

# Evaluation in der stationären Drogentherapie mittels Zielerreichungsanalyse

Verena Hemmerich

Verena Hemmerich

# Evaluation in der stationären Drogentherapie mittels Zielerreichungsanalyse

Eine empirische Studie in der  
Fachklinik Schloss Eicheldorf

## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
Verena Hemmerich  
Evaluation in der stationären Drogentherapie mittels Zielerreichungsanalyse  
Eine empirische Studie in der Fachklinik Schloss Eicheldorf

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe:  
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Coburg: ZKS-Verlag  
Alle Rechte vorbehalten  
© 2013 ZKS-Verlag  
Cover-Design: Leon Reicherts  
ISBN 978-3-934247-34-5

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)  
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154  
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

### **Anschrift:**

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit  
Mönchswiesenweg 12 A  
96479 Weitramsdorf-Weidach

### **Kontakt:**

[info@zks-verlag.de](mailto:info@zks-verlag.de)  
[www.zks-verlag.de](http://www.zks-verlag.de)  
Tel./Fax (09561) 33197

### **Gesellschafter der ZKS:**

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. Amtsgericht Coburg. HRB 2927.  
Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert
- Dr. Gernot Hahn
- Prof. Dr. Helmut Pauls

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Personen bedanken, die mich beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Helmut Pauls. Durch seine Betreuung, seine Anregungen und kontinuierliche Hilfestellung hat die Arbeit ein höheres Maß an Qualität gewonnen. Dem ganzen Team der Fachklinik Schloss Eicheldorf danke ich für die gute Zusammenarbeit. Hierbei sind neben den Therapeuten, die sich engagiert auf die zahlreichen Befragungen eingelassen haben, und der Leitung des Schreibbüros Frau Edith Becker, die mir den Zugang zu relevanten Daten erheblich erleichtert hat, insb. der Klinikleiter Herr Robert Soto-Loewenthal zu nennen. Ohne sein Interesse, sein Engagement und seine stetige Unterstützung hätte die Arbeit in dieser Form nicht umgesetzt werden können. Ein spezieller Dank geht auch noch an die Personen, die sich die Zeit genommen haben, meine Arbeit Korrektur zu lesen. An letzter Stelle möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, die mir die oftmals anstrengende Zeit des Masterstudiums und des Verfassens meiner Abschlussarbeit verschönert haben und mir in Zeiten mangelnder Motivation oder Überforderung meine Ziele bewusst haben werden lassen, denn: *Ziele sind so wichtig für den Erfolg wie Luft für das Leben* (D. Schwartz).

## **Vorbemerkungen**

Es wird auf eine geschlechtsneutrale Sprache geachtet, indem entweder eine neutrale Ausdrucksweise oder nach Zufall die männliche oder die weibliche Form verwendet wird. Die Arbeit wurde nach den Regeln der deutschen Rechtschreibung verfasst. In Zitaten, die vor der Rechtschreibreform verfasst wurden, wird die alte Schreibweise beibehalten. Weiterhin werden aus Gründen des besseren Leseflusses einige Abkürzungen verwendet, die im folgenden Abkürzungsverzeichnis nachgelesen werden können:

Abb.	Abbildung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
etc.	et cetera
GdZ	Grad der Zielerreichung
GVI	Gesamtveränderungsindex
i.d.R.	in der Regel
insb.	insbesondere
t1	Zeitpunkt 1 (hier: am Ende der Therapie)
t2	Zeitpunkt 2 (hier: zum Zeitpunkt der Katamnese)
Tab.	Tabelle
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
ZEA	Zielerreichungsanalyse

# Inhalt

<b>Einleitung</b>	06
<b>1. Theoretischer Hintergrund</b>	08
1.1 Abhängigkeit	08
1.1.1 Diagnostik und Epidemiologie	09
1.1.2 Ätiologie	10
1.2. Drogentherapie	13
1.2.1 Das Therapiesystem	14
1.2.2 Psychosoziale Bausteine	15
1.2.3 Therapeutische Haltung	17
1.2.4 Erfolg und Erfolgskontrolle	20
1.3 Zielevaluation in der Drogentherapie	21
1.3.1 Definition und Relevanz von Zielen in einer Therapie	22
1.3.2 Allgemeine Ziele	24
1.3.3. Individuelle Ziele	26
1.3.4 Eine Methode der Zielevaluation: Die ZEA	28
<b>2. Methode</b>	31
2.1 Hypothesen	31
2.2. Messmethodik	34
2.3 Forschungsdesign	36
2.4 Beschreibung der Untersuchungsgruppe	37
2.5 Durchführung der Untersuchung	39
<b>3. Ergebnisse</b>	41
3.1 Kritische Einordnung der Aussagekraft der Ergebnisse	41
3.2 Zentrale Ergebnisse	42
3.3 Ergebnisse aus der Hypothesentestung	46

<b>4. Diskussion</b>	50
4.1 Schlussfolgerungen aus der Hypothesentestung	50
4.2 Implikationen für die zukünftige Forschung	53
4.3 Konsequenzen für Praxis und Politik	54
<b>Zusammenfassung und Fazit</b>	57
<b>Anhang (Protokolle der Telefoninterviews)</b>	60
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b>	116
<b>Literaturverzeichnis</b>	117
<b>Eidesstattliche Erklärung</b>	122

# Einleitung

*Es ist sinnlos zu sagen: Wir tun unser Bestes.  
Es muss dir gelingen, das zu tun, was erforderlich ist.*  
WINSTON CHURCHILL

Betrachtet man die Fachdiskussionen der letzten Jahre in der Suchtkrankenhilfe, fällt auf, dass das Thema der Qualitätssteigerung einen großen Platz einnimmt (vgl. TÄSCHNER et al. 2010: 100; TRETTER et al. 2004: 11). Der Schwerpunkt wird dabei mehr und mehr auf die Ergebnisqualität gelegt (DAHMEN 2011: 12). Es geht also für alle Beteiligten darum, dass die Klienten *die Therapie bekommen, die zum bestmöglichen Behandlungserfolg führt*. Dies durchzuführen und nachzuweisen wird in Zukunft immer mehr Aufgabe im Suchtbereich sein. Auch die DHS sieht es als eine Handlungsnotwendigkeit der Einrichtungen, dass sie ihre Leistungen im Bezug auf die Ergebnisse „*regelmäßig .. erfassen, analysieren, in Auszügen .. publizieren und bei Bedarf ... Optimierungsmaßnahmen daraus ableiten*“ (DHS 2008: 24). In der Praxis wird der Erfolg meist mit der Abstinenz der Klienten gleichgesetzt. Werden diese regulär und drogenfrei entlassen, so gilt die Therapie als erfolgreich beendet. Spätere Erfolgskontrollen sind selten vorzufinden – v.a., was den Bereich der Therapie von Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind, angeht - wenn, dann wird sich auch hier rein auf den Bereich der Abstinenz konzentriert (TÄSCHNER et al. 2010: 113). Aber das greift zu eng und kann weder den einzelnen Klientinnen, noch der Therapie gerecht werden, da auch andere Themen eine entscheidene Rolle spielen. Es ist also notwendig, eine Möglichkeit zu finden, den Erfolg einer Therapie umfassender zu evaluieren. Um eine Evaluation in der Drogenrehabilitation durchführen zu können, muss zunächst definiert werden, was man unter Wirksamkeit versteht. Nach VOLLMER (1998: 72) bedeutet Wirksamkeit, „*inwieweit vorher festgelegte Ziele erreicht werden*“. Eine Möglichkeit, Drogentherapie auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen, ist es demnach, die Ziele zu evaluieren. Es wird die These aufgestellt, dass das Formulieren von Zielen, die Arbeit an diesen und die spätere Kontrolle der Zielerreichung eine umfassende Möglichkeit bietet, die Ergebnisqualität in der Drogentherapie zu sichern und zu evaluieren.

In dieser Arbeit soll ebendiese These überprüft werden. Es soll weiterhin dargestellt werden, wie eine umfassende Evaluation der Drogentherapie anhand der Überprüfung der Zielerreichung geschehen kann. Dazu wird das Thema im ersten Teil der Arbeit theoretisch detailliert erfasst. Der Beginn der Arbeit (1.1) stellt einen Überblick über das Thema der Abhängigkeit dar. In 1.1.1 wird auf die Definition und die Epidemiologie dieser eingegangen. Dabei können im Rahmen der Arbeit nicht alle Abhängigkeitsformen differenziert dargestellt werden; wenn nicht anders angegeben, bleibt sie auf den Bereich der illegalen Drogen be-

schränkt. Unter 1.1.2 folgt eine Erklärung, wie Abhängigkeit entsteht und verläuft. Im nächsten Kapitel (1.2) wird aufgezeigt, wie süchtige Menschen es schaffen können, ihrer Abhängigkeit entgegenzuarbeiten und es werden verschiedene Therapieschritte dargestellt (1.2.1), insbesondere die Entwöhnungsbehandlung, auf welche sich die Arbeit im Weiteren bezieht. Es werden unter 1.2.2 die einzelnen psychosozialen Bausteine der Entwöhnungsbehandlung vorgestellt und in 1.2.3 die psychosoziale Haltung der Therapeutinnen erläutert. Beides ist relevant, um die Erfolgswahrscheinlichkeit der Therapie zu erhöhen. Um ebendiese und deren Kontrolle geht es in 1.2.4. Im letzten Kapitel des Theorieteils wird näher auf die Ziel-evaluation als Erfolgsmessung der Drogentherapie eingegangen (1.3). Hier erfolgt zunächst eine Definition und ein Überblick darüber, welche Relevanz Ziele in der Therapie haben, was unter 1.3.1 geschieht. Es werden die Ziele erarbeitet, welche für jeden Klienten in der Drogentherapie gelten (1.3.2) und als allgemeine Ziele dieser Therapie bezeichnet werden können. In 1.3.3 schließen sich Erläuterungen an, wie wichtig es ebenso ist, für jeden Klienten individuelle Ziele zu erarbeiten und aufzustellen, um dem Einzelnen gerecht zu werden. Wie beide Zielformen – allgemeine und individuelle – nun nicht nur konkret aufgestellt, sondern auch evaluiert werden können, bildet unter Punkt 1.3.4 den Abschluss des Theorieteils. Dazu wird die von PAULS und REICHERTS entwickelte ZEA herangezogen. Auf der Grundlage des Erarbeiteten wurde eine empirische Untersuchung in der Fachklinik Schloss Eicheldorf zur Evaluation der Drogentherapie mittels der ZEA durchgeführt. In den folgenden Teilen erfolgt die Darstellung dieser empirischen Arbeit. Dazu wird im zweiten Kapitel der Arbeit auf die Methodik eingegangen: Die Aufstellung der Hypothesen erfolgt unter Punkt 2.1. Unter 2.2 werden Angaben zu den Instrumenten und den Methoden der Messung, unter 2.3 zum Forschungsdesign gemacht. Die Beschreibung der untersuchten Gruppe und der genauen Durchführung der Untersuchung findet in 2.4 bzw. 2.5 statt. In Kapitel drei der Arbeit werden – nachdem unter 3.1 die Aussagekraft kritisch beleuchtet wurde – die grundlegenden Ergebnisse der Arbeit geschildert (3.2). Das Hauptaugenmerk dieses Kapitels liegt unter 3.3 darauf, auf die aufgestellten Hypothesen einzugehen und diese zu bestätigen oder zu widerlegen. Die gezeigten Ergebnisse werden im vierten Kapitel dahingehend diskutiert, welche Folgerungen sich aus den Hypothesen ergeben (4.1), woran in der Zukunft weiter zu forschen wäre (4.2) sowie welche Schlüsse für Praxis und Politik sich ergeben. Eine Zusammenfassung sowie ein Fazit stellen den Abschluss dieser Arbeit dar.

# 1. Theoretischer Hintergrund

Das Thema „Zielevaluation in der Drogentherapie“ soll unter diesem Punkt umfassend theoretisch erarbeitet werden. Dazu wird zunächst das Thema der Abhängigkeit genauer beleuchtet (1.1), da Kenntnisse darüber unverzichtbar für im Folgenden behandelte Themen sind. Unter 1.2 werden die wichtigsten Aspekte der Drogentherapie dargestellt: Ihr Aufbau, wie sie gelingen kann, ihr realer Erfolg und wie dieser geprüft wird. Im dritten und letzten Abschnitt des Theorieteils geht es um Ziele als Möglichkeit zur Evaluation der Drogentherapie. Dieses Thema wird unter 1.3 ausführlich erläutert.

Der theoretische Teil dieser Arbeit bietet damit eine alternative und umfassendere Sichtweise auf das Thema der Evaluation der Drogentherapie an, als sie im Moment in der Praxis umgesetzt wird (vgl. 1.2.4). Daneben stellt er aber auch die Grundlage für die empirische Überprüfung der Ergebnisse im zweiten und dritten Teil dar.

## 1.1 Abhängigkeit

*Als mein Vater mich zum ersten mal fragte, was ich mal werden will,  
sagte ich nach kurzer Denkpause 'ich möchte mal glücklich werden.  
Da sah mein Vater sehr unglücklich aus.  
Aber dann bin ich doch was anderes geworden,  
und alle waren mit mir zufrieden.*

JAQUES PRÉVERT

Abhängigkeiten gibt es, seitdem es Menschen möglich ist, Substanzen zu konsumieren, die ebendiese hervorrufen können. Und seit jeher betreffen sie nicht nur eine kleine Gruppe, sondern eine Vielzahl von Menschen (vgl. 1.1.1). Dennoch ist dies ein Thema, welches gerne an den Rand des gesellschaftlichen Bewusstseins geschoben wird, mit dem die meisten Menschen – sofern nicht sie oder enge Angehörige betroffen sind – sich nicht gerne beschäftigen oder viel zu tun haben wollen (KUNTZ 2009: 131f). Ursächlich dafür ist sicherlich die Komplexität dieses Themas, was für Nicht-Fachkräfte/Laien eine Herausforderung darstellt. Um sich mit dem Gegenstand der Evaluation in der Drogentherapie zu befassen, ist jedoch ein kurzer Überblick über die Materie der Abhängigkeit als Grundlage unverzichtbar. Dazu gehört es, zu erfassen, was Abhängigkeit genau bedeutet und wie weit sie in der Gesellschaft verbreitet ist (1.1.1). Auch auf die Ursachen und den Verlauf soll im Folgenden eingegangen werden (1.1.2).

### *1.1.1 Diagnostik und Epidemiologie*

Definitionen stehen immer in einem sozialen Rahmen und hängen damit von vielen Faktoren - wie beispielsweise dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, den gesellschaftlichen Modalitäten oder auch dem Erkenntnisinteresse - ab. Auch mit dem Begriff der Abhängigkeit verhält es sich so. Seit einigen Jahren ist die Definition der WHO weltweit anerkannt; und damit auch die Entscheidung, dass Abhängigkeit als psychische Erkrankung anzuerkennen ist.

Abhängigkeit wird definiert als „eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzkonsum entwickeln“ (WHO 2011: 76).

Es werden sechs diagnostische Kriterien ausgemacht:

1. *Ein starkes Verlangen (Craving) oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.*
2. *Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums (...).*
3. *Ein körperliches Entzugssyndrom ..., wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird (...).*
4. *Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. (...).*
5. *Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.*
6. *Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (...).*  
*(a. a. O.: 77f)*

Treten drei oder mehr der eben genannten Kriterien einen Monat (oder länger) auf, wird die Diagnose der Abhängigkeit gestellt (ebd.). Dabei gelten einige Besonderheiten bei der Abhängigkeit von illegalen Substanzen – im ICD-10 die Gruppen F11 für Opioide, F12 für Cannabioide, F14 für Kokain, F15 für sonstige Stimulanzien und F16 für Halluzinogene. Diese Drogen fallen unter das Betäubungsmittelgesetz, ihr Konsum ist strafbar. Damit folgen für die Person auch rechtliche Konsequenzen aus der Sucht. Weiterhin entwickelt sich eine Abhängigkeit von illegalen Drogen ebenso wie deren Folgen weitaus schneller, als beim Konsum von Alkohol. Ferner wird ein größerer Teil der Konsumenten abhängig (KÜFNER, METZNER 2011:71).

In Deutschland sind ca. 3,2 Millionen Menschen abhängig, davon die Mehrheit von Alkohol (ca. 1,3 Mio.) oder Medikamenten (ca. 1,4 Mio.). Abhängig von Cannabis sind ca. 250.000 – 300.000, von anderen illegalen Drogen ca. 175.000 Menschen (FACHVERBAND SUCHT 2011: 1ff). Das Durchschnittsalter von Menschen, die süchtig nach illegalen Drogen sind, ist sehr

niedrig (ca. 24-32 Jahre), v.a. im Vergleich zu Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit (ca. 43 Jahre) (TÄSCHNER et al. 2010: 78f). Auch sozial ist diese Personengruppe schlecht gestellt; sowohl im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung, als auch zu alkohol- oder medikamentenabhängigen Menschen: Nur ca. 11% befinden sich in einer stabilen Partnerschaft (vgl. Alkohol: ca. 30%), 18% besitzen keinen Schulabschluss (vgl. Alkohol: ca. 5%) und 67% sind nicht erwerbsfähig bzw. arbeitslos (vgl. Alko-hol: 42%) (ebd.). Ist eine Person drogen-süchtig, steigt statistisch auch die Wahrscheinlichkeit von bestimmten anderen körperlichen oder psychischen Erkrankungen. So sind ca. 80% der Drogenabhängigen an Hepatitis C und ca. 5-10% an einer HIV-Infektion erkrankt (VOGT 2004: 51). Je nach Untersuchung wurden bei bis zu 70% eine andere psychische Erkrankung festgestellt, darunter v.a. affektive Störungen, Psychosen, Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend sowie insb. antisoziale Persönlichkeitsstörungen (DHS 2008: 16).

Es ist festzuhalten, dass die psychische Krankheit der Abhängigkeit in der Bevölkerung weit verbreitet ist und viele Menschen von ihr und ihren biopsychosozialen Folgen betroffen sind. Doch diese Krankheit entwickelt sich nicht plötzlich, sondern in einem Prozess. Über die Entstehung und den Verlauf der Erkrankung wird im nächsten Abschnitt genauer berichtet.

### 1.1.2 Ätiologie

Der Beginn einer Drogenabhängigkeit liegt meist im Jugendalter und nimmt oft seinen Anfang mit dem exzessiven Konsum von Tabak und Alkohol. Später kommen illegale Drogen hinzu. Der durchschnittliche Beginn der Einnahme von Heroin liegt bei ca. 20 Jahren – meist als ‚letztes Mittel‘, wenn alle anderen Substanzen schon ausprobiert wurden (VOGT 2004: 47f).

Wichtig zu betonen ist, dass eine Abhängigkeit immer individuell entsteht und verläuft – es gibt nicht *die eine* Suchtpersönlichkeit mit ihren typischen Eigenschaften und ihrer charakteristischen Lebensgeschichte (KUNTZ 2009: 17). Diese Erkenntnis gilt mittlerweile als gesichert. Auch wenn es eine Vielzahl biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Modelle zur Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung gibt<sup>1</sup>, erfassen diese die komplexe Entwicklung dieser nicht ganzheitlich. Hierzu ist ein Modell nötig, das biologische, psychologische und soziale Einflussfaktoren einbezieht und es ermöglicht, die individuelle Geschichte jedes Einzelnen zu berücksichtigen.

---

<sup>1</sup> Auf die hier nicht eingegangen werden kann, siehe hierzu aber TÄSCHNER et. al (2010): 55ff

Hier bietet sich das Dreiecksmodell Droege-Person-Umwelt an:

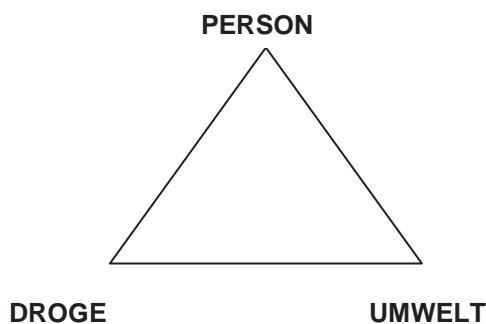


Abb. 1: Das Suchtdreieck (in Anlehung an KÜFNER, METZNER 2011: 219ff)

Alle Faktoren, die zu einer Drogenabhängigkeit beitragen, lassen sich einem der drei Bereiche zuordnen – diese bedingen und beeinflussen sich wechselseitig (BÖNING 2002: 277). Im Folgenden soll nun auf jeden der drei Begriffe und deren Bedeutung für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung genauer eingegangen werden:

- **Person:** Dazu gehören zum einen genetische Dispositionen. Es gilt als gesichert, dass erblich belastete Personen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine nicht-substanzspezifische Abhängigkeit entwickeln (BURTSCHIEDT 2000: 6). Weiterhin gibt es psychologische Risikofaktoren, die die Entstehung einer Abhängigkeit begünstigen, dazu gehört eine geringe Frustrationstoleranz, soziale Anpassungsprobleme, eine Tendenz zur Problemvermeidung, Selbstunsicherheit, geringes Wohlbefinden, die mangelnde Fähigkeit, sich Unterstützung zu holen, sowie psychische Komorbidität (vgl. 1.1) (SCHNEIDER 2010: 157; VOGELSANG 2010: 49f). Auch spielt es eine Rolle, inwieweit die Person positive Erwartungen an den Effekt der Drogen hat und dass sie „primär positive, individuell passende Wirkungserfahrungen“ (ebd.) mit ihr macht.<sup>2</sup>
- **Droge:** Hierzu zählen die komplexen, unterschiedlichen Wirkungen der Substanzen auf das neurobiologische System, wodurch die Dopaminausschüttung im Gehirn stark erhöht und damit das Belohnungssystem aktiviert wird (FRANKE, SCHILDBERG 2004: 12). Somit steigt sich das Verlangen nach der Substanz und die Person ist zu weiteren Handlungen motiviert, die auf die wiederholte Einnahme abzielen. Durch die Kombination verschiedener Drogen steigert sich diese Wirkung noch<sup>3</sup> (ebd.). Außerdem werden durch regelmäßigen Drogenkonsum im Zentralnervensystem Prozesse angeregt, die eine große Bedeutung bei „der Entstehung von Entzugssymptomen

<sup>2</sup> Trotz dass langfristig die negativen Konsequenzen der Sucht dominieren, wirken diese selten einem erneuten Konsum entgegen.

<sup>3</sup> So z.B. bei der gleichzeitigen Einnahme von Heroin und Kokain um das 1000fache im Vergleich zur Einzeleinnahme (ebd.)

und Suchtmittelverlangen (Craving) und der Entwicklung eines biologischen Suchtgedächtnisses“ (BURSCHEIDT 2000: 8) haben. Die Erkrankung bedingt sich auch durch die spezifische Wirkung der Substanz (z.B. dämpfend, aktivierend oder psychodelisch). Ebenso spielt eine Rolle, in welchem Ausmaß die Droge verfügbar ist (Angebot, Preis, etc.) (SOYKA, KÜFNER 2008: 20).

- **Umwelt:** Zur Entstehung von Abhängigkeit ist entscheidend, wie sich das familiäre Umfeld gestaltet bzw. gestaltet hat. Ist dort ebenfalls Substanzmissbrauch oder sogar eine –abhängigkeit zu erkennen, erhöht das die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder ebenfalls abhängig werden. Weiterhin sind eine geringe Elternpräsenz, disharmonische Familienbeziehungen, unklare Regeln, Gewalterfahrungen und Traumatisierungen in der Familie Risikofaktoren für die Entstehung einer Abhängigkeit (SCHNEIDER 2010: 11). Zum Faktor „Umwelt“ gehören weiterhin die im Jugendlichenalter immer wichtiger werdende Peergroup und ihr Einfluss. Werden hier Drogen konsumiert, erhöht sich die Zugehörigkeit zur Gruppe und die Entstehung einer Identität mit dem eigenen Drogenkonsum (VOGT 2004: 48). Die Milieuzugehörigkeit und damit gegebenenfalls „schlechte Wohnbedingungen und eine ungünstige soziale Lage“ (TÄSCHNER et al. 2010: 58) beeinflussen den Konsum und den Einstieg in die Sucht ebenfalls. Auch die Gesellschaft hat Einfluss auf die Entstehung einer Suchterkrankung. Hier spielen z.B. Größen eine Rolle wie die allgemeine Einstellung der Gesellschaft zum Suchtmittel, zu den süchtigen Menschen (z.B. Abhängigkeit als Selbstverschulden, als Krankheit, etc.) und generellen sozialen Normen und Zwängen (BURSCHEIDT 2000: 3).

Ist durch den Drogenmissbrauch aufgrund des sich immer wiederholenden Konsums, der durch die gerade aufgeführten Faktoren begünstigt wird, eine Abhängigkeit entstanden, resultieren daraus biologische, psychische und soziale Beeinträchtigungen sowie der gesellschaftliche Abstieg. Als beispielhafte Problembereiche eines abhängigkeitskranken Menschen sind zu nennen (BECK et al. 1997: 201ff):

- partnerschaftliche und familiäre Probleme
- sozioökonomische Probleme
- Alltagsprobleme
- Gesetzesübertretungen
- medizinische Probleme

Es müssen zur Entstehung von Abhängigkeit also viele Faktoren zusammen kommen; es existiert für jede einzelne Person ein unterschiedliches Bedingungsgefüge. Trotzdem sind die Folgen und die entstehenden Probleme in allen Lebensbereichen oft gleich. Wenn diese Auswirkungen der Abhängigkeit sich für die Person so weitreichend darstellen, dass sie sich dafür entscheidet, drogenfrei leben zu wollen, ist es für sie notwendig, eine Therapie durchzuführen. Der Aufbau sowie relevante Inhalte des Systems der Drogentherapie in Deutschland werden im folgenden Kapitel erläutert.

## 1.2. Drogentherapie

Spannst du eine Saite zu stark, wird sie reissen.  
Spannst du sie zu schwach, kannst du nicht auf ihr spielen.  
BUDDHA

Auch wenn die Abhängigkeit von Drogen eine psychische Erkrankung ist, so beruht das Konsumieren der Substanzen immer auf der Entscheidung einer Person, dies tun zu wollen (KUNTZ 2009: 17). Auch wenn der Weg in die Therapie häufig mindestens teilweise extrinsisch motiviert erfolgt (z.B. durch Bezugspersonen oder juristische Auflagen), so muss sich auch der Klient genauso für *diesen* Schritt entscheiden. Wenn sein Entschluss gefasst ist, hat er, wie bei jeder anderen Behandlung auch, den Wunsch *nach* sowie das Recht *auf* die bestmögliche Therapie, welche – je nach Möglichkeiten, Rahmenbedingungen und Umständen – das optimale Ergebnis bringen soll<sup>4</sup>. Diese wird einmal dadurch gewährleistet, dass ein strukturiertes System zur Verfügung steht, welches der Klient auf dem Weg zum drogenfreien Leben durchläuft und verschiedene Schwerpunkte hat – je nachdem, welche Bedürfnisse im Moment im Vordergrund stehen (1.2.1). Weiterhin müssen auch die Elemente der Therapie (1.2.2), sowie der Umgang der Therapeutin mit der Klientin (1.2.3) wissenschaftlich fundiert sein, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit des Erfolges erhöht (vgl. STAUB-BERNASCONI 2009). In 1.2.4 wird erläutert, wie die Kontrolle des Erfolges von Drogentherapien verläuft und welche Ergebnisse dabei erkennbar werden.

---

<sup>4</sup> Hier darf allerdings nicht vergessen werden, dass die Wirkungen einer Therapie nur über die Offenheit des Klienten zustande kommen (vgl. ORLINSKY, HOWARD 1986; ORLINSKY, 1999 zit. n. PAULS 2011: 135ff)

### *1.2.1 Das Therapiesystem*

Durch Studien ist belegt, dass das deutsche Verfahren zur Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im internationalen Vergleich ausdifferenziert und wirksam zu sein scheint. (FUNKE 2002: 23; TÄSCHNER et al. 2010: 75). Auch wenn dieser in sich Unterschiede aufweist – z.B. bzgl. Stoffgruppen, therapeutischer Orientierung oder Trägerschaft – ist der typische und ideale Ablauf in aller Regel der Gleiche:

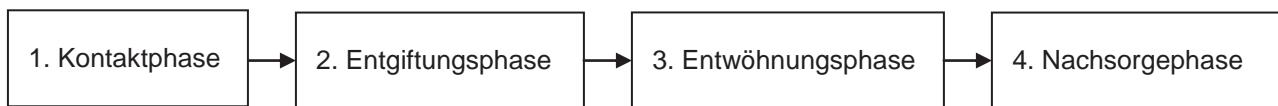


Abb. 2: Die Therapietypen (in Anlehnung an SOYKA, KÜFNER 2008: 330)

**Zu 1.:** Der erste Kontakt von abhängigen Menschen mit Professionellen findet meist in einer Suchtberatung statt. In ca. 945 dieser Beratungsstellen in Deutschland, davon etwa 360 speziell für Drogenabhängige (LEUNE 2010: 151), wird mit abhängigen Menschen an ihrer Krankheitseinsicht sowie der Einsicht der negativen Folgen des Konsums gearbeitet. Weiterhin soll ihre Motivation für eine Behandlung gestärkt werden. Ist dieser Plan gefestigt, wird bei der konkreten Umsetzung Hilfestellung geleistet, durch „Diagnostik, Beratung und Weitervermittlung“ (a.a.O.: 156). Überdies wird in den Beratungsstellen die Zuversicht der Klientinnen gestärkt und die folgende Behandlung beantragt (VELTRUP 2002: 233).

**Zu 2.:** Die Entgiftung sollte stationär und unter ärztlicher Aufsicht in psychiatrischen Krankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern stattfinden. In Deutschland ist das in ca. 6500 Plätzen in 200 Entzugseinrichtungen möglich (LEUNE 2010: 156). Finanziert wird die Entgiftung durch die Krankenkassen. In dieser Phase wird das Suchtmittel abgesetzt und so seine Wirkung verringert sowie der Körper detoxifiziert. Neben der Kontrolle der psychischen und physischen Situation sowie der Behandlung von eventuell auftretenden Entzugssymptomen, wird in Einrichtungen auch psychosoziale Unterstützung angeboten. Diese hat das Ziel, die Motivation der Klientinnen weiter zu festigen und – falls noch nicht geschehen – eine Entwöhnungsmaßnahme in die Wege zu leiten (VOGELSANG 2004: 20).

**Zu 3.:** Als zentrale Phase bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen gilt die Entwöhnungsbehandlung, die zumeist (und bei illegalen Drogen so gut wie immer) stationär in Fachkliniken durchgeführt wird<sup>5</sup>. Etwa 12000 vollstationäre Plätze stehen in Deutschland dafür in ca. 250 Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung – davon ungefähr 4000 für Drogenabhängige (LEUNE 2010: 155). Das Team dieser Einrichtungen ist multidisziplinär. Etwa

<sup>5</sup> auf diese Phase wird sich auch in den folgenden Punkten bezogen.

ein Drittel sind Sozialpädagogen oder Pädagogen, 20% Psychologen und 10% Ärzte; den restlichen Anteil bilden andere Berufsgruppen wie z.B. Ergo- oder Arbeitstherapeuten (TÄSCHNER et al. 2010: 95). Der Großteil der Therapien wird von den Rentenversicherungen finanziert (ca. 90%), ein kleinerer Anteil von den Krankenkassen sowie den Gemeinden<sup>6</sup> (SOYKA, KÜFNER 2008: 333). Die Dauer beträgt im Regelfall sechs bis zehn Monate. Durch den schützenden Rahmen und den Abstand vom sozialen System soll die Abstinenzmotivation gefestigt, die Vorteile von Drogenfreiheit erlebt und die Fähigkeiten gestärkt werden, ein cleanes Leben zu führen (ASSFALG 2002: 140). Neben psychosozialen Hilfen (vgl. 1.2.2) sind die Arbeitstherapie, die medizinische Behandlung sowie die Ergotherapie die wichtigsten Elemente der Entwöhnungsbehandlung. Am Ende der Rehabilitation steht im Vordergrund, dass der Übergang zum Alltagsleben erfolgreich gemeistert werden kann – das betrifft z.B. Wohnlage, Arbeitsplatz, Bezugspersonen und auch Nachsorge.

**Zu 4.:** Zur Stabilisierung der Abstinenz sowie der gemachten Therapieerfahrungen und der „Reintegration ins Alltagsleben“ (BURTSCHEIDT 2000: 23) dient die Nachsorgephase. Sie wird Abhängigen sehr ans Herz gelegt, da sie einem Rückfall entgegenwirken kann, zu dem es häufig unmittelbar nach dem Ende der Therapie kommt (TÄSCHNER 2010: 95). Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten an: betreute Wohngruppen, eine ambulante Therapie, gruppen- und/oder einzelorientierte Angebote in psychosozialen Beratungsstellen oder in Selbsthilfegruppen. Statistische Angaben über Angebot und Nutzung von Nachsorgeeinrichtungen in Deutschland liegen nicht vor (ebd.).

Diese vernetzte und ausdifferenzierte Therapiekette ist förderlich für den Erfolg der Behandlung. Was sind nun aber die Inhalte der Drogentherapie, die dafür sorgen sollen, dass ihre Ziele erreicht werden? Im folgenden Punkt soll eine Antwort auf diese Frage gefunden werden.

### *1.2.2 Psychosoziale Bausteine*

Die Entwöhnungsbehandlung muss so gestaltet werden, dass die Ziele dieser (vgl. 1.3.2 und 1.3.3) bestmöglich erreicht werden können. Neben den unter 1.2.1 genannten Komponenten stellen psychosoziale Therapiebausteine einen Großteil des Angebots in einer Fachklinik dar. Dabei ist die „Individualisierung der Behandlung“ (POEHLKE 2002: 350) in modernen Therapiekonzepten unerlässlich, was bedeutet, dass die spezifischen Bedürfnisse und der unterschiedliche Verlauf bei jeder Person Berücksichtigung finden. Dies wird durch indi-

---

<sup>6</sup> nachrangig

viduelle Therapieplanung und ein auf den Einzelnen abgestimmtes Vorgehen sowie durch Vernetzung der unterschiedlichen Komponenten der Therapie erreicht (VELTRUP 2004: 79).

Die wichtigsten Elemente der Entwöhnungsbehandlung sind:

- **Gruppentherapie:** Gerade für abhängigkeitskranke Menschen kann es besonders heilsam sein, neue Erfahrungen in der Gruppe zu machen (VOGELSANG 2004: 21). Dies liegt unter anderem daran, dass es bei dieser Zielgruppe besonders wichtig ist, an der sozialen Kompetenz zu arbeiten, was in der Gruppe effektiv möglich ist. Auch das Erleben eines Miteinanders und einer Gruppenkohäsion stellt sich als besonders bedeutsam dar, denn vor der Therapie waren nicht andere Menschen, sondern oft nur die Droge im Zentrum allen Erlebens und Verhaltens (ebd.). Weiterhin vermag die Erkenntnis, dass andere gleiche Erfahrungen gemacht haben und ähnliche Probleme aufweisen, zu einer „Entkatastrophisierung“ (SCHNEIDER, GIES 2001: 164) führen und durch die Beobachtung anderer Gruppenmitglieder und deren Verhalten sowie auch deren Erfolge kann ein Modelllernen stattfinden und Hoffnung geweckt werden (ebd.)<sup>7</sup>. Neben den Gruppengesprächen sind viele weitere Methoden möglich, z.B. Übungen, Rollenspiele, Psychoedukation<sup>8</sup> oder Körpererfahrung (VELTRUP 2002: 235).
- **Einzeltherapie:** Sie war lange Zeit ein eher untergeordnetes Element in der Behandlung von Drogenabhängigen, gewinnt aber in den letzten Jahren, auch im Rahmen der individualisierten Behandlung, immer mehr an Bedeutung (a.a.O.: 236). Sowohl die Behandlungsanalyse - mit Erstellung der Lebensgeschichte und des Suchtverlaufs, eventueller komorbider Störungen, und der Analyse der Bedingungen - als auch die Behandlungsplanung findet hier statt (VOGELSANG 2004: 22). Vorteile der Einzeltherapie eine intensive und individuelle Behandlung einzelner Personen und das erleichterte Ansprechen von besonders privaten oder unangenehmen Inhalten in diesem Setting.
- **Sozialberatung:** Dieser Begriff meint die Unterstützung und Hilfestellung in Fragen zur Existenzsicherung, zu Schuldenproblematiken, zu justiziellen Thematiken oder bzgl. des Arbeitsplatzes (FUNKE 2002: 22).
- **Arbeit mit Angehörigen:** Die wichtigsten Bezugspersonen der Klientin in die Therapie miteinzubeziehen, ist ein weiteres wichtiges Element moderner Drogentherapie

---

<sup>7</sup> Weitere Wirkfaktoren der Gruppe siehe SCHNEIDER, GIES 2001: 164f sowie YALOM 2010: Kapitel 1-4

<sup>8</sup> zur Relevanz und Umsetzung von Psychoedukation in der Therapie: VOGELSANG 2010:52f

(VOGELSANG 2004: 23f). Dies muss zu einem großen Teil imaginär<sup>9</sup> geschehen. Wenn möglich, sollten aber auch reale Paar- und Familiengespräche in der Therapie stattfinden und eine Folgebehandlung angeregt werden. Die Schwerpunkte in der Arbeit mit Angehörigen bilden v.a. die Aufarbeitung belastender Ereignisse und Problembewältigung, die Verbesserung der Kommunikation sowie die Planung von geänderten Verhaltensweisen (ebd.). Eine Personengruppe, die oft übergegangen wird, sind die Kinder der abhängigen Klientinnen (KLEIN 2002: 279f). Es ist sehr bedeutsam, auch diese in die Hilfeplanung und die Arbeit in sensu<sup>10</sup> oder gar in vivo<sup>11</sup> einzubeziehen.

- **Rückfallarbeit:** Dieses Thema darf in der Drogentherapie weder „verteufelt“ noch ignoriert werden, sondern stellt den hier letztgenannten psychosozialen Baustein in der Entwöhnungsbehandlung dar. Präventiv müssen über Rückfälle mit den Klientinnen möglichst viele Informationen gesammelt und die individuellen Risikosituationen und Auslöser erarbeitet werden (VOGELSANG 2010: 61). So können die Klientinnen diese früher und gezielter wahrnehmen und mit individuellen Maßnahmen gegensteuern. Diese zu erarbeiten ist eine weitere Aufgabe der Rückfallarbeit. Sind Rückfälle geschehen, gilt es, diese genau und intensiv zu bearbeiten. Dies dient oftmals - wenn es möglich ist, die Klientin weiter in der Einrichtung zu behalten - als „beste .. Tertiär-prävention“ (ASSFALG 2002: 143).

All diese Behandlungskomponenten spielen eine große Rolle beim Erfolg der Suchttherapie, jedoch sind sie nur wenig wirksam, wenn sie nicht mit einer tragfähigen Therapeutin-Klientin-Beziehung verbunden sind. Wie diese Beziehung entstehen und aufrecht erhalten werden kann, wird nachfolgend beschrieben.

### *1.2.3 Therapeutische Haltung*

Schulen- und interventionsübergreifend hat die Therapeut-Klient-Beziehung einen großen Einfluss auf den Erfolg der Arbeit und zählt als der wichtigste Wirkfaktor der Psychotherapie – dies gilt auch und insb. für abhängige Menschen (BECK et al. 1997: 59).

Auch wenn diese Beziehung immer von beiden Interaktionspartnern beeinflusst wird, kann die Fachkraft sie durch eine professionelle Haltung fördern, sodass Vertrauen aufgebaut und

---

<sup>9</sup> z.B. in Gesprächen über die Person oder Aktivitäten wie den ‚leeren Stuhl Dialog‘ (vgl. ELLIOT et al. 2007)

<sup>10</sup> in der Vorstellung

<sup>11</sup> in Wirklichkeit

die Grundlage für Veränderungen geschaffen wird. Wie lässt sich diese professionelle Haltung nun konkret beschreiben?

Zunächst einmal ist sie von den Grundhaltungen nach Rogers – Empathie, Wertschätzung und Echtheit – geprägt.<sup>12</sup> So kann ein Gefühl des „Vertrauens, des Angenommen- und Verstand-enwerdens“ (TÄSCHNER et al. 2010: 121) entstehen, was insb. für Drogenabhängige von zentraler Bedeutung ist. Denn gerade diese Personengruppe leidet unter einem Mangel an inter-, aber auch intrapersonellen Erfahrungen dieser Art, welche durch ihre momentane Lage, ihre erlebte Geschichte sowie ihren sozialen Status bedingt sind (ebd.). Diese annehmende Einstellung der Person gegenüber bedeutet nicht, dass der Drogenkonsum akzeptiert wird. Es ist notwendig, die Person und ihr Verhalten zu trennen, um gemeinsam mit der Klientin gegen ihre Abhängigkeit vorzugehen (BECK et al. 1997: 73). Eine weitere wichtige Grundhaltung in der Therapie mit drogenabhängigen Menschen ist Flexibilität. Dies meint zum einen, dass Fachkräfte nicht rigide und zu strikt vorgehen, sondern es sich erlauben, Alternativen zu erwägen und zusammen mit dem Klienten nach einer gemeinsamen Lösung zu suchen (GREENBERG et al. 2003: 163). Flexibilität meint zum anderen auch, dass das Beziehungsverhalten an den Klienten angepasst wird, da je nach seinem Beziehungsstil unterschiedliches therapeutisches Verhalten angebracht ist (ENGELS o.J.: 74). Die Arbeit mit von illegalen Drogen abhängigen Menschen ist oft nicht leicht. Das liegt unter anderem daran, dass die Klientinnen selten (oder selten vollständig) intrinsisch motiviert die Entwöhnungsbehandlung durchführen und, dass sie der Therapie gegenüber „dysfunktionale Vorannahmen“ (BECK et al. 1997: 59) besitzen. Umso wichtiger ist es, dass der Therapeut nicht nur sein eige-nes Denken und Handeln, sondern auch seine Einstellung gegenüber den Klientinnen reflek-tiert. Das Ziel ist, sich eigener (Vor-)Urteile bewusst zu werden, sie zu prüfen und gegebenen-falls zu verändern (VOGELSANG 2010: 52).

Diese Positionen sind die Grundlage des therapeutischen Handelns.

Darauf bauen folgende konkrete Verhaltensweisen auf (BECK et al. 1997: 63-140; GREEN-BERG et al. 2003: 161):

- nicht-wertende Kommunikation,
- das Einbeziehen anderer Bereiche als die Abhängigkeit,
- mitfühlende Wiedergabe der Gedanken, ernstgemeinte Anteilnahme, Nachfragen und ehrliche Rückmeldung,
- förderliches Verhalten verstärken (z.B. durch Anerkennung, Bestätigung und Lob),
- zugeben, wenn man etwas nicht weiß und einen Fehler gemacht hat,

---

<sup>12</sup> hierzu ausführlich: WEINBERGER S. (2006): 37-65

- Stärken und Ressourcen herausarbeiten und fördern,
- den Optimismus fördern (z.B. durch ‚reframing‘),
- sich den Zielen und Aufgaben zuwenden.

Diese Punkte gelten grundsätzlich – nicht nur in der Drogentherapie. Daneben ist es jedoch auch wichtig, ein Verhaltensrepertoire zu besitzen, was speziell auf die Zielgruppe der Abhängigkeitskranken bezogen ist. Hier gilt es, Diskrepanzen mit dem Klienten zu erarbeiten (z.B. bezogen auf Folgeschäden oder ambivalente Haltungen), ohne auf ihn einzureden oder ihn zu missbilligen. Sorgen und Wünsche werden verbalisiert, seine Autonomie wird weitmöglichst unterstützt – ohne die Therapieziele (siehe unten) zu vergessen (BENSEL 2010: 80ff). Es wird die Bewusstwerdung der eigenen Anteile gefördert, die „der Abhängigkeitsewicklung zu Grunde liegen ... beispielsweise die Bearbeitung eines defizitären Selbstwertgefühls, einer Angststörung, einer depressiven Symptomatik, eventuell erlittener traumatischer Erlebnisse u.v.a.m.“ (ebd.). Probleme treten in vielen therapeutischen Beziehungen auf – bei diesem Klientel sind sie aus oben genannten Gründen eher die Regel als die Ausnahme. Wichtig ist hierbei, diese nicht zu ignorieren oder ‚totzuschweigen‘, sondern anzusprechen und sie möglichst zusammen mit dem Klienten zu lösen (ENGELS o.J.: 73). Was dabei beachtet werden soll, wurde von BECK et al. zusammengefasst:

1. *kein Öl ins Feuer schütten.*
2. *ehrlich bleiben.*
3. *sich auf die Therapieziele konzentrieren.*
4. *an die positiven Eigenschaften des Klienten denken.*
5. *den Patienten mit Demut und Empathie ‚entwaffen‘.*
6. *hart aber herzlich.*

(1997: 78ff)

In der Arbeit mit drogenabhängigen Menschen ist also eine innere Haltung entscheidend, die von Wertschätzung, Echtheit, Empathie, Flexibilität und Selbstreflexion, aber auch von Konsequenz, gekennzeichnet ist. Konkrete Angebote zur konstruktiven Beziehungsgestaltung ermöglichen eine positive professionelle Bindung. Wurden all diese Punkte bei der Behandlung berücksichtigt und durchgeführt, haben die Klienten nach wissenschaftlichen Maßstäben die bestmöglichen Chancen auf den Erfolg der Therapie. Im folgenden Abschnitt wird nun darauf eingegangen, wie erfolgreich die Therapie von Drogenabhängigen in der Realität ist und wie die Erfolgskontrolle verläuft.

#### *1.2.4 Erfolg und Erfolgskontrolle*

Die wichtigste Frage für alle Beteiligten (Klienten, deren Angehörige, Fachkräfte sowie Kostenträger) lautet: Wie effektiv ist die Therapie? Im öffentlichen Bild besitzt die Drogentherapie eine geringe Wirksamkeit (VELTRUP 2002: 237). Das hat mit vielen Faktoren zu tun, unter anderem der oftmals eingeschränkten Therapiemotivation von vielen Klienten zu Beginn. Diese liegt auch darin begründet, dass etwa die Hälfte der Behandlungen aufgrund von „justiziellem Zwang“ (KÜFNER, MANN 2006: 641) zustande kommt. Dabei sind die Klienten, die die Therapie regulär beenden, i.d.R. symptomfrei<sup>13</sup>, was in der medizinischen Behandlung die gewöhnliche Bezeichnung für deren Erfolg ist (SCHNEIDER 2010: 362). Doch um die reelle Wirkung der Entwöhnung zu erfassen, darf nicht nur das Ergebnis am Ende der Therapie betrachtet werden, sondern muss auch der längerfristige Erfolg eine Rolle spielen.

Dazu gibt es im Bereich der illegalen Drogen nur wenige gesicherte Erkenntnisse; wenn, dann sind sie oft veraltet. Eine der wenigen Ausnahmen bietet die Jahreskatamnese von FISCHER et al. (2007) mit n=174. Die prozentuale Anzahl der Personen, die als abstinent eingestuft wurden, also seit der Therapie keine Drogen zu sich genommen hatten, beträgt ca. 15%; als abstinent nach Rückfall wurden ca. 7% eingestuft. Ca. 20% der befragten Personen waren rückfällig – also nicht seit mindestens drei Monaten abstinent. Von den restlichen Personen (ca. 58%) waren keine katamnestischen Informationen vorhanden. Diese wurden als ‚rückfällig per Definition‘ bezeichnet. Nach den konservativen Schätzungen liegt die Erfolgsquote der Drogentherapie also zwischen 21% und 25%. Nach den optimistischen Schätzungen, was heißt, dass die nicht erreichten Personen ähnlich verteilt sind, wie die Erreichten, wird der Erfolg zwischen 41% und 55% geschätzt.

Nach einer Berechnung von VELTRUP (2002: 237) lässt sich zusammenfassend sagen, dass i.d.R. ein Jahr nach der stationären Therapie ein Drittel der Personen abstinent lebt, der Konsum sich bei einem weiteren Drittel verringert, also gebessert hat und das letzte Drittel schwer rückfällig ist. Danach nimmt die Quote der erfolgreichen Therapieabschlüsse nur noch leicht ab und bleibt dann konstant.

Auch zwischen einzelnen Personengruppen lassen sich Unterschiede feststellen:

- je älter die Personen waren, desto größer ihr Erfolg nach der Therapie (ebd.),

---

<sup>13</sup> Die Erfolgsquote der Klienten, die die Therapie nicht regulär beenden, ist dagegen extrem gering (BÜHLE 2002: 26). Dies ist besonders bedenklich, da in der Therapie Abhängiger von illegalen Drogen die Anzahl der Klienten, die die Therapie regulär beenden, sehr niedrig ist (ca. 42%) (TÄSCHNER et al. 2010: 111).

- komorbide Klienten waren weniger erfolgreich, als Klienten, die neben der Abhängigkeit an keiner weiteren psychischen Erkrankung litten,
- die Erfolgswahrscheinlichkeit stieg, je länger sich die Person in der Entwöhnungsbehandlung befand<sup>14</sup> (BÜHLE 2002: 27),
- Klienten, die aufgrund gesetzlicher Auflagen die Therapie absolvierten, waren genauso erfolgreich, wie Klienten, die das nicht taten (ebd).

Zu beachten ist, dass der Erfolg in diesen Erhebungen allein am Merkmal der Abstinenz gemessen wurde. Betrachtet man jedoch die Definition von Wirksamkeit geht es dabei um das Verhältnis von den zu Beginn definierten Zielen zu den tatsächlich erreichten Zielen (LASSLOP 2003: 12). Suchtmittelfreiheit ist sicherlich ein großes und bedeutsames Ziel der Drogentherapie; jedoch nicht das einzige. Denn die Anliegen der Klienten umfassen mehr, als die Verbesserung der Symptomatik (GROSSE HOLTFORTH et al. 2009: 35). Daher muss sich die Evaluation auf die Ziele der Therapie insgesamt beziehen. Das bedeutet, dass bereits zu Beginn Ziele festgelegt und diese während der Therapie, an ihrem Ende, sowie im Anschluss überprüft werden müssen, inwieweit sie erreicht wurden. Es ist zu erwähnen, dass die Zielbestimmung und –überprüfung nicht nur Voraussetzung für die Ergebniskontrolle, sondern auch für den Erfolg der Behandlung selbst ist (GRAWE 2004: 421; DHS 2008: 21). Auf diese Aussagen soll im nächsten Punkt differenziert eingegangen werden.

### 1.3 Zielevolution in der Drogentherapie

*Günstige Winde kann man nur nutzen,  
wenn man weiß, wohin man will.*

OSCAR WILDE

Evaluation wird definiert als eine „methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen“ (ZNOJ, REGLI 2006: 288), deren Ziel die Kontrolle und die Verbesserung von Maßnahmen ist (ebd.). Wenn die Wirksamkeit einer Maßnahme evaluiert werden soll, ist es unumgänglich, zu Beginn den Ist- wie auch den Soll-Zustand zu definieren, um die Veränderung zu erfassen (VOLLMER 1998 72f). Nur so kann überprüft werden, ob und inwieweit die Ziele erreicht wurden.

Um sich mit Zielevolution befassen zu können, ist es von Bedeutung, zu wissen, was der Inhalt und der Zweck von Zielen in einer Therapie ist (1.3.1). Da es um die Evaluation in der

---

<sup>14</sup> Wobei hiermit nicht gemeint ist, dass Personen, die sich länger in Therapie befinden erfolgreicher sind, als Personen, die sich weniger lang in Therapie befinden, sondern dass *eine* bestimmte Klientin (insb. solche mit schlechten Erfolgsaussichten) *dann* mehr Erfolg hat, wenn sie länger in Therapie bleibt, als wenn sie eine kürzere Therapiezeit aufweisen würde.

*Drogentherapie* geht, wird unter 1.3.2 dargestellt, was die allgemeinen Ziele dieser sind, die für jeden Klienten gelten und beachtet werden müssen. Um das Prinzip der individualisierten Behandlung zu gewährleisten, ist es erforderlich, zusätzlich gemeinsam mit jedem Klienten Ziele aufzustellen, die speziell für dessen Lebenslage und Problembereiche relevant sind (1.3.3). Schließlich wird das Modell der ZEA erläutert, welches zur Zielerstellung sowie zur Zielevaluation genutzt werden kann, was unter 1.3.4 geschieht.

### *1.3.1 Definition und Relevanz von Zielen in einer Therapie*

Ziele sind nach BERKING (2003: 4) „mentale Repräsentationen von zukünftigen Zuständen, die ... erreicht werden sollen“. Es geht also um eine erwünschte klar vorstellbare Situation, die anzustreben ist und sich von der jetzigen unterscheidet. Professionelles Handeln ist ohne Ziele nicht denkbar, da nur dann eine angemessene und angebrachte Intervention durchgeführt werden kann, wenn ein Bild des gewünschten positiven Endzustandes vorhanden ist (VON SPIEGEL 2011: 134). Damit bilden Therapieziele die Basis für die Planung weiterer Maßnahmen sowie für Veränderungen in die gewünschte Richtung. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass sie für den Erfolg der Therapie maßgeblich sind (ORLINSKY et al. 2004; zit. n. PAULS 2011: 227) – unabhängig von der Form oder der Richtung der Therapie. GROSSE HOLTFORTH (2001: 242) betont, dass Ziele in der Therapie gemeinsam mit dem Klienten festgelegt werden müssen. Denn nur dadurch kämen die Wirkungen, die die Erstellung von Zielen für den therapeutischen Prozess hat, voll zum Tragen.

Klientinnen, die sich in der Drogentherapie befinden, sind anfangs oft wenig motiviert. Durch eine gemeinsame Zielklärung wird die intrinsische Motivation erhöht, da die „Wünsche, Ansprüche und Hoffnungen“ (PAULS, REICHERTS 2010: 9) der Klientin angesprochen werden. Sie spürt, dass es darum geht, was ihr persönlich wichtig ist und sie partizipativ in den Prozess der Zielfindung mit einbezogen wird. Daneben motiviert es ebenfalls, wenn festgelegte Therapieziele erreicht wurden (VOGELSANG 2010: 54). Dafür ist es wichtig, dass die Ziele der Klientin nicht nur am Anfang ausgearbeitet, sondern auch regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Ziele können Hoffnung schaffen. Eine Beschäftigung mit dem Thema hat zur Folge, dass die gewünschten Zustände für die Klientin nicht nur greifbarer, sondern auch näher und erreichbarer werden (KANFER et al. 2006: 249). Stagnationen oder Rückschläge des Therapieprozesses (wie z.B. ein Rückfall) können überwunden werden, indem der Blick bewusst auf die Therapieziele oder aber die bisherigen Erfolge gelenkt wird, da dies Hoffnung weckt und die Motivation erhöht (BECK et al. 1997: 131). Dieses „im-Blick-

haben' der Therapieziele ist für die Fachkraft und Betroffene auch bedeutsam, um sich während der Therapie immer wieder daran zu orientieren und zu überprüfen, ob die bisherigen Interventionen immer noch geschehen, um die vereinbarten Ziele zu erreichen (PAULS, REICHERTS 2010: 13). Wenn nicht, ist es wichtig, dies zu erkennen und diesem entgegenzuwirken. Eine letzte wichtige Funktion des gemeinsamen Aufstellens von Zielen ist schließlich, dass dies eine hervorragende Basis bietet, um den Erfolg zu überprüfen (BECK et al. 1997: 131), worauf bereits eingegangen wurde. Wie dies gelingen kann, wird in 1.3.4 theoretisch erläutert und im empirischen Teil dieser Arbeit praktisch überprüft.

Wie soll die Zielentwicklung konkret ablaufen, sodass all diese Faktoren zum Tragen kommen? Voraussetzung dafür ist eine umfassende Anamnese und Diagnostik, auf deren Basis die Ziele überhaupt erst erarbeitet werden können; auch hier sollte eine möglichst große Partizipation des Klienten eine Rolle spielen. KANFER et al. (2006: 239ff) schlagen beim Ablauf der Zielklärung folgende Schritte vor (hierzu auch 1.3.4):

1. bislang vage Zielperspektiven werden operationalisiert bzw. konkretisiert. Mögliche Ziele werden auf ihren Realitätsgehalt überprüft.
2. die Möglichkeiten des Klienten werden beurteilt, inwieweit potenzielle Ziele zu erreichen sind.
3. im Umfeld des Klienten werden Ressourcen und Probleme analysiert, die die Zielerreichung fördern oder hemmen könnten.
4. die Therapeutin überprüft, ob ein normativer oder ethischer Zielkonflikt vorliegt. Wenn das der Fall ist, sollte dieser mit einer „offenen, transparenten Diskussion“ (a.a.O.: 247) geklärt werden.

Nur die Ziele, die dieser Prüfung standhalten, können guten Gewissens angegangen und bearbeitet werden. Sind nun Ziele ausgehandelt, ist es wichtig, diese auf eine bestimmte Weise zu formulieren. Sie sollten „auf den Klienten bezogen und relevant sein, ... auf konkrete Situationen, Verhaltens- und Erlebensweisen gerichtet sein, ... durch Kriterien seine Erreichung ... beschrieben sein und schließlich handlungsleitende Funktion haben“ (PAULS, REICHERTS, 2010: 19) (siehe 1.3.4).

Zu betonen ist, dass der Ablauf der Zielklärung kein mechanischer Prozess ist. Emotionen müssen unbedingt mit einbezogen werden, ansonsten sind konstruktive Änderungen kaum möglich (KANFER et al. 2006: 234). Im Verlauf der Therapie ist es weiterhin entscheidend, Flexibilität zu zeigen, da Ziele und auch Probleme sich aufgrund verschiedenster (internaler sowie externaler) Umstände ändern können (a.a.O. 2006: 43). Auch die unter 1.2.3 erwähnte

Haltung der Fachkraft muss sich in der Zielfindung wiederspiegeln. Dabei ist es handlungsleitend, dass sowohl die Probleme des Klienten, als auch seine Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen werden und sich im Sinne der Ressourcenorientierung auch auf seine Stärken und Fähigkeiten bezogen wird (PAULS, REICHERTS 2010: 10).

Diese Angaben beziehen sich auf jede Zielklärung im Hilfeprozess, für drogensüchtige Menschen genauso wie für Klienten mit anderen Problemstellungen. Dabei gilt allerdings, dass für die Drogentherapie spezielle Ziele Relevanz besitzen, die für Jeden in dieser wichtig zu erreichen sind. Im Folgenden wird darauf genauer eingegangen.

### *1.3.2 Allgemeine Ziele in der Drogentherapie*

Als das Grundsatzziel der Drogentherapie kann festgehalten werden, dass es darum gehen soll, dass Klienten „über die Fähigkeit verfügen, selbstbestimmt und nachhaltig am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und für ihre Gesundheit selbst so zu sorgen, dass zukünftig keine körperlichen, psychischen oder sozialen Probleme infolge des Suchtverhaltens mehr auftreten“ (SCHNEIDER 2010: 316). Dieses Ziel ist jedoch sehr allgemein und muss weiter ausdifferenziert werden, da es den unter 1.3.1 genannten Kriterien nicht entspricht. Auch wenn es ein wichtiges Prinzip ist, individuell auf jeden einzelnen Klienten einzugehen (siehe oben), lassen sich doch drei Ziele der Drogentherapie herausarbeiten, welche generell gelten – wobei sich das Erste ein weiteres Mal unterteilen lässt:

1. Ein allgemeines Ziel der Drogentherapie ist die **Abstinenz** vom Suchtmittel. Die Klienten können auf ihre Krankheit Einfluss nehmen und durch die Abstinenz dieser entgegen wirken. Auch wenn die Abstinenz nicht garantiert, dass die Entwicklung des Klienten automatisch positiv verläuft, so hilft sie zumindest, Begleitproblematiken<sup>15</sup> (z.B: niedriges Selbstwertgefühl, fehlende Selbstwirksamkeit) anzugehen und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass diese zum Positiven verändert werden (SCHNEIDER o.J.: 4). Jedoch ist auch das Ziel der Abstinenz noch diffus. Es ist in zwei Teilbereiche zu differenzieren, in denen der *Soll*-Zustand des Ziels bzgl. des Erlebens und Verhaltens der Person im Vergleich zum *Ist*-Zustand deutlich gemacht werden kann:
  - a. Zum ersten ist hier die **Stabilisierung der Abstinenzerfahrung und – motivation** im Erleben der Klienten zu nennen. Es geht also darum, wie sicher sie für sich sind, keine Substanzen mehr nehmen zu wollen und inwieweit sie eine innere Distanz zu den Drogen und diesem Leben geschaffen haben. Mit

---

<sup>15</sup> Vgl. hierzu auch 1.3.3

der Abstinenz sollen so gute Erfahrungen gemacht werden, dass man sich sicher ist, diese weiter aufrecht erhalten zu wollen.

- b. Trotz dem Willen und der Motivation zur Abstinenz können Rückfälle geschehen. Dies liegt meist daran, dass Bedingungen auftreten, die für die Klienten eine Rolle bei der Auslösung und Aufrechterhaltung des Drogenkonsums spielen (ASSFALG 2002: 142). Deshalb ist es ein zweites Ziel für drogenabhängige Menschen, sich mit den eigenen **Bedingungsfaktoren** des Konsums und der Abhängigkeit auseinanderzusetzen und diese zu **kennen**. So können sie rückblickend ein Gefühl der Verstehbarkeit für ihr Leben besitzen, aber auch für die Zukunft eher Situationen erkennen, in denen diese Bedingungen wieder auftreten, um so früh wie möglich gegenzusteuern (ebd.).

Abstinenz mit seinen zwei Unterzielen ist also eine Grundlage für eine Teilhabe am Leben und ein Hauptziel der Therapie. Es ist jedoch nicht das einzige, denn dies würde – wie schon beschrieben – zu kurz greifen. Zusätzlich sind noch andere Faktoren von Bedeutung, um die nachhaltige Gesundheit der Klienten zu erreichen.

2. Für einen langfristigen Erfolg ist es entscheidend, ob Klienten sich dazu fähig fühlen, ihr Leben mit all seinen Widrigkeiten und Problemen zu meistern. **Ressourcen** zu besitzen und sich dieser bewusst zu sein, sind hierbei essentielle Bestandteile. Dies ist ein zweites Ziel, welches für alle Klientinnen gilt. Positive Persönlichkeitsmerkmale, die bereits vorhanden sind, müssen in der Therapie gestärkt, und neue adaptive Ressourcen erarbeitet werden; dies sichert gerade den langfristigen Erfolg der Therapie (FIEDLER 2011: 23).<sup>16</sup>
3. Das vorrangige Ziel des Hauptkostenträgers der Rehabilitation – der Rentenversicherung – ist die **berufliche (Wieder-) Eingliederung**. Auch für die abhängigen Menschen selbst ist dieses Ziel enorm wichtig. So ist eine abgeschlossene Ausbildung und ein sicherer Arbeitsplatz der größte einzelne Schutzfaktor (SCHNEIDER 2010: 163), v.a. dann, wenn er den Wünschen und Stärken des Einzelnen entspricht (ebd.). Doch ein sicherer Arbeitsplatz ist von vielen weiteren Faktoren als nur von der Person selbst abhängig. Aus diesem Grund muss dieses Ziel anders definiert werden. Es wird vorgeschlagen, sich darauf zu beziehen, inwieweit der Einzelne seine berufliche Vorstellung gefunden und umgesetzt hat.

---

<sup>16</sup> Hier sei insb. auf GRAWE verwiesen, der denn Zusammenhang von Ressourcen, subjektivem Wohlbefinden und Gesundheit intensiv erforscht und herausgearbeitet hat (2004: 396ff).

Diese drei allgemeinen Ziele bedingen sich wechselseitig. So fördert ein zufriedenstellender Arbeitsplatz die Abstinenz einer Person und auch umgekehrt fördert die Abstinenz eine berufliche Tätigkeit (BUSCHMANN-STEINHAGE 2010: 87). Das Kennen und Nutzen von internen und externen Ressourcen fördert das Finden einer geeigneten Arbeit, wie auch dieser wieder verschiedene Ressourcen für die Person mit sich bringt (z.B. Selbstwert, Verdienst, soziale Kontakte). Und schließlich finden Rückfälle, also die Aufgabe der Abstinenz, meist in Krisensituationen statt, in denen die Coping-Strategien nicht mehr ausreichen (FISCHER et al. 2007). Ressourcen stärken die Person und ihr Repertoire an konstruktiven Verhaltensmöglichkeiten in potenziellen Rückfallsituationen sowie auch dauerhafte Abstinenz das Erkennen und Nutzen von Ressourcen erst ermöglicht. Im folgenden Schaubild werden die allgemeinen Ziele der Drogentherapie (und ihre Wechselseitigkeit) zusammenfassend dargestellt:

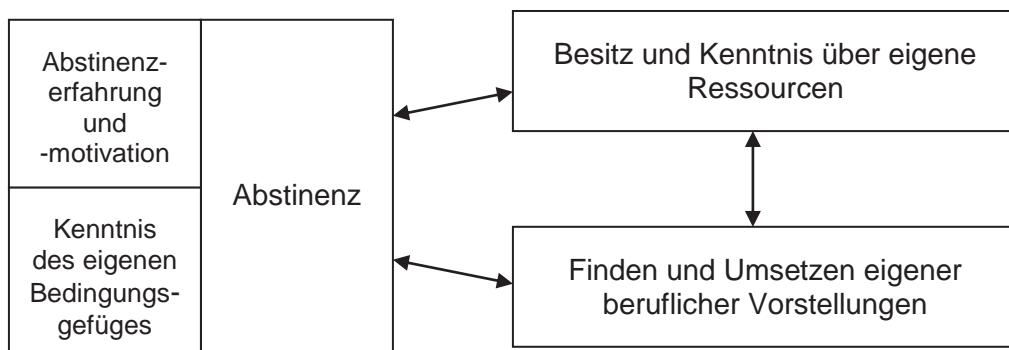


Abb. 3: Allgemeine Ziele der Drogentherapie

Diese Ziele sind aus den dargestellten Gründen sehr bedeutsam für alle Klientinnen. Wie schon beschrieben, hat jeder Klient aber auch seine eigene individuelle Lebensgeschichte, seine Sorgen, Probleme und Aufgabenstellungen. Aus diesem Grund ist es Aufgabe moderner Drogentherapie, auch auf die individuellen Ziele der Klientinnen einzugehen.

### 1.3.3 Individuelle Ziele

Um den Standards der qualifizierten Suchthilfe zu entsprechen, ist Individualisierung ein wichtiges Prinzip (BÜHRINGER 2003: 343), denn die Gruppe der drogenabhängigen Menschen ist nicht homogen. Für jeden dasselbe Programm zu erstellen, würde den Menschen nicht gerecht werden. Nur die wenigsten würden sich angesprochen fühlen und damit würde der Erfolg der Therapie bei vielen ausbleiben (ebd.).

Um also Interventionen zu finden, die auf den Einzelnen abgestimmt sind, müssen vorher mit diesem individuelle Ziele vereinbart werden. Diese können in allen Lebensbereichen gefun-

den werden. Um hier aber nicht wahllos zu bleiben, ist es essentiell, im Diagnostikprozess den Klienten, seine Lebensgeschichte sowie das Bedingungsgefüge seiner Abhängigkeit mit auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren kennenzulernen (VOGELSANG 2010: 56f). So können dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensweisen ausfindig gemacht und auf deren Basis Ziele erarbeitet werden, um diese zu verändern. Grundsätzlich sind die Ziele darauf ausgerichtet, dass langfristig negative Emotionen (beispielsweise Angst, Traurigkeit) verringert und positives Erleben (wie z.B. Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit) aufgebaut werden sollen (ebd.). Auf dieser Grundlage können dann Interventionen erarbeitet und durchgeführt werden, die helfen sollen, die Ziele zu erreichen.

Wichtig zu betonen ist, dass die Ziele gemeinsam erarbeitet werden. D.h., dass

- weder der *Therapeut* bestimmt, was für den Klienten das Richtige ist, ohne dass dieser beteiligt wird,
- noch, dass die Aussagen des *Klienten* über seine Ziele vom Therapeuten übernommen werden, ohne sie zu reflektieren, auf den Realitätsgehalt zu überprüfen oder zu analysieren, ob nicht weitere Bereiche des Verhaltens und Erlebens des Klienten mit in die Zielvereinbarungen miteinbezogen werden sollten.

Die Aufgabe des Therapeuten ist es also, den Klienten in Richtung „adäquater, realistisch erreichbarer und insb. unschädlicher Ziele“ (VOGELSANG 2002: 53) zu motivieren.

Bisher wurde viel darüber gesprochen, warum Ziele wichtig sind, was bei deren Erarbeitung relevant ist, welche Ziele in der Drogentherapie erarbeitet werden sollen und worauf zu achten wichtig ist. Wie das Erstellen der Ziele konkret geschehen kann, wird im Folgenden anhand einer bestimmten Methode dargestellt: der ZEA nach PAULS UND REICHERTS<sup>17</sup>. Dieses Instrument eignet sich allerdings nicht nur dazu, die Ziele zu erarbeiten und festzuhalten, sondern stellt auch ein Mittel zur Evaluation von Zielen dar.

#### 1.3.4 Eine Methode der Zielevolution: Die ZEA

Die von PAULS und REICHERTS entwickelte ZEA ist ein Instrument zur individuellen Diagnostik, sowie zur partizipativen und kooperativen Erstellung von Zielen für Beratung und Therapie und damit auch Grundlage für deren Planung<sup>18</sup>. Sie ermöglicht es aber auch, die individuell erarbeiteten Ziele der einzelnen Klienten mit ihnen zusammen zu evaluieren und

---

<sup>17</sup> auf die sich das folgende Kapitel, wenn nicht anders angegeben, bezieht.

<sup>18</sup> Die ganze im Folgenden dargestellte Erarbeitung und Evaluation von Zielen wird gemeinsam mit dem Klienten durchgeführt.

den GdZ zu quantifizieren. Damit ist es mit der ZEA auch möglich, eine Einrichtung insgesamt auf die Erreichung ihrer Ziele – und damit ihre Ergebnisqualität – hin zu evaluieren, sowie „Interventions- und Wirkungsforschung“ (PAULS, REICHERTS 2010: 13) zu betreiben. Formblätter zur Erhebung und Auswertung der ZEA sind unter folgendem Link zu finden: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/Schriftenreihe/Band%2014.pdf>. Wie laufen der Prozess der Zielfindung und deren spätere Überprüfung in der ZEA nun genau ab?

Die Grundlage bildet ein gemeinsam ausgehandelter Arbeitskontrakt zwischen Fachkraft und Klientin. In diesem werden auch die verschiedenen *Problembereiche* der Klientin dargestellt, welche zuvor diagnostisch erarbeitet wurden. Mindestens zwei, maximal fünf dieser Problembereiche werden nun aufgelistet, wobei diese die verschiedenen Schwierigkeiten der Klientin insgesamt repräsentieren – und nicht nur einen Bereich (z.B. Probleme in der Familie) abdecken. Jeder Problembereich erhält einen charakterisierenden Titel. In einem nächsten Schritt wird für jeden dieser Bereiche ein *Zielzustand* festgelegt.

Es ist darauf zu achten, dass Ziele SMART (STORCH 2009: 185f) formuliert werden, d.h. **Spezifisch**, also präzise und eindeutig

**Messbar**, was meint, dass klar festgelegt wird, wann ein Ziel erreicht wurde

**Attraktiv**, d.h., für die Klientin erstrebenswert und somit motivierend

**Realistisch**, also möglich zu erreichen, sowie

**Terminiert**, was bedeutet genau festgelegt, bis wann das Ziel erreicht werden soll

Weiterhin sind sie als Fertigkeiten und als positiver Endzustand zu definieren (PAULS, REICHERTS 2010: 22). Für jedes Ziel werden Indikatoren festgelegt, womit „konkrete Erlebens- und Verhaltensweisen in konkreten Situationen“ (ebd.) gemeint sind, die es möglich machen, zu überprüfen, inwieweit es erreicht wurde. Eventuell ist es nötig, die gewünschten Zustände des Klienten in ihrer Höhe zu modifizieren, da sie den Maßstab für sich selbst zu hoch oder zu niedrig ansetzen. Die schlussendlich gemeinsam erarbeiteten Ziele und ihre Indikatoren werden schriftlich festgehalten. Neben dem gewünschten Soll-Zustand wird in einem nächsten Schritt der *momentane Ist-Zustand* genau beschrieben und verschriftlicht, mit welchem die späteren Verhältnisse verglichen werden, um zu erheben, wie groß der GdZ ist. Zuletzt erfolgt die *Gewichtung* der einzelnen Ziele, je nach Bedeutung für die einzelne Klientin, wodurch „Fortschritte nicht nur in ihrem Ausmaß ..., sondern auch in ihrer Relevanz“ (a.a.O.: 23) verdeutlicht werden können. Insgesamt 100 Punkte können verteilt werden, je nach Bedeutsamkeit. Alles Erarbeitete (Benennung des Problembereiches, optimales Veränderungsziel, gegenwärtiger Zustand zu Beginn der Intervention, sowie die Gewichtung der einzelnen Bereiche) wird im Erhebungsbogen festgehalten.

Dadurch, dass die ZEA

- in Zusammenarbeit mit dem Klienten erstellt wird,
- sie individuell auf ihn bezogen ist,
- die Selbstverantwortung des Klienten wie auch
- seine Motivation steigern kann (vgl. 1.3.1),

ist die ZEA auch *Intervention*, ohne dass sie auf einen therapeutischen Ansatz festgelegt ist. Zugleich ist sie die Grundlage für die Planung kommender therapeutischer Handlungen; welche dies sind, wird durch das Instrument der ZEA allerdings nicht beschränkt (PAULS 2011: 227), sondern ist je nach Fall und Situation auf Angemessenheit zu prüfen.

Die Wirkung durchgeföhrter Interventionen kann in erster Linie daran überprüft werden, inwieweit die aufgestellten Ziele erreicht wurden (HAGNER 2000: 156; JACOBI 2011: 613). Auch hierzu bietet die ZEA eine Strategie an: Der aktuelle Zustand (dieser ist spätestens am Ende der Therapie zu erheben, sollte jedoch im Sinne der Prozessdiagnostik auch währenddessen regelmäßig durchgeführt werden) wird gemeinsam von Fachkraft und Klient daraufhin eingeschätzt, wie er sich zur definierten Ausgangssituation hin verändert hat. Dies wird quantifiziert auf einer Skala von 0% bis 100% – 0% Veränderung entspräche dem Ausgangszustand, 100% wäre der definierte optimale Zielzustand. Dabei gelten als Richtwerte:

- (-) als verschlechtert
- 0% als unverändert
- 25% als leicht verbessert
- 50% als mäßig verbessert
- 75% als deutlich verbessert und
- 100% als vollständig verbessert.

Die Einschätzung des Veränderungsgrades sollte „mit dem Klienten besprochen werden“ (PAULS, REICHERTS 2010: 25). Um dem Gebot der Flexibilität gerecht zu werden, können Therapieziele und auch die Gewichtung dieser verändert oder durch neue ergänzt werden. Der GdZ wird im Erhebungsbogen eingetragen, wodurch bei mehreren Messzeitpunkten Verläufe aufgezeigt werden können<sup>19</sup>. Zu jedem gemessenen Zeitpunkt kann ein Veränderungsindex bestimmt werden. Dazu ist folgende Formel für jedes Ziel anzuwenden:

$$\text{Veränderungsindex} = \frac{\text{Veränderung in \%}}{100} \times \frac{\text{Zielgewicht in \%}}{100}$$

---

<sup>19</sup> allerdings können damit keine Prognosen getroffen werden (vgl. SCHAEDLER o.J.: 2)

Die Indizes aller Ziele werden addiert, so dass man GVI erhält. Dieser ist folgendermaßen zu interpretieren:

- $< .25$  stellt einen *geringe* Veränderung dar,
- $.25$  bis  $.5$  ist eine *akzeptable* Veränderung,
- im Bereich von  $.5$  bis  $.75$  wird die Veränderung als *gut* oder *überdurchschnittlich* bewertet und ist die Veränderung
- $> .75$  kann sie als *ausgezeichnet* angesehen werden.

Wie oben bereits beschrieben, ist für den Therapieerfolg nicht nur die Wirkung am Ende der Therapie ausschlaggebend, sondern v.a. der längerfristige Erfolg. Auch für die katamnestischen Untersuchungen bietet sich die ZEA an, wobei das Verfahren dasselbe bleibt, jedoch wird jetzt der Klient der alleinige Einschätzer seines GVI.

Somit stellt die ZEA eine Möglichkeit dar, den Erfolg partizipativ zu messen und zu quantifizieren – dabei wird nicht nur die Abstinenz in den Blick genommen, sondern *alle* Ziele des Klienten, womit der Erfolg umfassend überprüft werden kann.

Als praktische Umsetzung der Theorie wird im folgenden Teil der Erfolg einer Fachklinik für drogenabhängige Menschen mittels der ZEA evaluiert.

## 2. Methode

Nachdem das Thema der Evaluation der Drogentherapie mittels ZEA im ersten Teil auf Grundlage von relevanter Fachliteratur umfassend erarbeitet wurde, soll nun im zweiten Teil die dazu durchgeführte empirische Studie in der Fachklinik Schloss Eicheldorf ausführlich dargestellt werden. In diesem Kapitel wird auf die Methodik der Studie genauer eingegangen.

Dazu werden zu Beginn dieses Kapitels die aufgestellten Hypothesen erläutert, welche später mit Hilfe der erhobenen Daten untermauert oder widerlegt werden sollen (2.1). Anschließend wird dargestellt, mit welchen methodischen Mitteln die Daten erhoben wurden und welches Design die Studie besitzt, was in 2.2 bzw. in 2.3 geschieht. In 2.4 werden genauere Angaben zur untersuchten Personengruppe gemacht. Der Abschnitt schließt unter 2.5 damit, dass kurz über die tatsächliche Durchführung der Untersuchung berichtet wird.

### 2.1 Hypothesen

Die formulierten Hypothesen beziehen sich auf die unter 1. dargestellten theoretischen Überlegungen und Untersuchungsergebnisse, gehen jedoch darüber hinaus, da sie den Erfolg nicht lediglich am Kriterium der Abstinenz messen, sondern am GdZ. Dieser wird sowohl von den Therapeuten für den Zeitpunkt des Therapieendes eingeschätzt (t1), als auch von den ehemaligen Klienten mit Hilfe einer telefonischen Befragung rückblickend zum Zeitpunkt t1 wie auch zum Zeitpunkt der Katamnese (t2) – also ca. ein Jahr nach der abgeschlossenen Therapie.

Der erste Teil der Hypothesen (*H1-H5*) bezieht sich auf die Ergebnisse zur Einschätzung der Zielerreichung. Es geht also darum, inwieweit die Ziele zu den verschiedenen Zeitpunkten als realisiert angesehen werden können.

*H1: Zum Zeitpunkt t1 wird, sowohl von Therapeuten wie Klienten, der GVI zwischen .5 und .75 eingeschätzt – und liegt damit im guten Bereich.*

Eine mehrmonatige Therapie liegt hinter den Klienten, in der mit fundiertem therapeutischem Wissen daran gearbeitet wurde, dass die Ziele möglichst vollständig erreicht werden (siehe 1.2 und 1.3). Dennoch sind die innerpsychischen Prozesse der Klienten so komplex, dass es utopisch wäre, anzunehmen, in der Therapiezeit, die maximal zehn Monate umfasst, alle Probleme der Klienten zu lösen und die Ziele zu 100% zu erreichen. Weiterhin gibt es Unterschiede im Schwierigkeitsgrad der einzelnen Ziele eines Klienten und oftmals spielen auch andere Prozesse außerhalb der Person eine Rolle, die den GVI beeinflussen können. Eine durchschnittliche Zielerreichung im *guten* Bereich ist daher anzunehmen und würde die Annahme stützen, dass das Therapiesystem in Deutschland (zumindest in der untersuchten Klinik) effektiv funktioniert.

*H2: Zum Zeitpunkt t1 wurden die allgemeinen Ziele der Drogentherapie besser erreicht, als die individuell aufgestellten Ziele.*

Auf die allgemeinen Ziele wird – als Schwerpunkte der Therapie - von Anfang an das Augenmerk gelegt und es wird viel therapeutische Zeit investiert, da allen Beteiligten eine Besserung in diesen Bereichen wichtig ist. Die individuell aufgestellten Ziele werden hingegen nicht vom ersten Tag an verfolgt, da sie erst diagnostisch erhoben werden müssen oder sich auch erst im Laufe der Therapie entwickeln. Aus diesem Grund wird vermutet, dass die Einschätzung des GVI – sowohl von Therapeutinnen wie Klientinnen – bei den individuell aufgestellten Zielen niedriger liegt, als bei den allgemeinen Zielen der Drogentherapie.

*H3: Das Erreichen der Ziele wird von den Therapeuten zum Zeitpunkt t1 besser eingeschätzt, als von den Klienten.*

So groß die Selbstüberschätzung von süchtigen Menschen sein mag, während sie konsumieren, nimmt sie jedoch im nüchternen Zustand rasant ab – sie erleben sich selbst als unvermö-

gend und unzulänglich (KIPP 2000: 33ff). KUNTZ (2009) stellt die mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung von Abhängigen sogar in das Zentrum seiner Betrachtungen. Daher ist davon auszugehen, dass die Klienten den Grad ihrer erreichten Ziele niedriger einschätzen, als die Therapeuten dies zum selben Zeitpunkt tun.

*H4: Zum Zeitpunkt t2 wird der GVI von den Klientinnen niedriger eingeschätzt, als zum Zeitpunkt t1 und liegt zwischen .25 und .5 – und damit im akzeptablen Bereich.*

Ein Jahr nach der Therapie haben die Klientinnen den schützenden Rahmen einer Einrichtung schon lange verlassen. Die Klientinnen treffen z.B. wieder auf Bekannte aus dem Drogenmilieu, werden mit Forderungen von Institutionen (wie beispielsweise der Agentur für Arbeit, Kreditinstituten) konfrontiert und stehen vor der Anforderung, ihren Alltag selbstständig zu gestalten. Aus diesen Gründen sind – wie unter 1.2.4 festgestellt – die Erfolgsquoten nach einem Jahr stark gesunken – danach halten sich die Ergebnisse einigermaßen. Daher wird angenommen, dass zum Zeitpunkt der Katamnese der GVI von den Klienten niedriger eingeschätzt wird als zum Ende der Therapie. Doch wie unter 1.2.4 beschrieben, sind die Ergebnisse auch nach einem Jahr durchaus erfolgreich. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass zum Zeitpunkt der katamnestischen Erhebung der GVI im Durchschnitt im *akzeptablen* Bereich liegt.

*H5: Der GVI zum Zeitpunkt t2 korreliert positiv mit der Abstinenz.*

Da die Abstinenz *eines* der allgemeinen Ziele ist ist<sup>20</sup> und die anderen beiden mit diesem in Wechselwirkung stehen, wie unter 1.3.2 beschrieben, ist anzunehmen, dass der GVI für die allgemeinen Ziele zum Zeitpunkt der Katamnese mit den Angaben zur Abstinenz der Personen korreliert. Doch auch bei den individuellen Zielen ist eine Korrelation anzunehmen, da Abstinenz nicht nur ein wichtiges Ziel der Drogentherapie ist; sie ist auch Grundlage zur Erreichung der individuellen Ziele<sup>21</sup>.

Der zweite Teil der Hypothesen (*H6-H9*) enthält Fragestellungen zu Untergruppen von Klienten. Dabei wird sich insb. auf die unter 1.2.4 erhobenen Ergebnisse, speziell auf VELTRUP (2002: 237) und BÜHLE (2002: 27), bezogen. Es ist zu überprüfen, ob einzelne Personengruppen, die laut diesen Studien bessere Werte - bezogen auf die Abstinenz - besitzen, sich ebenso auf dem GVI (zum Zeitpunkt t2) höher einschätzen.

*H6: Ältere Klienten sind erfolgreicher im Erreichen ihrer Therapieziele als jüngere Klienten.*

Ältere Klienten sind nicht nur weiter in ihrer Entwicklung, sondern stehen auch vor anderen Entwicklungsaufgaben als Klienten Anfang 20. Diese fordern oft mehr Verantwortung ein

---

<sup>20</sup> auch wenn anzumerken ist, dass in der Befragung der GVI nicht für das Oberziel der Abstinenz, sondern für seine beiden Komponenten abgefragt wird

<sup>21</sup> vgl. hierzu auch Schneider (o.J.) der die Abstinenz als Weg zu den Zielen beschreibt

(z.B. gegenüber dem (Ehe-)Partner, Kindern), was die Personen dazu bewegt, kontinuierlicher an ihren Zielen zu arbeiten. Weiterhin sind diese Klienten erfahrener im Umgang mit sich selbst, haben vielleicht schon mehr ausprobiert und können sich und ihre Grenzen besser einschätzen. Durch oftmals bereits vorausgegangene Therapien ist sich die Gruppe der Älteren möglicherweise ihrer eigenen Ziele bewusster und kann somit von Beginn an daran arbeiten. Daher wird angenommen, dass ältere Klientinnen ihre Ziele besser erreichen.

*H7: Klientinnen, die aufgrund von justiziellem Zwang die Therapie begannen, haben ihre Therapieziele genauso gut erreicht wie Klientinnen ohne diesen.*

Die in der öffentlichen Meinung herrschende Annahme, Klientinnen, die auf Grund einer justiziellem Auflage die Therapie beginnen, werden keinen Erfolg zeigen, da sie die Therapie nicht freiwillig durchlaufen, ist nicht anzunehmen. Die wenigsten Personen kommen rein intrinsisch motiviert in die Drogentherapie. Diese Ambivalenz aufzugreifen und an der Motivation zu arbeiten - was auch durch die Arbeit an den Zielen geschieht - ist ein wichtiger Bestandteil der fachlichen Arbeit (siehe 1.2 und 1.3), insb. am Anfang der Therapie. Es wird also die Hypothese aufgestellt, dass zum Zeitpunkt der Katamnese der justizielle Zwang keinen Einfluss auf die Einschätzung des GVI hat.

*H8: Klienten ohne psychische Komorbidität sind im Erreichen ihrer Therapieziele erfolgreicher als Klienten mit psychischer Komorbidität.*

Eine weitere psychische Krankheit stellt eine große zusätzliche Belastung dar. Es wird im Rahmen der Drogentherapie auf Grund der Schwerpunktsetzungen und der Rahmenbedingungen (z.B. zu wenig Personal, Zeit) nur in eingeschränktem Umfang möglich sein, eine andere psychische Erkrankung intensiv zu therapieren. Weiterhin kann die Arbeit an den anderen Zielen stark erschwert werden, da z.B. die Depression immer mehr in den Mittelpunkt rückt und die Bewältigungskapazitäten des Klienten dadurch vermindert sind.

*H9: Klientinnen mit einer körperlichen Erkrankung werden ihre Ziele nicht so gut erreichen wie Klientinnen ohne körperliche Erkrankung.*

Im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes wird davon ausgegangen, dass körperliche Leiden auch die Zielerreichung negativ beeinflussen können. Wie auch bei psychischen Erkrankungen kann eine physische Krankheit das Zentrum der Aufmerksamkeit für die Klientin werden, so dass sie sich weniger mit ihren Zielen befasst. Durch Krankheit kann das Erreichen anderer Ziele eingeschränkt oder erschwert werden (z.B. Finden eines zufriedenstellenden Arbeitsplatzes, erhöhtes Selbstvertrauen). Somit wird gefolgert, dass diese Personengruppe einen durchschnittlich niedrigeren GVI besitzt.

## **2.2. Messmethodik**

In diesem Abschnitt wird ausführlich die methodische Vorgehensweise und das Untersuchungsdesign erläutert, mit der die Studie durchgeführt wurde, um die eben genannten Hypothesen zu überprüfen. Die Methode, die in dieser Untersuchung angewandt wurde, um die Zielerreichung der ehemaligen Klienten zu evaluieren, ist die unter 1.3.4 beschriebene ZEA nach PAULS und REICHERTS. Die dazu bereits vorgegebenen Erhebungsbögen mit Instruktionen sind auf der Internetseite der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit frei zum Download verfügbar<sup>22</sup>. Die Messmethode besteht aus einem strukturierten Interview mit Befragung und einem Fragebogen mit Ratingskala. Die Messinstrumente stellen der Fragebogen und die in 1.3.4 aufgeführten Formeln dar. Die genaue Methodik wird nun erläutert.

Die ZEA wurde zuvor noch nicht in der Fachklinik angewendet. Daher kann zwar auf die Ziele zurückgegriffen werden, die zu Beginn der Therapie von den Therapeutinnen mit den Klienten vereinbart wurden, diese wurden aber zu keinem Zeitpunkt auf ihren Grad der Veränderung eingeschätzt oder gewichtet. Auf Grundlage dieser Datenbasis wurde festgelegt, dass die Ziele, die für alle Klientinnen gelten (vgl. 1.3.2) und die Ziele, die individuell mit der Einzelnen aufgestellt wurden (vgl. 1.3.3) getrennt voneinander erhoben werden. So konnte der Unterschied dieser beiden Zielkategorien deutlich gemacht werden und es wurde ermöglicht, sie in der Hypothesenüberprüfung miteinander zu vergleichen (siehe insb. H2). Diese Entscheidung hatte zur Folge, dass für jede der beiden Zielkategorien eine getrennte Gewichtung der Relevanz der Ziele stattfand und je ein eigener GVI festgesetzt wurde. Der GdZ zum Ende der Therapie sollte nicht nur von den Klienten, sondern auch von den Therapeuten eingeschätzt werden, um die Bewertung der Klienten mit denen der Fachkräfte zu vergleichen und Unterschiede im Selbst- und Fremdbild festzustellen (siehe H3).

Somit wurde angesetzt, dass zuerst die Therapeuten in mündlichen Befragungen den GdZ für alle Ziele jedes Klienten, der 2011 die Therapie regulär abgeschlossen hat, auf einer Skala von 0% bis 100% einschätzten. 0% war zu nennen, wenn der Klient sich im Vergleich zum Ausgangszeitpunkt nicht verändert hatte, 100% wenn der vereinbarte Zielzustand vollkommen erreicht wurde. Es galten die Zwischenmaße, wie in 1.3.4 angegeben. Die individuellen Ziele sollten für jeden Klienten einzeln nach Relevanz gewichtet werden, wobei dafür pro Person insgesamt 100 Punkte zur Verfügung standen. Für die allgemeinen Ziele sollte eine einmalige Gewichtung von allen Therapeuten festgesetzt werden, welche für Jeden galt – und zwar in den Therapeutinnen-, aber auch den Klientinnenbefragungen.

---

<sup>22</sup> <http://www.klinische-sozialarbeit.de/Schriftenreihe/Band%2014.pdf>

Den Schwerpunkt der Befragung stellten die Telefoninterviews mit den Klienten dar. Diese Form der Untersuchung wurde gewählt, um die Niedrigschwelligkeit, aber auch die Verbindlichkeit zu erhöhen. Dadurch wurde eine höhere Rücklaufquote erwartet. Außerdem können am Telefon evtl. auftretende Verständnisfragen beantwortet und flexibler auf die untersuchte Person eingegangen werden. Auch die Einschätzung der Klientinnen zu ihrer Zielerreichung fand nach dem Muster der ZEA statt – so konnten auch sie ihren GdZ für jedes Ziel von 0% bis 100% bewerten. Dies sollten die Klienten zum einen für den Zeitpunkt t1 tun, um rückblickend eine Bewertung zu erhalten, wie ihr GdZ am Ende der Therapie war (siehe H1-H3). Zum zweiten sollten sie über ihren momentanen GdZ urteilen, um zu erfassen, wie die Situation ein Jahr nach der Therapie beschaffen ist (siehe H4-H9). Durch die Befragung zu zwei Zeitpunkten kann außerdem der Unterschied des GdZ zwischen t1 und t2 festgemacht werden (H4). Auch die Klienten sollten 100 Punkte – je nach persönlicher Wichtigkeit – auf die individuellen Ziele verteilen. Die Gewichtung der allgemeinen Ziele wird von der Therapeutinneneinschätzung übernommen. Alle Daten wurden in Erhebungsbögen festgehalten<sup>23</sup> und die entsprechenden GVI mit der unter 1.3.4 angegebenen Formel errechnet.

Neben den Einschätzungen zur Zielerreichung sollten die Klientinnen nach ihrem Status der Abstinenz befragt werden, wobei sich an den Katamnesestandards aus 1.2.4 orientiert wird, d.h. die Aussagen wurden anschließend eingeteilt nach *abstinent*, wenn die Person seit der Entlassung keine Drogen konsumiert hat, *abstinent nach Rückfall* (dies traf zu, wenn die Person zwar nach der Therapie Substanzen zu sich genommen hat, aber seit mindestens drei Monaten abstinent ist) sowie *rückfällig*. Diese letzte Kategorie schließt Personen ein, die nicht seit mindestens drei Monaten abstinent leben. Alle erhobenen Daten wurden in das Statistikprogramm SPSS eingegeben, mit dem auch die Auswertung stattfand.

## 2.3 Forschungsdesign

Bei der Untersuchung handelt es sich um ein quasi-experimentelles Design aus dem Bereich der *quantitativen* Forschung, da mit Hilfe von standardisierten Interviews die „zahlenmäßige Ausprägung ... mehrer Merkmale“ (WINTER 2000) gemessen wurde. Somit ist es möglich, das Erleben der ehemaligen Klientinnen zu quantifizieren, die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen und statistische Zusammenhänge herauszuarbeiten (ebd.). Im Rahmen dieser Arbeit war die Messung nur zu einem Zeitpunkt möglich – die Daten zum Zeitpunkt t1 wurden retrospektiv erhoben, es handelt sich hierbei um eine quasi-indirekte Veränderungsmessung.

---

<sup>23</sup> siehe Anhang

Es ist daher von einer *Querschnittsstudie* zu sprechen. Es ist anzumerken, dass sich bei dem hier angewandten Design unterschiedliche Katamnesezeiträume ergeben, da unterschiedlich viel Zeit zwischen der Entlassung aus der Entwöhnungsbehandlung und der Katamnesebefragung vergangen ist. Vorteil dieser Methode ist, dass ein ‚response shift‘, ein verändertes Verständnis des Messinstruments bzw. die Definition der Ziele, weitestgehend auszuschließen ist. Dafür müssen verzerrende Erinnerungseffekte hingenommen werden. Die Evaluationsstudie ist in erster Linie *summativ*, da sie die erhobenen Ergebnisse zur Erfolgsmessung zusammenfasst, eine Bilanz zieht und sich am Ergebnis orientiert (STOCKMANN 2007: 34). Allerdings ist angedacht, dass sie auch formative Anteile enthält und zu Veränderungen in der Fachklinik bzgl. der Ergebnisorientierung und –evaluation anregt.

## 2.3 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Befragt werden sollten alle Klienten, die 2011 die Therapie in der Fachklinik regulär abgeschlossen haben, das sind 68 Personen. Damit sollte eine Befragung der vorher definierten Grundgesamtheit stattfinden. Bei allen Personen wurde versucht, sie telefonisch zu erreichen. Allerdings ist die Angabe der Telefonnummer am Ende des Therapiezeitraums freiwillig und auch die Teilnahme an der Katamnese beruht auf Freiwilligkeit, daher konnten Selektionseffekte nicht ausgeschlossen werden. Tab. 1 zeigt die Beteiligung an der katamnestischen Untersuchung. Es wurden 56 von 68 Personen erreicht, was einer Ausschöpfungsquote von 82,4% entspricht. Dies ist als extrem positiv für den Bereich der Katamnesen in der Drogentherapie zu werten (vgl. 1.2.4). Von acht Personen fehlte die aktuelle Telefonnummer bzw. sie konnten auf ihrer angegebenen Nummer nicht erreicht werden, drei Personen verweigerten die Teilnahme an der Katamnese und eine weitere Person befand sich in Untersuchungshaft.

*Tab. 1:* Beteiligung an der Untersuchung

	Anzahl	Prozent
telefonisch erreicht	56	82,4
telefonisch nicht erreicht	8	11,7
Beteiligung verweigert	3	4,4
in Untersuchungshaft	1	1,5

N = 68

In der Einschätzung der Therapeutinnen hatten die erreichten Personen sowohl bei den allgemeinen, als auch bei den individuellen Zielen einen höheren Mittelwert des GVI. Allerdings waren beide Werte nur geringfügig höher und nicht signifikant. Aus diesem Grund wird sich

im Folgenden nur auf die erreichten Personen bezogen. Die Angaben gelten dennoch für die Grundgesamtheit.

56 ehemalige Klienten der Fachklinik Schloss Eicheldorf konnten in der Katamnese erreicht werden. In Tab. 2 sind ausgewählte Merkmale der Untersuchungsgruppe dargestellt. Der Anteil der Frauen betrug 23,2%. Das Durchschnittsalter lag bei 29,9 Jahren. Unter den Klienten waren 76,8% Deutsche, 14,3% Spätaussiedler, die restlichen 8,9% kamen aus anderen Ländern (Türkei, Italien und Polen). Ledig waren 76,8% der entlassenen Klienten, geschieden 14,3%, und weitere 8,9% waren verheiratet. 39,3% waren Mutter oder Vater eines Kindes, 3,6% von zwei Kindern. Bei 67,9% lag eine multiple Substanzabhängigkeit vor, bei 10,7% eine Abhängigkeit durch Opioide, bei weiteren 10,7% eine Abhängigkeit durch andere Stimulanzien. 8,9% waren cannabinoid- und 1,8% alkoholabhängig. 44,6% der Klienten befanden sich aufgrund justizieller Auflagen in Behandlung. Körperliche Erkrankungen wiesen 30,4% der Klienten auf, darunter waren mit über 80% Personen mit einer Hepatitis Erkrankung. Bei 28,6% wurde eine psychische Komorbidität diagnostiziert: 10,7% wiesen eine affektive Störung auf, 7,1% Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren wurden bei 5,4% der Klienten diagnostiziert, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen bei 3,6% und 1,5% der Klienten wiesen eine Schizophrenie, schizotypen und wahnhafte Störung auf. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 7,1 Monate.

Tab. 2: Merkmale der Untersuchungsgruppe

<b>Merkmal</b>	<b>Kategorien</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Geschlecht	männlich	43	76,8
	weiblich	13	23,2
Durchschnittsalter	in Jahren, Mittelwert (Standardabweichung)	29,9 (6,6)	
Nationalität	deutsch	43	76,8
	Spätaussiedler	8	14,3
	türkisch	2	3,6
	italienisch	2	3,6
	polnisch	1	1,8
Familienstand	ledig	43	76,8
	geschieden	8	14,3
	verheiratet	5	8,9
Anzahl der Kinder	keine Kinder	32	57,1
	ein Kind	22	39,3
	zwei Kinder	2	3,6

Haupt-Suchtmitteldiagnose	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch	38	67,9
justizielle Auflage?	ja	25	44,6
	nein	31	55,4
körperliche Erkrankung?	ja	17	30,4
	nein	39	69,6
weitere psychische Erkrankung?	ja	16	28,6
	nein	40	71,4
Mittlere Behandlungsdauer	in Monaten, Mittelwert (Standardabweichung)	7,1 (2,2)	

n = 56

Nachdem nun darüber berichtet wurde, wie die Methodik, das Design und die Gruppe der Untersuchung beschaffen sind, soll folgend explizit darauf eingegangen werden, wie die Studie genau durchgeführt wurde.

## 2.4 Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde im Frühjahr 2012 in der Fachklinik Schloss Eicheldorf – einer Einrichtung zur stationären Drogenentwöhnung in der Nähe von Hofheim in Unterfranken – durchgeführt. In dieser Einrichtung werden Personen behandelt, die von illegalen Drogen abhängig sind. Die Einrichtung ist nach §35 BtmG anerkannt, was die Voraussetzung für eine Behandlung betäubungsmittelabhängiger Straftäter darstellt. Die Behandlungsdauer liegt i.d.R. zwischen sechs und zehn Monaten. Aufgenommen werden können auch Personen mit Kindern sowie abhängige Menschen, die eine psychische Komorbidität besitzen. Das Behandlungskonzept ist an modernen wissenschaftlichen Standards orientiert (vgl. 1.2.2 und 1.2.3).

Nachdem die Klinikleitung ihr Einverständnis an der Studie gegeben hat, wurden die Therapeuten der Einrichtung informiert. Die bereits vorliegenden soziodemographischen Daten und die Ziele der Klientinnen, die zu Beginn der Therapie festgelegt und dokumentiert worden sind, wurden erhoben. Neben den vier Grundzielen der Drogentherapie (vgl. 1.3.2) wurden die für jeden Klienten individuell aufgestellten Ziele herangezogen (vgl. 1.3.3). Auf Grundlage dieser Datenbasis sollten nun die Ziele der Klientinnen mittels der ZEA evaluiert werden. Da diese in Schloss Eicheldorf zuvor nicht angewandt wurde, konnte nicht auf Daten der Messung des GdZ am Ende der Therapie zurückgegriffen werden. Auch eine Gewichtung der Ziele hatte noch nicht stattgefunden. Beide Vorgänge mussten daher retrospektiv erhoben werden. Dazu wurden zunächst im April 2012 die Therapeuteninterviews geführt. Dabei folgte nach einer kurzen Begrüßung und inhaltlichen Zusammenfassung über

die Untersuchung die Instruktion in das Verfahren der ZEA. Dabei ist zu betonen, dass allgemeine und individuelle Ziele erfragt wurden, beide aber als getrennte Komponenten. Somit fanden auch zwei Gewichtungen statt und es wurde für jeden Klienten ein GVI für die allgemeinen Ziele *und* ein ebensolcher für die individuellen Ziele erstellt. Es wurde sich darauf geeinigt, die allgemeinen Ziele gleich zu gewichten (also 25% für jedes der vier Ziele), da keines der Ziele dem anderen übergestellt werden kann. Dies wurde sowohl für die Therapeuten- als auch die Klientenbefragung für jeden Fall so festgesetzt. Es erfolgte dann für jeden Klienten die Gewichtung seiner individuellen Ziele sowie die Einschätzung des GdZ für diese. Die beiden GVI für jeden Klienten wurden bestimmt und festgehalten.

Im Mai und Juni 2012 fanden die telefonischen Klienteninterviews mit den 56 erreichten ehemaligen Klientinnen statt. Auch diese wurden zuerst begrüßt und über den Grund des Anrufes informiert. Es wurde auf die Freiwilligkeit und Anonymität der Untersuchung hingewiesen. Wurde ein Einverständnis gegeben, wurde nach dem allgemeinen Befinden sowie der Abstinenz seit der Entlassung gefragt. Das Verfahren der ZEA wurde erläutert. Dann wurden die Klienten gebeten, die Gewichtung für die individuellen Ziele festzulegen sowie den GdZ für alle Ziele einzuschätzen und zwar retrospektiv zum Ende der Therapie wie auch zum jetzigen Zeitpunkt. Die telefonische Datenerhebung betrug pro Klientin zwischen 15 und 45 Minuten. In einigen Interviews gab es kurze Verständnisfragen, die von der Interviewerin beantwortet werden konnten. Auf Grundlage der erhobenen Daten konnten vier weitere GVI errechnet werden: Sowohl für den Zeitpunkt zum Ende der Therapie, als auch für den Zeitpunkt der Katamnese jeweils für die allgemeinen und die individuellen Ziele.

In diesem Kapitel wurden ausführlich die methodischen Rahmenbedingungen der Studie dargestellt. Hypothesen wurden aufgestellt, die Methodik wurde aufgezeigt, mit der die Untersuchung stattfand und genauere Informationen zum Untersuchungsdesign wurden gegeben. Die Gruppe der untersuchten Personen und ihre wichtigsten Merkmale wurden beschrieben sowie die Ausführungen zur Durchführung gegeben. Doch zu welchen Ergebnissen ist die Untersuchung nun gekommen? Welche Hypothesen können als belegt angesehen werden, welche werden verworfen? Und wie sind die Ergebnisse, die die Studie hervorbringt einzutragen? Auf diese Fragen soll das nächste Kapitel Antworten bringen.

## **3. Ergebnisse**

In diesem Kapitel wird zunächst die Aussagekraft der Ergebnisse kritisch beleuchtet (3.1). Die Darstellung der wichtigsten Ergebnisse der Studie folgt unter 3.2. Anschließend werden die unter 2.1 aufgestellten Hypothesen anhand der erhobenen Daten in Kapitel 3.3 überprüft.

### **3.1 Kritische Einordnung der Aussagekraft der Ergebnisse**

Um eine möglichst hohe Objektivität der Durchführung zu gewährleisten, war das Interview weitestgehend standardisiert, was durch die klare Strukturierung und Normierung der ZEA erleichtert wurde. Die Interviewanweisungen waren einheitlich festgelegt. Durch die quantifizierten Antwortformate sowie die Abstufungen kann auch die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität als gegeben angesehen werden. Zur Reliabilität können wenige Angaben gemacht werden, da es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, eine wiederholte Messung<sup>24</sup> durchzuführen. Würde dies geschehen, kann trotzdem nicht automatisch von einer Stabilität des Merkmals ausgegangen werden, da der GVI von vielen Faktoren abhängt, die sich durch Entwicklung der Lebensumstände oder durch neue Einsichten und Ansichten ändern können. Der GVI *kann* und *soll* also nicht als stabiler Zustand angenommen werden. Für das Gütekriterium der Validität ist zu sagen, dass durch das beschriebene Vorgehen in der ZEA (1.3.4) diese als augenscheinlich gegeben angenommen werden kann, da die Items alle wesentlichen Inhalte des Merkmals abbilden.

Allerdings gibt es auch einige Gesichtspunkte, die gegen die empirische Aussagekraft der Untersuchung sprechen. In der vorliegenden Studie liegen keine vergleichbaren Aussagen über eine Kontrollgruppe vor<sup>25</sup>. Daher sind die folgenden Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig, denn es ist nicht garantiert, dass die Wirkungen nicht auch durch andere Faktoren als der Therapie verursacht sein können (OVRETVEIT 2002: 72). Nur weil sich eine Veränderung des Klientenzustandes ergab, ist also nicht gesichert, dass diese Veränderung auf Grund der

---

<sup>24</sup> z.B. im Sinne der Test-Retest-Methode

<sup>25</sup> Wobei anzumerken ist, dass es ethisch nicht vertretbar wäre, wenn man z.B. Personen auf der Warteliste für eine Therapie lässt, um deren Veränderungen im GdZ zur Kontrolle heranzuziehen.

Therapie eingetreten ist. Weiterhin ist anzumerken, dass die Aussagen von Klienten wie Therapeuten zum Zeitpunkt t1 retrospektiv geschehen. Ob retrospektive Aussagen über persönliche Veränderungen überhaupt valide sind, kann in Frage gestellt werden (GROSSE HOLTFORTH et al. 2009: 37), da beispielsweise „Gedächtnis- und Antworttendenzen oder Veränderungen des individuellen Bezugssystems“ (ebd.) die Güte der Untersuchung negativ beeinflussen können. Ebenso sei darauf hingewiesen, dass Tendenzen sozialer Erwünschtheit – wie bei allen Untersuchungen – nicht ausgeschlossen werden können. Möglicherweise beantworten die ehemaligen Klientinnen die Fragen also so, wie sie überzeugt sind, dass es von der Allgemeinheit als ‚richtig‘ bewertet werden würde. Dem wurde dadurch entgegengewirkt, dass auf die Anonymisierung hingewiesen wurde. Auch wurde erwähnt, dass es bei der Untersuchung keine ‚richtigen‘ oder ‚falschen‘ Antworten gäbe, sondern ehrliche Antworten zentral seien. Ein letzter Punkt, den man kritisch diskutieren kann, wird von HEIDENREICH (2002: 62f) aufgeworfen: Von ihm wird die Frage in die Diskussion geworfen, ob die Selbsteinschätzungen von abhängigen Personen überhaupt als valide angesehen werden können.

Die genannten Punkte gilt es im Gedächtnis zu behalten, wenn nun im nächsten Abschnitt die Ergebnisse der Untersuchung genauer betrachtet werden.

## 3.2 Zentrale Ergebnisse

Tabelle 3 gibt Aufschluss über die aufgestellten individuellen Ziele der Klienten in dieser Befragung. Dabei waren die am häufigsten genannten Ziele „Selbstwert besitzen“ (bei 30 Personen), „einen klaren bzw. verbesserten Bezug zur eigenen Familie haben“ (22) sowie „angemessene Freizeitbeschäftigungen und Hobbies besitzen“ (17). 14 Klientinnen hatten das Ziel, sich abgrenzen zu können und bei je 13 Personen sollte es darum gehen, „Beziehungen auf eine positive Weise führen zu können“ bzw. „Frustrationstoleranz zu besitzen. Wie oben bereits ausgeführt, wurden pro Person zwischen zwei und fünf individuelle Ziele aufgestellt.

*Tab. 3: Individuelle Ziele - Häufigkeiten*

Ziel	Nennungen	Prozent
Selbstwertgefühl besitzen	30	54,6
einen klaren bzw. verbesserten Bezug zur eigenen Familie haben	22	39,3
angemessene Freizeitbeschäftigungen und Hobbies besitzen	17	30,4
sich abgrenzen können	14	25
Beziehungen auf eine positive Weise führen können	13	23,2
Frustrationstoleranz besitzen	13	23,2
angemessene Konfliktmuster bzw. Bewältigungsstrategien besitzen	12	21,4

Probleme angemessen lösen können	12	21,4
die eigene Biographie verstehen	11	19,6
Selbstwirksamkeit spüren	11	19,6
eigene Emotionen wahrnehmen und ausdrücken können	8	14,3
mit dem/n eigenen Kind(ern) gut umgehen können	6	10,7
psychische Stabilisierung	5	8,9
Besitz individueller Coping- und Vermeidungsstrategien für Rückfallsituationen	4	7,1
mit eigenen Befindlichkeiten angemessen umgehen können	4	7,1
Durchhaltevermögen besitzen	3	5,4
eine angemessene Impulskontrollsteuerung besitzen	3	5,4
selbstkritisch sein können	3	5,4
soziale Kompetenz besitzen	3	5,4
den eigenen ausgeprägten Leistungswillen kritisch hinterfragen können	2	3,6
eine partnerschaftliche Beziehung haben	2	3,6
erkennen eigener Grenzen	2	3,6
gut deutsch sprechen	2	3,6
kritisches Hinterfragen und Korrektur von kriminellen Verhaltenstrukturen	2	3,6
realistisches Selbstbild haben	2	3,6
angemessene Vaterrolle besitzen	1	1,8
belastbar sein	1	1,8
Besitz von alternativen Einstellungs- und Verhaltensmustern, um depressiven und psychotischen Erlebenswelten in einer adäquaten Art und Weise begegnen zu können	1	1,8
eigenverantwortlich handeln	1	1,8
Entscheidungsprozesse strukturieren	1	1,8
Erkennen von emotional überfordernden Situationen	1	1,8
klaren Bezug zur Mutter der gemeinsamen Tochter haben	1	1,8
mit eigenen Aggressionen umgehen können	1	1,8
mit Strukturen und Regeln umgehen können	1	1,8
Nähe und Distanz regulieren können	1	1,8
Übernahme von Verantwortung in administrativen Belangen	1	1,8

n = 56

Die ehemaligen Klienten wurden zu Beginn der Untersuchung nach ihrem Status der Abstinenz befragt. Tabelle 4 zeigt die Abstinentzwerte der befragten Personen. Dabei gaben 46,4% der Klienten an, abstinenz zu sein, weitere 35,7% sind als abstinenz nach Rückfall einzustufen und 17,9% waren nicht abstinenz. Diese Werte sind als sehr positiv einzuschätzen, auch im Vergleich mit den Ergebnissen anderer Katamnesebefragungen (vgl. 1.2.4).

Tab. 4: Abstinent zum Zeitpunkt der Katamnese

	Anzahl	Prozent
abstinenz	26	46,4
abstinenz nach Rückfall	20	35,7

rückfällig	10	17,9
n = 56		

Die Therapeutinneneinschätzung ergab für die allgemeinen Ziele einen durchschnittlichen GVI von .69. Dabei wurde 46,4% ein *ausgezeichneter* GVI zugesprochen, 35,7% ein *guter*. Bei 14,3% wurde der GVI als *akzeptabel* eingeschätzt und nur bei 3,57% als *gering*.

Bei den individuellen Zielen wurde von den Therapeuten ein GVI im Mittel von .55 angegeben. Bei den meisten Klienten wurde der GVI der individuellen Ziele als *gut* bewertet, nämlich bei 46,4%. Bei 21,4% wurde er als *akzeptabel* eingeschätzt, bei 17,9% als *ausgezeichnet* und bei 14,3% als *gering*. Die folgende Abbildung stellt diese Ausführungen grafisch dar:

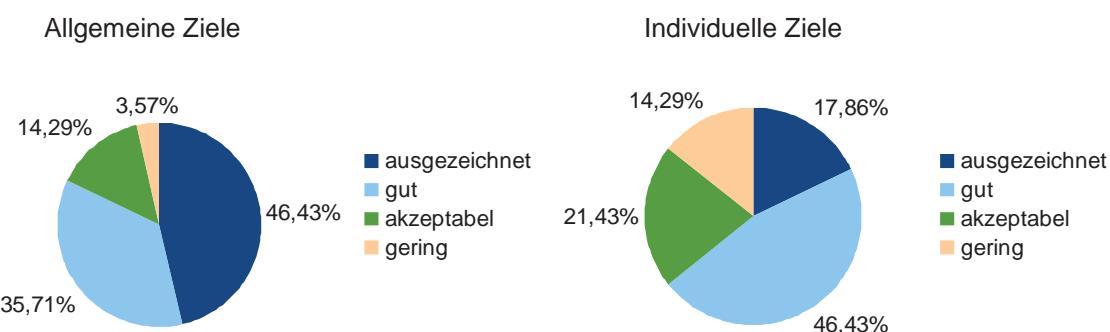


Abb. 4: GVI der Therapeuteneinschätzung (t1)

In Abb. 5 sind die Einschätzungen der Klienten zu ihrem GVI für t1 zu sehen. Die befragten Personen bewerteten ihren GVI für die allgemeinen Ziele zum Ende der Therapie im Mittel mit .68. 51,8% schätzten ihren GVI für diesen Zeitpunkt als *gut* ein, 32,1% als *ausgezeichnet* und 12,5% als *akzeptabel*. Lediglich 3,6% schätzten ihre Veränderung bei den allgemeinen Zielen am Ende der Therapie als *gering* ein.

Für die individuellen Ziele zu t1 lag die durchschnittliche Einschätzung des GVI bei .61. Es werteten 42,9% der Klienten ihren GVI als *gut*, 26,8% als *akzeptabel*, 25% als *ausgezeichnet* und weitere 5,4% als *gering*.

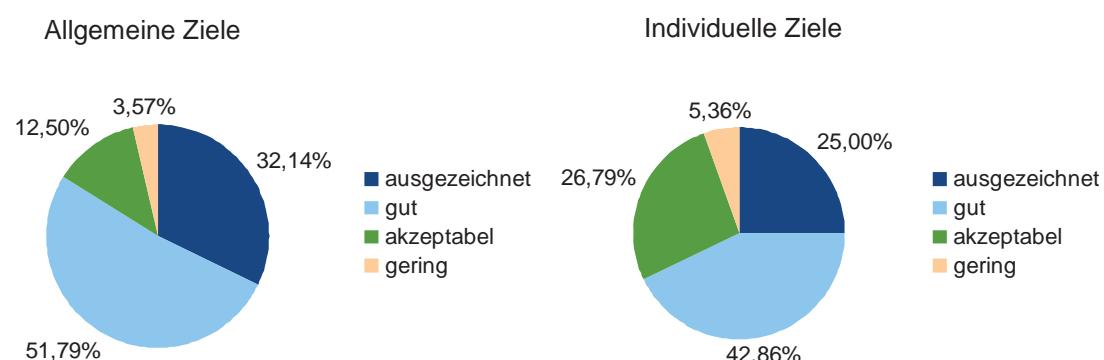


Abb. 5: GVI der Klienteneinschätzung (t1)

Auch die Ergebnisse der Klienteneinschätzung für t2, also zum Zeitpunkt der Katamnese, sollen hier dargestellt werden (vgl. Abb. 6). Für die allgemeinen Ziele betrug der GVI dieser Einschätzung durchschnittlich .78. 60,7% schätzten ihren GVI für die allgemeinen Ziele zum Zeitpunkt der Befragung als *ausgezeichnet* ein, 32,1% als *gut*. 5,4% befanden ihren GVI für *akzeptabel* und nur 1,8% für *gering*.

Der durchschnittliche GVI für die individuellen Ziele zum Zeitpunkt t2 liegt bei .71. 53,6% schätzten das Gesamtausmaß ihrer Veränderung als *ausgezeichnet* ein, 32,1% als *gut*. Je 7,1% bewerteten ihren GVI als *akzeptabel* bzw. als *gering*.

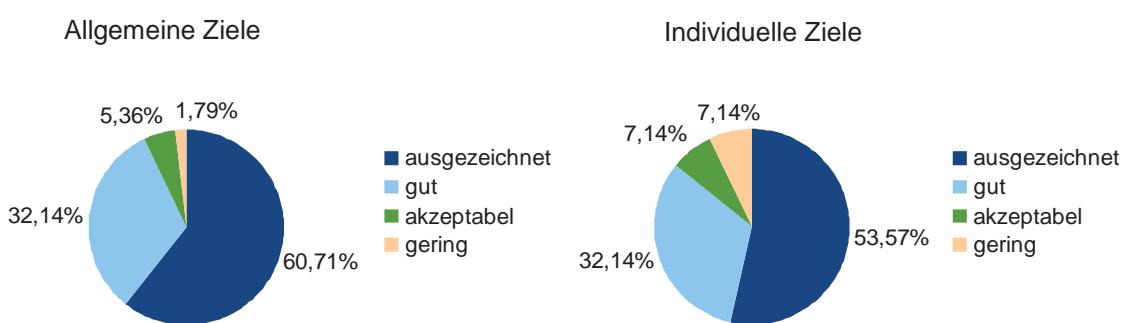


Abb. 6: GVI der Klienteneinschätzung (t2)

In allen aufgezeigten Ergebnissen sind immer die guten oder sogar die ausgezeichneten GVI die größte eingeschätzte Kategorie. Die Ergebnisse der Katamnese sind somit als sehr positiv zu bewerten – die Ziele vieler Klienten werden zu einem Großteil erreicht, sowohl kurzfristig am Ende der Therapie, als auch langfristig ein Jahr danach. Auf diese und auch weitere Ergebnisse wird in 3.3 in der Prüfung der Hypothesen eingegangen.

Zuvor ist noch anzumerken, dass bei allen drei Einschätzungen die beiden GVI der allgemeinen Ziele und der individuellen Ziele in positivem, hoch signifikantem Zusammenhang stehen (siehe Tab. 4).

Tab. 5: Korrelation GVI allgemeine und individuelle Ziele

<b>Therapeuteneinschätzung</b>	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	.824** .000
<b>Klienteneinschätzung t1</b>	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	.709** .000
<b>Klienteneinschätzung t2</b>	Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig)	.657** .000

n = 56; \* p < .05; \*\* p < .01

### 3.3 Ergebnisse aus der Hypothesentestung

*H1: Zum Zeitpunkt t1 wird, sowohl von Therapeuten wie Klienten, der GVI zwischen .5 und .75 eingeschätzt – und liegt damit im guten Bereich.*

In der Befragung der Fachkräfte liegt der durchschnittliche Veränderungsindex der allgemeinen Ziele bei .69, der durchschnittliche Veränderungsindex der individuellen Ziele liegt bei .55. Somit wird bei beiden Zielkategorien der GVI von den Therapeuten rückblickend für den Zeitpunkt t1 durchschnittlich im guten Bereich eingeschätzt. Bei der Klientenbefragung ergaben sich für den retrospektiv eingeschätzten Zeitpunkt t1 die bereits erwähnten Werte: .68 für die allgemeinen Ziele, .61 für die individuellen. Auch in der Klienteneinschätzung liegen somit beide GVI im guten Bereich. Alle errechneten durchschnittlichen GVI-Werte sind in Tab. 5 dargestellt. Hypothese 1 kann also als bestätigt angenommen werden, der Erfolg der Drogentherapie liegt an ihrem Ende also im guten Bereich. Allerdings ist hier die Einschränkung zu sehen, dass die Angaben für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkt getroffen wurde (vgl. 3.1)<sup>26</sup>.

Tab. 6: GVI im Mittel

	Therapeuten-einschätzung	Klienten-einschätzung t1	Klienten-einschätzung t2
allgemeine Ziele	.69	.68	.78
individuelle Ziele	.55	.61	.71

n = 56

*H2: Zum Zeitpunkt t1 wurden die allgemeinen Ziele der Drogentherapie besser erreicht, als die individuell aufgestellten Ziele.*

Wie aus Tab. 5 abzulesen ist, lässt sich auch diese Hypothese als gegeben annehmen. Sowohl in der Einschätzung der Therapeutinnen lag der durchschnittliche GVI bei den allgemeinen Zielen (.69) höher als bei den individuellen (.55), so auch bei der Befragung der Klientinnen (.68 bei den allgemeinen, gegen .61 bei den individuellen). Dass auf die allgemeinen Ziele der Schwerpunkt in der Behandlung von drogenabhängigen Menschen gesetzt wird, schlägt sich also auch in den Ergebnissen nieder.

---

<sup>26</sup> diese Einschränkung gilt auch für die folgenden Hypothesen, die über den Zeitpunkt t1 getroffen werden

*H3: Das Erreichen der Ziele wird von den Therapeutinnen zum Zeitpunkt t1 besser eingeschätzt, als von den Klientinnen.*

Wie bereits beschrieben, liegt die Therapeutinneneinschätzung für den durchschnittlichen GVI der allgemeinen Ziele bei .69. Der GVI der Klientinneneinschätzung liegt im Mittel bei .68, also nur minimal niedriger. Bei den individuellen Zielen liegt die durchschnittliche Klientinneneinschätzung sogar höher (.61) als die mittlere Therapeutinneneinschätzung (.55) (vgl. für alle Zahlen auch Tab. 5). Hypothese 3 ist somit zu verwerfen. Der GVI wird retrospektiv zum Ende der Therapie von Therapeuten wie Klienten ähnlich eingeschätzt.

*H4: Zum Zeitpunkt t2 wird der GVI von den Klientinnen niedriger eingeschätzt, als zum Zeitpunkt t1 und liegt zwischen .25 und .5 – und damit im akzeptablen Bereich.*

Aus Tab. 4 lässt sich weiterhin erkennen, dass der GVI für die allgemeinen Ziele zum Zeitpunkt der Katamnese bei .78 liegt. Für die individuellen Ziele liegt er (bezogen auf t2) bei .71. Damit ist die Hypothese 4 eindeutig zu verwerfen. Der GVI nimmt also ein Jahr nach der Therapie nicht ab, sondern um jeweils genau .10 Punkte zu und liegt damit für die individuellen Ziele weiterhin im *guten* Bereich, für die allgemeine Ziele sogar im *ausgezeichneten* Bereich. Hier ist der wohl größte Unterschied im Vergleich zur Erfolgsmessung rein am Merkmal der Abstinenz festzustellen. An der Zielerreichung gemessen zeigt die Drogentherapie also auch ein Jahr nach deren Beendigung positive Erfolge, die sich sogar im Vergleich zu t1 deutlich gesteigert haben.

*H5: Der GVI zum Zeitpunkt t2 korreliert positiv mit der Abstinenz.*

Wie in Tab. 6 zu sehen, ergab sich ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Klienten zu ihrem GVI bezogen auf die allgemeinen Ziele und ihren Angaben zur Abstinenz zum Zeitpunkt t2 von .538 ( $p < .01$ ). Aber auch der GVI der individuellen Ziele korreliert signifikant positiv mit den Angaben zur Abstinenz ( $r = .335$ ,  $p < .05$ ). Mit der Abstinenz steigt also auch der GVI für beide Zielkategorien. Diese Hypothese kann auf Grund der Auswertung der Untersuchung als bestätigt angesehen werden.

Tab. 7: Korrelation GVI t2 und Abstinenz

		<b>Abstinenz</b>
<b>allgemeine Ziele</b>	Korrelation nach Pearson	.538**
	Signifikanz	.000
<b>individuelle Ziele</b>	Korrelation nach Pearson	.335*
	Signifikanz	.011

$n = 56$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Für die folgenden Hypothesen H6-H9 wurden t-Test-Analysen für verbundene Stichproben durchgeführt. Es wurden die Mittelwerte der GVI zum Zeitpunkt t2 für unterschiedliche Klientengruppen miteinander verglichen. Die dazugehörigen Tabellen sind jeweils unter der Hypothese einzusehen.

*H6: Ältere Klienten sind erfolgreicher im Erreichen ihrer Therapieziele als jüngere Klienten.*

Für die Überprüfung dieser Hypothese wurde die jüngste Altersgruppe (bis 25 Jahre) mit der ältesten (ab 35 Jahre) verglichen. Bei den allgemeinen Zielen lag der Mittelwert des GVI für die jüngeren Klientinnen bei .78, für die älteren bei .86. Der GVI ist bei den Älteren also zwar höher, der Unterschied ist allerdings nicht signifikant. Bei den individuellen Zielen erreichte die jüngste Altersgruppe einen Mittelwert des GVI von .66, die älteste .85. Damit ist der GVI von älteren Klientinnen bei den individuellen Zielen signifikant höher ( $t = -2.35$ ,  $p = .03$ ). Somit sind ältere Klienten bei den allgemeinen Zielen nicht signifikant erfolgreicher als jüngere Klienten, bei den individuellen Zielen ist jedoch ein signifikanter Unterschied zu Gunsten der älteren Klienten anzunehmen.

Tab. 8: t-Test für verbundene Stichproben – Ältere und Jüngere

	Jüngere (bis 25)	Ältere (ab 35)	t
allgemeine Ziele	.78	.86	-1.07
individuelle Ziele	.66	.85	-2,35*

n = 56; \* p < .05; \*\* p < .01

*H7: Klientinnen, die aufgrund von justiziellem Zwang die Therapie begannen, haben ihre Therapieziele genauso gut erreicht wie Klienten ohne diesen.*

Der Mittelwert des GVI für Personen mit einer justiziellen Auflage lag für die allgemeinen Ziele bei 0,81, für die individuellen bei 0,71. Für Personen ohne diese lag der durchschnittliche GVI bei 0,76 (allgemeine Ziele) bzw. bei 0,70 (individuelle Ziele). Es lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Personengruppen vor. Hypothese 9 kann somit als bestätigt angesehen werden, was bedeutet, dass es für den GdZ zum Zeitpunkt der Katamnese keinen Unterschied macht, ob jemand die Therapie aufgrund von justiziellem Zwang begann oder nicht.

Tab. 9: t-Test für verbundene Stichproben – mit Auflage und ohne Auflage

	mit Auflage	ohne Auflage	t
allgemeine Ziele	.81	.76	1.19
individuelle Ziele	.71	.70	0.12

n = 56; \* p < .05; \*\* p < .01

*H8: Klienten ohne psychische Komorbidität sind im Erreichen ihrer Therapieziele erfolgreicher als Klienten mit psychischer Komorbidität.*

Klientinnen ohne psychische Komorbidität erreichen bei den allgemeinen Zielen einen durchschnittlichen GVI von .80, Klienten mit psychischer Komorbidität einen GVI von .74. Es ist somit ein Unterschied zu Gunsten Klienten ohne Doppeldiagnose vorhanden, dieser ist allerdings nicht signifikant. Für die individuelle Ziele konnten folgende Mittelwerte errechnet werden: .73 für Personen ohne Komorbidität, .65 für Personen mit dieser. Auch dieser Unterschied ist nicht signifikant. Es ist also festzustellen, dass Personen, die neben der Diagnose der Abhängigkeitserkrankung zusätzlich an einer weiteren psychischen Erkrankung leiden in dieser Untersuchung zwar einen niedrigeren Mittelwert im GVI besitzen, dieser aber nicht signifikant ist. H7 kann somit nicht bestätigt werden<sup>27</sup>.

*Tab. 10: t-Test für verbundene Stichproben – mit psychischer Komorbidität und ohne psychische Komorbidität*

	<b>mit psychischer Komorbidität</b>	<b>ohne psychische Komorbidität</b>	<b>t</b>
allgemeine Ziele	.74	.80	-1.19
individuelle Ziele	.65	.73	-1.11

n = 56; \* p < .05; \*\* p < .01

*H9: Klientinnen mit einer körperlichen Erkrankung erreichen ihre Ziele nicht so gut wie Klientinnen ohne körperliche Erkrankung.*

Die durchschnittlichen GVI in der Gruppe der Klientinnen, die an einer körperlichen Erkrankung litten, lagen bei .73 (allgemeine Ziele) und bei 0,59 (individuelle Ziele). Die entsprechenden GVI bei den Klienten ohne körperliche Erkrankung bei 0,80 und 0,76. Bei beiden Zielkategorien hatten die befragten Klienten mit einer körperlichen Erkrankung im Mittel also einen niedrigeren GVI als Klienten ohne diese Belastung. Jedoch ist diese Differenz nur bei den individuellen Zielen signifikant ( $t = -2.55$ ,  $p=0,1$ ). Somit ist die Hypothese teilweise zu bestätigen: Klienten mit einer körperlichen Erkrankung erreichen ihre individuell aufgestellten Ziele weniger gut als Klienten, die unter keiner körperlichen Erkrankung leiden.

*Tab. 11: t-Test für verbundene Stichproben – mit körperlicher Erkrankung und ohne körperliche Erkrankung*

	<b>mit körperlicher Erkrankung</b>	<b>ohne körperliche Erkrankung</b>	<b>t</b>
allgemeine Ziele	.73	.80	-1.45

<sup>27</sup> Anzumerken ist, dass Personen ohne Doppeldiagnose allerdings signifikant bessere Abstinenzwerte als Personen mit Doppeldiagnose besaßen ( $t = -2,260$ ,  $p = 0,03$ ), was die Angaben aus 1.2.4 bestätigt.

individuelle Ziele	.59	.76	-2.55*
n = 56; * p < .05; ** p < .01			

Die vielfältigen Ergebnisse der Datenauswertung über die Einschätzungen des Grades der Zielerreichung zum Therapieende und zur Katamnese ermöglichen eine empirisch gestützte Diskussion. Diese soll im nun kommenden Kapitel geführt werden.

## 4. Diskussion

Aus den gewonnenen Ergebnissen lassen sich viele Schlüsse ziehen. Die wichtigsten werden in diesem Kapitel wiedergegeben. Zu Beginn (4.1) erfolgt eine Diskussion der wichtigsten Ergebnisse der getesteten Hypothesen. Unter 4.2 wird dargestellt, was zukünftige Forschungsansätze im Bereich der Evaluation der Drogentherapie (bezogen auf die Zielerreichung) sein können. Im letzten Unterkapitel (4.3) wird expliziert, was die Ergebnisse für Praxis und Politik bedeuten und welche Änderungen in diesen Bereichen notwendig wären.

### 4.1 Schlussfolgerungen aus der Hypothesentestung

Die erste Hypothese beschäftigte sich damit, wie der Erfolg der Therapie gemessen am GdZ an ihrem Ende beschaffen ist. Alle GVI die für t1 erhoben wurden (für allgemeine und individuelle Ziele sowie eingeschätzt von Therapeutinnen wie Klienten) lagen im *guten* Bereich, womit die Hypothese bestätigt werden kann. Drogentherapie in der untersuchten Fachklinik kann somit zum Zeitpunkt t1 als effektiv eingeschätzt werden. Diese Effektivität bezieht sich nicht nur auf die Abstinenz, sondern auf *alle* Ziele, die aufgestellt wurden. Diese Einschätzung bedeutet zum einen, dass die theoretischen Erkenntnisse, wie eine Entwöhnungsbehandlung beschaffen sein soll, sodass die Ziele erreicht werden (vgl. insb. 1.2.2 und 1.2.3), bestätigt werden können. Zum Zweiten wurde die praktische Durchführung des theoretischen Wissensstandes offensichtlich von den Fachkräften zielführend umgesetzt. Und schließlich sind die Klientinnen in der Fachklinik motiviert und fähig für die Aufnahme der Interventionen, denn ohne dies wäre ein Erreichen der Ziele nicht möglich (vgl. ORLINSKY, HOWARD 1986; ORLINSKY, 1999 zit. n. PAULS 2011: 135ff). Es bestätigte sich jedoch auch, dass die Ziele sich im Mittel nicht im *ausgezeichneten* Bereich verbesserten (zu den Gründen hierzu siehe 2.1 H1).

Ferner lässt sich konstatieren, dass bei jeder Einschätzung die Ziele, die für alle Klientinnen gelten, einen höheren GVI besitzen, als die individuell aufgestellten Ziele, was H2 festigte.

Dies war anzunehmen, denn über die allgemeinen Ziele besteht in der Drogentherapie von allen Beteiligten ein Konsens. Es ist möglich, dass die Motivation der Klienten, an den allgemeinen Zielen zu arbeiten, größer ist, da sie sich von Beginn an oder schon zuvor bewusst waren, dass dies die Inhalte in der Therapie sind. Die individuellen Ziele sind möglicherweise tiefer liegendere innerpsychische Problemstellungen, deren sich die Klienten nicht bewusst oder auch nicht bereit sind, daran zu arbeiten (z.B. bei den Zielen ‚größere Abgrenzungsfähigkeit‘ oder ‚Zulassen von Selbstkritik‘). Diese vollständig zu behandeln ist in der Zeit, in der sich die Personen in der Fachklinik befinden, nicht möglich und es ist auch nicht der momentane Auftrag. Denn die allgemeinen Ziele stellen den Schwerpunkt der Therapie dar (wie unter 2.1, H2 beschrieben), was sich auch zeitlich und inhaltlich in der Therapie niederschlägt.

Die These, dass die Einschätzung der Klienten des GdZ von der der Therapeuten negativ abweicht (H3), konnte nicht bestätigt werden. Somit bewerten Therapeuten wie Klienten die Erreichung der Ziele im Mittel ähnlich. Dies könnte daraus resultieren, dass – auch wenn keine explizite gemeinsame Einschätzung des GdZ wie des GVI in Schloss Eicheldorf stattfand – sich doch am Ende über die Ziele und deren Erreichung ausgetauscht wurde und dieser Eindruck Bestand hatte. Aus der ähnlichen Beurteilung des GVI zum Ende der Therapie kann auch abgelesen werden, dass die Therapeutinnen, sich dienlich in den Erlebniszustand der Klientinnen hineinversetzen können und – auch nach der längeren Zeit, seit dem die Klientinnen aus der Einrichtung entlassen wurden – diesen auf die einzelne Person bezogen erfassen können. Es lässt sich weiterhin als mögliche Schlussfolgerung für die Klienten ziehen, dass ihr Selbstbild sich – zumindest ein Jahr nach dem Ende der Therapie – sich vom Fremdbild weniger unterscheidet als angenommen. Da jedoch für t2 allein die Aussage der Klienten vorhanden ist, kann dies im Zusammenhang dieser Arbeit nicht weiter überprüft werden.

Den wohl größten Unterschied zwischen angenommenem und tatsächlichem Ergebnis bildet Hypothese 4 ab. Ca. ein Jahr nach Therapieende hat die Wirksamkeit der Therapie – gemessen am GdZ – nicht ab-, sondern für beide Zielkategorien um je 10% zugenommen. Die Klienten haben also im Mittel ihre Ziele zum Zeitpunkt der Katamnese deutlich besser erreicht als zu ihrer Entlassung. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die Therapie offenbar nicht nur für die Zeit wirkt, in der sie geschieht, sondern deren Effekte auch für die Zeit danach bestehen bleiben. Es kann sogar angenommen werden, dass manche Wirkungen therapeutischer Interventionen erst nach Abschluss zum (vollen) Tragen kommen. Die positiven Erfahrungen, die die Klienten gemacht haben, scheinen sie zu stärken und im Sinne der Selbstwirksamkeit dazu zu führen, dass auch nach der Entwöhnungsbehandlung weiterhin Besserungen entstehen

können. Die Klienten konnten am Ende der Therapie einige Monate das cleane Leben – mit all seinen Vorteilen – erfahren und auch spüren, wie ihnen die Therapie half. Daraus konnte die Motivation resultieren, auch nach Abschluss der stationären Drogentherapie, an sich und seinen Zielen zu arbeiten. Zusätzlich ist zu sagen, dass davon auszugehen ist, dass sich viele Klientinnen des ‚Schonraums‘ der Therapie bewusst waren und an deren Ende daran zweifelten, inwieweit sie das Erreichte in ihrem Alltagsleben ohne den festen Rahmen und die stets anwesende professionelle Unterstützung meistern sollen. Dadurch fühlten sich viele im Erreichen ihrer Ziele unsicher. In vielen Fällen schien die Alltagsbewältigung zu gelingen und die Klienten merkten, dass ihre Zielerreichung auf das ‚echte Leben‘ übertragen werden konnte. In jedem Fall ist aus diesem Ergebnis eindeutig zu schließen, dass die Klientinnen der Drogentherapie ihre Ziele erreichen – und zwar langfristig.

Die 5. Hypothese stellte den Bezug der Zielerreichung zur Abstinenz her. Wie angenommen, korrelieren diese beiden Faktoren miteinander; die allgemeinen Ziele stärker als die individuellen (was unter 2.1, H5 vermutet und dort auch begründet wurde). Aus dieser Erkenntnis lässt sich folgern, dass die Abstinenz eine wichtige Rolle bei der Zielerreichung spielt und somit das Abstinenzparadigma in der Therapie erhalten bleiben sollte. Dies widerspricht einigen Autoren, die Abstinenz in der Drogentherapie als veraltetes und überbewertetes Ziel einschätzen (siehe insb. MEILI et al. 2004). Abstinenz steht in direkter Verbindung mit dem Erreichen der Ziele der Drogentherapie. Allerdings ist hier anzumerken, dass nur die Korrelation der beiden Elemente untersucht wurde. Damit kann keine Kausalität oder Wirkrichtung vorhergesagt werden. Es ist möglich, dass die Abstinenz eine höhere Zielerreichung bedingt, aber ebenfalls ist ein umgekehrter Zusammenhang zu erwägen: Personen erreichen ihre Ziele nicht und werden aus diesem Grund rückfällig. Eine wechselseitige Beeinflussung der beiden Größen ist genauso diskutabel.

Zu den Hypothesen H6-H9, in denen die Mittelwerte verschiedener Personengruppen miteinander verglichen wurden, ist zu sagen, dass die Ergebnisse mehr oder minder dem entsprach, was unter 1.2.4 bereits in anderen Untersuchung (da aber nur zum Merkmal der Abstinenz) herausgefunden wurde. Die Begründungen zu (nicht) vorhandenen Differenzen von unterschiedlichen Personengruppen sind unter 2.1 (H6-H9) nachzulesen. Allerdings ist hier die Einschränkung zu geben, dass nicht alle gefundenen Unterschiede signifikant waren. Dies kam wenn, dann nur bei den individuell erstellten Zielen vor. Hier lässt sich eine Verbindung zu H2 vermuten. Die allgemeinen Ziele stellen den Schwerpunkt der Therapie dar und deren Erreichung wird von allen Klientinnen angestrebt. Somit wird von der Einrichtung darauf Wert gelegt, dass jede Person – und jede Personengruppe – das gleiche Maß und die gleiche

Menge an Therapie erhält, um diese Ziele zu erreichen. Anscheinend ist es im Rahmen der Drogentherapie, wie sie im Moment existiert, jedoch nicht möglich, auf die individuellen Bedürfnisse aller Personengruppen gleich einzugehen. Wenn also Ziele von Personengruppen mit eher schlechterer Prognose (z.B. geringeres Alter, zusätzliche Diagnose) erreicht werden, dann sind dies die allgemeinen Ziele (Begründungen hierfür sind auch in 4.1, H2 zu finden.). Diese Vermutungen müssten in nachfolgenden Untersuchungen genauer überprüft werden.

Welche weiteren wissenschaftlichen Perspektiven vorhanden sind, die es in zukünftigen Forschungen zu diesem Thema zu klären gilt, soll in im kommenden Punkt 4.2 dargestellt werden.

## **4.2 Implikationen für die künftige Forschung**

Wie bereits ausführlich erläutert, wurden im Bereich der Drogentherapie zuvor noch keine Evaluationsstudien durchgeführt, die den Grad der Zielerreichung messen. Somit ist dieses Gebiet noch sehr explorativ und es besteht sicherlich noch viel Forschungsbedarf.

Um künftig eindeutigere Schlüsse ziehen zu können, sollte hier auch das Längsschnittdesign mit einer indirekten Veränderungsmessung zum Tragen kommen. Auch wenn in dieser Studie Angaben zu zwei Zeitpunkten gemacht wurden, war die Einschätzung des GdZ für t1 immer retrospektiv. Die Güte der Untersuchungsergebnisse würde steigen, wenn bereits am Ende (oder auch schon in) der Therapie für die Klienten ein GVI errechnet werden könnte und dieser über mehrere Katamnese-Zeiträume überprüft wird. Dadurch wären weitere Aussagen zu Veränderungen im Laufe der Zeit möglich und auch Prozesse zwischen den Messzeitpunkten könnten deutlicher werden.

Unter 3.2 wurden die einzelnen individuellen Ziele dieser Untersuchung dargestellt. In künftigen Forschungen sollten diesem Thema Aufmerksamkeit zuteilwerden. Es stellt sich z.B. die Frage, ob bestimmte Ziele im Mittel einen höheren GVI besitzen als andere. Auch wäre es bedeutsam zu betrachten, ob Untergruppen mit bestimmten Merkmalen öfter ein und dasselbe individuelle Ziel aufgestellt haben und ob es hierbei beim der durchschnittlichen Zielerreichung dieser Untergruppen zu Unterschieden kommt.

In der 3. Hypothese wurde deutlich, dass der durchschnittliche GVI von Therapeuten und Klienten zum Zeitpunkt t1 sich ähnelt. Die Vermutung wurde aufgestellt, dass sich Selbst- und Fremdbild der drogenabhängigen Menschen zum Zeitpunkt der Katamnese ähnlich sind. Diese Aussage gilt es genauer zu erforschen. Es wäre gerade für die Validität der Aussagen

zum Zeitpunkt der Katamnese, die nur von den Klienten getroffen werden, wichtig zu wissen, inwieweit diese Einschätzungen von anderen geteilt werden. Evtl. wäre hier eine Befragung angehöriger Personen anzudenken, die ebenfalls den GdZ der ehemaligen Klientinnen einschätzen.

Eine weitere Frage, die sich (insb. aufgrund von H4) stellt, ist: Welche intra- und interpersonellen Faktoren tragen nach der Therapie dazu bei, dass der GdZ gleich bleibt oder sich sogar erhöht? Der GVI stieg in der Untersuchung zum Zeitpunkt der Katamnese im Vergleich zum Ende der Therapie im Mittel um 10% an. Es ist davon auszugehen, dass neben den ‚Nachwirkungen‘ der Therapie dabei auch andere Faktoren eine Rolle spielen, die entweder in der Person oder in ihrem sozialen Umfeld liegen. Mögliche intrapersonelle Ursachen könnten z.B. positive Selbstwirksamkeitserwartungen, Widerstandsfähigkeit, ein hoher Selbstwert oder Verhaltenskompetenzen im Umgang mit Drogen sein (BÜHRINGER 2003: 339). Interpersonal könnten soziale Beziehungen, eine zufriedenstellende Arbeitsstelle und Unterstützung bei Problemen durch das soziale Umfeld helfen, die Erreichung der eigenen Ziele weiter zu befördern (ebd.). Solche Ressourcen aufzubauen ist ein allgemeines Ziel der Therapie (vgl. 1.3.2). Doch welche Faktoren nach der Therapie dabei wirklich hilfreich sind, um die Zielerreichung zu erhöhen, muss noch genau untersucht werden.

Schließlich ist zu sagen, dass auch in der Entwöhnungsbehandlung selbst noch unklar ist, was genau die einzelnen Wirkfaktoren sind und welche Behandlungskomponenten zu welchem Anteil zum Erfolg der Therapie beitragen (SCHNEIDER 2007: 14). Auch wenn die Ergebnisse der Zielerreichung nach dieser Untersuchung als sehr positiv zu werten sind, wäre es dennoch von Bedeutung auf diese Unklarheiten Antworten zu finden. Denn nur dann kann man mit Gewissheit daran arbeiten, die Therapie inhaltlich auszubauen und zu verbessern, um den GdZ weiter zu erhöhen.

### **4.3 Konsequenzen für Praxis und Politik**

Nachdem nun bereits aufgezeigt wurde, welche Schlüsse aus den Hypothesen zu ziehen sind und welche Ansatzpunkte sich für die zukünftige Forschung zu diesem Thema bieten, soll sich nun mit möglichen politischen wie praktischen Konsequenzen der Untersuchungsergebnisse auseinandersetzt werden.

Aus 3.2 kann deutlich entnommen werden, dass die Entwöhnungsbehandlung in Schloss Eicheldorf hervorragende Ergebnisse hervorbrachte. Nun ist es im Sinne guter Öffentlich-

keitsarbeit wichtig, diese der Allgemeinheit zu verdeutlichen, um so das Image von Personen, die von illegalen Substanzen abhängig sind, sowie der Drogentherapie zu verbessern. Wie im theoretischen Teil der Arbeit beschrieben, ist das öffentliche Bild von drogenabhängigen Menschen sehr negativ und die dauerhafte Wirksamkeit der Therapie wird angezweifelt. Wenn demzufolge die Politik auf Grund dieses negativen Eindruckes nicht mehr dazu bereit ist, die notwendigen Ausgaben zur Verfügung zu stellen, könnten weitere Einsparungen – wie sie in den letzten Jahren häufig der Fall waren, insb. bei der Behandlungsdauer wie dem Personalschlüssel – folgen (ASSFALG 2002: 139). Dies würde jedoch wiederum dazu führen, dass die Qualität der Therapie eingeschränkt werden würde, insbesondere für die Klienten, deren Prognosen negativer sind als die des Durchschnittes (vgl. H6-H9). Ergebnisse von Katamnesen wie dieser müssen also nicht nur dem Fachpublikum, sondern auch der breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht werden, denn gegen einen größeren Zuspruch der breiten Masse könnte es sich die Politik nicht erlauben, weitere Kürzungen möglich zu machen.

Angesichts dieser insgesamt sehr positiven Ergebnisse sollte nicht vergessen werden, dass die befragten Personen eine selektive Stichprobe aller Personen darstellen, die *jemals* in Schloss Eicheldorf aufgenommen wurden. Wie unter 1.2.4 erwähnt, kann davon ausgegangen werden, dass nur sehr wenige Klienten, die die Therapie abbrechen oder disziplinarisch vorzeitig entlassen werden, ihre Ziele erreichen. Leider ist die Quote der irregulären Entlassungen in der Therapie illegaler Drogen sehr hoch (siehe 1.2.4), auch in Schloss Eicheldorf lag sie im Jahr 2011 bei fast 50%. Würde man diese Personen in die Katamnese mit einbeziehen, lägen die Ergebnisse für den Erfolg mit großer Wahrscheinlichkeit deutlich niedriger. Es wäre also eine bedeutsame Aufgabe für die Therapie, die Zahl der regulären Entlassungen zu erhöhen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie dies möglich ist. Es können kaum alle Klienten behalten werden, die z.B. keine Änderungsmotivation zeigen und sich regelmäßig weiterhin während der Therapie Drogen beschaffen, ohne den Behandlungserfolg der Anderen zu gefährden. Über dieses Thema werden noch Debatten zu führen sein. Lösungen zu finden wäre aus den dargestellten Gründen dringend notwendig.

Weiterhin hat sich ergeben, dass die individuellen Ziele im Mittel immer deutlich schlechtere Werte erreichten als die allgemeinen Ziele. Hier ist also noch merkliches Entwicklungspotenzial zu erkennen. Warum dies so ist, wurde insb. in 2.1 (H2) erläutert; kurz zusammengefasst: Die momentanen Rahmenbedingungen der Entwöhnungstherapie erlauben es nicht, sich gleich intensiv mit allen Zielen zu befassen, daher stellen die allgemeinen Ziele (1.2.2) den Schwerpunkt dar. Mehr Zeit für das Bearbeiten der individuellen Ziele zu investieren, wäre unbedingt anzudenken. Denn deren Inhalte stellen wichtige Problembereiche der Klien-

tinnen dar, die ihnen einen großen Leidensdruck verschaffen. Das Argument, dass Drogentherapie sich nur auf die allgemeinen Ziele konzentrieren solle, da nur hauptsächlich dafür von den Kostenträgern die Finanzierung übernommen wird, lässt sich deswegen schlecht halten, da der GVI der allgemeinen Ziele mit dem der individuellen hoch signifikant korreliert (vgl. 3.2). Die Verbesserung der individuellen Ziele wäre entweder insbesondere dadurch möglich, dass sich die personellen Ressourcen der Fachkliniken verbessern, so dass es zeitlich durchführbar ist, auch die individuellen Ziele anzugehen und tiefergehend zu bearbeiten. Eine andere Möglichkeit wäre die Behandlung dieser nach der Entwöhnung. Die Nachsorge müsste ausgebaut und besonders die Zusammenarbeit zwischen der stationären Drogentherapie und der ambulanten Nachbetreuung verbessert werden. So könnte die Verzahnung engmaschiger und somit effizienter ablaufen und die Folgebearbeitung der individuellen Ziele dort eine größere Rolle einnehmen.

Eine letzte hier genannte Konsequenz ergibt sich insbesondere aus den theoretischen Ausführungen unter Punkt 1.3. Ziele haben viele positive Wirkungen in der Therapie (vgl. 1.3.1). Diese kommen aber nur voll zum Tragen, wenn sie explizit zum Thema gemacht werden. In der Fachklinik Schloss Eichelsdorf werden zu Beginn mit dem Klienten Ziele für die Therapie aufgestellt und dokumentiert. Auf die Fortschritte, Veränderungen und zukünftige Schritte zum Erreichen der Ziele wird aufmerksam gemacht; allerdings findet kein standardisiertes Verfahren zur gemeinsamen Überprüfung des GdZ im Sinne der ZEA statt. Damit entfallen auch die Vorteile dieses Verfahrens (vgl. 1.3.1 wie 1.3.4). Um eine zielgerechte (Prozess-)Diagnostik und Interventionsplanung durchzuführen, wird empfohlen, das Verfahren der ZEA in Schloss Eichelsdorf in Zukunft bei allen Klienten anzuwenden<sup>28</sup>. Diese Empfehlung gilt selbstverständlich auch für andere Einrichtungen der stationären Drogentherapie. Dadurch wären auch eine Abschlussevaluation der Klientinnen am Ende der Therapie, sowie folgende Katamnesen erleichtert möglich. Denn ohne die durchgeführte Nachbefragung, in der der Erfolg der Therapie am Merkmal der Zielerreichung geprüft wurde, wären all diese für Praxis und Politik relevanten Ergebnisse nicht zu Tage getreten. Durch die Implementierung der ZEA in die Praxis der Fachklinik könnten regelmäßige und valide Aussagen getroffen werden (beispielsweise dadurch, dass Daten zu t1 nicht retrospektiv erhoben werden müssen), was allen Beteiligten nützen würde: der Einrichtung, den Kostenträgern, den Angehörigen und – und darum sollte es im Kern auch gehen – den abhängigen Personen, die sich durch die Therapie den größtmöglichen Erfolg im Kampf gegen ihre Krankheit erhoffen.

---

<sup>28</sup> Der Download der dazu notwendigen Materialien ist, wie bereits unter 2.2 erwähnt, auf der Internetseite <http://www.klinische-sozialarbeit.de/Schriftenreihe/Band%2014.pdf> möglich.

## Zusammenfassung und Fazit

*Die besten Reformer, die die Welt je gesehen hat,  
sind die, die bei sich selbst anfangen.*

GEORGE B. SHAW

Ziel der Arbeit war es, aufzuzeigen, wie eine umfassende Evaluation der stationären Drogentherapie stattfinden kann, indem man den GdZ der ehemaligen Klientinnen mittels der ZEA misst.

Dazu wurde sich zuerst theoretisch mit diesem Thema auseinander gesetzt. Mehrere hunderttausend Menschen in Deutschland sind von illegalen Drogen abhängig. Dies hat für sie weitreichende Folgen, die sich auf alle Bereiche ihres Lebens auswirken (z.B. Schädigung des eigenen Körpers, die Verschlechterung der Beziehungen zu nahestehenden Personen, Strafverfahren). Eine Abhängigkeit von illegalen Drogen beginnt meist schon im Jugendalter und entwickelt sich schnell. Am Modell des Suchtdreiecks wird deutlich, dass die Ursachen für die Entstehung immer individuell sind und sich aus einer wechselseitig bedingenden Kombination aus Mensch, Droge und Umwelt zusammensetzen. Entscheidet sich eine Person dafür, aus dem Teufelskreis der Abhängigkeit aussteigen zu wollen, steht ihm in Deutschland ein komplexes System der Suchthilfe zur Verfügung, das in seinem Idealverlauf aus Kontakt-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase besteht, wobei die Entwöhnungsbehandlung der Kernpunkt des Therapiesystems ist. In dieser sollen alle Bestandteile sowie die therapeutische Haltung der Fachkräfte so gestaltet sein, dass sie den Erfolg der Therapie befördern. Der tatsächliche katamnestische Erfolg wird - bei von illegalen Drogen abhängigen Menschen - sehr selten gemessen. Wenn, dann nur am Merkmal der Abstinenz, wobei hier der Erfolg – je nach Messung und Einschätzung – zwischen 20% und 50% liegt. Es wird die Möglichkeit vorgeschlagen, Erfolg in der stationären Drogentherapie daran zu messen, inwieweit die Klienten ihre Ziele erreicht haben. Denn Ziele haben nicht nur für die Planung und Durchführung der Interventionen viele positive Effekte, sie sind auch als Grundlage zur Evaluation geeignet. Dies ist mittels der von PAULS und REICHERTS entwickelten ZEA ideal möglich, in der die Ziele gemeinsam erstellt, nach Relevanz gewichtet und während der Therapie, an

ihrem Ende, wie auch danach auf ihren GdZ eingeschätzt werden können. Der errechnete GVI gibt Aufschluss darüber, in welchem Maß die Ziele erreicht wurden. Es wird vorgeschlagen zwischen Zielen zu unterscheiden, die für alle Klienten der Therapie gelten (Abstinenz, die sich in die Unterziele Besitz von Abstinenzerfahrung und –motivation und Kenntnis des eigenen Bedingungsgefüges aufteilt, Besitz und Kenntnis von Ressourcen sowie Finden und Umsetzen eigener beruflicher Vorstellungen), und Zielen, die individuell mit den einzelnen Klienten erstellt werden, da er in diesem Bereich Probleme hat und etwas verbessert werden soll.

Im empirischen Teil der Arbeit wurde zunächst auf die Methodik der Untersuchung eingegangen. Die aufgestellten Hypothesen lehnen sich an die zuvor erschlossenen Erkenntnisse an. Es wurde unter anderem erwartet, dass der GVI am Ende der Therapie im guten Bereich liegt, zum Zeitpunkt der Katamnese im akzeptablen Bereich und dass die prognostisch schlechter gestellten Personengruppen auch einen im Mittel schlechteren GVI besitzen. Anhand des Vorgehens in der ZEA wurden mit Therapeuten wie ehemaligen Klientinnen strukturierte Interviews geführt, in denen sie die Ziele gewichteten und den GdZ einschätzten. 82,4% der Personen wurden erreicht; deren Merkmale entsprechen annährend denen der Grundgesamtheit. Über zwei Dritteln der Klientinnen besaß bei allen Befragungen einen GVI im guten oder ausgezeichneten Bereich. Dies ist als großer Erfolg der stationären Drogentherapie zu werten, insb. deshalb, weil der GVI sich im Mittel von t1 zu t2 steigert. Die für alle geltenden Ziele wurden dabei stets besser erreicht als die individuell erstellten und die Vermutungen zu den Personengruppen bestätigten sich meist, wenn auch nicht immer im signifikanten Bereich. Bei der Betrachtung der Ergebnisse muss darauf geachtet werden, dass z.B. keine Kontrollgruppe vorhanden war und einige Ergebnisse retrospektiv eingeschätzt wurden, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt. Neben den Interpretationen der Hypothesenergebnissen wurden im letzten großen Kapitel der Arbeit noch weitere Aspekte diskutiert: Für künftige Forschungsarbeiten in diesem Bereich wäre anzudenken, diese im Längsschnittdesign durchzuführen, was durch ein regelmäßiges Einsetzen der ZEA bereits in der Therapie deutlich erleichtert werden würde. Weiterhin sollte, die Validität der Aussagen der ehemaligen Klienten zum Zeitpunkt der Katamnese genauer betrachtet werden. Und schließlich müsste – sowohl für die Therapie als auch die Zeit danach – herausgefunden werden, welche Strategien wie auch intra- und interpersonelle Faktoren dazu beitragen, den GdZ zu erhöhen. Bezogen auf Praxis und Politik der Drogentherapie wäre es bedeutsam, die zentralen Ergebnisse ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, die Anzahl der Klienten mit regu-

lären Abschluss der Behandlung zu erhöhen, den GdZ der individuellen Ziele weiter zu verbessern und die ZEA in den Therapiealltag zu integrieren.

Als abschließendes Fazit der Arbeit bleibt festzuhalten, dass das Messen des Erfolges am Kriterium der Abstinenz zwar ein wichtiger Bestandteil der Katamnese ist, da diesem Kriterium nach wie vor ein großer Stellenwert einzuräumen ist. Sich jedoch nur auf ihn zu beschränken, würde nicht dem Standard der modernen Therapie entsprechen, die den Anspruch an sich hat, den ganzen Menschen zu behandeln. Dies auch alleine schon aus dem Grund, weil sich Abstinenz und die anderen Ziele gegenseitig beeinflussen. Nur durch die Ausweitung der katamnestischen Untersuchung auf alle Ziele in der Therapie konnten die entstandenen Ergebnisse zu Tage treten, welche den langfristigen Erfolg der Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik zeigte und neue Erkenntnisse hervorbrachte. Es ist jedoch weder für die Einrichtungen noch für die Wissenschaft ausreichend, eine solche Nachuntersuchung einmal durchzuführen. Regelmäßige Erfolgsprüfungen mittels der ZEA würden daran mitwirken, die vorhandene Qualität dauerhaft zu sichern und die Ergebnisse weiter zu verbessern.

## Anhang (Protokolle der Telefoninterviews)

Interview 1 – HeNi<sup>29</sup>

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ziemlich schnell rückfällig, deswegen jetzt wieder in Eicheldorf in Therapie (Entlassung in einer Woche)	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 80 A2: 90 A3: 70 A4: 83	Jetzt: A1: 95 A2: 90 A3: 85 A4: 92
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 15 I2: 25 I3: 20 I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 75 I2: 60 I3: 15 I4: 50 I5: 60	Jetzt: I1: 85 I2: 85 I3: 90 I4: 80 I5: 83

<sup>29</sup> Namen der Befragten wurden anonymisiert

Fragen nach Rückfragen	Nochmal Frage nach Anonymisierung → Bestätigung meinerseits
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung	
Besondere Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden	

## Interview 2 – StYv

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Am Anfang gut, bis zum Rückfall	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Nach 1 Monat rückfällig, deswegen jetzt wieder in ED in Therapie (Entlassung in einer Woche)	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 80 A2: 40 A3: 60 A4: 60	Jetzt: A1: 100 A2: 90 A3: 85 A4: 80
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 13 I2: 14 I3: 13 I4: 30 I5: 30	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 40 I2: 50 I3: 40 I4: 10 I5: 60	Jetzt: I1: 80 I2: 70 I3: 60 I4: 95 I5: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		

Allgemeine Notizen zum Interview:

Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden

### Interview 3 – BrUd

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Super, aber Knieprobleme, wurde am Mittwoch operiert + wurde überfallen	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 80 A2: 100 A3: 30 A4: 50	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20  I2: 40  I3: 40	
Erläuterung zur Fragestellung: Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 30 I2: 60 I3: 20	Jetzt:  I1: 45 I2: 90 I3: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		

Allgemeine Notizen zum Interview:

Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.

Sehr offen und redebedürftig.

Interview 4 – BaVa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Nachsorge war gut; dann Heimweh: Umzug nach Hause	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 90	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 70
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 10 I2: 40 I3: 30 I4: 5 I5: 15	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 70 I2: 100 I3: 90 I4: 50	Jetzt:  I1: 50 I2: 100 I3: 80 I4: 70

	I5: 80	I5: 70
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 5 – MiDi

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ganz gut, Freude am Leben, Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 100 A2: 100 A3: 50 A4: 100	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 50  I2: 50	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 70 I2: 50	Jetzt:  I1: 70 I2: 100
Fragen nach Rückfragen	Wie geht es den Therapeuten in Eichelsdorf? -> Beantwortet und Verweis auf Ehemaligentreffen	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		

Allgemeine Notizen zum Interview:

Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Leichte Sprachprobleme (Spätaussiedler). Laut Auskunft alles sofort verstanden.

### Interview 6 – BePa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	rückfällig	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 5 A2: 50 A3: 10 A4: 20	Jetzt:  A1: 25 A2: 75 A3: 25 A4: 80
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 34  I2: 33  I3: 33	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 10 I2: 20 I3: 20	Jetzt:  I1: 20 I2: 80 I3: 100
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen,		

Verabschiedung	
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte müde und unkonzentriert. Hat Telefontermin vergessen. Sprachprobleme (Spätaussiedler). Starke Erinnerungslücken innerhalb des Interviews, ihm fiel es sehr schwer, zu Antworten und die Antworten in Zahlen auszudrücken.	

### Interview 7 – GaCh

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Wunderbar, steiniger Weg am Anfang, jetzt super	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Am Anfang Rückfall mit Crystal 1malig, dann gemerkt: es bringt nichts, seitdem clean	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 50 A2: 100 A3: 50 A4: 50	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25  I2: 25  I3: 25  I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 50 I2: 60 I3: 40	Jetzt:  I1: 90 I2: 100 I3: 85

	I4: 60	I4: 100
Fragen nach Rückfragen	Wann ist Ehemaligentreffen? Antwort: 21.7. und herzliche Einladung	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Sehr gute Introspektionsfähigkeit. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

#### Interview 8 – DiOk

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, im Moment ambulante Therapie parallel	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 50 A2: 50 A3: 100 A4: 30	Jetzt: A1: 90 A2: 50 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 25 I3: 25 I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 80 I2: 50	Jetzt: I1: 15 I2: 100

	I3: 50 I4: 100	I3: 100 I4: 70
Fragen nach Rückfragen	- Von wem habt ihr meine Nummer. Antwort: Aus den Entlassdaten der Verwaltung	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

#### Interview 9 – BiRi

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Super, ab und an Selbsthilfe	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 60 A2: 70 A3: 70 A4: 90	Jetzt:  A1: 93 A2: 100 A3: 85 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 20 I3: 20 I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:

	I1: 60 I2: 40 I3: 40 I4: 20 I5: 15	I1: 90 I2: 100 I3: 75 I4: 85 I5: 100
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

#### Interview 10 – AxAr

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Eher gut, den Umständen entsprechend, Interferonbehandlung	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 60 A2: 50 A3: 50 A4: 30	Jetzt: A1: 85 A2: 70 A3: 50 A4: 90
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 22 I2: 22 I3: 21 I4: 35	
Erläuterung der Fragestellung	Ende der Therapie:	Jetzt:

Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 60 I2: 50 I3: 0 I4: 40	I1: 70 I2: 40 I3: 15 I4: 65
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 11 – NeAl

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Hoch und runter, aber mittlerweile wieder hoch	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Einmal Rückfall mit Alkohol	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 90 A2: 40 A3: 90 A4: 70	Jetzt: A1: 70 A2: 40 A3: 90 A4: 90
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 25 I3: 50	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:

	I1: 50 I2: 50 I3: 60	I1: 75 I2: 80 I3: 85
Fragen nach Rückfragen	- Von wem habt ihr meine Nummer. Antwort: Aus den Entlassdaten der Verwaltung	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Nach einigen Nachfragen und Wiederholungen laut Auskunft alles verstanden.		

## Interview 12 – BrLo

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ganz OK	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Keine illegalen Drogen, aber mehrere Alkoholrückfälle	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 40 A2: 85 A3: 50 A4: 50	Jetzt: A1: 50 A2: 85 A3: 50 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30 I2: 40 I3: 30	
Erläuterung der Fragestellung	Ende der Therapie:	Jetzt:

Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 60 I2: 60 I3: 60	I1: 60 I2: 60 I3: 70
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, aber schlecht gelaunt. Hat vieles nicht verstanden und war für ihn schwer sich in Zahlen auszudrücken, ist oft abgeschweift.		

### Interview 13 – LiRo

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 50 A2: 100 A3: 100 A4: 50	Jetzt: A1: 50 A2: 100 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 20 I3: 20	

	I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 0 I2: 0 I3: 50 I4: 25 I5: 50	Jetzt:  I1: 0 I2: 0 I3: 50 I4: 25 I5: 50
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Sprachprobleme (Spätaussiedler). Nach einigen Nachfragen und Wiederholungen laut Auskunft alles verstanden.		

### Interview 14 – KöUf

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Fabelhaft, bestens	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Gras 1x	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 100	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 95
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 25 I3: 25	

	I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 100 I2: 100 I3: 100 I4: 100	Jetzt:  I1: 100 I2: 100 I3: 75 I4: 100
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich und wach. Evtl zeichnet sich die Problematik der Selbstüberschätzung, die in der Therapie anzumerken war, auch im Interview wieder. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

### Interview 15 – KaKa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Bis auf Trennung und Scheidung sehr gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 80 A2: 100 A3: 60 A4: 0	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20  I2: 30	

	I3: 25 I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 100 I2: 50 I3: 40 I4: 85	Jetzt:  I1: 20 I2: 80 I3: 25 I4: 85
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

## Interview 16 – RuDa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, am Anfang große Umstellung, v.a. wegen Schichtarbeit, jetzt Umschulung	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 70 A2: 65 A3: 80 A4: 80	Jetzt:  A1: 70 A2: 65 A3: 70 A4: 90

Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 10 I3: 50 I4: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: Jetzt:  I1: 40 I1: 40 I2: 50 I2: 65 I3: 70 I3: 85 I4: 75 I4: 20	
Fragen nach Rückfragen	Um was geht's in der Masterarbeit genau? Antwort: Kurze Darstellung der Inhalte der Masterarbeit	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr gute Introspektionsfähigkeit. Sehr offen und redebedürftig.		

### Interview 17 – KöHa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ohne Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 95 A2: 100 A3: 90 A4: 100	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 90 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung	I1: 33	

Individuelle Ziele - Gewichtung	I2: 34 I3: 33	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 100 I2: 100 I3: 100	Jetzt: I1: 100 I2: 90 I3: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Es fiel ihm schwer sich in Zahlen auszudrücken.		

### Interview 18 – HaCl

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, ab und zu schlechte Tage und Suchtdruck, aber gelernt, damit umzugehen	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Drei Rückfälle mit Heroin -> kurz nach der Therapie	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 60 A2: 100 A3: 50	Jetzt: A1: 100 A2: 100 A3: 70

	A4: 50	A4: 70
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 25 I3: 25 I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 100 I2: 100 I3: 100 I4: 70	Jetzt:  I1: 70 I2: 90 I3: 100 I4: 100
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr gute Introspektionsfähigkeit.		

### Interview 19 – GeDo

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Sehr gut, super Job, gut Beziehung	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Drei Rückfälle mit Schmerzmittel -> kurz nach der Therapie	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 70 A2: 95 A3: 70	Jetzt:  A1: 90 A2: 95 A3: 90

	A4: 50	A4: 70
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 25 I3: 25 I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 90 I2: 100 I3: 90 I4: 60	Jetzt:  I1: 100 I2: 80 I3: 90 I4: 100
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. . Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr gute Introspektionsfähigkeit.		

### Interview 20 – HuCh

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, spitze, in Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 75 A2: 90	Jetzt:  A1: 100 A2: 80

	A3: 90 A4: 80	A3: 75 A4: 78
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 50 I2: 50	
Erläuterung der Fragestellung: Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 90 I2: 85	Jetzt: I1: 80 I2: 75
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. . Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 21 – ScPe

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ganz gut, zufrieden
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 60 A2: 80 Jetzt: A1: 75 A2: 90

	A3: 75 A4: 100	A3: 75 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30  I2: 5  I3: 60  I4: 5	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 75  I2: 50  I3: 75  I4: 75	Jetzt:  I1: 50  I2: 75  I3: 50  I4: 40
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Es fiel ihr extrem schwer sich in Zahlen auszudrücken.		

## Interview 22 – WeSi

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ganz gut, im Moment in ambulanter Therapie, seit Ende der Therapie in Arbeit
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Legal Highs, dauerhaft
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  Jetzt:

	A1: 0 A2: 50 A3: 40 A4: 50	A1: 30 A2: 50 A3: 40 A4: 80
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 20 I3: 20 I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 60 I2: 25 I3: 35 I4: 90 I5: 30	Jetzt: I1: 0 I2: 50 I3: 35 I4: 90 I5: 50
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 23 – HaRa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, auf und ab, seit April 11 in Arbeit
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	drei Rückfälle mit Heroin -> kurz nach der Therapie
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 25 Jetzt: A1: 75

	A2: 100 A3: 25 A4: 13	A2: 100 A3: 50 A4: 38
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 11  I2: 11  I3: 34  I4: 33  I5: 11	
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 25  I2: 25  I3: 25  I4: 25  I5: 25	Jetzt:  I1: 75  I2: 50  I3: 100  I4: 75  I5: 25
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

#### Interview 24 – MaFl

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Super, privat alles gut, beruflich: Bar Chef (Tagesgeschäft)
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Alkohol, aber in Absprache mit Nachsorge -> kontrolliert
Erläuterung der Fragestellung  Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  Jetzt:

	A1: 100 A2: 100 A3: 75 A4: 50	A1: 100 A2: 100 A3: 75 A4: 75
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30 I2: 5 I3: 65	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 100 I2: 100 I3: 100	Jetzt:  I1: 100 I2: 100 I3: 100
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 25 – BoEu

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Super, Ausbildung zum Maler
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall
Erläuterung der Fragestellung	Ende der Therapie: Jetzt:

Allgemeine Ziele - Zielerreichung	A1: 99 A2: 100 A3: 70 A4: 100	A1: 99 A2: 100 A3: 80 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 15  I2: 10  I3: 15  I4: 30  I5: 30	
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 30 I2: 50 I3: 50 I4: 60 I5: 50	Jetzt:  I1: 50 I2: 60 I3: 65 I4: 80 I5: 70
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 26 – StMa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Besser als vorher, in Substitution, Therapieantrag gestellt
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	2 Monate nach der Entlassung für 1,5 Monate Heroin und Subotex, seitdem Substitution

Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 85 A2: 75 A3: 50 A4: 90	Jetzt: A1: 60 A2: 95 A3: 90 A4: 75
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 40 I2: 60	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 95 I2: 80	Jetzt: I1: 80 I2: 95
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 27 – ScCh

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Zunkunftsängste, aber Lehrstelle
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Cannabis 1-3x im Monat

Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1:70 A2:50 A3:60 A4:30	Jetzt: A1: 40 A2:40 A3:60 A4:30
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1:20 I2:20 I3:60	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1:20 I2:10 I3:40	Jetzt: I1:60 I2:80 I3:65
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 28 – KnAn

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ganz gut, psychisch nicht immer einfach, ambulante Therapie, in Arbeit (läuft sehr gut)

Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Keine Rückfälle	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 88 A2: 88 A3: 88 A4: 75	Jetzt: A1: 75 A2: 100 A3: 88 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30 I2: 15 I3: 20 I4: 30 I5: 5	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 50 I2: 65 I3: 50 I4: 65 I5: 50	Jetzt: I1: 38 I2: 45 I3: 60 I4: 75 I5: 78
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 29 – KITh

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut
Frage nach der Abstinenz seit der	Keine Rückfälle

Entlassung		
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 75 A2: 80 A3: 50 A4: 50	Jetzt: A1: 75 A2: 80 A3: 100 A4: 75
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 13 I2: 13 I3: 60 I4: 14	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 50 I2: 50 I3: 50 I4: 50	Jetzt: I1: 75 I2: 75 I3: 100 I4: 75
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

### Interview 30 – BaAn

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Am Anfang schwer, jetzt wieder besser

Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	2x gekifft	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 50 A2: 100 A3: 25 A4: 0	Jetzt: A1: 75 A2: 100 A3: 50 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 15 I2: 20 I3: 10 I4: 20 I5: 35	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 50 I2: 25 I3: 75 I4: 25 I5: 50	Jetzt: I1: 25 I2: 75 I3: 100 I4: 60 I5: 50
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

### Interview 31 – ReSt

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, in Arbeit, Hochzeit steht an

Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 100 A2: 95 A3: 85 A4: 100	Jetzt: A1: 100 A2: 85 A3: 85 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 50 I2: 25 I3: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 100 I2: 50 I3: 95	Jetzt: I1: 100 I2: 85 I3: 95
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

### Interview 32 – GüGü

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	

Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Sehr gut, in Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Keinen Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:
	A1: 100	A1: 100
	A2: 95	A2: 95
	A3: 90	A3: 100
	A4: 88	A4: 88
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 20 I3: 20 I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:
	I1: 100	I1: 100
	I2: 75	I2: 90
	I3: 90	I3: 100
	I4: 90	I4: 85
	I5: 100	I5: 100
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

### Interview 33 – BaTi

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	

Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Es geht so, Nov. 11 Burn-Out, seitdem arbeitslos, aber Freundin und Wohnung	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Keine illegalen Drogen, bis Nov. 11 Alkohol	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:
	A1: 80	A1: 50
	A2: 80	A2: 100
	A3: 40	A3: 80
	A4: 60	A4: 68
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 20 I3: 20 I4: 20 I5: 15	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:
	I1: 70	I1: 60
	I2: 60	I2: 80
	I3: 60	I3: 90
	I4: 50	I4: 80
	I5: 50	I5: 60
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden		

### Interview 34 – KüJü

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)	

Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Eigentlich gut, Aushilfejob, privat gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	2x Herionrückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 60 A2: 90 A3: 75 A4: 30	Jetzt:  A1: 60 A2: 90 A3: 75 A4: 30
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 33  I2: 33  I3: 34	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 75  I2: 80  I3: 50	Ende der Therapie:  I1: 75 Jetzt:  I2: 80 I3: 50
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sprachprobleme (Spätaussiedler).		

### Interview 35 – MeSa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel:	

Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Geht so, in der JVA	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Direkt nach der Therapie rückfällig, seit 2 Wochen nach Entlassung in JVA, seit der JVA keine Rückfälle	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 0 A2: 0 A3: 0 A4: 25	Jetzt: A1: 40 A2: 0 A3: 0 A4: 0
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30 I2: 11 I3: 12 I4: 11 I5: 35	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 0 I2: 20 I3: 30 I4: 0 I5: 30	Jetzt: I1: 20 I2: 40 I3: 10 I4: 0 I5: 0
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach, aber sehr niedergeschlagen. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 36 – DiAI

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel:	

Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Sehr gut, in Nachsorge, Arbeit in Nachsorge	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 75 A2: 100 A3: 25 A4: 30	Jetzt: A1: 90 A2: 100 A3: 95 A4: 83
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 20 I3: 20 I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 80 I2: 60 I3: 70 I4: 30 I5: 75	Jetzt: I1: 90 I2: 80 I3: 90 I4: 90 I5: 85
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr gute Introspektionsfähigkeit.		

### Interview 37 – PhDa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel:	

Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, in Arbeit, in Partnerschaft	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	2x gekifft -> kurz nach Therapie	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 75 A2: 100 A3: 60 A4: 50	Jetzt: A1: 100 A2: 85 A3: 60 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 34 I2: 33 I3: 33	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 90 I2: 70 I3: 100	Jetzt: I1: 90 I2: 70 I3: 100
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

### Interview 38 – GrUt

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	

Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, kein Suchtdruck	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	2x Rückfälle mit Heroin -> kurz nach der Entlassung, dann Umzug, seitdem nichts mehr	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 80 A2: 30 A3: 70 A4: 50	Jetzt:  A1: 100 A2: 0 A3: 90 A4: 80
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 70  I2: 30	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 40 I2: 40	Jetzt:  I1: 80 I2: 60
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr redebedürftig.		

### Interview 39 – TiMa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	
Grund des Anrufs	

Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ganz gut, in Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung  Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 100 A2: 70 A3: 75 A4: 55	Jetzt:  A1: 100 A2: 70 A3: 75 A4: 95
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25  I2: 25  I3: 25  I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 50 I2: 100 I3: 80 I4: 80	Jetzt:  I1: 80 I2: 100 I3: 90 I4: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Leichte Sprachprobleme (Spätaussiedler).		

## Interview 40 – GöHe

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
Begrüßung und Vorstellung	

Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 20 A2: 100 A3: 50 A4: 100	Jetzt: A1: 75 A2: 100 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30 I2: 30 I3: 30 I4: 10	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 50 I2: 25 I3: 35 I4: 20	Jetzt: I1: 75 I2: 75 I3: 75 I4: 50
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Es fiel ihm etwas schwer, sich in Zahlen auszudrücken.		

Interview 41 – ViCa

Vorgehen	Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.
----------	--

Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Sehr gut, in Nachsorge	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Keinen Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 25 A2: 25 A3: 50 A4: 30	Jetzt:  A1: 75 A2: 75 A3: 75 A4: 75
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20  I2: 60  I3: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 30 I2: 40 I3: 40	Jetzt:  I1: 60 I2: 75 I3: 60
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Es fiel ihm etwas schwer, sich in Zahlen auszudrücken. Sehr redebedürftig.		

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Am Anfang sehr gut, jetzt beschissen	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Seit 20 Wochen wieder voll rückfällig, im Moment auf Entgiftung	
Erläuterung der Fragestellung  Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 75	Jetzt:  A1: 70 A2: 75 A3: 10 A4: 0
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 50  I2: 50	
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 75 I2: 50	Jetzt:  I1: 10 I2: 0
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:	<p>Klient wirkte überlegt und niedergeschlagen. Laut Auskunft alles sofort verstanden.</p> <p>Habe darauf verwiesen, dass er sich jederzeit in Eicheldorf wieder melden und wieder zur Therapie kommen kann.</p>	

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, in Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 75 A2: 75 A3: 50 A4: 50	Jetzt: A1: 75 A2: 75 A3: 100 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 80 I2: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 50 I2: 80	Jetzt: I1: 80 I2: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, neue Wohnung, in Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	1x rückfällig -> kurz nach der Therapie	
Erläuterung der Fragestellung  Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 25 A2: 50 A3: 50 A4: 50	Jetzt:  A1: 50 A2: 75 A3: 75 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 15  I2: 15  I3: 40  I4: 15  I5: 15	
Erläuterung der Fragestellung  Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 50 I2: 75 I3: 75 I4: 75 I5: 50	Jetzt:  I1: 75 I2: 50 I3: 100 I4: 75 I5: 75
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut, Führerschein, Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ein Rückfall->kurz nach Therapie	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 50 A2: 100 A3: 50 A4: 60	Jetzt:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 75
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 23  I2: 23  I3: 30  I4: 24	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 40 I2: 30 I3: 40 I4: 40	Jetzt:  I1: 70 I2: 85 I3: 60 I4: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 46 – GeKa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Gut	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	1 Rückfall mit Amphetamin im August 11	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 75 A2: 50 A3: 50 A4: 70	Jetzt: A1: 50 A2: 50 A3: 50 A4: 75
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 50 I2: 25 I3: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 50 I2: 50 I3: 50	I1: 35 I2: 50 I3: 50
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach, aber auch niedergeschlagen. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 47 – VoDa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Prima	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	1x Rückfall mit Crystal -> kurz	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 66 A2: 80 A3: 50 A4: 50	Jetzt: A1: 75 A2: 80 A3: 75 A4: 90
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 33 I2: 33 I3: 34	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 60 I2: 50 I3: 50	I1: 40 I2: 50 I3: 35
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 48 – SePh

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Mal hoch, mal tief, Arbeit, aber größter Rückschlag: Schluss mit Partnerin -> Suizidversuch	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Seit trennung heftige Rückfälle + Suizidversuch mit Beruhigungsmitteln -> zeitweise in geschlossene Psychiatrie -> seitdem nur noch Cannabis und Alkohol	
Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:	Jetzt:
	A1: 75	A1: 50
	A2: 100	A2: 100
	A3: 50	A3: 100
	A4: 100	A4: 100
Erläuterung der Fragestellung	I1: 25	
Individuelle Ziele - Gewichtung	I2: 25	
	I3: 25	
	I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung	Ende der Therapie:	Jetzt:
Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 70	I1: 30
	I2: 100	I2: 0
	I3: 60	I3: 20
	I4: 70	I4: 20
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr redebedürftig.		

Interview 49 – StAn

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Ziemlich schlecht, kein Job, keine sozialen Kontakte, will wieder auf Therapie	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Ca. 1x im Monat Medikamente	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 50 A2: 65 A3: 75 A4: 35	Jetzt:  A1: 60 A2: 80 A3: 85 A4: 5
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20  I2: 20  I3: 40  I4: 5  I5: 15	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 90 I2: 20 I3: 40 I4: 20 I5: 85	Jetzt:  I1: 80 I2: 55 I3: 65 I4: 5 I5: 60
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach, aber auch sehr niedergeschlagen. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Sehr redebedürftig.		

Interview 50 – ScTh

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Optimal, seit September Wirtschaftsschule	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	5x Rückfall mit Crystal -> seit Dezember 2011 abstinent	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 30 A2: 70 A3: 100 A4: 100	Jetzt: A1: 90 A2: 70 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 10 I2: 5 I3: 30 I4: 30 I5: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 50 I2: 100 I3: 50 I4: 70 I5: 20	Jetzt: I1: 70 I2: 100 I3: 80 I4: 80 I5: 70
Fragen nach Rückfragen	Woher habt ihr meine Nummer? Antwort: In der Datenbank war Angabe der Bezugsperson (Mutter) -> über sie	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 51 – LaSv

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Geht so, Arbeit stresst	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Dauerhafter Konsum von Cannabis	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 90 A2: 100 A3: 25 A4: 100	Jetzt: A1: 60 A2: 100 A3: 25 A4: 75
Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 15 I2: 15 I3: 40 I4: 30	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 100 I2: 90 I3: 100 I4: 80	Jetzt: I1: 100 I2: 50 I3: 100 I4: 55
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:	Klient wirkte überlegt, aber etwas verwirrt und überfordert. Laut Auskunft alles sofort verstanden.	

Interview 52 – BeHa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Sehr gut, jobbt	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 80 A2: 85 A3: 80 A4: 30	Jetzt: A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 50
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 70 I2: 30	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 70 I2: 70	Jetzt: I1: 100 I2: 100
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden. Extrem redebedürftig.		

Interview 53 – DiNa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Super,	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Kein Rückfall	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 80 A2: 100 A3: 70 A4: 60	Jetzt: A1: 80 A2: 100 A3: 50 A4: 80
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 20 I2: 20 I3: 20 I4: 20 I5: 20	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 80 I2: 70 I3: 70 I4: 0 I5: 100	Jetzt: I1: 80 I2: 70 I3: 70 I4: 0 I5: 50
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 54 – PiSc

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Besser, in Ausbildung	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	Keine Rückfälle	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 50 A2: 50 A3: 60 A4: 40	Jetzt: A1: 50 A2: 75 A3: 75 A4: 80
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 30 I2: 30 I3: 10 I4: 20 I5: 10	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie: I1: 40 I2: 50 I3: 20 I4: 20 I5: 10	Jetzt: I1: 50 I2: 50 I3: 20 I4: 80 I5: 10
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:		
Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 55 – BoTh

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Sehr gut, top, in Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	1 Rükfall mit Spice, kurz nach der Entlassung	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie: A1: 70 A2: 100 A3: 80 A4: 60	Jetzt: A1: 90 A2: 100 A3: 100 A4: 100
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 25 I2: 25 I3: 25 I4: 25	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	I1: 70 I2: 60 I3: 80 I4: 50	I1: 90 I2: 100 I3: 100 I4: 80
Fragen nach Rückfragen	-	
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview: Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

Interview 56 – DiSa

<b>Vorgehen</b>	<b>Notizen zu Antworten, Besonderheiten, etc.</b>	
Begrüßung und Vorstellung		
Grund des Anrufs		
Rahmenbedingungen (anonym, Ziel: Statistik,...)		
Allgemeines Befinden seit der Entlassung	Fit, seit einem Monat arbeitslos, aber ab nächstem Monat wieder Arbeit	
Frage nach der Abstinenz seit der Entlassung	1x Rückfall mit Hash und Crystal, Alkohol gelegentlich	
Erläuterung der Fragestellung Allgemeine Ziele - Zielerreichung	Ende der Therapie:  A1: 100 A2: 100 A3: 100 A4: 80	Jetzt:  A1: 70 A2: 100 A3: 60 A4: 30
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele - Gewichtung	I1: 33  I2: 34  I3: 33	
Erläuterung der Fragestellung Individuelle Ziele Zielerreichung	Ende der Therapie:  I1: 80 I2: 100 I3: 80	Jetzt:  I1: 100 I2: 100 I3: 60
Fragen nach Rückfragen		
Dank, Einladung zum Ehemaligentreffen, Verabschiedung		
Allgemeine Notizen zum Interview:  Klient wirkte freundlich, überlegt und wach. Laut Auskunft alles sofort verstanden.		

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abb. 1:</b>	Das Suchtdreieck <i>Quelle:</i> KÜFNER, METZNER 2011: 219ff	Seite 11
<b>Abb. 2:</b>	Die Therapiekette <i>Quelle:</i> SOYKA, KÜFNER 2008: 330	Seite 14
<b>Abb. 3:</b>	Allgemeine Ziele der Drogentherapie	Seite 26
<b>Abb. 4:</b>	GVI der Therapeuteneinschätzung (t1)	Seite 44
<b>Abb. 5:</b>	GVI der Klienteneinschätzung (t1)	Seite 44
<b>Abb. 6:</b>	GVI der Klienteneinschätzung (t2)	Seite 45
<b>Tab. 1:</b>	Beteiligung an der Untersuchung	Seite 37
<b>Tab. 2:</b>	Merkmale der Untersuchungsgruppe	Seite 38
<b>Tab. 3:</b>	Individuelle Ziele – Häufigkeiten	Seite 42
<b>Tab. 4:</b>	Abstinentz zum Zeitpunkt der Katamnese	Seite 43
<b>Tab. 5:</b>	Korrelation GVI allgemeine und individuelle Ziele	Seite 45
<b>Tab. 6:</b>	GVI im Mittel	Seite 46
<b>Tab. 7:</b>	Korrelation GVI t2 und Abstinentz	Seite 47
<b>Tab. 8:</b>	t-Test für verbundene Stichproben – Ältere und Jüngere	Seite 48
<b>Tab. 9:</b>	t-Test für verbundene Stichproben – mit Auflage und ohne Auflage	Seite 48
<b>Tab. 10:</b>	t-Test für verbundene Stichproben – mit psychischer Komorbidität und ohne psychische Komorbidität	Seite 49
<b>Tab. 11:</b>	t-Test für verbundene Stichproben – mit körperlicher Erkrankung und ohne körperliche Erkrankung	Seite 49

## Literaturverzeichnis

**Assfalg, R.** (2002): *Fachkliniken*. In: **Fengler, J.** (Hrsg.) *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention*. Ecomed Verlag, Landsberg.

**Beck, Aaron T.; Wright, Fred D.; Newman, Cory F.; Liese, Bruce S.** (1997): *Kognitive Therapie der Sucht*. Beltz Verlag, Weinheim.

**Bensel, W.** (2010): Der gesprächspsychotherapeutische Ansatz. In: **Schuhle, P.; Vogelsang, M.** (Hrsg.): *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis*. Pabst Verlag, Lengerich.

**Berking, M.** (2003): *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. [online] Nachzulesen unter: <http://webdoc.sub.gwdg.de/diss/2004/berking/berking.pdf> [18.04.2012]

**Böning, J.** (2002): *Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und –behandlung am Beispiel des „Suchtgedächtnisses“*. In: **Fachverband Sucht** (Hrsg.): *Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen*. Neuland Verlag, Geesthacht.

**Bühringer, G.** (2003): *Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln*. In: **Reinecker, H.** (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie*. 4. Auflage. Hogrefe Verlag, Göttingen.

**Burtscheidt, W.** (2000): *Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Ein Therapiemanual*. Springer Verlag, Berlin.

**Buschmann-Steinhage, R.** (2010): *Berufliche Integration von Suchtkranken*. In: **Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe** (Hrsg.): *Suchtkrankheit mehrdimensional*. Neuland Verlag, Geesthacht.

**Caspar, F.; Belz, M.** (2009): *Gesprächsführung, Motivation, Kooperation*. In: **Hautzinger, M.; Pauli, P.** (Hrsg.): *Psychotherapeutische Methoden*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

**Dahmen, S.** (2011): *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Zur Rolle wissenschaftlichen Wissens für Sozialarbeiterisches Handeln*. Schneider Verlag, Baltmannsweiler.

**DHS Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen** (2008): *Handlungsnotwendigkeiten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Sicherung eines hochwertigen Leistungsangebotes. Positionspapier der DHS zur Situation und Entwicklung der medizinischen Rehabilitation*. [online] Nachzulesen unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/Handlungsnotwendigkeiten\\_in\\_der\\_Rehabilitation\\_2008.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Handlungsnotwendigkeiten_in_der_Rehabilitation_2008.pdf) [04.04.2012]

**Elliot, R.; Watson, J.C.; Goldman, R.N.; Greenberg, L.S.** (2007): *Praxishandbuch der Emotions-Fokussierten-Therapie. Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. Cip-Medien Verlag, München.

**Engels, A.** (o.J.): *Die therapeutische Beziehung. Ausgewählte Aspekte am Beispiel der Verhaltenstherapie*. In: **Meyer, H.** (Hrsg.): *Praxis der Verhaltenstherapie in der Suchthilfe*.

[online] Nachzulesen unter: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS\\_38.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/publikationen/FS_38.pdf) [02.01.2012]

**Fachverband Sucht** (2011): *Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit. Zahlen und Fakten* (2011). [online] Nachzulesen unter:  
[http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/veroeffentlichungen/Zahlen%20und%20Fakten/gesamt\\_2011.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veroeffentlichungen/Zahlen%20und%20Fakten/gesamt_2011.pdf) [03.04.2012]

**Fiedler, P.** (2011): *Ressourcenorientierte Psychotherapie*. In: **Frank, R.** (Hrsg.): *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. 2. Auflage. Springer Verlag, Berlin.

**Fischer, M. et al.** (2007): *Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese)“*. Teil 2: *Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese*. [online] Nachzulesen unter:  
[http://www.sucht.de/tl\\_files/pdf/veroeffentlichungen/sa\\_2-07-s37-46.pdf](http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veroeffentlichungen/sa_2-07-s37-46.pdf) [02.04.2012]

**Franke, P.; Schildberg, F.** (2004): *Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Manual*. Dgvt Verlag, Tübingen.

**Funke, W.** (2002): *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (Therapie)*. In: **Fengler, J.** (Hrsg.) *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention*. Ecomed Verlag, Landsberg.

**Grawe, K.** (2004): *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

**Greenberg, L.S.; Rice, N.R.; Elliot, R.** (2003): *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozeß- und erlebnisorientierten Therapie*. Junfermann Verlag, Paderborn.

**Grosse Holtforth, M.** (2001). *Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT)*. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*. 34. Jahrgang (H.2).

**Grosse Holtforth, M.; Lutz, W.; Grawe, K.** (2009): *Interventionsbezogene Diagnostik*. In: **Hautzinger, M.; Pauli, P.** (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie: Psychotherapeutische Methoden: Serie 3 / Band 2*. Hogrefe Verlag, Göttingen.

**Hager, W.** (2000): *Allgemeine Wirksamkeitskriterien*. In: **Hager, W.; Patry, J.-L.; Brezing, H.** (Hrsg.): *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien*. Hans Huber Verlag, Bern.

**Heidenreich, T.** (2000): *Intrapsychische Konflikte und Therapiemotivation in der Behandlung der Substanzabhängigkeit*. Roderer Verlag, Regensburg.

**Jacobi, F.** (2011): *Entwicklung und Beurteilung therapeutischer Interventionen*. In: **Wittchen, H.-U.; Hoyer, J.** (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Springer Verlag, Berlin.

**Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D.** (2006): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 4. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg.

**Kipp, J.** (2000): *Sucht und Abstinenz im Zusammenhang mit der Aktivierung früher Persönlichkeitsstrukturen*. In: *Psychotherapeut*. 4. Jahrgang (H.1).

**Küfner, H.; Mann, K.** (2006): *Entwöhnungsbehandlung*. In: **Müller, H.J.** (Hrsg.): *Therapie psychischer Erkrankungen*. 3. Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart.

**Küfner, H.; Metzner, C.** (2011): *Drogenmissbrauch und -abhängigkeit*. In: **Wittchen, H.-U.; Hoyer, J.** (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2. Auflage. Springer Verlag, Berlin.

**Kuntz, H.** (2009): *Der rote Faden in der Sucht. Abhängigkeit überwinden und verstehen*. 4. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

**Lasslop, I.** (2003): *Effektivität und Effizienz von Marketing-Events: Wirkungstheoretische Analyse und empirische Befunde*. Gabler Verlag, Wiesbaden.

**Leune, J.** (2010): *Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland*. In: **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS** (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht*. Neuland Verlag, Geesthacht.

**Meili, D.; Dober, S.; Eyal, E.** (2004): *Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie*. In: *Suchttherapie*, 5. Jahrgang (H.1).

**Ovretveit, J.** (2002): *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. Hans Huber Verlag, Bern.

**Pauls, H.; Reicherts, M.** (2010): *Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psycho-sozialen Fallarbeit. Eine Arbeitshilfe für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie*. [online] Nachzulesen unter: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/Schriftenreihe/Band%2014.pdf> [01.04.2012]

**Pauls, H.** (2011): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 2. Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München.

**Poehlke, T.** (2002): *Mehrfach-Abhängigkeit (Psychotherapie)*. In: **Fengler, J.** (Hrsg.): *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention*. Ecomed Verlag, Landsberg.

**Schädler, S.** (o.J.): *Subjektive Ziele objektiv messen*. [online] Nachzulesen unter: [http://www.stefan-schaedler.ch/literatur/pp906\\_GAS.pdf](http://www.stefan-schaedler.ch/literatur/pp906_GAS.pdf) [22.04.2012]

**Schneider, B.** (o.J.): *Abstinenz als Ziel aller Hilfen?* [online] Nachzulesen unter: <http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/forschun/alkohol/dhs95neu.pdf> [18.04.2012]

**Schneider, B.; Gies, C.** (2001): *Einzel- und Gruppentherapie in der stationären Entwöhnungsbehandlung: Konkurrierende oder sich ergänzende Therapieformen?* In:

**Fachverband Sucht** (Hrsg.): *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie!* Neuland Verlag, Geesthacht.

**Schneider, R.** (2007): *Was nichts bewirkt, das hat verwirkt! In: Fachverband Sucht* (Hrsg.): *Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung.* Neuland Verlag, Geesthacht.

**Schneider, R.** (2010): *Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte.* 15. Auflage. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler.

**Soyka, M.; Küfner, H.** (2008): *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie.* 6. Auflage. Georg-Thieme Verlag, Stuttgart.

**Staub-Bernasconi, S.** (2009): *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft.* In: **Birgmeier, B.; Mührel, E.** (Hrsg.): *Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven.* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Stockmann, R.** (2007): *Einführung in die Evaluation.* In: **Stockmann, R.** (Hrsg.): *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung.* Waxmann Verlag, Münster.

**Storch, M.** (2009): *Motto-Ziele, S.M.A.R.T.-Ziele und Motivation.* In: **Birgmeier, B.** (Hrsg.): *Coachingwissen. Denn sie wissen nicht, was sie tun?* VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

**Tretter, F.; Erbas, B.; Sonntag, G.** (2004): *Einführung – Hintergrund und Überblick.* In: **Tretter, F.; Erbas, B.; Sonntag, G.** (Hrsg.): *Ökonomie der Sucht und Suchttherapie.* Pabst Science Publishers, Lengerich.

**Täschner, K.-L.; Bloching, B.; Bühringer, G.; Wiesbeck, G.** (2010): *Therapie der Drogenabhängigkeit.* 2. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

**Veltrup, C.** (2002): *Illegal Drogen (Psychotherapie).* In: **Fengler, J.** (Hrsg.) *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention.* Ecomed Verlag, Landsberg.

**Veltrup, C.** (2004): *Was macht gesund? Zentrale Erfordernisse für eine effektive und effiziente Prävention und Behandlung der Sucht.* In: **Fachverband Sucht** (Hrsg.): *Sucht macht krank!* Neuland Verlag, Geesthacht.

**Vogelsang, M.** (2002): *Strategien und Entwicklungen aus fachlicher Sicht.* In: **Fachverband Sucht** (Hrsg.): *Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen.* Neuland Verlag, Geesthacht.

**Vogelsang, M.** (2004): *Was hat sich bewährt? Zum State of the Art bei der Behandlung von Suchtkranken.* In: **Fachverband Sucht** (Hrsg.): *Sucht macht krank!* Neuland Verlag, Geesthacht.

**Vogelsang, M.** (2010): *Kognitive Verhaltenstherapie.* In: **Schuhle, P.; Vogelsang, M.** (Hrsg.): *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis.* Pabst Verlag, Lengerich.

**Vogt, I.** (2004): *Beratung von süchtigen Frauen und Männern, Grundlagen und Praxis*. Beltz Verlag, Weinheim.

**Von Spiegel, H.** (2011): *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. 4. Auflage. Reinhardt, Verlag, München.

**Weinberger, S.** (2006): *Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe*. 11. Auflage. Juventa Verlag, Weinheim und München.

**WHO Weltgesundheitsorganisation** (2011): *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. 5. Auflage. Hans Huber Verlag, Bern.

**Winter, S.** (2000): *Quantitative vs. Qualitative Methoden*. [online]. Verfügbar unter: [http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nquantitative\\_vs\\_qualitative\\_methoden\\_b.html](http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nquantitative_vs_qualitative_methoden_b.html) [30.07.2012]

**Yalom, I. D.** (2010): *Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch*. 9. Auflage. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.

**Znoj, H.; Regli, D.** (2006): *Begriff und Arten der Evaluation*. In: **Renneberg, B.; Hammelsein, P.** (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Springer Verlag, Hamburg.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, sie nicht für anderweitige Prüfungszwecke verwendet habe, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche kenntlich gemacht habe.

Coburg, 21.09.2012

Verena Hemmerich