetenzerfahrungen positiv beeinflusst werden.

Bei der gemeinsamen Vereinbarung arbeitsbezogener Behandlungsziele mit dem Rehabilitanden, ist es sinnvoll, deren Handlungs-Ergebnis-Erwartungen hinsichtlich der Zielsetzung zu eruieren. Bei Rehabilitanden mit risikobehafteten Verhaltens- und Erlebensmustern und einer resignativen Auffassung im Hinblick auf die Problembewältigung von Arbeitslosigkeit, könnte zunächst, über konkrete Erfahrungen im Therapiealltag, eine veränderte Einstellung initiiert werden. So bestehen Möglichkeiten, z.B. durch Übernahme von Diensten in der Rehabilitandenschaft, begleiteten Kontakten bei Behördenangelegenheiten sowie praktischen Erfahrungen in der Arbeitstherapie und Bewerbungstraining, neue positive Erfahrungen zu sammeln, die eine Einstellungsänderung generieren, dass bisher angenommene Handlungsüberzeugungen mit negativen Konsequenzen revidierbar seien.

Veränderte Kognitionen bezüglich bestimmter Situationen und Ziele könnten einen Einfluss auf Bewältigungschancen von Barrieren haben und den Raum bieten, bestehende Ressourcen neu zu erfahren.

Das Ausprobieren neuer Handlungsweisen, initiiert auch über Lernen an „Modellpersonen“, bewirkt Reaktionen der sozialen und physikalischen Umwelt und produziert somit Veränderungen der Handlungs-Ergebnis-Erwartungen. Das Erleben körperlicher und emotionaler Reaktionen auf Stress kann in ergänzenden indikativen Gruppen psychoedukativ bearbeitet werden, um so alternative Strategien zur Gefühlsregulation und Umstrukturierungen im Alltag (Tagesstruktur mit Pausen und Freizeitgestaltung) schon in der Entwöhnungsbehandlung einzuüben. Erlebter Zuspruch, innerhalb der Solidargemeinschaft und in der therapeutischen Beziehung zum Rehabilitanden, trägt ebenfalls zur Entwicklung von Selbstwirksamkeit bei.

In Bezug auf eine Evaluation von Veränderungsprozessen bietet sich im therapeutischen Setting eine regelmäßige Zwischenzielanalyse an, um die Planung der Therapieabschnitte individuell anzupassen, auf Probleme frühzeitig reagieren zu können und alternative Handlungsstrategien mit dem Rehabilitanden zu erarbeiten. Als wichtiger Punkt sei dabei an die Förderung von Eigenverantwortung, als eine motivationsförderliche Grundbedingung innerhalb des Selbstmanagement-Konzepts (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006), erinnert. Im Hinblick auf das BORA-Konzept der Fachklinik Oerrel könnten Erkenntnisse zur Selbstwirksamkeitserwartung und benannte methodische Aspekte zur Weiterentwicklung bestehender Therapiemodule verwendet werden.

Innerhalb der stationären Entwöhnungsbehandlung besteht die Möglichkeit, über eine beruflich orientierte Therapieausrichtung, Verhaltensänderungen und psychosoziale Unterstützung bei der Bewältigung von Arbeitslosigkeit zu initiieren. Jedoch ergeben sich Beschränkungen hinsichtlich der Einflussnahme auf die Chancenstruktur von arbeitslosen Suchtkranken auf arbeitsmarktpolitischer Ebene. Um auf das Eingangszitat von Grawe (2000) zurückzukommen, bedarf es auch „vorhandener Möglichkeiten“ für eine Integration in Arbeit auf gesellschaftspolitischer Ebene und einem Zusammenwirken aller beteiligter Institutionen, um Menschen mit einer Alkoholproblematik früh genug zu „erreichen“.

10 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (APA) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen-DSM-5*. (deutsche Ausgabe herausgegeben von Falkai, P. & Wittchen, H.- U., mit herausgegeben Döpfner, M. et al.). Göttingen: Hogrefe
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.). (2015). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“* (AWMF-Register, Nr.076-001). Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001I_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-04.pdf
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Herder, F., Kemmann, D., Kersting, A., Kreutler, A., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Premper, V., Regenbrecht, G., Schneider, B., Strie, M., Teigeler, H., Weissinger, V. (2017). Teilband 1, Basisdokumentation 2016 – Fachkliniken für Alkohol-, und Medikamentenabhängigkeit. *Sucht Aktuell, Basisdokumentation*, S. 6-32.
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, W., Kemmann, D., Kersting, S., Medenwaldt, J., Missel, P., Neumann, E., Premper, V., Sagel, A., Teigeler, H., Weissinger, V. (2019). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation- FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell 1*, S. 34-50
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84 (2): pp. 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Berheim, S., Oschmianski, F., Sell, St.. *Wie wird Arbeitslosigkeit gemessen?* (Stand: 31.01.2014). Verfügbar über: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/54909/arbeitslosigkeit-messen?p=all>. Zugriff zuletzt am 24.10.2019
- Bestmann, A., Büschges, J., Köhler, J. (2017). „Return to Work“ bei Abhängigkeitserkrankungen nach medizinischer Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. *Sucht Aktuell 2*, S. 26-33
- Bonß, W. (2018). Arbeitslosigkeit. In: Böhle, F., Voß, G.G., Wachtler, G. (Hrsg.) *Handbuch Arbeitssoziologie* (Band 2: Akteure und Institutionen, 2. Auflage, S. 397-422). Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21704-4_13
- Bortz, J., Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer
- Bühner, M., Ziegler, M. (2017). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (2. aktualisierte und erweiterte Auflage). Hallbergmoos: Pearson

- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2019a). *Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt - Arbeitsmarktsituation von langzeitarbeitslosen Menschen*. Nürnberg, Stand Mai 2019. Verfügbar über: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Personengruppen/generische-Publikationen/Langzeitarbeitslosigkeit.pdf>. Letzter Zugriff am 2.11.2019
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2019b). *Statistische Analysen*. Nürnberg, Stand September 2019. Verfügbar über: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistische-Analysen/Analyse-in-Grafiken/TOP-Grafiken/TOP-Grafiken-Nav.html>. Letzter Zugriff am 3.11.2019
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.). (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen*. Schriftenreihe der BAR, Heft 12. Frankfurt am Main: BAR. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung unter gemeinsamer Herausgabe (2018). *Drogen- und Suchtbericht 2018*. Berlin
- Caplan, R. D., Vinokur, AD, Price, R. H., & van Ryn, M. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74, pp. 759-769. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.74.5.759>
- Cibis, W., Thielgen, G. (2018). Konzeptionelle Grundlagen der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.). *Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe*. (S. 359-374). Berlin: Springer
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., Braun, B. (2018). *Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik DSHS*. München: IFT Verfügbar unter: <https://www.ift.de/de/forschung/themen/themen-detailseite/lm/suchthilfe-in-deutschland-2017-jahresbericht-der-deutschen-suchthilfestatistik-dshs.html>
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2013). *Vereinbarung „Abhängigkeits-erkrankungen“ vom 4. Mai 2001* (2. Auflage). Berlin. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf
- Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2014). *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014*. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?_blob=publicationFile&v=3

- Deutsche Rentenversicherung (2016). *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit*. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehatherapiestandards/Alkohol/rts_alkohol_download.pdf?_blob=publicationFile&v=18
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage). Bern: Hans Huber
- Eden, D., Aviram, A. (1993). Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology*, 78 (3), pp. 352-360. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.3.352>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. G*POWER 3.1.9.2. (Shareware). Verfügbar unter: <http://gpower.hhu.de/>
- Feuerlein, W. (1999). *Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung, Therapie* (3. neubearbeitete Auflage). München: Beck
- Föhres F., Kleffmann A., Weinmann S. unter Herausgabe BMGS (2003). *Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)*, (5. Auflage). Siegen: Miro
- Friedrich, I., Horst, G. (2017). *Rehabilitationskonzept der Fachklinik Oerrel mit integriertem BORA-Ergänzungskonzept*.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2018). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Rehabilitations-Richtlinie*. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1630/RL-Reha_2018-05-17_iK-2018-08-04.pdf
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L., Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *Sucht* 62, S. 271-281. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000445>
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (2. korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe
- Greenfield, B. M. (2009). *The relationship of general self-efficacy and job search self-efficacy with job search behaviors and employment for individuals with substance use disorders*. (Doctoral dissertation, New York University), (Order No. 3361969). (304957462). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/304957462?accountid=16348>
- Haisch, J. (2002). Motivierung von Patienten. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. (S. 370-373). Göttingen: Hogrefe

- Henkel, D. (2008). Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 10-69). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, (4) 1: pp. 4-27. <https://doi.org/10.2174/1874473711104010004>
- Henkel, D. (2016). Ein Überblick über empirische Daten zur Prävalenz des Substanzkonsums, des problematischen Glückspiels und suchtförmiger Essstörungen bei Hartz-IV- Beziehenden. *Suchttherapie 2016* (17), S. 106-114. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109384>.
- Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.) (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt)-Teil 1: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. *Sucht aktuell* 2. Verfügbar unter: https://www.sucht.de/tl_files/pdf/henkel_ara1_2003.pdf
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2004a). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt)-Teil 2: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. *Sucht aktuell* 1. Verfügbar unter: https://www.sucht.de/tl_files/pdf/henkel_ara2_2004.pdf
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2004b). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt)-Teil 3: Abstinenz und Rückfall in der 12-Monatskatamnese, Veränderungen im Katamneseverlauf, Unterschiede zwischen Rückfälligen und Abstinente in der Aufnahme-, Entlass- und Katamnese diagnostik sowie zwischen Erst- und Wiederbehandelten. *Sucht aktuell* 2. Verfügbar unter: https://www.sucht.de/tl_files/pdf/henkel_ara3_2004.pdf
- Henkel, D., Zemlin, U., Dornbusch, P. (2008). Arbeitslosigkeit und Sucht-rehabilitation: Hauptergebnisse des ARA- Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis* (S. 214- 241). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Hollederer, A. (2011). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Hollederer, A., Voigtländer, S. (2016). Die Gesundheit von Arbeitslosen und die Effekte auf die Arbeitsmarktintegration. Ergebnisse im Panel Arbeitsmarkt und soziale Sicherung (PASS), Erhebungswellen 3 bis 7 (2008/09–2013). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016, 59 (5). S. 652-661. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2341-8>

- Jerusalem, M., Schwarzer, R. (2002). SWE. Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In: Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1)*, (S. 362-363). Göttingen: Hogrefe
- John, U., Hanke, M. (2018). Trends des Tabak- und Alkoholkonsums über 65 Jahre in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 80, S. 160-171 [https://doi.org/ 10.1055/s-0043-110854](https://doi.org/10.1055/s-0043-110854)
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagementtherapie* (4. Auflage). Heidelberg: Springer
- Kipke, I., Brand, H., Geiger, B., Pfeiffer-Gerschel, T. & Braun, B. (2015). Arbeitslosigkeit und Sucht- Epidemiologische und soziodemographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2007-2011. *SUCHT* 61 (2), S. 81-93. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000355>
- Kraus, L., Piontek, D., Atzendorf, J., Gomes de Matos, E. (2016). Zeitliche Entwicklungen im Substanzkonsum in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Ein Rückblick auf zwei Dekaden. *SUCHT*, 62 (5), S. 283-294. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000446>
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Rehm, J. (2014). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie* 2015; 16, S. 18-26. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1376999>
- Kroll, LE., Müters, St., Lampert T. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2016, 59, S. 228-237. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2282-7>
- Künzel, J., Specht, S., Thaller, R., Braun, B. (2017). *Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen der Suchthilfe mit unterschiedlichem Erwerbsstatus vor und nach der Behandlung. Kurzbericht NR.2/2017-Deutsche Suchthilfestatistik 2016*. München: IFT. Verfügbar unter: [https:// www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Kurzberichte/DSHS_Kurzbericht_2017_2_Erwerbsstatus.pdf](https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Kurzberichte/DSHS_Kurzbericht_2017_2_Erwerbsstatus.pdf)
- Labonté-Roset, Ch., Hoefert, H.W., Cornel, H. (Hrsg.) (2010). *Hard to reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit* (Band 9 in Praxis, Theorie, Innovation). Berlin: Schibri
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Verfügbar unter: <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Dettelbach: Psychometrica. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17823.92329>
- Lindenmeyer, J. (2005). Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX- Anspruch und Wirklichkeit. In: FVS (Hrsg.). *Perspektiven für Suchtkranke- Teilhabe fördern fordern sichern* (Schriftenreihe des FVS, Band 28, S. 45-60). Geesthacht: Neuland

- Lindenmeyer, J. (2016). *Alkoholabhängigkeit* (3. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, CR. & Kinicki AJ. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90 (1), pp. 53-76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Miller, W.R.; Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Möllmann, C., Spyra, K. (2009). Ergebnisse zur assessmentbasierten Ableitung von Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs) in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. *Suchttherapie* (10), S.741. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1240388>.
- Mohr, G. (2002). Erwerbslosigkeit. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. (S. 102-105). Göttingen: Hogrefe
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Recorded alcohol consumption among adults, 2000 and 2015 (or nearest year)*. Paris:OECD Publishing. https://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-graph33-en
- Papst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E.G. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *SUCHT* 59 (6), S. 321-331. <http://doi.org/10.1024/0939-5911.a000275>
- Paul, Kl., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74 (3), pp.264-282. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Reinecker, H. (2018). Selbstmanagement. In: Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1, 4. überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 527-540). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54911-7_37
- Rummel, Chr., Lehner, B., Kepp, J. (2018). Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Sucht (DHS). (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2018*. (S. 9-33). Lengerich: Papst Science Publishers
- Sartorius, W. (2012). Die „Instrumentenreform“ 2012: Das Ende der Integration- oder ein neuer Anfang? In: Gillich, S., Keicher, R. (Hrsg.). *Bürger oder Bettler. Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnot im Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung* (S. 249-259). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94200-1_20

- Schaarschmidt, U. (2006). AVEM - ein persönlichkeitsdiagnostisches Instrument für die berufsbezogene Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg.). *Psychologische Diagnostik - Weichenstellung für den Reha-Verlauf* (S. 59-82). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag. Verfügbar unter: http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/Schaarschmidt180407_AVEM.pdf
- Schaarschmidt, U., Fischer, A.W. (2008). *AVEM- Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe/Testzentrale
- Schaarschmidt, U., Heitzmann, B. (2004). *Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens unter dem Rehabilitationsaspekt*. Verfügbar unter: <http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/rehaDoc.pdf?rehaid=BA46AA8D91495DD5C1256E970039715C>
- Schaller, K., Kahnert, S., Mons, U. unter Herausgabe Deutsches Krebsforschungszentrum (2017). *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Lengerich: Pabst Science Publishers. Verfügbar unter: http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf
- Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (2001). *Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung*. Verfügbar unter: http://userpage.fu-berlin.de/~health/swe_norm.pdf
- Seitz, H.K., Bühringer, G., Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht 2008* (S. 205-209). Geesthacht: Neuland
- Shelton, SH. (1990). Developing the construct of General Self-efficacy. *Psychological Reports*, 66, pp. 987-994. <https://doi.org/10.1177/003329419006600301>
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R.W. (1982). The Self- efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, pp. 663-671.
- Schuntermann, M.F. (2011). Die Bedeutung der ICF für das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem. *Suchttherapie* (12), S. 8-13. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1269872>
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), S. 105-123.
- Schwarzer, R. (2004). Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit*. Verfügbar unter: http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit.

- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M. (Hrsg.), Hopf, Dieter (Hrsg.): *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstituten. Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 44, S. 28-53.* Weinheim: Beltz.
- Schwoon, D. R. (2000). Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: Psychologische Aspekte. In: Thomasius, R. (Hrsg.). *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S. 147-160). Stuttgart: Thieme
- Soyka, M., Kufner, H. begründet von W. Feuerlein unter Mitarbeit Dittmann, V. und Haller, R. (2008). *Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie* (6. vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Thieme
- Spyra, K., Egener, U., Fahrenkrog, S., Ammelburg, N., Köhn, S., Lindenmeyer, J., Missel, P. (2015). RMK-Modell in der Anwendung. Verfügbar unter: https://www.sucht.de/tl_files/pdf/veranstaltungen/28_Heidelberger_Kongress/Beitraege/2015_F4_Spyra.pdf
- Stähler, T., Schian, M. (2018). Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.). *Rehabilitation. Vom Antrag bis zur Nachsorge- für Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe.* (S. 375- 408). Berlin: Springer
- Statistisches Bundesamt (2019). *Erwerbslose in Deutschland.* Stand 30.10.2019. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1587277025154&acceptcookies=false>. Letzter Zugriff am 03.11.2019
- Van Ryn, M., Vinokur, AD (1992). How did it work? An examination of the mechanisms through which an intervention for the unemployed promoted job-search behavior. *American Journal of Community Psychology, 20* (5), pp. 577-597. <https://doi.org/10.1007/BF00941773>
- Vinokur, A. D., Van Ryn, M., Gramlich, E. M., & Price, R. H. (1991). Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the Jobs Program: A preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology, 76*(2), pp. 213-219. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.76.2.213>
- Wagner, A., Henke, J., Henkel, D., Gabler, A., Nägele, B., Pagels, N., Projekt im Auftrag von BMG und BMAS (2017). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II- Abschlussbericht. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_SGB_II_Sucht.pdf
- Weber, H. (2002). Ressourcen. In: Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch.* (S.466-469). Göttingen: Hogrefe
- Wolf, D., Schlotz, W. & Schütz, A. (2017). TBS-TK Rezension: „Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM)“. *Psychologische Rundschau, 68*, S. 162-164. Verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1026/0033-3042/a000352>

World Health Organization (WHO) (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005*. Unter Herausgabe der deutschen Fassung durch Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-a92-a99.htm>

World Health Organization (WHO) (2012). *Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012-2020)*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/148068/RC61_wd13G_Alcohol_111374_ver2012.pdf?ua=1

Sonstige Quellen

Leichert, R. (2015). BORA 2015. Haus Niedersachsen gGmbH, Fachklinik Oerrel Stand 2015. Oerrel

Haus Niedersachsen, Fachklinik Oerrel (2017). Qualitätsbericht Haus Niedersachsen gGmbH, Fachklinik Oerrel für das Jahr 2016. Erstellt am 02.04.2017

11 Anhang

Verzeichnis:

Anhang A Ergänzende Tabelle theoretischer Teil

Anhang B Tabellen und Abbildungen, Statistik empirischer Teil

Anhang C Eidesstattliche Erklärung

Anhang A: Ergänzende Tabelle zum theoretischen Teil

Tabelle A 1

Übersicht BORA Angebote Fachklinik Oerrel

	Rehabilitanden mit Arbeitsplatz		Rehabilitanden ohne Arbeitsplatz		Nicht- Erwerbstätige
	BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
Basisdiagnostik	X	X	X	X	X
EFL Testung	(X)	(X)	(X)	X	X
Sozialberatung	X	X	X	X	X
Rehafachberatung	(X)	(X)	X	X	X
Stufenweise Wiedereingliederung	X	X			
Arbeitsplatzseminar/ Arbeitgebergespräch	X	X	(X)		
Indikatives Gruppenangebot	X	X	X	X	X
Bewerbungstraining		(X)	(X)	X	X
Arbeitstherapie (AT), Belastungserprobung intern	X	X	X	X	X
Externes Praktikum		(X)	(X)	(X)	(X)

Anmerkung. X= Pflichtangebot, (X) = nach Bedarf/Indikation

Zuordnung erfolgt gemäß ETM 5a und 5b (arbeitsbezogene Leistungen), ETM 12 (Ergotherapie), ETM 13a und 13b (Klinische Sozialarbeit) und ETM 3 (Förderung sozialer Kompetenz, indikative Gruppen). **Quelle: Leichert, R. (2015). BORA Konzept 2015. (mit eigenen Ergänzungen)**

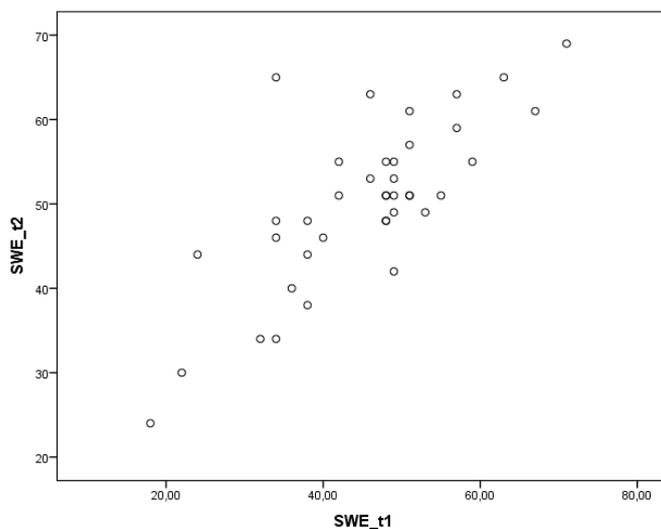
Anhang B: Tabellen und Abbildungen, Statistik empirischer Teil

Tabelle B 1

Sozialdemografische Daten der Stichprobenteilnehmer (N=41)

		Arithmetischer Mittelwert (M)	Standardabweichung (SD)	Min - Max
Alter (Jahre)	Männlich (m)	48,21	8,91	
	Weiblich (w)	48,43	7,50	
	Gesamt	48,24	8,60	27- 62
		Häufigkeit (n)	Prozent (%)	
Geschlecht	Männlich	34	82,9	
	Gesamt	41	100,0	
Familienstatus	ledig	17	41,5	
	verheiratet	8	19,5	
	geschieden/ getrennt lebend	15	36,6	
	Gesamt	41	100,0	
Bildungsab- schluss	Ohne Abschluss	3	7,3	
	Hauptschule	19	46,3	
	Realschule/ POS	17	41,5	
	Abitur	1	2,4	
	Hochschulab- schlusss/Uni	1	2,4	
	Gesamt	41	100,0	
Berufsaus- bildung	abgeschlossen	32	78,0	
	Keine Berufsausb.	9	22,0	
	Gesamt	41	100,0	

Anhang



Anmerkung. t1Testung Therapiebeginn, t2 Abschlusstestung

Abbildung B 1. Streudiagramm: Darstellung Zusammenhang zwischen SWE t1 und t2

Tabelle B 2

Häufigkeiten: SWE Eingangstestung (t1) getrennt nach cut-off (Filter)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Not Selected ^a	27	65,9	65,9	65,9
	Selected ^b	14	34,1	34,1	100,0
	Gesamt	41	100,0	100,0	

a. $SWE > 40$,

b. $SWE \leq 40$

Tabelle B 3

Verteilung SWE (t1-t2) nach Geschlecht

	SWE_t1 M/SD/Median	SWE_t2 M/SD/Median
Männlich (n=34)	45,50 / 11,78 / 48	49,16 / 9,99 / 51'
Weiblich (n=7)	44,14 / 10,02 / 46	55 / 7,85 / 53

Anmerkung. arithmetischer Mittelwert (M), Standardabweichung (SD).

. * beziehen sich auf n=32. KI der Mittelwerte 95%

Anhang

**Diagramme zur Prüfung SWE und AVEM (Kategorie B)
auf Normalverteilung:**

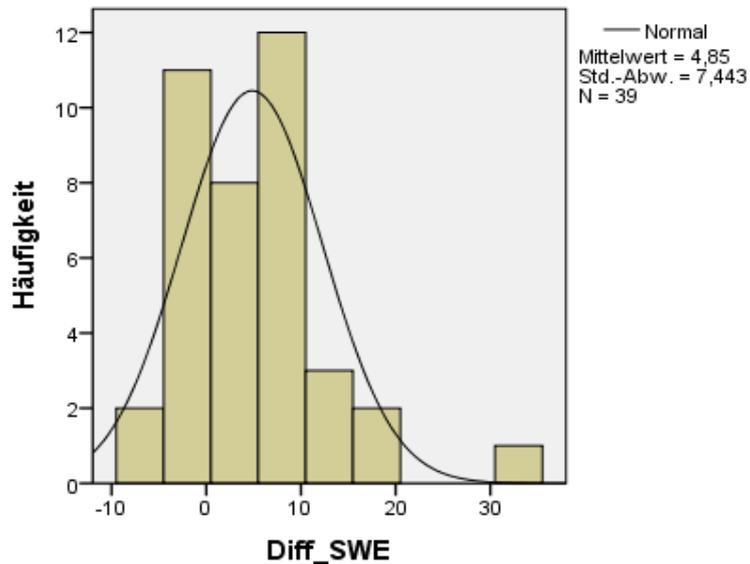


Abbildung B 2. Histogramm Messwertdifferenzen SWE (t2-t1)

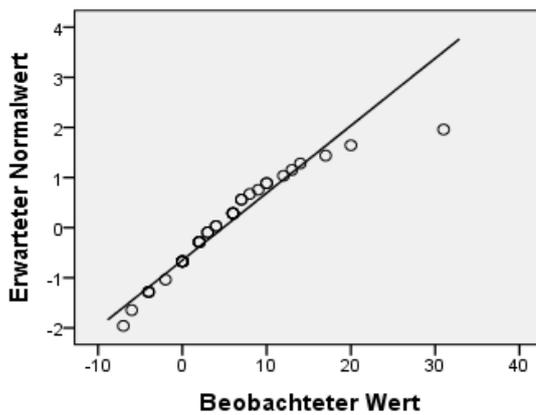


Abbildung B 3. Q-Q-Diagramm diff_SWE, N=39

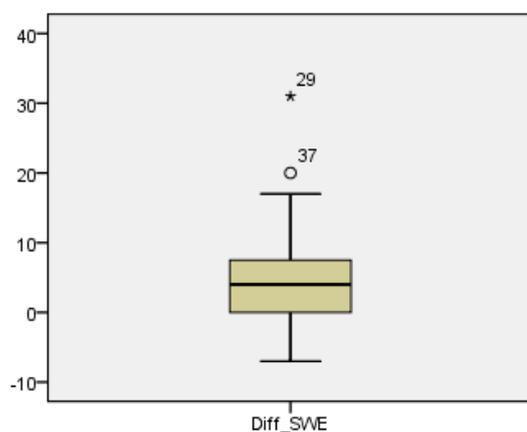
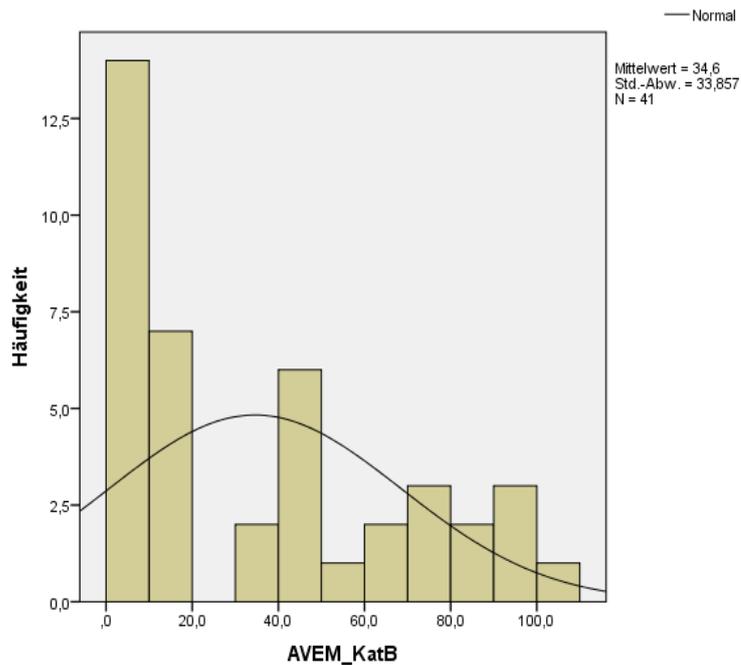


Abbildung B 4. Boxplot-Messwertdifferenz (SWE t2-t1), N=39

Anhang



Anmerkung. Schiefe ,631/ Kurtosis -1,053, Median 19,7

Abbildung B 5. Histogramm AVEM Kategorie B

Tabelle B 4

Tests auf Normalverteilung: SWE und AVEM

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
SWE_t1	,155	39	.019	,971	39	.410
SWE_t2	,129	39	.100	,968	39	.335
Diff_SWE	,131	39	.091	,918	39	.008
AVEM_B	,186	41	.001	,863	41	.000

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Statistik, Berechnungen Hypothese 1

Tabelle B 5

Deskriptive Statistik verbundene Stichproben (SWE t1 und t2)

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren 1	SWE_t2	50,21	39	9,817	1,572
	SWE_t1	45,36	39	11,495	1,841

Anhang

Tabelle B 6
Korrelation bei verbundenen Stichproben SWE t1 und t2

	N	Korrelation	Signifikanz
Paaren 1 SWE_t1 & SWE_t2	39	,767	,000

Tabelle B 7
t-Test verbundene Stichproben SWE t1 und t2

		Paaren 1
		SWE_t2 - SWE_t1
Gepaarte Differenzen	Mittelwert	4,846
	Standard- abweichung	7,443
	Standardfehler des Mittelwertes	1,192
	80% Konfidenzintervall der Differenz	Untere 6,401 Obere 3,292
T		4,066
df		38
Sig. (2-seitig)		,000

Anmerkungen. Stichprobengröße N= 39 (listenweiser Ausschluss, in t2 (Abschlusstestung) 2 fehlende Daten).

Tabelle B 8
Wilcoxon-Test: SWE t1 und t2, N=39

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme	Z
SWE_t2 - SWE_t1	Negative Ränge	6 ^a	11,67	70,00	-3,636 ^d
	Positive Ränge	26 ^b	17,62	458,00	
	Bindungen	7 ^c			
	Gesamt	39			

a. $SWE_{t2} < SWE_{t1}$

b. $SWE_{t2} > SWE_{t1}$

c. $SWE_{t2} = SWE_{t1}$

d. basiert auf negativen Rängen

Anmerkung. Asymptotische Signifikanz (2-seitig) $p = .000$

Anhang

Tabelle B 9

Kreuztabelle: Korrelation Anteil Erwerbstätiger (t3) in Bezug auf Veränderungen SWE zwischen t1 und t2, N=38

SWE_t1 <= 40 (FILTER)			Kategorien der Veränderung SWE durch Treatment			Gesamt	
			verschlechtert	unverändert	verbessert		
Not Selected ^a	Erwerbstätigkeit _t3	0 ^c	Anzahl	1	2	7	10
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3	10,0%	20,0%	70,0%	100,0
	vorhanden 1 Jahr nach Therapie	0 ^c	Anzahl	5	3	7	15
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3	33,3%	20,0%	46,7%	100,0
	Gesamt		Anzahl	6	5	14	25
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3	24,0%	20,0%	56,0%	100,0
Selected ^b	Erwerbstätigkeit _t3	0 ^c	Anzahl		2	9	11
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3		18,2%	81,8%	100,0
	vorhanden 1 Jahr nach Therapie	0 ^c	Anzahl		0	2	2
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3		0,0%	100,0%	100,0
	Gesamt		Anzahl		2	11	13
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3		15,4%	84,6%	100,0
Gesamt	Erwerbstätigkeit _t3	0 ^c	Anzahl	1	4	16	21
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3	4,8%	19,0%	76,2%	100,0
	vorhanden 1 Jahr nach Therapie	0 ^c	Anzahl	5	3	9	17
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3	29,4%	17,6%	52,9%	100,0
	Gesamt		Anzahl	6	7	25	38
			% innerhalb von Erwerbstätigkeit _t3	15,8%	18,4%	65,8%	100,0

a. SWE t1 größer cut - off

b. SWE t1 kleiner cut - off

c. Erwerbstätigkeit = 0 entspricht keine Erwerbstätigkeit in 1 - Jahres - Katamnese

Anmerkung. Anteil Erwerbstätiger zur Ein-Jahres-Katamnese getrennt für Personen mit zu Behandlungsbeginn (t1) niedriger (SWE ≤ T40) und normaler (SWE > T40) und getrennt für kategoriale Veränderung SWE (verbessert, verschlechtert oder unverändert).

Anhang

Tabelle B 10

Chi-Quadrat-Test und exakter Test nach Fischer: Korrelation veränderte SWE, getrennt nach cut-off zur Integration in Arbeit (t3)

SWE_t1 <= 40 (FILTER)		Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Not Selected	Chi-Quadrat nach Pearson	1,944 ^b	2	,378		
	Likelihood-Quotient	2,106	2	,349		
	Anzahl der gültigen Fälle	25				
	Chi-Quadrat nach Pearson	,430 ^c	1	,512		
Selected	Kontinuitätskorrektur ^d	,000	1	1,000		
	Likelihood-Quotient	,731	1	,392		
	Exakter Test nach Fisher				1,000	,705
	Anzahl der gültigen Fälle	13				
	Chi-Quadrat nach Pearson	4,397 ^a	2	,111		
Gesamt	Likelihood-Quotient	4,619	2	,099		
	Anzahl der gültigen Fälle	38				

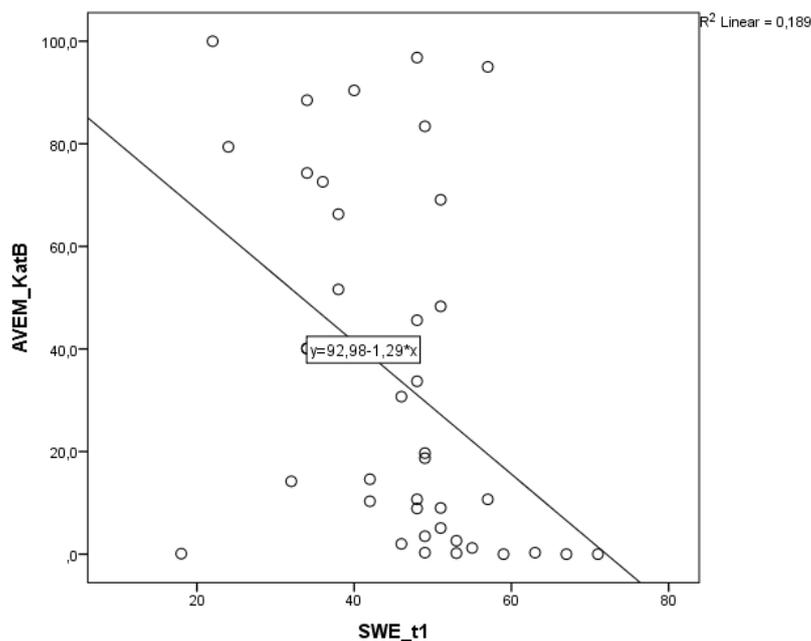
a. 4 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,68.

b. 4 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,00.

c. 3 Zellen (75,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,31.

d. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Statistik und Diagramm zur Hypothese 2



Anmerkungen. Bestimmtheitsmass R^2 , Regressionsgerade dient lediglich der Veranschaulichung der Beziehung beider Variablen

Abbildung B 6. Streudiagramm: Korrelation SWE und AVEM Kat. B(t1), N=41

Tabelle B 11

Bivariate Korrelation Pearson: SWE und AVEM Kategorie B(t1), N=41

		SWE_t1	AVEM_KatB
SWE_t1	Korrelation nach Pearson	1	-,435**
	Signifikanz (2-seitig)		,005
AVEM_KatB	Korrelation nach Pearson	-,435**	1
	Signifikanz (2-seitig)	,005	

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (zweiseitig) signifikant.

Tabelle B 12

Korrelation Spearman-Rho für Hypothese 2, N=41

			SWE_t1	AVEM_KatB
Spearman-Rho	SWE_t1	Korrelationskoeffizient	1,000	-,502**
		Sig. (2-seitig)	.	,001
	AVEM_KatB	Korrelationskoeffizient	-,502**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,001	.

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle B 13
Partielle Korrelation: Dauer Arbeitslosigkeit als Kontrollvariable

Kontrollvariablen			SWE_t1	AVEM_KatB	Dauer Arbeits- losigkeit t1
-keine-	SWE_t1	Korrelation	1,000	-,435	,091
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,005	,570
		Freiheitsgrade	0	39	39
	AVEM_KatB	Korrelation	-,435	1,000	-,057
		Signifikanz (zweiseitig)	,005	.	,725
		Freiheitsgrade	39	0	39
	Dauer Arbeitslosigkeit t1	Korrelation	,091	-,057	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,570	,725	.
		Freiheitsgrade	39	39	0
Dauer Arbeitslosigkeit t1	SWE_t1	Korrelation	1,000	-,432	
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,005	
		Freiheitsgrade	0	38	
	AVEM_KatB	Korrelation	-,432	1,000	
		Signifikanz (zweiseitig)	,005	.	
		Freiheitsgrade	38	0	

Statistik zur Hypothese 3

Tabelle B 14

Kreuztabelle- Erwerbstätigkeit und Abstinenz (t3), N=38

		Abstinenz_t3		
			vorhandene Abstinenz 1	
		keine Abstinenz	Jahr nach Therapie	Gesamt
Erwerbst_t3 nicht erwerbstätig	Anzahl	4	17	21
	% innerhalb von Erwerbst_t3	19,0%	81,0%	100,0%
Erwerbstätigkeit vorhanden 1 Jahr nach Therapie	Anzahl	1	16	17
	% innerhalb von Erwerbst_t3	5,9%	94,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	33	38
	% innerhalb von Erwerbst_t3	13,2%	86,8%	100,0%

Tabelle B 15

Chi-Quadrat-Test und exakter Test nach Fischer: Abstinenz und Erwerbstätigkeit (t3)

	Chi- Quadrat nach Pearson	Kontinuitäts korrektur ^b	Likelihood -Quotient	Exakter Test nach Fisher	Zusammenhang linear-mit-linear
Wert	1,425 ^a	,506	1,536		1,388
df	1	1	1		1
Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	,233	,477	,215		,239
Exakte Signifikanz (2-seitig)				,355	
Exakte Signifikanz (1-seitig)				,243	

a. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,24.

b. Wird nur für eine 2x2 – Tabelle berechnet.

Anhang C

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

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

Uelzen, 13.05.2020

Name (Unterschrift)