



**EVALUATION VON PROJEKTEN ZUR SCHULISCHEN  
QUALIFIKATION JUNGER DROGENABHÄNGIGER**  
(OKTOBER 2008 BIS DEZEMBER 2009)

**Abschlussbericht**

*Christiane Firnges*

*Elfriede Steffan (Projektleitung)*

*Unter Mitarbeit von:*

*Tzvetina Arsova Netzelmann*

*Christine Körner*

*Victoriya Kolarova*

Berlin, April 2010

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNGEN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. METHODE .....</b>	<b>7</b>
2.1 Rekrutierung der Einrichtungen.....	7
2.2 Phasen der Evaluation.....	12
2.3 Klienten- und Klientinnenbefragung.....	15
2.3.1 Rekrutierung der Probanden .....	15
2.3.2 Probandenvertrag .....	15
2.3.3 Eingesetzte Instrumente .....	15
2.4 Befragung auf Mitarbeiter-, Mitarbeiterinnenebene und Einrichtungsebene .....	18
2.4.1 Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung und Interviews	18
2.4.2 Unterrichtsbeobachtung .....	18
2.5 ExpertInnenebene .....	19
2.5.1 Fachgespräch .....	19
2.5.2 E-mail Befragung .....	19
2.6 Quantitative Auswertungsverfahren.....	19
<b>3. ERGEBNISSE .....</b>	<b>20</b>
3.1 Ebene I: Klienten und Klientinnenbefragung .....	21
3.1.1 Instrument II .....	21
Kernfragebogen zu soziodemographischen Daten, Schul- und Suchtgeschichte .....	21
3.1.2 Instrument III .....	28
Psychometrische Skalen und selbstentwickelte Items .....	28
Selbstentwickelte Items .....	28
Auswertung Psychometrische Skalen .....	39
3.1.3 Instrument I .....	51
WHOQOL-BREF .....	51
3.1.4 Instrument IV .....	53
Beschwerdenliste nach Zerssen .....	53

3.2 Ebene II: Mitarbeiter-, Mitarbeiterinnenebene und Einrichtungsebene .....	54
3.2.1 Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung .....	54
3.2.2 Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen-Interviews .....	64
3.2.3 Unterrichtsbeobachtung .....	69
3.3 Ebene III: ExpertInnenebene .....	74
3.3.1 Fachgespräch .....	74
3.3.2 E-mail Befragung .....	76
<b>4. DISKUSSION .....</b>	<b>86</b>
Literaturverzeichnis .....	92
Anhang .....	94
Ergebnisprotokoll der Auftaktveranstaltung .....	95
Probandenvertrag .....	100
Tagesordnung .....	102
Protokoll der Abschlussveranstaltung .....	103
Fragebogen KlientInnenbefragung: Soziodemographische Daten ...	113
Fragebogen KlientInnenbefragung: Psychometrische Skalen .....	117
Fragebogen der MitarbeiterInnenbefragung: LehrerInnen .....	122
Fragebogen der MitarbeiterInnenbefragung: TherapeutInnen .....	126
Leitfaden Interview Lehrer .....	130
Leitfaden Interview Therapeuten .....	132
Liste ExpertInnen-Befragung .....	133
E-mail – Fragebogen Expertenbefragung .....	134
Fragebogen zur Lebensqualität - WHOQOL-BREF	
Beschwerden-Liste nach Zerssen	
Genehmigung Datenschutz	

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Evaluationsübersicht: eingesetzte Methoden in den Einrichtungen im Evaluationsverlaufs.....	14
Tabelle 2: Verteilung der Probanden auf die Einrichtungen, Häufigkeit, Prozent.....	21
Tabelle 3: Verteilung der Probanden nach Geschlecht.....	22
Tabelle 4: Altersverteilung, Häufigkeit, Prozent.....	22
Tabelle 5: Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund der Probanden nach Einrichtungsform.....	23
Tabelle 6: Schulabschlüsse der Probanden, Häufigkeit, Prozent.....	24
Tabelle 7: Hauptgrund für Schulprobleme, Häufigkeit, Prozent.....	25
Tabelle 8: Andere Gründe für Schulprobleme.....	26
Tabelle 9: Bisheriger Drogenkonsum der Probanden, Mehrfachantworten, Prozente.....	27
Tabelle 10: Zustimmung der Probanden zu selbst entwickelten Items, gültige Prozent, Range 1 - 4.....	32
Tabelle 11: Selbstentwickelte Items, Itemmittelwertunterschiede nach Einrichtungsform, Range 1 - 4.....	34
Tabelle 12: Zustimmung zu selbst entwickelten Items, gültige Prozent, Häufigkeit.....	36
Tabelle 13: Hauptantrieb für Schulabschluss: etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will, nach Alter, Häufigkeiten, Prozent.....	36
Tabelle 16: Hauptgrund für Schulabschluss: Sonstiges, Häufigkeiten, Prozent.....	38
Tabelle 17: Mittelwerte psychometrische Skalen, Instrument III.....	40
Tabelle 18: Mittelwertevergleich der Skalen mit Modellversuch, nach Einrichtungsform der Rehabilitationseinrichtungen.....	43
Tabelle 19: Vergleich Itemmittelwerte Treatment Perception Questionnaire (dt. Ü.), Range 1 - 4.....	45
Tabelle 20: Skalenkorrelationen, Korrelationskoeffizient nach Pearson, Vergleich mit Modellprojekt.....	47
Tabelle 21: Korrelationen zwischen selbstentwickelten Items und der Treatment Perception Skala (dt. Ü.).....	50

Tabelle 22: Vergleich Domänenwerte WHO QOL mit Werten der Allgemeinbevölkerung und psychiatrischen Patienten. ....	52
Tabelle 23: Vergleich Summenscore Zerssen mit Stichproben Gesunder und körperlich, psychisch kranker Patienten, Summenscore min. 0 bis max. 72.	53
Tabelle 24: Selbstwirksamkeitserwartung LehrerInnen, Mittelwert (Range 1 bis 4). ....	56
Tabelle 25: Selbstwirksamkeit TherapeutInnen, Mittelwerte (Range 1 bis 4). ....	57
Tabelle 26: TherapeutInnen, Einschätzung der Belastungen, Mittelwert (Range 0 bis 4). ....	59
Tabelle 27: TherapeutInnen, Einschätzung der Ressourcen, Mittelwert (Range 0 bis 4). ....	59
Tabelle 28: LehrerInnen, Einschätzung der Belastungen, Mittelwert (Range 0 bis 4). ....	60
Tabelle 29: LehrerInnen, Einschätzung der Ressourcen, Mittelwert (Range 0 bis 4). ....	60

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hauptgrund für Schulprobleme, Prozent.....	23
Abbildung 2: Hauptantrieb für Schulabschluss: etwas Sinnvolles tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will.	35

# 1.Hintergrund und Fragestellungen

Aufgrund des sinkenden Durchschnittsalters von Suchtkranken in Rehabilitationseinrichtungen ist die Anzahl der Klientinnen und Klienten ohne oder mit nur gering qualifizierendem Schulabschluss deutlich gestiegen. Da der Drogenkonsum oft parallel zum Schulbesuch erfolgt, weisen die Lebensläufe vieler Klientinnen und Klienten Phasen von Schulabsentismus und Schulabbrüche auf. Die kausalen Zusammenhänge zwischen Schulabsentismus und Drogenkonsum sind keineswegs eindeutig, sondern beruhen auf diversen Einflussfaktoren (Ricking, 1999). In einigen Fällen steht die Schulverweigerung an erster Stelle, oftmals bedingt durch psycho-soziale Belastungen oder die Bedingungen eines rigiden Schulsystems und der Konsum von Drogen folgt darauf, in anderen Fällen führt der Konsum von Drogen zu Schulverweigerung und Absentismus.

Einige Rehabilitationseinrichtungen haben auf den Bedarf reagiert, der sich aus der Zunahme von KlientInnen ohne Schulabschluss ergibt und ermöglichen Klienten und Klientinnen eine schulische Qualifizierung und das Nachholen von Schulabschlüssen im Rahmen der Suchttherapie.

Ziel dieser Evaluation ist es, die Erfahrungen mit den neuen Maßnahmen und deren Effekte zu untersuchen. Darüber hinaus sollte im Rahmen der Evaluation ein Erfahrungsaustausch der Projekte untereinander gefördert werden.

Auf folgende Fragestellungen zielt die Untersuchung ab:

- Sind Effekte der qualifizierenden schulischen Maßnahmen messbar?
- Erhöhen Maßnahmen der schulischen Qualifikation die Haltekraft der Therapie?
- Verstärken Maßnahmen zur schulischen Qualifikation therapeutische Prozesse oder führen erneute Misserfolgserlebnisse im Rahmen der Maßnahmen zu mehr Abbrüchen der Therapie?
- Welche Erfolgsfaktoren und welche Hindernisse auf KlientInnen-, MitarbeiterInnen-, Einrichtung-, und Drogenhilfesystemebene können identifiziert werden?
- Wie sollten Qualifizierungsmaßnahmen in stationären Therapieeinrichtungen gestaltet sein?
- Welche Akzeptanz erfahren die Maßnahmen innerhalb der Projekte und im Drogenhilfesystem?

## **2. Methode**

### **2.1 Rekrutierung der Einrichtungen**

Die Einrichtungen Alte Flugschule / Rittergut, Haus Hohenlinden, Fachklinik Böddiger Berg und Tannenhof-Schule hatten sich im Vorfeld der Ausschreibung um eine Teilnahme an der Evaluation beworben. Die Einrichtungen STEP-Therapieschule und Therapeutische Einrichtung für junge Abhängige Eppenhain wurden in der Anfangsphase des Projektes über eine Internetrecherche identifiziert und für eine Teilnahme gewonnen.

#### **Teilnehmende Suchttherapieeinrichtungen mit Angeboten zur schulischen Qualifikation**

Stationäre Therapieeinrichtungen:

- „Alte Flugschule“, „Rittergut“, Institut für Gesundheit und Bildung e.V., Wolkensteiner Straße 1, 09518 Großrückerswalde 4
- Haus Hohenlinden, Im Neuen Weg 33, 53424 Remagen
- Fachklinik und stationäre Jugendhilfe Böddiger Berg, Am Weinberg 1, 34587 Felsberg
- Therapeutische Einrichtung für junge Abhängige Eppenhain, Schloßborner Straße 27, 65779 Kelkheim.

Teilstationäre Einrichtungen, spezialisierte Schulen:

- Tannenhof-Schule Berlin, Mahlower Str. 23/24, 12049 Berlin
- STEP-Therapieschule, FB Ambulant/Jugendhilfe der STEP gGmbH, Odeonstr. 4, 30159 Hannover

#### **Einrichtungsbeschreibungen**

##### **„Rittergut“ und „Alte Flugschule“. Institut für Gesundheit und Bildung e.V.**

In der stationären Rehabilitationseinrichtung Haus „Rittergut“, werden seit 2006 24 Therapie-Plätze angeboten, die alle mit Kursen zur schulischen Qualifikation verknüpft sind. Daneben stehen 32 Plätze zur Berufsqualifizierung zur Verfügung. Die Therapieeinrichtung entspricht den Anforderungen einer medizinischen Rehabilitations-Klinik in Sachsen, was die Anstellung von medizinischem Personal (Arzt, Krankenschwestern) notwendig macht. Das Lehrerteam besteht aus zwei angestellten Lehrern und vier Honorarkräften. In den ersten 10 Tagen der insgesamt sechsmonatigen

Rehabilitationsbehandlung erfolgt eine Eingangsdiagnostik (suchtbezogen) und Leistungsdiagnostik (auf die mögliche schulische Qualifikation bezogen). Die Ablösephase von der Therapie findet in Adaptionseinrichtungen in Sachsen statt. Schule und Therapie sind eng miteinander verzahnt und finden täglich in aufeinander folgenden Blöcken statt. Die Schulkurse bestehen aus 28 Stunden Unterricht pro Woche (7 Fächer, das Fach Chemie ergänzend für Realschüler) und münden in externe Prüfungen, die für Sachsen (Chemnitz) nur einmal im Jahr, jeweils im Mai/Juni stattfinden. Eine zweite Prüfung muss mit erheblichem Aufwand in anderen Bundesländern, zur Zeit in Bremen organisiert werden. 44% aller TeilnehmerInnen melden sich zur Prüfung an, davon bestehen 100% die Prüfung. Die Deutsche Rentenversicherung zahlt für die Basistherapie. Die Einrichtung wird hauptsächlich durch die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland und zu 10 – 20% die Krankenkassen belegt.

### **Tannenhof-Schule Berlin**

Die Tannenhof-Schule ist eine Filiale der Elisabeth-Rotten-Schule in Berlin Tempelhof und damit Teil einer staatlich anerkannten Schule. Sie ist ebenfalls in das Gesamtkonzept des Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V. eingebunden und wird außerdem vom Land Berlin und seit 2001 vom europäischen Sozialfond unterstützt. Die Schulfiliale existiert seit über 20 Jahren und ist berechtigt eigene Prüfungen abzunehmen. Ein Antrag auf Schulversuch wurde kürzlich genehmigt, und ermöglicht der Tannenhof-Schule damit perspektivisch den Status einer staatlich anerkannten Schule zu erhalten. Das Lehrerteam besteht aus 5 LehrerInnen in Festanstellung, 7 HonorarlehrInnen und einer Psychologin. Die Psychologin steht einmal pro Woche für Beratung und Betreuung zur Verfügung. Die Schule verfügt über 90 Plätze und besteht aus sechs regulären Klassen, die für den einfachen und erweiterten und den Realschulabschluss qualifizieren. Der Zugang zu den Klassen erfolgt stufenweise über Infotage, Qualifizierungskurse, Eingangsklassen bis zu den regulären Klassen. Der Unterricht (Unterricht in Klassen und Förderunterricht) findet von 8:30 - 16 Uhr statt. Als Teil des Schulkonzepts wird ein Schwerpunkt auf Beziehungsarbeit gelegt. Zusätzlich werden Kurse zu Soft-Skills etc. angeboten. Die Schule verfolgt einen Cleananspruch, der u.a. über Urinkontrollen per Losverfahren verfolgt wird, die Schule arbeitet nicht mit substituierten KlientInnen. Die aufgenommenen SchülerInnen stammen aus unterschiedlichen Berliner (Sucht-)therapeutischen Einrichtungen und sind bis zu 35 Jahre alt, mit einem Schwerpunkt bei SchülerInnen bis zu 25 Jahren. 90% der TeilnehmerInnen, die sich zur Prüfung anmelden bestehen diese auch. Pro Halbjahr melden sich 20-40 SchülerInnen zur Prüfung an. In 2009 gab es zwei externe Prüfungen, 2010 findet diese nur noch einmal pro Jahr statt. Alle Berliner Therapieeinrichtungen vermitteln SchülerInnen an die Tannenhof-Schule.



### **STEP-Therapieschule, FB Ambulant/Jugendhilfe der STEP gGmbH**

Die STEP-Therapieschule ist Teil des Drogenhilfe-Trägers STEP gGmbH, der weitere therapeutische Angebote abdeckt. Die Schule hat einen Status als teilstationäre Wiedereingliederungsmaßnahme und wird über öffentliche Mittel (Jugendliche - SGB VIII KJHG § 35a u. 41, Erwachsene - §§ 53ff. u. SGB XII) finanziert, der monatliche Pflegesatz der Schule pro Teilnehmer beträgt 710 EUR.

Die SchülerInnen befinden sich parallel in therapeutischer Behandlung, die ambulant, teilstationär oder im Betreuten Wohnen erfolgt.

Die Schule hat 50 Plätze und bietet 1-jährige Kurse zum Hauptschulabschluss und zwei-jährige Kurse zum Realschulabschluss an. Das Lehrerteam besteht aus drei hauptamtlichen LehrerInnen, drei HonorarlehrerInnen und einer Sozialpädagogin. Der Unterricht findet von 8:30 bis 13:30 statt und umfasst 7 Fächer (Deutsch, Englisch, Mathematik, Geschichte, Erdkunde, Biologie, Physik). Die Prüfungen werden extern durchgeführt in Kooperation mit der Volkshochschule Hannover.

Das Konzept der Schule beruht auf einer sozial-therapeutischen Betreuung der Schüler, ein Schülersprechtag ist fest etabliert. Die Schule verfolgt einen Clean-Anspruch, der über Urinkontrollen kontrolliert wird, auch Substituierte können am Unterricht teilnehmen. Zusätzlich zum Unterricht werden Bewerbungstraining und Praktika zur Berufsorientierung angeboten. 50 % der TeilnehmerInnen beenden die Kurse, davon schließen 30-40 % der SchülerInnen sehr gut ab, 10-20 % werden in andere Maßnahmen vermittelt und 50 % brechen ab. Die meisten SchülerInnen werden über den niedersächsischen Sozialhilfeträger vermittelt.

### **Therapeutische Einrichtung Eppenhain**

Träger der stationären therapeutischen Einrichtung Eppenhain ist ISEB „Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“, mit insgesamt 120 Plätzen. Die therapeutische Einrichtung Eppenhain verfügt über 30 Plätze für Suchttherapie für Jugendliche bis 21 Jahre, die fast alle das schulische Angebot besuchen (auf 30 Therapieplätze kommen 25 SchülerInnen). Im Schnitt sind 100 Patienten pro Jahr in der Einrichtung. Die durchschnittliche Therapiedauer beträgt 7-8 Monate. Das schulische Angebot in Eppenhain ist als „Sonderschule für Kranke“ staatlich anerkannt und finanziert durch das Kultusministerium Hessen. Die Schule verfügt über vier Lehrerstellen und bietet Haupt- und Realschulkurse an. Der Unterricht findet mit 26 Stunden 5 mal pro Woche statt und beruht auf einem Bezugslehrersystem, das die Beziehung zwischen Lehrer und Schüler fördert. Darüber hinaus findet der Unterricht in kleinen Klassen von bis zu 8 SchülerInnen statt. Schule und Therapie sind eng miteinander verbunden: morgens findet Schule statt, nachmittags Therapie und Freizeitaktivitäten.

Prüfungen werden zweimal jährlich intern durchgeführt. Hauptsächlicher Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Hessen und die Krankenversicherung.

### **Haus Hohenlinden**

Haus Hohenlinden ist eine stationäre Suchttherapeutische Einrichtung mit 32 Plätzen und 104 Aufnahmen pro Jahr. Hauptkostenträger ist die Rentenversicherung für die Klientin/innen über 18 Jahre und die Krankenversicherung (Familienversicherung) für die 16-17-jährigen.

Die Gestaltung des Therapiekonzepts beruht auf einer klaren und geregelten Tagesstruktur – Unterricht oder Arbeitstherapie, Therapie, Freizeitangebot. Seit 14 Jahren bietet die Therapieeinrichtung Berufsorientierung, Qualifizierung und Ausbildung im Rahmen von Therapie an und seit zwei Jahren schulische Qualifizierung. Entsprechend der kurzen Therapiedauer handelt es sich um ein kurzfristiges Schulungsmodell – 17 Wochen (insgesamt 200 Unterrichtsstunden), welches nach der Eingewöhnungsphase von 8 Wochen beginnt. Nach den 200 Stunden folgt die Abschlussprüfung und danach die Vermittlung zum Ausbildungsplatz. Aufnahmekriterien laut Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland Pfalz (ADD) für die Klient/innen sind 9 Jahre Schulbesuch, welches eine hohe Eingangsschwelle darstellt. Der Unterricht findet 3 mal pro Woche, einmal samstags, mit insgesamt 12 Stunden wöchentlich statt. Das Qualifizierungsangebot beinhaltet die Vorbereitung auf den einfachen Hauptschulabschluss, ohne Englisch und die Vermittlung in Ausbildung. Es besteht ein gut aufgebautes Netzwerk mit ca. 40 Betrieben, in denen Betriebspraktika absolviert werden können. Ebenso findet eine Berufsberatung durch einen Berufsberater aus der Arbeitsagentur (Mainz) statt. Das Lehrerteam besteht aus 2 externen Honorarkräften und einer pensionierten Lehrerin. Das Schulungskonzept basiert auf einer engeren und intensiven Arbeit zwischen Lehrer und Schüler. Die Prüfungen werden 3 mal jährlich organisiert, jeweils 5 Personen melden sich zur Prüfung an (15 im Jahr) und finden im Haus statt. Das Modellprojekt (integriertes Konzept) ist seit 2 Jahren genehmigt. Der Hauptkostenträger ist die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und die Krankenversicherungen.

### **Therapieeinrichtung Böddiger Berg**

Träger der Therapieeinrichtung Böddiger Berg ist die Drogenhilfe Nordhessen e.V.. Die stationäre Therapieeinrichtung Böddiger Berg verfügt über 16 Therapieplätzen und führt seit 1998 schulische Qualifizierungsmaßnahmen für minderjährige Rehabilitations-Patienten durch. Von 2005 – 2007 wurde ein zweijähriger Schulversuch durch das hessische Sozialministerium finanziert, seit Ende 2007 ist die schulische Qualifizierung jedoch ohne Förderung und muss aus Mitteln der Jugendhilfe finanziert werden. In der Einrichtung sind zwei Lehrer angestellt.

Das Ergebnis des Schulversuchs verlief sehr positiv, alle SchülerInnen, die sich für die Prüfung anmeldeten bestanden diese auch. Bei den beschulten Gruppen handelt es sich um kleine Gruppen (max. 10 Personen), die den Hauptschul- oder Realschulabschluss erwerben. Es schließen circa 18 Jugendliche pro Jahr einen Schulabschluss ab. Alle Prüfungen finden extern statt, die Hauptschulprüfungen zweimal im Jahr, die Realschulabschlussprüfung nur einmal im Jahr. Das Konzept des Böddiger Berg ist ein ganzheitliches, das schulischen und therapeutischen Auftrag verbindet, Bildungsarbeit und Beziehungsarbeit werden eng miteinander verknüpft. Der Hauptkostenträger ist die Landesversicherungsanstalt Hessen und die Krankenkassen sowie Mittel aus der Jugendhilfe.

## **2.2 Phasen der Evaluation**

Zu Beginn der Evaluation wurden die teilnehmenden Einrichtungen aufgesucht und eine Einrichtungsbeschreibung erstellt (s.o.).

### **Auftaktveranstaltung**

Vom 29. bis 31. Januar fand in Berlin die Auftaktveranstaltung mit den teilnehmenden Einrichtungen der Evaluation statt, an der ein bis zwei Mitarbeiter pro Einrichtung, die mit dem therapeutischen und/oder dem schulischen Teil der Maßnahme vertraut sind teilnahmen. Die Inhalte der Sitzung bestanden in:

- Vorstellung der Projekte im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielsetzungen und Konzeptionen, der Verzahnung von Schule mit der therapeutischen Maßnahme und die unterschiedlichen Finanzierungen und gesetzlichen Grundlagen
- Vorstellung sämtlicher Instrumente, die in der Evaluation zum Einsatz kommen sollen und deren Abstimmung (siehe Methoden) durch die Teilnehmer/innen
- Diskussion zur Frage, wie Qualifizierungsmaßnahmen in stationären Therapieeinrichtungen gestaltet sein sollten.
- Abstimmung des Evaluationsablaufs und der Vorgehensweise.

(Siehe Anlage: Protokoll der Auftaktveranstaltung).

### **Die Evaluation erfolgte auf drei Ebenen:**

1. KlientInnenebene: Befragung von TeilnehmerInnen von Maßnahmen der schulischen Qualifikation im Rahmen von Suchttherapie in sechs therapeutischen und schulischen Einrichtungen
2. MitarbeiterInnen und Einrichtungsebene: Befragungen von MitarbeiterInnen der schulischen und therapeutischen Einrichtungen, Unterrichtsbeobachtungen
3. ExpertInnenebene: Befragung von ExpertInnen aus den betreffenden Fachkreisen

Die Befragungen begannen auf KlientInnenebene im März 2009 mit der Durchführung des Pretest in der Einrichtung Tannenhof. Nach der Überarbeitung des Erhebungsinstrumentes wurde die Befragung im Zeitraum von April bis Oktober 2009 in ein bis zwei Erhebungsrunden in den beteiligten Einrichtungen durchgeführt. Im Rahmen dieser Besuche der Einrichtungen wurden auch ab September 2009 die MitarbeiterInneninterviews und die Unterrichtsbeobachtungen durchgeführt. Parallel dazu wurde auch die anonyme MitarbeiterInnenbefragung durchgeführt (siehe Tabelle 1).

**Abschlussveranstaltung**

Die Abschlussveranstaltung fand am 4. und 5.12.2009 in Berlin statt. An dem Treffen nahmen Vertreter der evaluierten Einrichtungen, der Rentenversicherung Bund, des BMG und ExpertInnen aus dem Drogenhilfebereich teil. Inhalt des Treffens war die Präsentation zentraler Evaluationsergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen und ein ExpertInnenaustausch (siehe Anhang Tagesordnung und Protokoll Abschlussveranstaltung).

Zur Abrundung des ExpertInnenaustauschs im Rahmen der Abschlussveranstaltung wurde eine e-mail ExpertInnenbefragung durchgeführt, die im April 2010 abgeschlossen wurde.

**Tabelle 1: Evaluationsübersicht: eingesetzte Methoden in den Einrichtungen im Evaluationsverlaufs.**

<b>Tannenhof Berlin</b>	<b>Step Hannover</b>	<b>Rittergut Sachsen</b>	<b>Eppenhain Hessen</b>	<b>Böddiger Berg Hessen</b>	<b>Hohenlinden Rheinland-Pfalz</b>	
Pretest 03/2009: 12						
<b>Probanden- interviews</b>  Erste Runde 06/2009: 8;  Zweite Runde 10/2009: 10	<b>Probanden- interviews</b>  Erste Runde 04/2009: 11;  Zweite Runde 09/2009: 13	<b>Probanden- interviews</b>  Erste Runde 04/2009: 10;  Zweite Runde 09/2009: 9	<b>Probanden- interviews</b>  Erste Runde 07/2009: 17	<b>Probanden- interviews</b>  Erste Runde 04/2009: 9;  Zweite Runde 08/2009: 10	<b>Probanden- interviews</b>  Erste Runde 05/2009: 3 ;  Zweite Runde 09/2009.: 4	Interviews Gesamt 116
<b>Lehrerinterview</b> 10/2009		<b>Lehrer/Therapeuten- Interview</b> 09/2009			<b>Lehrerinterview</b> 09/2009	Interviews Gesamt 4
	<b>Unterrichts- Beobachtung</b> 09/2009	<b>Unterrichts- Beobachtung</b> 09/2009				Unterrichts- einheiten 5
<b>Anonyme MitarbeiterInnenbefragung Sept. – Dez. 2009</b>						
<b>ExpertInnen - Befragung: Dez 2009 / März/April 2010</b>						

## **2.3 Klienten- und Klientinnenbefragung**

### **2.3.1 Rekrutierung der Probanden**

Die Einrichtungen nahmen die Rekrutierung der TeilnehmerInnen anhand abgestimmter Vorgaben und Einschlusskriterien vor: Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16-24 Jahren, die in einer stationären oder teilstationären Einrichtung sozial-psychologisch betreut werden, *nicht* substituiert werden und gleichzeitig seit mindestens vier Wochen an einer schulischen Qualifizierungsmaßnahme zum Erwerb eines Schulabschlusses teilnehmen. Auf die Teilnahme von Frauen wurde gesondert geachtet. Auf die ursprünglich geplante zeitliche Eingrenzung des Enrolments wurde verzichtet.

Bezüglich des Einschlusskriteriums „in suchttherapeutischer Behandlung“ unterscheiden sich stationäre und teilstationäre Einrichtungen. In den teilstationären Schulen werden unterschiedliche therapeutische Konzepte umgesetzt, welche dem Grad der Verselbständigung der KlientInnen entspricht. Einige der SchülerInnen sind in betreuten Wohnformen untergebracht, die eine therapeutische Behandlung innerhalb der Einrichtung gewährleisten, während andere bereits in eigenem Wohnraum leben und sich in Nachsorge oder sozial-therapeutischer Betreuung durch die Schulen befinden. Die gewährleistete therapeutische Behandlung unterscheidet sich deshalb im Grad der Intensität. Auch die unterschiedlichen Wohnformen bringen ein unterschiedliches Maß an Betreuung und Kontrolle mit sich.

### **2.3.2 Probandenvertrag**

Vor der Rekrutierung wurde das Einverständnis der Probanden mit den Inhalten und dem Vorgehen der Befragung mittels eines Vertrages eingeholt (siehe Anhang). Das Vorgehen wurde mit dem Berliner Datenschutzbeauftragten abgeklärt (siehe Anlage). Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und die Fragebögen anonymisiert, mit Codenummern versehen. Vorausgesetzt der Proband erklärte sich einverstanden, kam im Anschluss das erste psychometrische Instrument zum Einsatz, der Fragebogen zur Lebensqualität der Weltgesundheitsorganisation (WHOQOL-BREF).

### **2.3.3 Eingesetzte Instrumente**

In den quantitativen KlientInneninterviews wurden vier Erhebungsinstrumente eingesetzt. Der Fragebogen zur Lebensqualität wurde bereits zum Zeitpunkt der Rekrutierung von den KlientInnen selbst ausgefüllt, die drei weiteren Skalen wurden in dem KlientInneninterview verwendet.

Der Kernfragebogen dient der Erfassung der soziodemografischen Daten und Daten zur Schul- und Suchtgeschichte. Der Hauptfragebogen enthält psychometrische Skalen, die zur Erfassung von überfachlichen – nicht schulbezogenen Einstellungen und Kompetenzen und zur Erfassung von schulbezogenen und auf das Klassenklima bezogenen Einstellungen dienen. Das Klassenklima ist hierbei ein wichtiger Indikator für die Unterrichtsqualität. Die Skalen wurden durch selbst entwickelte Items zur Verbindung von Therapie und Schule ergänzt. Eine weitere Skala erfasst die Zufriedenheit der KlientInnen mit der therapeutischen Behandlung.

Die Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität und der körperlichen und Allgemeinbeschwerden gibt Aufschluss über die Befindlichkeit der KlientInnen. Diese Instrumente wurden aufgrund von Hinweisen der Evaluationsteilnehmer zum psychischen und körperlichen Gesundheitszustand der KlientInnen eingesetzt.

### **Instrument I**

Fragebogen zur Lebensqualität der Weltgesundheitsorganisation (WHOQOL-BREF), in der deutschen Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000), 26 Items. Die interne Konsistenz der Skala liegt zwischen Cronbachs  $\alpha = .76$  (soziale Beziehungen) und  $.88$  (physische Domäne).

### **Instrument II**

Kernfragebogen zu soziodemographischen Daten, Schul- und Suchtgeschichte.

### **Instrument III**

#### **Psychometrische Skalen und selbstentwickelte Items**

- **Soziale Selbstwirksamkeitserwartung**, Satow & Mittag, 1999; 8 Items. Die Skala misst die Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen zu können, hier im Umgang mit sozialen Anforderungen und Konflikten (Cronbachs  $\alpha = .60$ ).
- **Schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung**, Jerusalem & Satow, 1999; 7 Items. Die Skala misst die Kompetenzerwartungen von Schülern im Umgang mit schulischen Anforderungen (Cronbachs  $\alpha$  liegt zwischen  $.70$  und  $.73$ ).
- **Schulbezogene Hilflosigkeit**, Jerusalem & Schwarzer, 1993, 5 Items. Die Skala misst die erlebte Hilflosigkeit angesichts schulischer Anforderungen (Cronbachs  $\alpha$  liegt zwischen  $.72$  und  $.76$ ).
- **Klassenklima-Skalen:**
  - (1) **Fürsorglichkeit des Lehrers**, Saldern & Littig, 1987; 8 Items. Die Skala misst, in welchem Ausmaß die Schüler den Lehrer als unterstützend und kooperationsbereit empfinden (Reliabilität, Cronbachs  $\alpha$ :  $.84$ ).



- (2) **Lehrerbezugsnormierung**, Schwarzer, Lange & Jerusalem, 1982, 4 Items. Die Skala misst die Wahrnehmung der Schüler in Bezug auf die Bezugsnormorientierung der Lehrer, den Grad der individuellen Leistungsbewertung (Cronbachs  $\alpha$ : .65).
- (3) **Schüler-Sozialklima**, Saldern & Littig, 1987; 4 Items. Die Skala misst die Hilfsbereitschaft der Schüler untereinander (Cronbachs  $\alpha$ : .69).
- (4) **Unterrichtszufriedenheit**, Saldern & Littig, 1987; 3 Items. Die Skala misst die Zufriedenheit im Unterricht, die abhängig ist von einer verständlichen und abwechslungsreichen Vermittlung des Unterrichts (Cronbachs  $\alpha$ : .68).
- (5) **Anforderungsniveau**, Saldern & Littig, 1987; 5 Items. Die Skala misst das erlebte Anforderungsniveau, der Eindruck der Schüler für gute Noten viel leisten zu müssen (Cronbachs  $\alpha$ : .64).
- Skala basierend auf dem „**Treatment Perceptions Questionnaire**“, Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell & Strang (1998); 10 Items, übersetzt ins Deutsche. Die Skala misst die Klientenzufriedenheit mit der therapeutischen Maßnahme (Cronbachs  $\alpha$  der Originalskala= .67).
- **Optimismus**, Satow & Schwarzer, 1999; 8 Items. Die Skala misst den allgemeinen Optimismus der Schüler im Hinblick auf die soziale, berufliche und schulische Entwicklung, sowie auf das Leben und die Zukunft allgemein (Cronbachs  $\alpha$  liegt zwischen .81 und .84).
- Selbstentwickelte Items, die die subjektive Einschätzung der Probanden zur Wirkung und **Verzahnung von therapeutischer Behandlung und schulischer Qualifikation** messen.

#### **Instrument IV**

##### **Beschwerdenliste nach Zerssen**

Die Beschwerdenliste nach Zerssen (1976), misst mit 48 Items die subjektive Beeinträchtigung durch überwiegend körperliche und Allgemeinbeschwerden. Die Reliabilität beider Skalen B und B' zusammen liegt bei Cronbachs  $\alpha$ = .95.

(Alle Instrumente siehe Anhang.)

## ***2.4 Befragung auf Mitarbeiter-, Mitarbeiterinnenebene und Einrichtungsebene***

### **2.4.1 Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung und Interviews**

Die MitarbeiterInnenbefragung richtete sich an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des schulischen und suchttherapeutischen Bereichs und wurde mittels eines Fragebogens mit geschlossenen und offenen Fragen anonym durchgeführt. Die Befragung erfolgte zur Selbstwirksamkeit, zu Belastungen und Ressourcen, sowie möglichen Hindernissen für das Gelingen der Maßnahmen in Ihrer Arbeit. Dabei kam die Skala zur Lehrer-Selbstwirksamkeit von Schmitz & Schwarzer (1999) bei den LehrerInnen zum Einsatz, die interne Konsistenz der Skala wird mit Cronbachs  $\alpha$  zwischen .76 und .82 angegeben. Für die Gruppe der TherapeutInnen wurden die Items entsprechend verändert. Zusätzlich wurden drei qualitative Einzelinterviews in jeweils einer teilstationären und einer stationären Einrichtung mit je einem Lehrer und zusätzlich mit einem Therapeuten durchgeführt, um die Schnittstellen von therapeutischer und schulischer Arbeit und mögliche Hindernisse in der Umsetzung genauer zu beleuchten (siehe Anhang Interviewleitfaden).

### **2.4.2 Unterrichtsbeobachtung**

Es wurden in jeweils einer teilstationären und einer stationären Einrichtung (STEP und Rittergut) Unterrichtsbeobachtungen durchgeführt. Die Unterrichtsbeobachtung bezog sich auf die zwei Beobachtungsdimensionen „Angemessenheit“ und „Motivierung“. Die Dimension „Angemessenheit“ des Unterrichts wurde hinsichtlich der Subdimensionen „Anpassung von Schwierigkeit und Tempo“, „Niveau der Leistungserwartung“ und „Individuelle Unterstützung und Beratung“ ausgewertet, die Dimension „Motivierung“ der SchülerInnen hinsichtlich der Subdimensionen „Bekannte Erwartungen und Ziele“, „Vermeidung von Leistungsangst“ und „Verstärkung der Lernerfolge“. Die Auswertung erfolgte entsprechend der Methode Rapid Assessment and Response

## **2.5 ExpertInnenebene**

### **2.5.1 Fachgespräch**

An dem Fachgespräch im Rahmen der Abschlussveranstaltung nahmen Experten des Suchthilfebereichs und des Rentenversicherungsträgers teil. In der Diskussion wurden Fragen bezüglich der Evaluationsergebnisse, Status und Finanzierung der schulischen Qualifizierungsmaßnahmen erörtert.

### **2.5.2 E-mail Befragung**

In einer abschließenden Befragung per e-mail Fragebogen wurden Vertreter der betreffenden Fachkreise zu ihrer Einschätzung bezüglich schulischer Qualifizierungsmaßnahmen befragt (siehe Anhang Fragebogen Expertenbefragung).

## **2.6 Quantitative Auswertungsverfahren**

Zur Auswertung der KlientInnen und MitarbeiterInnenstichprobe wurden folgende Verfahren durchgeführt:

- Korrelationen nach Pearson
- T-Test für unabhängige Stichproben

Die Berechnungen wurden mit SPSS durchgeführt.

### 3. Ergebnisse

Die Evaluation beruht auf den folgenden Forschungsfragen:

- Sind Effekte der qualifizierenden schulischen Maßnahmen messbar?
- Erhöhen Maßnahmen der schulischen Qualifikation die Haltekraft der Therapie?
- Verstärken Maßnahmen zur schulischen Qualifikation therapeutische Prozesse oder führen erneute Misserfolgserlebnisse im Rahmen der Maßnahmen zu mehr Abbrüchen der Therapie?
- Welche Erfolgsfaktoren und welche Hindernisse auf KlientInnen-, MitarbeiterInnen-, Einrichtungs-, und Drogenhilfesystemebene können identifiziert werden?
- Wie sollten Qualifizierungsmaßnahmen in stationären Therapieeinrichtungen gestaltet sein?

Auf Anregung des BMG wurde die folgende Forschungsfrage ergänzt:

- Lassen sich bedeutsame Unterschiede bezüglich der Einrichtungsform (stationär / teilstationär) feststellen?

### **3.1 Ebene I: Klienten und Klientinnenbefragung**

#### **3.1.1 Instrument II**

##### **Kernfragebogen zu soziodemographischen Daten, Schul- und Suchtgeschichte**

Die Stichprobe der befragten KlientInnen besteht aus 116 Personen, die sich auf vier stationäre und zwei teilstationäre Einrichtungen verteilen (siehe Tabelle 2). Damit liegt die angestrebte Stichprobengröße nur minimal unter der angestrebten Größe von 120 KlientInnen.

Dreißig Probanden wurden im Tannenhof befragt, gefolgt von 24 Probanden der Step-Schule, jeweils 19 Probanden aus dem Böddiger Berg und dem Rittergut, 17 Probanden aus Eppenhain und 7 Probanden aus dem Haus Hohenlinden.

***Tabelle 2: Verteilung der Probanden auf die Einrichtungen, Häufigkeit, Prozent.***

<b>Einrichtungen</b>		<b>N</b>	<b>Prozent</b>
<b>Stationär</b>	Böddiger Berg	19	16,4
<b>Stationär</b>	Eppenhain	17	14,7
<b>Stationär</b>	Hohenlinden	7	6,0
<b>Stationär</b>	Rittergut	19	16,4
<b>Teilstationär</b>	Step	24	20,7
<b>Teilstationär</b>	Tannenhof	30	25,9
<b>N</b>		<b>116</b>	<b>100</b>

Die Probanden der Step- und Tannenhof-Schule werden zum Teil von „hauseigenen“ oder Einrichtungen anderer Träger therapeutisch betreut.

Von den dreißig Probanden der Tannenhof-Schule werden zehn in der Tannenhof-Schule betreut, fünf befinden sich in Nachsorge oder Adaption und drei im Betreuten Einzelwohnen. Die restlichen Probanden befinden sich in nicht spezifizierten Therapieformen unterschiedlicher Einrichtungen, wie beispielsweise des Anti-Drogen-Verein oder FrauSuchtZukunft.

Von den vierundzwanzig KlientInnen der STEP-Therapieschule werden vierzehn in der STEP-Schule betreut und die restlichen zehn in anderen STEP Einrichtungsteilen, wie z.B. STEP / DROBS oder Adaption.

Die Stichprobe besteht zu 89% aus männlichen und zu 26% aus weiblichen Probanden. Damit ist der angestrebte Prozentsatz von 17% bzw. 20 Frauen erreicht worden, siehe Tabelle 3.

**Tabelle 3: Verteilung der Probanden nach Geschlecht.**

Geschlecht		N	Prozent
<b>Gültig</b>	Weiblich	26	22,36
	Männlich	89	76,54
	Keine Angabe	1	0,86
<b>N</b>		116	100

Die Probanden verteilen sich auf die Altersgruppen der 16 bis 24 Jährigen, mit der kleinsten Anzahl von zwei Probanden in der Altersstufe der 16 - Jährigen und 21 Probanden in der Gruppe der 17 – Jährigen, das Durchschnittsalter beträgt 20 Jahre, siehe Tabelle 4.

**Tabelle 4: Altersverteilung, Häufigkeit, Prozent**

Altersverteilung		N	Prozent
<b>Gültig</b>	16	2	1,7
	17	21	<b>18,1</b>
	18	16	13,8
	19	14	12,1
	20	17	14,7
	21	11	9,5
	22	9	7,8
	23	13	11,2
	24	13	11,2
	Total	116	100
	Mittelwert	20,03	

Aufgeteilt nach Einrichtungsform stellen die stationären Einrichtungen einen halb so großen Anteil weiblicher Probanden und weisen ein um zwei Jahre geringeres Durchschnittsalter von 19 Jahren auf. Der größte Anteil der Probanden weist keinen Migrationshintergrund auf, lediglich vier Probanden der stationären und neun Probanden der teilstationären Einrichtungen berichten über einen Migrationshintergrund. In der Interviewsituation wurde danach gefragt, ob ein Elternteil der Probanden einen Migrationshintergrund hat (siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5: Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund der Probanden nach Einrichtungsform**

		stationär	teilstationär
		N= 62	N= 54
<b>Geschlecht</b>	Frauen	10 (16%)	16 (30%)
	Männer	52 (84%)	37 (67%)
<b>Alter</b>	Spanne	16 - 24	17 - 24
	Durchschnitt	19	21
<b>Migrationshintergrund</b>		4	9
	Davon mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft	3 (Luxemburg, Türkei, USA)	2 (Österreich, Portugal)

Der weitaus größte Teil der Probanden, 74% hat keine gerichtliche Auflage. Die restlichen 25,8% verteilen sich zu gleichen Teilen auf Verstöße gegen BtMG und andere strafrechtliche Grundlagen. Lediglich 10 (16%) der 116 Probanden geben zu ihrer Vorgeschichte an, keinerlei suchtbezogene Hilfen, wie u.a. Beratung, und medizinische oder sozialtherapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen zu haben. Auf die zwölf angegebenen bisher beanspruchten Hilfeformen entfiel ein hoher Prozentsatz auf die Hilfen Entzug und Entgiftung (73,3%) und ambulante Beratung (66,4%) und weiterhin zu etwa gleichen Teilen (je ca. 30%) auf eine vorangegangene Rehabilitationsmaßnahme, eine psychiatrische oder eine psychotherapeutische Behandlung.

Während 98,3% der Probanden angeben ledig, also nicht-verheiratet zu sein, leben ca. 30% in einer festen Beziehung und ca. 8% in einer zeitweiligen Beziehung. Nur insgesamt 9,5% der Probanden geben an ein und mehr Kinder zu haben.

## Schulgeschichte

Ungefähr 40% der KlientInnen haben als letzte schulische Maßnahme eine Berufsschule oder berufsvorbereitende Maßnahme besucht und ca. die Hälfte hat als vorletzte Maßnahme eine Hauptschule besucht, ca. 22% eine Gesamtschule, ca. 18% eine Realschule, ca. 4% eine Sonderschule und ca. 3% ein Gymnasium. 47,7% der Jugendlichen sind in der 9. Klasse abgegangen, 22,4% in der 10. Klasse und 17,2% in der 8. Klasse. 40,5% geben an, immer versetzt worden zu sein und 46,6% einmal nicht versetzt worden zu sein. Die Angaben ab welcher Klasse häufiger geschwänzt wurde, verteilen sich auf die Klassenstufen 5 bis 9. 25% der Jugendlichen geben an ab der 7. Klasse häufiger geschwänzt zu haben. Die Zeit zwischen dem letzten regulären Schulbesuch und der Teilnahme an einer schulischen Qualifizierung im Rahmen von Suchtrehabilitation variierte stark. Einige KlientInnen berichten über einen nahtlosen Übergang zwischen Schule und Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung, der längste Zeitraum betrug elf Jahren.

Etwas weniger als die Hälfte der Probanden verfügt über keinen Schulabschluss (44%), etwas mehr als 30% haben einen Hauptschulabschluss und ca. 18% einen erweiterten Hauptschulabschluss. Nur sechs Probanden geben an, einen Realschulabschluss erworben zu haben (siehe Tabelle 6). Diese Probanden setzen sich zusammen aus SchülerInnen, die die Realschulabschlussprüfung innerhalb der Rehabilitation gerade abgeschlossen hatten und solchen die diesen Abschluss außerhalb erworben hatten und die schulische Qualifizierung zur Vorbereitung auf einen weiteren Schulbesuch, wie z.B. Fachabitur als Voraussetzung für ein bestimmtes Berufsziel in Anspruch nahmen.

25 der Jugendlichen mit Schulabschluss haben diesen über den zweiten Bildungsweg erworben, alle anderen an einer allgemeinbildenden Schule. Lediglich vier Probanden geben an, über eine abgeschlossene Berufsausbildung zu verfügen.

**Tabelle 6: Schulabschlüsse der Probanden, Häufigkeit, Prozent.**

Schulabschlüsse		N	Prozent
Gültig	ohne Abschluss	51	44,0
	Hauptschule	38	32,8
	erweiterte Hauptschule	21	18,1
	Realschule	6	5,2
	N	116	100

Zu dem Hauptgrund für ihre Schulprobleme befragt geben 49,5%, also die Hälfte der Probanden den Konsum von Drogen und Alkohol, 28,4% andere Probleme, 11,6% Familienprobleme, 5,3%

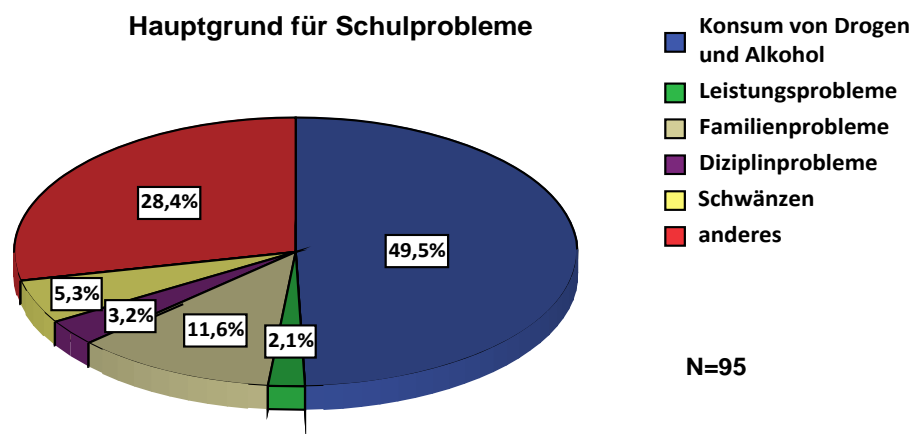


Schwänzen, 3,2% Disziplinprobleme und nur 2,1% Leistungsprobleme an, bei 21 fehlenden Werten (siehe Tabelle 7 und Abbildung 1).

**Tabelle 7: Hauptgrund für Schulprobleme, Häufigkeit, Prozent.**

Hauptgrund für Schulprobleme		N	Prozent
<b>Gültig</b>	Konsum von Drogen und Alkohol	47	<b>49,5</b>
	Leistungsprobleme	2	2,1
	Familienprobleme	11	11,6
	Disziplinprobleme	3	3,2
	Schwänzen	5	5,3
	Anderes	27	<b>28,4</b>
	N	95	81,9

**Abbildung 1: Hauptgrund für Schulprobleme, Prozent.**



Von den 23,3% der 116 Probanden, die einen „anderen Grund“ für ihre Schulprobleme nennen, ließen sich die Antworten in die Kategorien körperliche und psychische Probleme bzw. Erkrankungen wie Depressionen, Krebs oder ADHS, kritische Lebensereignisse, wie z.B. der Tod eines Elternteils oder Heimaufenthalt sowie Probleme mit Bezugspersonen und Kriminalität kategorisieren. Mehrfach genannt wurden die Motivationslosigkeit zur Schule zu gehen, Sucht und ADHS (siehe Tabelle 8).

***Tabelle 8: Andere Gründe für Schulprobleme.***

<b>Andere Gründe</b>	<b>Prozent</b>	<b>N</b>
<b>Körperliche und psychische Probleme und Erkrankungen</b>	44,4	12
<b>Motivationslosigkeit</b>	25,9	7
<b>Kritische Lebensereignisse</b>	14,8	4
<b>Probleme mit Bezugspersonen</b>	11,1	3
<b>Kriminalität</b>	3,7	1
<b>N</b>	100	27

Auf die Frage nach dem bisherigen Drogenkonsum waren Mehrfachantworten möglich. Es wurden bis zu drei Hauptsubstanzen benannt, von denen die am häufigsten genannten Substanzen Cannabis, Tabak, Alkohol, Amphetamine, Ecstasy und Kokain sind (siehe Tabelle 9).

**Tabelle 9: Bisheriger Drogenkonsum der Probanden, Mehrfachantworten, Prozente.**

<b>Bisheriger Drogenkonsum</b>			
Alkohol	<b>77,6%</b>	Crack	10,3%
Heroin	19%	Amphetamine	<b>71,6%</b>
Methadon	7,8%	Ecstasy	<b>68,1%</b>
Buprenorphin	0,9%	Andere Stimulanzien	15,5%
Andere Opioide	3,4%	LSD	32,8%
Cannabis	<b>95,7%</b>	Mescaline	31%
Barbiturate	1,7%	Andere Halluzinogene	22,4%
Benzodiazepine	15,5%	Tabak	<b>87,1%</b>
Andere Sedativa	0,9%	Lösungsmittel	13,8%
Kokain	<b>60,3%</b>	Andere psychotrope Substanzen	12,1%

Von 105 Probanden, die diese Frage beantwortet haben, geben 52 den Konsum *einer* Hauptsubstanz an. Diese Hauptsubstanz wurde von 23 Probanden mit Cannabis und von 13 Probanden mit Alkohol benannt. Zusammengefasst zehn Probanden geben verschiedene Stimulanzien an: Speed, Amphetamine, Crystal, Pico (Methamphetamin) und Ecstasy; sechs Probanden benennen Opioide: Kokain und Heroin.

Die restlichen 53 Probanden geben eine Kombination aus zwei bis drei Haupt – Substanzen an. Die häufigste Kombination bestand dabei aus Cannabis und dem Konsum von Stimulanzien.

### 3.1.2 Instrument III

#### Psychometrische Skalen und selbstentwickelte Items

Instrument III besteht aus den folgenden Skalen und den unten aufgeführten selbstentwickelten Items. Die Items wurden gemischt dargestellt (Fragebogen siehe Anhang).

- **Soziale Selbstwirksamkeitserwartung**, Satow & Mittag, 1999; 8 Items.
- **Schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung**, Jerusalem & Satow, 1999; 7 Items.
- **Schulbezogene Hilflosigkeit**, Jerusalem & Schwarzer, 1993, 5 Items.
- **Klassenklima-Skalen:**
  - **Fürsorglichkeit des Lehrers**, Saldern & Littig, 1987; 8 Items.
  - **Lehrerbezugsnormierung**, Schwarzer, Lange & Jerusalem, 1982, 4 Items.
  - **Schüler-Sozialklima**, Saldern & Littig, 1987; 4 Items.
  - **Unterrichtszufriedenheit**, Saldern & Littig, 1987; 3 Items.
  - **Anforderungsniveau**, Saldern & Littig, 1987; 5 Items.
- Skala basierend auf dem „**Treatment Perceptions Questionnaire**“, Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell & Strang (1998); 10 Items in deutscher Übersetzung.
- **Optimismus**, Satow & Schwarzer, 1999; 8 Items.
- **Selbstentwickelte Items**, die die subjektive Einschätzung der Probanden zur Wirkung und Verzahnung von therapeutischer Behandlung und schulischer Qualifikation messen:

#### Selbstentwickelte Items

Die Items wurden entwickelt, um den Zusammenhang von Schule und Therapie zu beleuchten. Die Items wurden nach dem Pretest und der Durchführung einer Fokusgruppe mit SchülerInnen der Tannenhof-Schule in Berlin im April 2009 nochmals überarbeitet bzw. ergänzt:

- (1) Schule und Therapie haben für mich nichts miteinander zu tun.
- (2) Es hilft mir in der Schule mit anderen zusammen zu sein, die eine ähnliche Geschichte haben.
- (3) Meine Lehrer/innen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten.
- (4) Die Therapie ist mir viel wichtiger als die Schule.
- (5) Der Schulabschluss eröffnet mir neue Lebensperspektiven.
- (6) Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren.
- (7) Ich habe wieder Lust etwas zu lernen.
- (8) Ich werde sehr stolz auf mich sein, wenn ich den Schulabschluss geschafft habe.
- (9) Meine Betreuer/innen finden es gut, dass ich zur Schule gehe.

(10)Die Therapie hat mir den Weg zurück in die Gesellschaft eröffnet.

(11)Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mit hilft clean zu bleiben.

Dichotomes Item:

(12)Mein Hauptantrieb den Schulabschluss zu machen besteht darin:

- A) Später einen konkreten Beruf auszuüben
- B) Etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will
- C) Mein Kind / meine Kinder gut versorgen zu können
- D) Clean zu bleiben
- E) Sonstiges

## Auswertung der selbstentwickelten Items 1 - 11

Die stärkste Zustimmung erfährt das Item „Ich werde sehr stolz auf mich sein, wenn ich den Schulabschluss geschafft habe“. Hier wird noch einmal deutlich, wie sehr das Erlangen des Schulabschlusses mit einer Selbstwertstärkung und damit auch mit therapeutischen Zielen verbunden ist. Die starke Zustimmung zu dem Item „Der Schulabschluss eröffnet mir neue Lebensperspektiven“ (trifft genau zu) auch im Vergleich zu der Zustimmungsverteilung bei dem Item „Die Therapie hat mir den Weg zurück in die Gesellschaft eröffnet“ weist daraufhin, dass der Schulabschluss neben der Selbstwertstärkung noch eindeutiger als Grundlage für eine verbesserte Lebensperspektive gesehen wird, offensichtlich sogar deutlicher, als die erfahrene Hilfe in der Suchttherapie. Auch wenn der hohe Stellenwert von Schule und Schulabschluss sehr deutlich bewertet wurde, fällt die Zustimmung zu dem Item „Ich habe wieder Lust etwas zu lernen“ zwar nicht ganz so deutlich aus, sie liegt aber eindeutig im positiven Bereich (trifft genau und eher zu). Den SchülerInnen ist vermutlich bewusst, dass Lernen nicht nur mit Lust, sondern auch mit Arbeit verbunden ist.

Während das Item „Meine BetreuerInnen finden es gut, dass ich zur Schule gehe“ hohe Zustimmung erfährt, liegt die Zustimmung zu dem Item „Meine LehrerInnen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten“ deutlich darunter. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Schule selbstverständlicher als Teil der Therapie, aber Therapie weniger selbstverständlich als Teil der Schule verstanden wird und damit auch die Perspektiven der MitarbeiterInnen entsprechend ausgerichtet sind.

Der hohe Stellenwert der Schule zeigt sich auch in der niedrigen Zustimmung zu dem Item „Die Therapie ist mir viel wichtiger als die Schule“, was auf eine höhere Bedeutung von Schule oder auch auf eine gleiche Bedeutung von Schule und Therapie für die KlientInnen hinweist.

Dem Item „Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mir hilft, clean zu bleiben“ wurde weniger deutlich zugestimmt. Dies verweist auf die Realitäten in den Einrichtungen, die den Cleananspruch nicht immer hundertprozentig umsetzen können. Auch dem Item „Es hilft mir in der Schule mit anderen zusammen zu sein, die eine ähnliche Geschichte haben“ wurde weniger deutlich zugestimmt. Die gemeinsame Geschichte wird von den KlientInnen zum Teil als Stärkung erlebt, bringt aber eben auch die Problematik mit sich, dass sich Problemlagen häufen und eventuell ein Effekt einer negativen Verstärkung auftritt.

Das Item „Schule und Therapie haben für mich nichts miteinander zu tun“ wurde am wenigsten eindeutig bewertet und erzeugte auch in den Interviewsituationen die größte Verwirrung bzw. das längste Zögern. Offensichtlich ist den KlientInnen der Zusammenhang von Schule und Therapie nicht

klar. Ungefähr genau die Hälfte der KlientInnen stimmte der Frage schließlich eher zu bzw. eher nicht zu (siehe Tabelle 10).

**Tabelle 10: Zustimmung der Probanden zu selbst entwickelten Items, gültige Prozent, Range 1 – 4.**

Grad der Zustimmung zu selbst entwickelten Items, gültige Prozent		Trifft genau zu (4)	Trifft eher zu (3)	Trifft kaum zu (2)	Trifft nicht zu (1)
Schule und Therapie haben für mich nichts miteinander zu tun.	N=104	18,3	<b>30,8</b>	28,8	22,1
Es hilft mir in der Schule mit anderen zusammen zu sein, die eine ähnliche Geschichte haben.	N=104	<b>40,8</b>	31,1	16,5	11,7
Meine Lehrer/innen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten.	N=103	28,2	<b>47,6</b>	8,7	15,5
Die Therapie ist mir viel wichtiger als die Schule.	N=102	14,7	12,7	41,2	31,4
Der Schulabschluss eröffnet mir neue Lebensperspektiven.	N=104	<b>76,9</b>	21,2	1,0	1,0
Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren	N=104	61,5	29,8	7,7	1,0
Ich habe wieder Lust etwas zu lernen.	N=104	<b>47,1</b>	41,3	6,7	4,8
Ich werde sehr stolz auf mich sein, wenn ich den Schulabschluss geschafft habe.	N=104	<b>92,3</b>	5,8	1,9	-
Meine Betreuer/innen finden es gut, dass ich zur Schule gehe.	N=103	<b>77,7</b>	16,5	2,9	2,9
Die Therapie hat mir den Weg zurück in die Gesellschaft eröffnet.	N=104	<b>57,7</b>	30,8	8,7	2,9
Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mit hilft clean zu bleiben.	N=104	<b>50,5</b>	26,2	14,6	8,7



## **Auswertung der selbstentwickelten Items 1 – 11 -**

### **Vergleich stationäre und teilstationäre Einrichtungen**

#### **Berechnung von Mittelwertunterschiede**

Vergleicht man die Skalenmittelwerte der selbstentwickelten Items der Probanden aus den stationären und teilstationären Einrichtungsformen zeigen sich bei folgenden Items signifikante Mittelwert-Unterschiede (T-Test für unabhängige Stichproben) (siehe Tabelle 11).

Signifikant,  $p < ,001$

- Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren.
- Die Therapie ist mir viel wichtiger als die Schule.

Signifikant,  $p < ,05$

- Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mir hilft, clean zu bleiben.
- Ich habe wieder Lust etwas zu lernen.

Die höheren Mittelwerte der Probanden der teilstationären Einrichtungen bei der Zustimmung zu dem Item, „Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren“, weisen auf die Lebensrealität der Probanden in den Einrichtungsformen hin. Da der Alltag in einer stationären Einrichtung ohnehin strukturiert ist, ist die Zustimmung dieser Probanden folglich geringer. Ähnlich kann auch die höhere Zustimmung der Probanden der stationären Einrichtungen zu dem Item, „Therapie ist mir viel wichtiger als Schule“ gewertet werden. Für Probanden in den teilstationären, schulischen Einrichtungen stehen die Schule und das Erreichen des Schulabschlusses klarer im Mittelpunkt als in den stationären suchtherapeutischen Einrichtungen. Entsprechend stimmen die Probanden der teilstationären Einrichtungen ebenfalls dem Item „Ich habe wieder Lust etwas zu lernen“ stärker zu.

Die höhere Zustimmung der Probanden in stationären Einrichtungen zu dem Item „Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mir hilft, clean zu bleiben“, weist auf die strukturellen Bedingungen der Einrichtungen bzw. Realitäten von Probanden in teil/stationären Einrichtungen hin. Während in den teilstationären Einrichtungen Probanden ihre Abstinenz täglich im regulären Alltag erneut überprüfen müssen, handelt es sich bei den stationären Einrichtungen tendenziell um geschütztere und auch kontrollierbarere Räume.

**Tabelle 11: Selbstentwickelte Items, Itemmittelwertunterschiede nach Einrichtungsform, Range 1 - 4.**

Selbstentwickelte Items	Teil-/ stationär	N	Mittelwert	SD
Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren.	stationär	62	3,31 <sup>1</sup>	,737
	teilstationär	42	3,83	,437
Die Therapie hat mir einen Weg zurück in die Gesellschaft eröffnet.	stationär	62	3,48	,646
	teilstationär	42	3,36	,932
Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mir hilft, clean zu bleiben.	stationär	62	3,39 <sup>2</sup>	,837
	teilstationär	41	2,88	,122
Ich habe wieder Lust etwas zu lernen.	stationär	62	3,15 <sup>2</sup>	,827
	teilstationär	42	3,55	,705
Meine Betreuer/innen finden es gut, dass ich zur Schule gehe.	stationär	62	3,66	,651
	teilstationär	41	3,73	,708
Meine Lehrer/innen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten.	stationär	62	2,89	,925
	teilstationär	41	2,88	1,100
Schule und Therapie haben für mich nichts miteinander zu tun.	stationär	62	2,39	1,014
	teilstationär	42	2,55	1,064
Ich werde sehr stolz auf mich sein, wenn ich den Schulabschluss geschafft habe.	stationär	62	3,94	,307
	teilstationär	42	3,86	,417
Es hilft mir in der Schule mit anderen zusammen zu sein, die eine ähnliche Geschichte haben.	stationär	62	2,87	1,048
	teilstationär	41	3,22	,962
Die Therapie ist mir viel wichtiger als die Schule.	stationär	62	2,48 <sup>1</sup>	1,004
	teilstationär	40	1,53	,716
Der Schulabschluss eröffnet mir neue Lebensperspektiven.	stationär	62	3,68	,594
	teilstationär	42	3,83	,377

1 signifikant  $p < ,001$ ; 2 signifikant  $p < ,05$ .

## Auswertung Item 12: Hauptantrieb, den Schulabschluss zu machen

Mein Hauptantrieb den Schulabschluss zu machen besteht darin:

- A) Später einen konkreten Beruf auszuüben
- B) Etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will
- C) Mein Kind / meine Kinder gut versorgen zu können
- D) Clean zu bleiben
- E) Sonstiges

Bei Item Nummer zwölf handelt es sich um ein dichotomes Item (Antwortmöglichkeit ja, nein; Mehrfachantworten möglich), weshalb keine Mittelwertberechnung möglich ist. Tabelle 12 zeigt die prozentuale Verteilung auf. Da die Zustimmung zu den Items sich bezüglich des Alters unterscheiden kann, wurde eine Auswertung nach Altersgruppen durch Berechnung von Kreuztabellen durchgeführt. Sie ergab nur für das Item 12 B „Etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will“ eine deutliche altersabhängige Zustimmung, die in Tabelle 13 und Abbildung 2 verdeutlicht wird.

- A) Später einen konkreten Beruf auszuüben

43,1 % der Probanden geben als Hauptantrieb für den Schulabschluss an, später einen konkreten Beruf ausüben zu wollen (siehe Tabelle 12).

Die Auswahl der Berufe weist daraufhin, dass ein großer Teil der Probanden, die diese Antwort gewählt haben (50) ihrer Qualifikation und ihren Möglichkeiten angemessene, realistische Berufsziele entwickelt hat. Die Berufe bestehen vor allem aus Handwerks- und technischen Berufen: u.a. Maler/Lackierer/in (2 Probanden), Metallberufen (4) (z.B. CNC Fräser, Schlosser/in), Holzberufen (3) (z.B. Tischler, Schreiner/in) oder Koch/Köchin (3), kaufmännischen Berufe: Kaufmann/Kauffrau (3) oder Verkäufer/in (1) und auch aus sozial-medizinischen Berufen (9) (z.B. Erzieher/in, Krankenpfleger/in). Nur fünf Probanden haben Berufe gewählt, die ein Hochschulstudium erfordern (Ingenieur (2), Design (2), Sozialpädagogik (1)).

- B) Etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will

36,2% der KlientInnen geben als Hauptantrieb an, „etwas sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will“. Dieses Item wird vor allem von den sehr jungen KlientInnen (17 Jahre) genannt. Diese KlientInnen haben noch keine klaren beruflichen Vorstellungen entwickelt, sind sich jedoch des Nutzens eines Schulabschlusses bewusst (siehe Tabelle 12, 13 und Abbildung 2).

- C) Mein Kind / meine Kinder gut versorgen zu können

Das Item „mein Kind, meine Kinder gut versorgen zu können“ hat eine geringere Zustimmung erfahren. Das ist damit zu erklären, dass nur ein geringer Teil der KlientInnen Kinder hat. Ein Teil der Probanden hat diese Frage jedoch auf eine spätere Lebensperspektive mit Kindern bezogen und sich deshalb für das Item entschieden (siehe Tabelle 12).

- D) Clean zu bleiben

Als Hauptantrieb für das Anstreben des Schulabschlusses gibt mehr als die Hälfte der Probanden das Motiv „clean zu bleiben“ an (siehe Tabelle 12). Dieses Item weist deutlich daraufhin, dass über das Erreichen des Schulabschlusses auch suchttherapeutische Ziele der KlientInnen, wie Abstinenz verbunden werden. Das Besuchen einer schulischen Maßnahme hat also eine positive Auswirkung auf therapeutische Ziele.

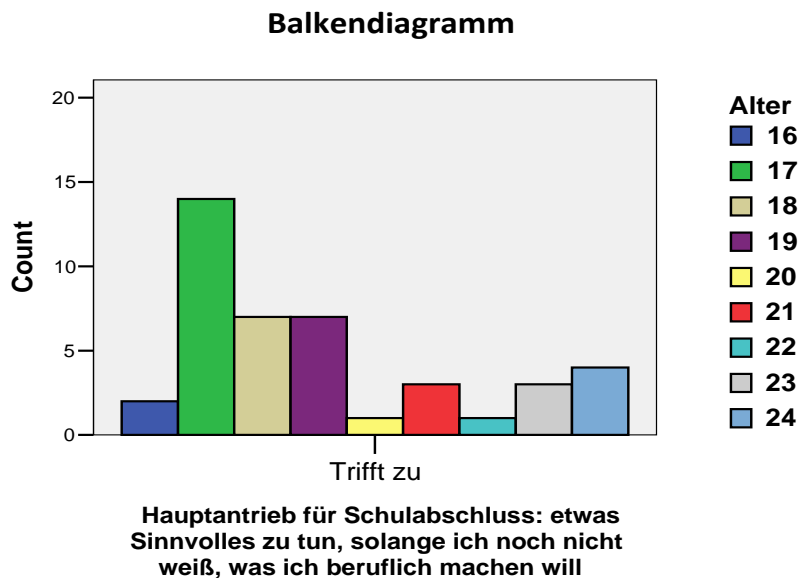
**Tabelle 12: Zustimmung zu selbst entwickelten Items, gültige Prozent, Häufigkeit.**

Mein Hauptantrieb den Schulabschluss zu machen, Mehrfachantworten, Prozent.					
	a) Später einen konkreten Beruf auszuüben	b) Etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will	c) Mein Kind / meine Kinder gut versorgen zu können	d) Clean zu bleiben	e) Sonstiges
Prozent	43,1	36,2	17,2	53,4	39,7
N	50	42	20	62	46

**Tabelle 13: Hauptantrieb für Schulabschluss: etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will, nach Alter, Häufigkeiten, Prozent.**

Trifft zu	Alter									N
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
..etwas Sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will.	2	14	7	7	1	3	1	3	4	42
N	2	21	16	14	17	11	9	13	13	116

Abbildung 2: Hauptantrieb für Schulabschluss: etwas Sinnvolles tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will.



Die Aussagen von 39,7% der Probanden zu sonstigen Gründen für das Erwerben des Schulabschlusses ließen sich vier Kategorien zuordnen. Zwei der Kategorien stehen ebenfalls im Zusammenhang mit dem Erreichen einer beruflichen Perspektive. Die Kategorie „etwas im Leben erreichen“ stellt ein übergeordnetes persönliches Ziel dar, dass den gesellschaftlichen Status und die Zukunftsperspektive, die mit einem Schulabschluss verbunden ist betont. Die Kategorie „Selbstwert erhöhen, Bestätigung von der Familie erfahren und Vorbild sein“ bezieht sich wiederum auf die Funktion, die der Schulabschluss für die Aufwertung des oftmals beschädigten Selbstwertes der KlientInnen auch wichtigen Bezugspersonen gegenüber erfüllt.

Auch dieses Item gibt deutliche Hinweise darauf, dass der Schulabschluss über das Erarbeiten einer beruflichen Perspektive hinaus auch therapeutischen Zielen, wie der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Entwicklung einer Zukunftsperspektive dient.

**Tabelle 16: Hauptgrund für Schulabschluss: Sonstiges, Häufigkeiten, Prozent.**

Hauptgrund für Schulabschluss: Sonstiges	Prozent	N
Eine bessere Berufsperspektive erreichen	14,4	17
Selbstwert erhöhen / Bestätigung von der Familie erfahren / Vorbild sein	9,0	10
Etwas im Leben erreichen / eine „Normalisierung“ des Lebens	9,0	10
Schulabschluss als Voraussetzung für konkrete berufliche und schulische Ziele	7,2	9
N	39,7	46

## Auswertung Psychometrische Skalen

Von den eingesetzten psychometrischen Skalen der KlientInnenbefragung (siehe auch Kapitel 2.3.3, Instrument III) wurden Mittelwerte berechnet.

Psychometrische Skalen:

- **Soziale Selbstwirksamkeitserwartung**, Satow & Mittag, 1999; 8 Items.
- **Optimismus**, Satow & Schwarzer, 1999; 8 Items.
- **Schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung**, Jerusalem & Satow, 1999; 7 Items.
- **Schulbezogene Hilflosigkeit**, Jerusalem & Schwarzer, 1993, 5 Items.
- **Fürsorglichkeit des Lehrers**, Saldern & Littig, 1987; 8 Items.
- **Lehrerbezugsnormierung**, Schwarzer, Lange & Jerusalem, 1982, 4 Items.
- **Schüler-Sozialklima**, Saldern & Littig, 1987; 4 Items.
- **Unterrichtszufriedenheit**, Saldern & Littig, 1987; 3 Items.
- **Anforderungsniveau**, Saldern & Littig, 1987; 5 Items.

Das Antwortformat der Skalen bewegt sich zwischen „trifft genau zu“ (4), „trifft eher zu“ (3), „trifft kaum zu“ (2), „trifft nicht zu“ (1).

Die Mittelwerte aller Skalen sind deutlich im oberen Bereich angesiedelt, hohe Werte bedeuten hier entsprechend stark ausgeprägte Selbstwirksamkeit oder Fürsorglichkeit der Lehrer. Bei der Skala „schulbezogene Hilflosigkeit“ verhält es sich umgekehrt, hier bedeuten hohe Werte eine stark ausgeprägte Hilflosigkeit und dementsprechend niedrige Werte eine geringe Hilflosigkeit.

Hervorzuheben sind hier besonders die hohen Werte bei der Lehrer-Bezugsnormierung, nach Einschätzung der KlientInnen nehmen die Lehrer also eine individuelle Bewertung der Schüler gemessen an ihrer Leistungsfähigkeit vor. Auch der Optimismus der KlientInnen ist, trotz der erheblichen Belastung der KlientInnen sehr stark ausgeprägt und hat vermutlich die Funktion belastende Situationen besser bewältigen zu können. Ebenfalls hohe Mittelwerte weist die Skala zur Unterrichtszufriedenheit auf, die KlientInnen sind also mit den schulischen Maßnahmen sehr zufrieden (siehe Tabelle 17).

**Tabelle 17: Mittelwerte psychometrische Skalen.**

Skalenmittelwerte	N=116, Range 1 -4	
<b>Soziale Selbstwirksamkeitserwartung</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>2,96</b>
	Median:	3,00
	SD:	,41
<b>Optimismus</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>3,23</b>
	Median:	3,25
	SD:	,46
<b>Schulbezogene Selbstwirksamkeit</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>2,94</b>
	Median:	2,93
	SD:	,38
<b>Schulbezogene Hilflosigkeit</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>1,45</b>
	Median:	1,40
	SD:	,47
<b>Lehrerfürsorglichkeit</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>2,93</b>
	Median:	3,00
	SD:	,44
<b>Lehrer Bezugsnormierung</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>3,40</b>
	Median:	3,50
	SD:	,43
<b>Unterrichtszufriedenheit</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>3,09</b>
	Median:	3,00
	SD:	,60
<b>Anforderungsniveau</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>2,13</b>
	Median:	2,00
	SD:	,50
<b>Schülersozialklima</b>	<b>Mittelwert:</b>	<b>2,88</b>
	Median:	3,00
	SD:	,60



## **Vergleich Skalenmittelwerte zwischen stationären und teilstationären Rehabilitationseinrichtungen und mit allgemeinbildenden Schulen**

Einige der oben genannten Skalen sind bei einem dreijährigen Modellversuch Selbstwirksame Schulen, der 1995 begann und durch die Bund-Länder Kommission für Bildungsplanung beauftragt wurde, eingesetzt worden. Die Stichprobe bestand aus 10 Schulen, mit je ca. 3000 SchülerInnen. Die Ergebnisse des Modellversuchs wurden dokumentiert und außerdem in einer Dissertation veröffentlicht (Satow, 2000; Schwarzer & Jerusalem, 1999). Vergleicht man die Skalenmittelwerte der vorliegenden Stichprobe von 116 ehemals drogenabhängigen Probanden, Durchschnittsalter 20 Jahre in teil-/stationären Einrichtungen, mit den Skalenmittelwerten des Modellversuchs an allgemeinbildenden Schulen, Durchschnittsalter der SchülerInnen 16 Jahre (Schwarzer & Jerusalem, 1999) zeigen sich bei fünf Skalen signifikante Mittelwertunterschiede (T-Test für unabhängige Stichproben).

Die Mittelwerte der Rehabilitationseinrichtungen liegen bei den Skalen Unterrichtszufriedenheit, Lehrerbezugsnormierung und schulbezogene Hilflosigkeit deutlich über bzw. unter den Mittelwerten des Modellversuchs der allgemeinbildenden Schulen. Die KlientInnen der Rehabilitationseinrichtungen sind also erheblich zufriedener mit dem Unterricht und der individuellen Bewertung durch die Lehrer und fühlen sich deutlich weniger hilflos bezüglich schulischer Anforderungen, als die SchülerInnen allgemeinbildender Schulen. Vergleicht man die teilstationären mit den stationären Einrichtungsformen zeigen sich höhere bzw. niedrigere Mittelwerte<sup>1</sup> bei den teilstationären Einrichtungen. Die KlientInnen der teilstationären Einrichtungen sind demnach noch zufriedener mit dem Unterricht und der LehrerInnenbewertung und fühlen sich noch weniger hilflos als die der stationären Einrichtungen.

Der Mittelwert der Skala Schülersozialklima weist keine nennenswerten Unterschiede zwischen stationären und teilstationären Rehabilitationseinrichtungen auf, liegt jedoch deutlich über dem Mittelwert des Modellversuchs. Die Probanden in den Rehabilitationseinrichtungen empfinden das Schülersozialklima deutlich besser als die SchülerInnen an allgemeinbildenden Schulen.

Die Mittelwerte der Skalen soziale und schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung weisen sowohl zwischen stationären und teilstationären Rehabilitationseinrichtungen als auch im Vergleich zum Modellversuch nur geringfügige Unterschiede auf.

Die Mittelwerte der Skala Optimismus liegen bei den teilstationären Einrichtungen am höchsten, gefolgt von den allgemeinbildenden Schule und den stationären Einrichtungen.

---

<sup>1</sup> Hohe Werte z.B. bei der Lehrerfürsorglichkeit bedeuten eine hohe Fürsorglichkeit, niedrige Werte bei der schulbezogenen Hilflosigkeit bedeuten eine geringe Hilflosigkeit.

Die Mittelwerte der Skala Lehrerfürsorglichkeit liegen ebenfalls bei den teilstationären Einrichtungen am höchsten, geringe Unterschiede liegen zwischen den stationären Einrichtungen und den allgemeinbildenden Schulen. Die KlientInnen der teilstationären Einrichtungen schätzen ihre LehrerInnen am fürsorglichsten ein und sind am optimistischsten.

Das erlebte Anforderungsniveau der Schule und die Zufriedenheit der KlientInnen mit der Therapie weist keine nennenswerten Mittelwertunterschiede zwischen den Einrichtungsformen auf.

Bei dem Vergleich der Stichproben muss berücksichtigt werden, dass der Altersdurchschnitt des Modellversuchs mit 16 Jahren geringer ist, als der Altersdurchschnitt der Probanden in den Rehabilitationseinrichtungen mit 20 Jahren.

**Tabelle 18: Mittelwertevergleich der Skalen mit Modellversuch, nach Einrichtungsform der Rehabilitationseinrichtungen.**

		Stichprobe ehemals Drogenabhängige, in Rehabilitationseinrichtungen, N = 116		Stichprobe Schüler/innen Modellversuch, N~3000, drei Messzeitpunkte
Skalen		Reha stationär	Reha teilstationär	Allgemeinbildende Schulen
Soziale Selbstwirksamkeitserwartung	Mittelwert Median SD	2,88 2,88 ,405	3,06 3,13 ,397	2,99 / 3,01 / 3,00 3,00 / 3,00 / 3,00 ,44 / ,44 / ,44
Optimismus	Mittelwert Median SD	3,09 <sup>1</sup> 3,13 ,451	3,39 <sup>1</sup> 3,38 ,410	3,16 / 3,17 / 3,16 3,25 / 3,13 / 3,13 ,48 / ,49 / ,51
Schulbezogene Selbstwirksamkeitserwartung	Mittelwert Median SD	2,89 2,93 ,367	3,01 2,93 ,392	2,88 / 2,93 / 2,92 2,86 / 3,00 / 3,00 ,45 / ,44 / ,45
Schulbezogene Hilflosigkeit	Mittelwert Median SD	1,58 <sup>2</sup> 1,40 ,518	1,30 <sup>2</sup> 1,20 ,356	1,78 / 1,78 / 1,78 1,80 / 1,80 / 1,80 ,57 / ,58 / ,59
Lehrerfürsorglichkeit	Mittelwert Median SD	2,73 <sup>1</sup> 2,71 ,429	3,16 <sup>1</sup> 3,21 ,327	2,75 / 2,68 / 2,64 2,75 / 2,68 / 2,71 ,61 / ,60 / ,62
Lehrer Bezugsnormierung	Mittelwert Median SD	3,25 <sup>1</sup> 3,50 ,476	3,57 <sup>1</sup> 3,50 ,358	2,97 / 2,96 / 2,93 3,00 / 3,00 / 3,00 ,55 / ,56 / ,59
Unterrichtszufriedenheit	Mittelwert Median SD	2,96 <sup>3</sup> 3,0 ,595	3,23 <sup>3</sup> 3,33 ,574	2,58 / 2,59 / 2,55 2,67 / 2,67 / 2,67 ,62 / ,62 / ,63
Schülersozialklima	Mittelwert Median SD	2,86 3,0 ,561	2,90 2,75 ,639	2,66 / 2,65 / 2,65 2,75 / 2,75 / 2,75 ,64 / ,65 / ,65
Anforderungsniveau	Mittelwert Median SD	2,14 2,20 ,520	2,12 2,0 ,474	Skala wurde im Modellversuch nicht verwendet.
Treatment Perception	Mittelwert Median SD	2,90 2,85 ,293	2,92 2,90 ,362	Skala wurde im Modellversuch nicht verwendet.
1 Mittelwertunterschiede signifikant, p < ,001 2 Mittelwertunterschiede signifikant, p < ,01 3 Mittelwertunterschiede signifikant, p < ,05				

## Auswertung der Skala basierend auf dem Treatment Perception Questionnaire

Die Skala zur KlientInnenzufriedenheit mit der therapeutischen Behandlung beruht auf einer deutschen Übersetzung des Treatment Perception Questionnaire (Antwortformat „trifft genau zu“ (4), „trifft eher zu“ (3), „trifft kaum zu“ (2), „trifft nicht zu“ (1)) Die Skala weist einen Skalenmittelwert von 2,91 auf (SD ,33; Median 2,90). Da die Skala in dem Modellversuch selbstwirksame Schulen nicht zum Einsatz kam, wird zum Vergleich eine Untersuchung mit 123 PatientInnen in Suchttherapie (stationär und in ambulanten Programmen)<sup>2</sup> in Großbritannien herangezogen, in der die Skala Anwendung fand (Marsden, 2000) (siehe Tabelle 19) . Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 37 Jahren mit einem Anteil von 73% männlichen Patienten.

Bis auf zwei Items weisen alle Items der deutschen Stichprobe bedeutend höhere bzw. niedrigere Mittelwerte (je nach Itempolung<sup>3</sup>) auf, als in der britischen Vergleichsstichprobe. Die KlientInnen in der deutschen Reha sind also insgesamt erheblich zufriedener mit der Behandlung als die KlientInnen der Stichprobe in Großbritannien. Dies könnte als ein Hinweis auf eine gute Qualität der therapeutischen Behandlung in den Rehabilitationseinrichtungen gewertet werden.

Lediglich zwei Items, „Mir haben nicht alle Sitzungen im Rahmen der Betreuung gefallen“ und „Einige Regeln und Vorschriften im Rahmen meiner Betreuung mochte ich nicht“, zeigen eine größere Unzufriedenheit der deutschen KlientInnen mit der Behandlung. Die negativere Bewertung von Sitzungen und Regeln spricht zum einen dafür, dass die KlientInnen offensichtlich nicht im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet haben, zum anderen könnte der deutliche Altersunterschied zwischen den Stichproben auf adoleszentes Verhalten der deutschen KlientInnen und damit eine Abwehr gegen Regeln hinweisen. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass es sich um eine deutsche Übersetzung der Skala handelt, weshalb es zu sprachlichen Verzerrungen und daraus resultierenden unterschiedlichen Bewertungen der Items kommen kann.

---

<sup>2</sup> Patients in „In-patient programmes“ and in „Community treatment programmes“.

<sup>3</sup> Items d.h. Aussagen im Fragebogen sind positiv oder negativ formuliert (Itempolung), so dass ein hoher Zustimmungsgrad zu einem Item, also ein hoher Zahlenwert bei einem negativ formulierten Item auf eine niedrige und bei einem positiv formulierten Item auf eine hohe KlientInnenzufriedenheit hinweist.

**Tabelle 19: Vergleich Itemmittelwerte Treatment Perception Questionnaire (dt. Ü.), Range 1 - 4.**

Treatment Perception Questionnaire (dt. Ü.)	Rehabilitations- einrichtungen Deutschland, N=113		Rehabilitations- einrichtungen Großbritannien, N=123	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
1. Die Betreuer/innen haben nicht immer verstanden, welche Art der Hilfe ich möchte.	2,35	1,03	2,9	,8
2. Über Entscheidungen bezüglich meiner Behandlung bin ich gut informiert worden.	3,37	,76	2,7	1,0
3. Die Betreuer/innen und ich hatten unterschiedliche Ansichten über meine Behandlungsziele.	2,34	1,0	2,8	1,0
4. Es war immer ein/e Betreuer/in erreichbar, wenn ich ein Gespräch gesucht habe.	3,06	,99	2,8	1,0
5. Die Betreuer/innen haben mich darin bestärkt mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen.	3,57	,68	3,1	,8
6. Mir haben nicht alle Sitzungen im Rahmen der Behandlung gefallen.	<b>3,07</b>	,89	2,6	,9
7. Ich hatte nicht genug Zeit um mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen.	1,77	,82	2,7	,9
8. Ich finde die Betreuer/innen machen Ihre Arbeit gut.	3,41	,66	3,2	,7
9. Ich habe die Hilfe bekommen, die ich auch gesucht habe.	3,15	,76	2,8	,8
10. Einige Regeln und Vorschriften im Rahmen meiner Betreuung mochte ich nicht.	<b>2,97</b>	1,0	2,2	1,1

## Korrelationen der psychometrischen Skalen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen nach messbaren Effekten der Qualifizierungsmaßnahmen auf die Therapie und umgekehrt wurden Korrelationen der psychometrischen Skalen durchgeführt. Auf der Grundlage der berechneten Korrelationen lassen sich Zusammenhänge beschreiben, die durch das Studiendesign (Querschnitt) in beide Richtungen angenommen werden müssen, ein kausaler Zusammenhang kann nicht nachgewiesen werden (siehe auch Kapitel 4., Studiendesign). Die Berechnung des Korrelationskoeffizient (r) nach Pearson wurde mit SPSS durchgeführt. Der Wertebereich liegt bei  $r = 1$  bis  $-1$ . Korrelationen bis  $r = ,3$  gelten als niedrig, darüberliegende Korrelationen gelten als mittlere bis starke Korrelationen.

Fünf der psychometrischen Skalen lassen sich dem Konstrukt Klassenklima zuordnen:

- **Fürsorglichkeit des Lehrers**, Saldern & Littig, 1987; 8 Items. Die Skala misst, in welchem Ausmaß die Schüler den Lehrer als unterstützend und kooperationsbereit empfinden.
- **Lehrerbezugsnormierung**, Schwarzer, Lange & Jerusalem, 1982, 4 Items. Die Skala misst die Wahrnehmung der Schüler in Bezug auf die Bezugsnormorientierung der Lehrer
- **Schüler-Sozialklima**, Saldern & Littig, 1987; 4 Items. Die Skala misst die Hilfsbereitschaft der Schüler untereinander.
- **Unterrichtszufriedenheit**, Saldern & Littig, 1987; 3 Items. Die Skala misst die Zufriedenheit im Unterricht, die von einer verständlichen und abwechslungsreichen Vermittlung des Unterrichts abhängig ist.
- **Anforderungsniveau**, Saldern & Littig, 1987; 5 Items. Die Skala misst das erlebte Anforderungsniveau, der Eindruck der Schüler für gute Noten viel leisten zu müssen.

Beim Klassenklima handelt es sich um ein heterogenes Konstrukt, das sich auf die Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern, auf die Beziehungen unter den Schülern und auf die Rahmenbedingungen des Unterrichts bezieht. Die drei wesentlichen Indikatoren des Klassenklimas sind:

- Eine ausgeprägte Fürsorglichkeit und Offenheit des Lehrers für die Probleme seiner Schülerinnen und Schüler sowie die Anwendung einer individuellen Bezugsnorm bei der Leistungsbeurteilung.
- Unterstützende, vertrauensvolle Beziehungen unter den Schülerinnen und Schülern.
- Förderliche Rahmen- und Randbedingungen (interessante Unterrichtsgestaltung, gute Ausstattung des Klassenraums), die sich in einer allgemeinen Unterrichtszufriedenheit ausdrücken.

Das Klima ist die Basis für das (gemeinsame) Meistern unterschiedlicher Anforderungen und damit auch die Grundlage für persönliches Wachstum (Satow, 2000).

**Tabelle 20: Skalenkorrelationen, Korrelationskoeffizient nach Pearson, Vergleich mit Modellprojekt.**

	Treatment Perception	Soziale Selbst-wirk-samkeit	Schul-bezogene Selbstwirk-samkeit	Opti-mismus	Schul-bezogene Hilflosigkeit	Lehrer Bezugs-normierung	Lehrer-fürsorg-lichkeit	Unter-richts-zufrie-denheit	Anfor-derungs-niveau	Schüler-sozial-klima
Treatment Perception	1	,107	,049	,169	,008	,152	,165	<b>,235*</b>	,111	,151
Soziale Selbst-wirksamkeit		1	,179 (,31*)	<b>,531**</b> (,37*)	-,341**	,321** (,30*)	,316** (,24)	,115 (,23*)	-,098 ,01	,173 (,01)
Schulbezogene Selbstwirksamkeit			1	,312* (,42*)	-,506**	,263** (,18*)	,096 (,21*)	,132 (,25*)	-,191* (-,16*)	,097 (,19*)
Optimismus				1	-,370**	,387** (,37*)	,298** (,36*)	<b>,437**</b> (,32*)	-,072 (-,05)	,198* (,33*)
Schulbezogene Hilflosigkeit					1	-,279**	-,165	-,210*	,329**	-,002
Lehrer – Bezugs-normierung						1	,467** (,54*)	<b>,354**</b> (,38*)	-,042 (,12*)	,189* (,37*)
Lehrerfürsorg-lichkeit							1	<b>,448**</b> (,52*)	,008 (-,11*)	,223* (,40*)
Unterrichts-zufriedenheit								1	,054 (-,03)	,319** (,35*)
Anforderungsniveau								,054 (-,03)	1	,094
Schüler-sozialklima								<b>,319**</b> (,35*)	,094 (,03)	1
**Korrelation signifikant, $p < ,01$ ; *Korrelation signifikant, $p < ,05$ . Vergleichs-Korrelationen des Modellversuchs selbstwirksame Schulen, Satow (2000) Klassenklima-Skalen										

## **Mögliche Effekte schulischer Maßnahmen auf schulbezogene Einstellungen**

Untersucht wurden folgende Fragestellungen:

1. Sind Effekte der qualifizierenden schulischen Maßnahmen messbar?
2. Erhöhen Maßnahmen der schulischen Qualifikation die Haltekraft der Therapie?
3. Verstärken Maßnahmen zur schulischen Qualifikation therapeutische Prozesse oder führen erneute Misserfolgserlebnisse im Rahmen der Maßnahmen zu mehr Abbrüchen der Therapie?
4. Lassen sich bedeutsame Unterschiede bezüglich der Einrichtungsform (stationär / teilstationär) feststellen?

### **Sind Effekte der qualifizierenden schulischen Maßnahmen messbar?**

Die Unterrichtszufriedenheit der KlientInnen unserer Studie steht im Zusammenhang mit Lehrerfürsorglichkeit ( $r=,448^{**}$ ), Lehrer-Bezugsnormierung ( $r=,354^{**}$ ) und Schülersozialklima ( $r=,319^{**}$ ). Die Korrelationen finden sich bei dem Modellversuch selbstwirksame Schulen (Satow, 2000) in ähnlicher Höhe, wobei die Skalen Unterrichtszufriedenheit und Lehrerfürsorglichkeit sowie Schülersozialklima beim Modellversuch höher korrelieren, die Korrelation zwischen Unterrichtszufriedenheit und Lehrerbezugsnormierung ist niedriger. Die KlientInnen unserer Studie *und* die SchülerInnen des Modellversuchs, die mit dem Unterricht zufrieden sind, empfinden die Lehrer als fürsorglich und individuell bewertend und schätzen das Schülersozialklima positiv ein. Der Zusammenhang zwischen dem erlebten Anforderungsniveau des Unterrichts und schulbezogener Hilflosigkeit der KlientInnen ( $r=,329^{**}$ ) legt nahe, dass das erlebte „niedrige“ Anforderungsniveau in den Maßnahmen schulischer Qualifikation zu geringer schulbezogener Hilflosigkeit der KlientInnen führt.

Es ist also anzunehmen, dass Aspekte des Klassenklimas wie Lehrerfürsorglichkeit, individuelle Förderung, ein positives Klima unter den SchülerInnen und ein angemessenes Anforderungsniveau einen positiven Effekt auf die Unterrichtszufriedenheit und die schulbezogene Hilflosigkeit, also die schulbezogenen Einstellungen der SchülerInnen haben. Dieser Effekt kann ebenso umgekehrt angenommen werden. Dies lässt den Schluss zu, dass schulische Maßnahmen, deren Unterrichtsqualität auf einem positiven Klassenklima beruht, positive schulbezogene Einstellungen der SchülerInnen bewirken.



## **Mögliche wechselseitige Beziehungen zwischen schul- und nicht-schulbezogenen Einstellungen**

### **Erhöhen Maßnahmen der schulischen Qualifikation die Haltekraft der Therapie?**

**Verstärken Maßnahmen zur schulischen Qualifikation therapeutische Prozesse oder führen erneute Misserfolgserlebnisse im Rahmen der Maßnahmen zu mehr Abbrüchen der Therapie?**

Der Optimismus der KlientInnen steht in einem Zusammenhang zu schulbezogenen Einstellungen, wie der schulbezogenen Selbstwirksamkeit ( $r=,312^*$ ) und Hilflosigkeit ( $r=-,370^{**}$ ), Lehrerbezugsnormierung ( $r=,387^{**}$ ), Lehrerfürsorglichkeit ( $r=,298^{**}$ ) und Unterrichtszufriedenheit ( $r=,437^{**}$ ). Die soziale Selbstwirksamkeit der KlientInnen steht in einem negativen Zusammenhang zu schulbezogener Hilflosigkeit ( $r=-,341^*$ ) und in einem positiven Zusammenhang zu Lehrerbezugsnormierung ( $r=,321^{**}$ ) und Lehrerfürsorglichkeit ( $r=,316^{**}$ ).

Das Klassenklima beeinflusst also möglicherweise auch *nicht* schulbezogene Einstellungen wie den Optimismus der KlientInnen positiv. Ebenso ist möglich, dass andere schulbezogene Einstellungen wie die nicht erlebte schulbezogene Hilflosigkeit *nicht* schulbezogene Einstellungen wie die soziale Selbstwirksamkeitserwartung der KlientInnen positiv beeinflusst.

Da die Zusammenhänge auch umgekehrt denkbar sind, könnte auch beispielsweise eine in therapeutischen Prozessen gestärkte Selbstwirksamkeitserwartung der KlientInnen sich positiv auf die schulbezogenen Einstellungen auswirken. Möglicherweise verstärken sich positive Einstellungen des schulischen und nicht-schulischen Bereichs wechselseitig.

## **Mögliche wechselseitige Beziehungen zwischen schul- und therapiebezogenen Einstellungen**

### **Mögliche Effekte der therapeutischen Behandlung auf schulische Maßnahmen**

Die Unterrichtszufriedenheit steht weiterhin im positiven Zusammenhang mit der Wahrnehmung der therapeutischen Behandlung ( $r=,235^*$ ). Die KlientInnen, die zufrieden mit dem Unterricht sind, sind es auch mit der therapeutischen Behandlung. Die therapeutische Behandlung könnte also positive Effekte auf schulbezogene Einstellungen haben und umgekehrt.

## Korrelationen zwischen selbst entwickelten Items und der Treatment Perception Skala

Die Treatment Perception Skala steht in einem Zusammenhang mit zwei selbst entwickelten Items:

**Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren ( $r=,300^{**}$ ).**

**Meine Lehrer/innen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten ( $r=,327^{**}$ ).**

**Tabelle 21: Korrelationen zwischen selbstentwickelten Items und der Treatment Perception Skala (dt. Ü.)**

	Item	Item
<b>Korrelation</b>	<b>Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren.</b>	<b>Meine Lehrer/innen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten.</b>
<b>Mittelwert Treatment</b>	<b>,300**</b>	<b>,327**</b>
<b>Perception Skala</b>	<b>N=101</b>	<b>N=100</b>

\*\*Korrelation signifikant,  $p < ,01$ .

KlientInnen, die den Schulbesuch für ihre Alltagsstrukturierung hilfreich empfinden sind auch mit der therapeutischen Behandlung in der Rehabilitation zufrieden. KlientInnen, die sich von ihren Lehrer/innen darin bestärkt fühlen in der Therapie mitzuarbeiten, sind auch mit der therapeutischen Behandlung in der Rehabilitation zufrieden. Beide Zusammenhänge sind auch umgekehrt möglich und weisen auf mögliche positive Effekte zwischen schul- und therapiebezogenen Einstellungen hin.

### 3.1.3 Instrument I

#### WHOQOL - BREF

Fragebogen zur Lebensqualität der Weltgesundheitsorganisation (WHOQOL-BREF), in der deutschen Version von Angermeyer, Kilian & Matschinger (2000), 26 Items. Bei dem WHOQOL-BREF handelt es sich um die gekürzte Fassung des WHO-QOL mit 100 Items. Die 26 Items decken verschiedene Subskalen (Domänen) ab: Globale Lebensqualität, Physisch, Psychisch, Soziale Beziehungen und Umwelt.

Zur Auswertung des WHO-QOL Fragebogens werden Domänenwerte gebildet, die eine Vergleichbarkeit mit den Werten des ungekürzten WHO-QOL (100 Items) und damit mit anderen Stichproben ermöglichen, dementsprechend werden die Werte in den Bereich 0-100 übertragen. Die Stichprobe wurde nach Geschlecht ausgewertet.

Die Mittelwerte unterscheiden sich geringfügig, mit etwas höheren Mittelwerten bei den Männern in der physischen und globalen Domäne und bei den Frauen in der sozialen und Umwelt-Domäne. Hohe Werte stehen hier für eine hohe Lebensqualität, niedrige Werte entsprechend für eine niedrige Qualität, der Wertebereich beträgt 0-100. Eine etwas größere Differenz zeigt sich in der psychischen Domäne mit einem Mittelwert von 60,41 bei den Männern und 53,69 bei den Frauen. Die Aussagekraft dieser Unterschiede sollte angesichts der geringen Stichprobengröße der Frauen nicht überschätzt werden.

Die Stichprobe unterscheidet sich hinsichtlich der Mittelwerte der Domänen deutlich von der der Allgemeinbevölkerung in einer ähnlichen Altersgruppe. Alle Werte fallen erheblich niedriger aus. Die größte Mittelwert-Differenz ist in der psychischen Domäne zu verzeichnen mit 59,07 zu 78,49 und die geringste in der Umwelt Domäne mit 62,20 zu 70,97. Im Vergleich mit einer Stichprobe psychiatrischer Patienten liegen die Mittelwerte wiederum etwas höher (Angermeyer et al., 2000). Die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität ehemals Drogenabhängiger in Schule und Therapie aus der vorliegenden Stichprobe ist also erheblich geringer als die der Allgemeinbevölkerung, sie liegt aber dennoch über den Werten einer Stichprobe psychiatrischer Patienten.

*Tabelle 22: Vergleich Domänenwerte WHO-QOL mit Werten der Allgemeinbevölkerung und psychiatrischen Patienten.*

			WHOQOL-BREF Domänen				
			Physisch	Psychisch	Soziale Beziehungen	Umwelt	Globalwert
<b>Stichprobe: ehemals Drogenabhängige in Therapie und Schule; Alter: 16-24</b>	Männer	Mittelwert	72,93	60,41	58,71	61,68	60,96
	N=89	SD	13,88	14,82	20,79	12,67	16,52
	Frauen	Mittelwert	70,60	53,69	59,13	63,46	59,62
	N=26	SD	11,84	13,76	17,48	12,86	13,37
	Gesamt, N=115, 1 fehlender Wert	Mittelwert	<b>72,36</b>	<b>59,07</b>	<b>58,87</b>	<b>62,20</b>	<b>60,67</b>
		SD	13,39	14,86	19,95	12,68	15,75
<b>Stichprobe: Repräsentativerhebung bei der deutschen Erwachsenenbevölkerung; Normwerte für das Alter: 18-25</b>	Männer	Mittelwert	87,17	79,07	74,90	71,24	75,50
	N=124	SD	13,62	14,00	17,46	13,62	16,44
	Frauen	Mittelwert	86,04	77,74	79,67	70,67	76,62
	N=116	SD	13,24	15,12	14,59	12,94	15,42
	Gesamt	Mittelwert	<b>86,63</b>	<b>78,49</b>	<b>77,20</b>	<b>70,97</b>	<b>76,04</b>
	N=240	SD	13,42	14,54	16,28	13,27	15,93
<b>Psychiatrische Patienten, keine Altersangabe</b>	N=261	Mittelwert	<b>58,5</b>	<b>52,0</b>	<b>50,9</b>	<b>59,3</b>	<b>50,8</b>
		SD	17,7	19,5	26,5	18,8	23,2

### 3.1.4 Instrument IV

#### Beschwerdenliste nach Zerssen

Die Beschwerdenliste nach Zerssen (1976) misst mit 48 Items die subjektive Beeinträchtigung durch überwiegend körperliche und Allgemeinbeschwerden. Zum Einsatz kamen zwei Fragebögen (B, B') mit jeweils 24 Items, die Fragen zur Beeinträchtigung durch Beschwerden wie z.B. Schwächegefühl, Müdigkeit, Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit, Angstgefühl oder Schlaflosigkeit enthalten. Zur Auswertung wurden für beide Skalen Summenscores berechnet (Antwortformat: „stark“ (3), „mäßig“ (2), „kaum“ (1), „gar nicht“ (0); Range 0 – 3).

Hohe Werte entsprechen hier einem höheren Ausmaß an Beeinträchtigung durch Beschwerden.

Ähnlich wie bei den Skalenmittelwerten des WHOQOL liegt der Summenscore der Probanden mit 21,4 für B und mit 18,6 für B' deutlich über dem Summenscore der gesunden Allgemeinbevölkerung, aber etwas unter den Summenscores einer Stichprobe von Patienten mit verschiedenen Körpererkrankungen (Summenscore B: 23,7; B': 23,5) und deutlich unter dem Summenscore einer Stichprobe von Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen (Summenscore B: 30; B': 31,5) (Zerssen, 2000).

Die Beeinträchtigung der Probanden durch körperliche und Allgemeinbeschwerden ist also deutlich stärker als die der Allgemeinbevölkerung. Der Vergleich mit Patientengruppen zeigt, dass die Probanden sich etwas weniger beeinträchtigt fühlen als Patienten mit körperlichen Erkrankungen und deutlich weniger beeinträchtigt fühlen als psychiatrische Patienten.

**Tabelle 23: Vergleich Summenscore Zerssen mit Stichproben Gesunder und körperlich, psychisch kranker Patienten, Summenscore min. 0 bis max. 72.**

	Summenscore B	Summenscore B'
Stichprobe Evaluation, Alter 16-24, N=116	21,4	18,6
Erwachsene Gesunde, Alter 20-64 Jahren, N=1761	14,3	14,3
Patienten mit verschiedenen Körpererkrankungen, ohne Altersangabe	23,7	23,5
Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen, ohne Altersangabe	30	31,5

### **3.2 Ebene II: Mitarbeiter-, Mitarbeiterinnenebene und Einrichtungsebene**

Auf der MitarbeiterInnen- und Einrichtungsebene kamen drei Erhebungsverfahren zum Einsatz: eine anonyme Befragung aller MitarbeiterInnen per Fragebogen, qualitative Einzelinterviews und Unterrichtsbeobachtungen.

#### **3.2.1 Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragung**

Die MitarbeiterInnenbefragung wurde anonym durchgeführt und bezog Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des schulischen und suchttherapeutischen Bereichs ein. Die Fragebögen wurden per Post an die Einrichtungen verschickt und von den MitarbeiterInnen auf diesem Wege wieder zurückgesandt. Die MitarbeiterInnen wurden zur Selbstwirksamkeit, zu Belastungen und Ressourcen, sowie möglichen Hindernissen für das Gelingen der Maßnahmen in Ihrer Arbeit befragt, der Fragebogen enthielt offene und geschlossene Fragen. Dabei wurde die Skala zur Lehrerselbstwirksamkeit von Schwarzer & Schmitz (1999) eingesetzt. Für die TherapeutInnen wurden die Fragen entsprechend angepasst.

Aufgrund der anonymen Befragung ist hier keine Auswertung nach Einrichtungsform möglich. Einige der Antworten weisen auf die unterschiedlichen Bedarfe hin: so ist beispielsweise der Wunsch nach der Etablierung von Selbsthilfegruppen eher einem Mitarbeiter bzw. einer Mitarbeiterin der teilstationären Einrichtungsform zuzuordnen.

Die Stichprobe setzt sich zusammen aus 24 MitarbeiterInnen, jeweils 12 LehrerInnen (4 Frauen und 8 Männer) und 12 TherapeutInnen (7 Frauen und 5 Männer).

Die zwölf LehrerInnen verteilen sich auf drei Altersgruppen, zwei sind zwischen 30 und 39 Jahren alt, sieben zwischen 50 und 59 und weitere drei 60 Jahre und älter. Als Berufsabschlüsse werden folgende Angaben gemacht: Diplom-Biologe und -Mathematiker, Diplom-Psychologe, -Pädagoge und -Sozialwissenschaftler, Hochschulabschluss sowie Realschullehrer und Lehramt am Gymnasium. Viermal benannt wurde 1. und 2. Staatsexamen für das Lehramt. Die Dauer der Berufserfahrung als LehrerIn wird von zwei LehrerInnen mit 2,5 bzw. 3 Jahren angegeben, während die anderen neun LehrerInnen über eine Berufserfahrung von über 20 Jahren und mehr verfügen (max. 32 Jahre). Sechs LehrerInnen arbeiten seit bis zu fünf Jahren in ihrer Einrichtung und zwei seit neun bzw. seit elf Jahren. Die restlichen vier arbeiten seit 20 Jahren und mehr in ihrer Einrichtung. Die LehrerInnen unterrichten folgende Unterrichtsfächer: Deutsch, Englisch, Mathematik, Sozialkunde, Chemie, Biologie, Erdkunde, Geschichte und Arbeitslehre.

Die zwölf TherapeutInnen verteilen sich auf drei Altersgruppen: neun TherapeutInnen sind im Alter von 30 bis 39, zwei im Alter von 40 bis 49, eine/r zwischen 50 und 59 Jahren. Die TherapeutInnen geben folgende Berufsabschlüsse an: Diplom-PädagogIn, Diplom-SozialpädagogIn und Diplom-PsychologIn, zum Teil zusätzlich mit einer sucht- oder verhaltenstherapeutischen Ausbildung. Die Aufgabenbereiche wurden folgendermaßen differenziert, z.T. wurde mehr als eine Angabe gemacht: BezugstherapeutIn, Co-TherapeutIn, Diagnostik, Einzel- und Gruppentherapie, Hausleitung, Krisenintervention, Schulsozialarbeit, Psychoedukation, Rückfallbearbeitung, Berichtswesen, Erziehung und stützende Gespräche. Die Berufserfahrung wird mit einem bis zu achtzehn Jahren angegeben, die durchschnittliche Dauer liegt bei neun Jahren. Die Dauer der Tätigkeit in der jeweiligen Einrichtung wird von einem halben Jahr bis zu zehn Jahren angegeben und liegt im Durchschnitt bei 4,5 Jahren.

### **Selbstwirksamkeitserwartung von LehrerInnen und TherapeutInnen**

Die Mittelwerte der Skala zur Lehrer-Selbstwirksamkeit von Schwarzer und Schmitz (Antwortformat „Stimmt genau“ (4), „Stimmt eher“ (3), „Stimmt kaum“ (2), „Stimmt nicht“ (1), Range 1 bis 4) lassen sich mit Mittelwerten anderer Untersuchungen vergleichen. Hohe Werte stehen folglich für eine stark ausgeprägte und niedrige für eine niedrig ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung.

In einer Untersuchung zu Selbstwirksamen Schulen von Schmitz (2000) kam die Skala bundesweit an zehn Schulen zu drei Messzeitpunkten zum Einsatz. Die Stichprobengröße variierte zwischen N=273 (erste Welle), N=276 (zweite Welle) und N=302 (dritte Welle). Die dadurch berechneten 30 Skalenmittelwerte liegen im Bereich zwischen 2,6 und 3,4, wobei die Mittelwerte pro 3er Serien bezüglich jeweils einer Schule maximal um 0,2 Punkte schwanken. So liegt die höchste Mittelwertserie der Schule O4 bei 3,4; 3,2; 3,4 und die niedrigste Mittelwertserie in Schule W4 bei 2,6; 2,7; 2,7.

Der Skalenmittelwert der Lehrer-Selbstwirksamkeit dieser Untersuchung liegt mit 2,80, (Median: 2,8), (N=12) also eher im unteren Mittelwert-Bereich.

Da die Items der TherapeutInnen-Skala verändert wurden, um sie an die Inhalte des therapeutischen Arbeitsbereichs anzupassen, ist kein direkter Mittelwert-Vergleich möglich. Der Skalenmittelwert von 2,77 (Median: 2,8) (N=12) ordnet sich dennoch in einem realistischen Verhältnis zu den oben aufgeführten Mittelwerten ein und verdeutlicht, dass die geänderten Items in ähnlicher Weise verstanden und bewertet wurden.

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird von LehrerInnen und TherapeutInnen im Vergleich zur Stichprobe an allgemeinbildenden Schulen also eher gering eingeschätzt.

**Tabelle 24: Selbstwirksamkeitserwartung LehrerInnen, Mittelwert (Range 1 bis 4).**

	'Ich weiß, dass ich es schaffe, selbst den problematischsten Schülern den prüfungsrelevanten Stoff zu vermitteln'	'Ich weiß, dass ich zu den Eltern guten Kontakt halten kann, selbst in schwierigen Situationen'	'Ich bin mir sicher, dass ich auch mit den problematischen Schülern in guten Kontakt kommen kann, wenn ich mich darum bemühe'	'Ich bin mir sicher, dass ich mich in Zukunft auf individuelle Probleme der Schüler noch besser einstellen kann'	'Selbst wenn mein Unterricht gestört wird, bin ich mir sicher, die notwendige Gelassenheit bewahren zu können'
N	11	11	12	12	12
Fehlend	1	1	0	0	0
Mittelwert	2,91	1,73	3,08	3,00	2,83
Median	3,00	,00	3,00	3,00	3,00
SD	,831	2,005	,900	,853	1,030

	'Selbst wenn es mir mal nicht so gut geht, kann ich doch im Unterricht immer noch gut auf die Schüler eingehen'	'Ich bin mir sicher, dass ich kreative Ideen entwickeln kann, mit denen ich ungünstige Unterrichtsstrukturen verändere'	'Ich traue mir zu, die Schüler für neue Projekte zu begeistern'	'Ich kann Veränderungen im Rahmen des Lehrplans auch gegenüber skeptischen Kollegen durchsetzen'	Auch wenn ich mich noch so sehr für die Entwicklungen meiner Schüler engagiere, weiß ich, dass ich nicht viel ausrichten
N	12	12	12	12	12
Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert	2,83	3,17	3,17	2,67	2,67
Median	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
SD	,937	,835	,835	1,371	1,370

**Skalenmittelwert: 2,8074, Median: 2,8**



**Tabelle 25: Selbstwirksamkeit TherapeutInnen, Mittelwerte (Range 1 bis 4).**

	Ich weiß, dass ich es schaffe, selbst den problematischsten Klienten in seinem Entwicklungsprozess zu fördern.	Ich weiß, dass ich zu den Eltern guten Kontakt halten kann, selbst in schwierigen Situationen.	Ich bin mir sicher, dass ich auch mit den problematischen Klienten in guten Kontakt kommen kann, wenn ich mich darum bemühe.	Ich bin mir sicher, dass ich mich in Zukunft auf individuelle Probleme der Klienten noch besser einstellen kann.	Selbst wenn mein Klientengespräch gestört wird, bin ich mir sicher, die notwendige Gelassenheit bewahren zu können.
N	12	12	12	12	12
Fehlend	1	0	0	0	0
Mittelwert	3,00	2,58	3,08	2,67	2,25
Median	4,0	3,0	3,5	2,0	2,0
SD	1,279	1,564	,996	1,303	,866

	Selbst wenn es mir mal nicht so gut geht, kann ich doch in Gesprächen immer noch gut auf die Klienten eingehen.	Ich bin mir sicher, dass ich kreative Ideen entwickeln kann, mit denen ich ungünstige Behandlungsstrukturen verändere.	Ich traue mir zu, die Klienten für neue Projekte zu begeistern.	Ich kann Veränderungen im Rahmen des Behandlungsplans auch gegenüber skeptischen Kollegen durchsetzen.	Auch wenn ich mich noch so sehr für die Entwicklungen meiner Klienten engagiere, weiß ich, dass ich nicht viel ausrichten kann.
N	12	12	12	12	12
Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert	2,58	2,92	3,00	2,67	2,91
Median	2,0	3,5	3,0	3,0	2,5
SD	1,084	1,311	1,044	1,557	,996

**Skalenmittelwert: 2,7667, Median: 2,8**

## **Belastungen und Ressourcen**

Eine Skala des Fragebogens befasste sich mit den Belastungen und eine mit Ressourcen im Rahmen der Tätigkeiten der LehrerInnen und TherapeutInnen:

Skala zu Belastungen (Antwortformat „Nicht belastend“ (1), „Gelegentlich belastend“ (2), „Ziemlich belastend“ (3), „Sehr belastend“ (4), „Nicht zutreffend“ (0)) Lehrerskala 9 Items, Therapeutenskala 8 Items).

Skala zu Ressourcen (Antwortformat „Sehr hilfreich“ (4), „Ziemlich hilfreich“ (3), „Gelegentlich hilfreich“ (2), „Nicht hilfreich“ (1), „Nicht zutreffend“ (0)) Lehrerskala 9 Items, Therapeutenskala 10 Items.

LehrerInnen und TherapeutInnen bewerten problematische Verhaltensweisen und Therapieabbrüche ihrer SchülerInnen bzw. KlientInnen als starke Belastung und ebenso deutlich Gespräche mit KollegInnen als eine hilfreichste Ressource. Die LehrerInnen empfinden ebenfalls Verwaltungsangestellte an ihrer Schule und Unterrichtsmaterialien als hilfreiche Ressource, während die TherapeutInnen zusätzlich Fallbesprechungen und Supervision als hilfreich empfinden.

**Tabelle 26: TherapeutInnen, Einschätzung der Belastungen, Mittelwert (Range 0 bis 4).**

	KlientInnen mit „proble-matischen“ Verhaltensweisen (dissoziales, auto-aggressives Verhalten etc.)	Therapie-abbrüche der KlientInnen	Schreiben von Entwicklungs-berichten und Beurteilungen der KlientInnen	Besprechungen, an denen Sie teilnehmen müssen	Vorbereitung von Gesprächen oder Therapie-sitzungen mit den KlientInnen	Unter-brechungen durch Verwaltungs-angelegen-heiten	Mangelnde Verfügbarkeit von Materialien, z.B. Therapie-handbücher, Fachliteratur etc.	Mangelnde Verfügbarkeit von Technologie (PC etc.)
N, gültig	11	12	11	12	10	12	11	11
Fehlend	1	0	1	0	2	0	1	1
<b>Mittelwert</b>	<b>2,18</b>	<b>2,08</b>	1,82	1,42	1,30	1,83	1,27	1,45
<b>Median</b>	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00

**Tabelle 27: TherapeutInnen, Einschätzung der Ressourcen, Mittelwert (Range 0 bis 4).**

	Verwaltungs-angestellte der Schule	Gespräche mit anderen Thera-peutInnen (Kolle-glInnen)	Gespräche mit den LehrerInnen der Einrichtung	Team-sitzungen	Fallbe-sprechungen	Super-vision	Weiter-bildungs-möglich-keiten	Therapeutische s Material für KlientInnen mit spezifischem Bedarf (z.B. für indikative Gruppen-therapie)	Fach-literatur, Hand-bücher, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden	Material, das von Ihrer Einrichtung zur Verfügung gestellt wird (Papier, Bleistifte, CD-ROM etc.)
N, gültig	12	12	11	12	10	12	12	9	11	11
Fehlend	0	0	1	0	2	0	0	3	1	1
<b>Mittelwert</b>	<b>1,67</b>	<b>3,33</b>	2,73	2,83	<b>3,30</b>	3,00	2,42	2,78	2,64	2,82
<b>Median</b>	1,50	4,00	2,00	3,00	4,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00

**Tabelle 28: LehrerInnen, Einschätzung der Belastungen, Mittelwert (Range 0 bis 4).**

	Unterschiedliche Leistungsniveaus der SchülerInnen '	SchülerInnen mit problematischen Verhaltensweisen '	Therapieabbrüche der KlientInnen	Beurteilung von Lernerfolgen der SchülerInnen '	Besprechungen, an denen Sie teilnehmen müssen'	Unterrichtsvorbereitung (Vorbereitung des Klassenzimmers und der Unterrichtsmaterialien)	Unterbrechungen durch Verwaltungsangelegenheiten	Mangelnde Verfügbarkeit von unterstützenden Materialien (z.B. Lehrerhandbuch)'	Mangelnde Verfügbarkeit von Unterrichtstechnologie
N, gültig	9	12	12	10	12	9	12	12	11
fehlend	3	0	0	2	0	3	0	0	1
<b>Mittelwert</b>	1,78	<b>2,42</b>	<b>2,00</b>	1,50	1,33	1,67	1,92	1,00	,91
<b>Median</b>	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	,00

**Tabelle 29: LehrerInnen, Einschätzung der Ressourcen, Mittelwert (Range 0 bis 4).**

	Verwaltungsangestellte der Schule	Gespräche mit anderen Lehrer/innen (Kolleg/inn/en)'	Gespräche mit den Therapeut/innen der Einrichtung	Teamsitzungen	Supervision	Weiterbildungsmöglichkeiten	Materialien für Schüler mit Leistungsproblemen	Unterrichtsressourcen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden (Fachbücher, Lehrerhandbuch etc.)	Unterrichtsmaterialien und -bedarf (Veranschaulichungsmaterial, Bücher, Papier etc.)
N, gültig	12	12	12	12	11	12	10	12	12
fehlend	0	0	0	0	1	0	2	0	0
<b>Mittelwert</b>	<b>3,00</b>	<b>3,33</b>	2,83	2,67	2,45	2,92	2,20	2,50	<b>3,33</b>
<b>Median</b>	3,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,50	2,00	3,00	3,00

## Weitere Ressourcen und Hindernisse für das Gelingen schulischer Qualifikation

Die offenen Fragen nach weiteren Ressourcen und Hindernissen wurden von TherapeutInnen und LehrerInnen auf KlientInnen-, MitarbeiterInnen und Einrichtungsebene konkretisiert.

Dazu gehören eine bessere technische, räumliche und personelle Ausstattung mit dem Ziel die Qualität des Unterrichts beispielsweise durch interaktive Unterrichtstechnik zu verbessern bzw. eine individuellere Förderung der KlientInnen zu gewährleisten.

Darüber hinaus werden strukturelle Verbesserungen wie die Realisierung eines zweiten Prüfungstermins oder die Erhöhung der Vermittlungsquoten von KlientInnen in Ausbildungsbetriebe genannt.

Supervision wird ebenfalls als weitere Ressource zur persönlichen Entlastung genannt.

Teamfortbildungen sollen einem gemeinsamen pädagogischen Konzept und fächerübergreifenden Unterrichtsinhalten dienen.

Hindernisse für das Gelingen von schulischer Qualifikation im Rahmen von Suchttherapie werden von den Lehrern auf verschiedenen Ebenen benannt. Auf KlientInnenebene wird die hohe Belastung der Klienten durch psychische und physische Probleme bzw. Erkrankungen, Suchtdruck oder durch die dysfunktionalen familiären Verhältnisse hervorgehoben. Die Klienten bringen dementsprechend weniger Potentiale im persönlichen und schulischen Bereich mit, die sich in nicht ausreichender Konzentrations- und Gruppenfähigkeit sowie geringen schulischen Vorkenntnissen und sprachlichen Schwierigkeiten zeigen.

Auf MitarbeiterInnenebene wird eine nicht ausreichende Qualifikation, hohe Arbeitsbelastung, Stress und Burnout als Hindernisse benannt.

Auf Einrichtungsebene werden die nicht optimale räumliche und personelle Ausstattung, der hohe Belegungsdruck, die starke Konkurrenz unter den Einrichtungen sowie Kürzungen von Therapiezeit und –angeboten sowie der hohe bürokratische Aufwand als Hindernisse zur erfolgreichen Umsetzung von Schule im Rahmen von Suchttherapie benannt. Ebenso werden Abstimmungsprobleme zwischen schulischem und therapeutischem Bereich angeführt.

### LehrerInnen

- bessere technische und räumliche Ausstattung mit dem Ziel den Unterricht qualitativ besser, abwechslungsreicher oder kreativer zu gestalten z.B. durch interaktive Unterrichtstechnik

- Möglichkeiten für Sportunterricht oder musischen Unterricht, um den therapeutischen Prozess zu unterstützen und eine intensivere Bindungsarbeit zu ermöglichen bzw. um für eine verstärkte Anbindung der SchülerInnen an die Einrichtung zu sorgen
- mehr Zeit und personelle Ressourcen, um eine individuellere Unterrichtsgestaltung und weniger Verwaltungsarbeit zu ermöglichen
- mehr Energie und die effektivere Einteilung individueller Ressourcen (die Notwendigkeit aufgrund des Alters vom „Schnell- zum Dauerläufer zu werden“)
- Supervision und Teamfortbildung zur persönlichen Entlastung und Erhöhung der Selbstreflektion, zum Aufdecken „blinder Flecken“

#### TherapeutInnen

- mehr pädagogisches Personal, um individuellere pädagogische Förderung (Nachhilfe) zu gewährleisten, um ein Co-TherapeutInnensystem zu etablieren und damit zu einer Entlastung der MitarbeiterInnen beizutragen
- bessere räumliche Bedingungen, um Berichte ohne Ablenkung besser und schneller verfassen zu können
- Verbesserung der technischen Ressourcen in den Arbeitsräumen (PC und Internetanschluss) sowie der KlientInnenräume (bessere Wohnqualität)
- eine kontinuierliche Finanzierung der Lehrkräfte, um für eine größere Planungssicherheit zu sorgen
- strukturelle Verbesserungen: zweiter Prüfungstermin
- klarere Aufgabentrennung bezüglich der Bereiche Therapie und Schule
- Supervision zur persönlichen Entlastung und zur Vermeidung gegenläufiger Interventionen
- Möglichkeiten zur Zusatzqualifikation, Fortbildungen, Fachliteratur
- Höhere Vermittlungsquoten der KlientInnen in Ausbildungsbetriebe

**Hindernisse** für das Gelingen schulischer Qualifikation von KlientInnen im Rahmen von Suchttherapie werden von den LehrerInnen und TherapeutInnen ebenfalls auf allen Ebenen benannt. Zwei MitarbeiterInnen sehen keine Hindernisse, wovon eine den Schulabschluss als wertvoll für den Selbstwertzuwachs der KlientInnen einschätzt.

- auf KlientInnenebene:

- persönliche Belastungen und Vorbelastungen (z.B. ADHS/ Traumata/ psychische Probleme, lange Jahre der Strukturlosigkeit, Konzentrationsmangel, mangelnde Gruppenfähigkeit, Motivationslosigkeit etc.)
- häufige Rückfälle und Krisen der Klienten beeinflussen den schulischen Prozess
- Motivation von KlientInnen richtet sich zu stark auf schulische Ziele
- hohe Belastung der KlientInnen durch Anforderungen in Therapie und Schule
- geringe schulische Vorkenntnisse
- Perspektivlosigkeit aufgrund geringer Chancen auf dem Arbeitsmarkt
- auf Mitarbeiterebene:
  - Burnout bei Mitarbeitern
  - nicht ausreichende Qualifikation
- auf Einrichtungsebene:
  - finanzieller Druck: im Rahmen von Sparmaßnahmen werden Therapieangebote weiter gekürzt/eingeschränkt
  - nicht optimale räumliche Ausstattungen
  - keine individuelle Nachhilfe für die KlientInnen
  - keine Selbsthilfegruppen als zusätzliche therapeutische Begleitung
  - Struktur (Abstimmungsprobleme bezüglich therapeutischen und schulischen Therapie- und Schulzeiten), kein gemeinsames Vorgehen
  - sehr hoher bürokratischer Aufwand, um die KlientInnen in die Schulprüfung zu bringen

### **3.2.2 Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnen-Interviews**

Im September 2009 wurden drei qualitative Einzelinterviews mit LehrerInnen in teilstationären und stationären Einrichtungen, im Tannenhof, Hohenlinden und Rittergut durchgeführt und zusätzlich ein Interview mit einem Therapeuten in der Einrichtung Rittergut.

Die LehrerInnen-Interviews verfolgten Fragen zur Unterrichtssituation im Unterschied zu allgemeinbildenden Schulen, zu Besonderheiten des Unterrichts, Förderbedarf und individueller Unterstützung der SchülerInnen, zur Verbindung von Schule und Therapie in der Einrichtung und möglichen Hindernissen bei der Umsetzung des Schulungskonzeptes (Interview-Leitfaden siehe Anhang). Die Interviews wurden nach der Methode Rapid Assessment and Response ausgewertet. Die Antworten der drei LehrerInnen zu den jeweiligen Interviewfragen zusammengefasst.

#### **Auswertung der drei LehrerInnen-Interviews**

##### **Einschätzung der Lehr- und Lernsituation im Vergleich zu allgemeinbildenden Schulen**

Eine Lehrerin ist der Meinung, dass die SchülerInnen zwar stärker körperlich und psychisch beeinträchtigt sind, als SchülerInnen an allgemeinbildenden Schulen, aber sie sind bezüglich ihres Schulabschlusses zielstrebig. Die Schüler-Lehrerbeziehung ist persönlicher und das Wissen über die Geschichte der Schüler größer.

Die Klassen sind kleiner als an allgemeinbildenden Schulen und das Ausgangsniveau der SchülerInnen sehr unterschiedlich, folglich muss dieses Niveau als erstes festgestellt werden. Es besteht eine höhere Fluktuation in den Klassen, als an allgemeinbildenden Schulen.

Ein Lehrer betont, dass er sich auf jede Gruppe Schüler flexibel einstellen und den Unterricht für eine Wiederholung unterbrechen muss. Zusätzlich muss er sich mit dem Unterricht auch danach richten, ob therapeutische Sitzungen für seine Klasse anstehen oder nicht.

Eine Lehrerin berichtet, dass insgesamt das inhaltliche Niveau der Unterrichtsgespräche höher ist als in der Hauptschule. Das bestätigt auch das Feedback der Prüfer. Das liegt daran, dass man bei einer kleinen Gruppe mehr aus den einzelnen mehr „herauskitzeln“ kann, man hat mehr Zeit für die individuelle Förderung. Sie ist deshalb der Ansicht, dass alle Schüler, die hier die Prüfung bestehen, dies auch verdient haben! Im Vergleich zu den allgemeinbildenden Schulen müssen die Kursabsolventen des Hauptschulkurses 3 Klausuren und 5 mündliche Prüfungen absolvieren. In den allgemeinbildenden Schulen werden die Leistungen der letzten Halbjahre aufsummiert und daraus errechnet sich die Note. Insgesamt sind die Ergebnisse derer, die erfolgreich abschließen gut. Bezieht man die Abbrecher mit ein, relativiert sich das wieder etwas.



### **Besonderheiten des Unterrichtskonzepts**

Eine Lehrerin ist der Auffassung, dass der Unterrichtsstoff nicht zu trocken sein sollte und dass es wichtig ist, so viel wie möglich im Unterricht zu üben, dazu benutzt sie oft mehrere Lehrbücher, um genügend Übungsaufgaben für die Schüler zu haben. Zusätzlich versucht sie im

Mathematikunterricht bei den Übungsaufgaben einen praktischen Bezug herzustellen oder durch Erzählen einer Geschichte die Vorstellung abstrakter, mathematischer Aufgaben zu erleichtern.

Eine Lehrerin berichtet, dass bei einer kleinen Gruppengröße (5 Schüler) der Unterricht individuell angepasst ist. Die Behandlung eines bestimmten Lehrstoffes ist zwar vorgegeben, aber die restliche Unterrichtsgestaltung kann improvisiert werden.

Ein Lehrer ist der Ansicht, dass es aufgrund des unterschiedlichen Kenntnisniveaus der KlientInnen nicht möglich ist, einen vorgegebenen Lehrplan zu verfolgen, der Unterricht muss individueller und spezifischer auf Einzelne zugeschnitten werden.

### **Besonderer Förderbedarf der SchülerInnen**

Ein Lehrer ist der Auffassung, dass die SchülerInnen entsprechend ihrer Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit individueller betreut werden müssen. Der Schulstoff muss oft wiederholt werden, da aufgrund der Fluktuation oft mehrere neue SchülerInnen in der Klasse seien.

Eine Lehrerin verweist vor allem auf die geringe Frustrationstoleranz der Schüler und darauf, dass diese Zuwendung brauchen. Viele KlientInnen machen mit dem Erlangen des Schulabschlusses das erste Mal in ihrem Leben die Erfahrung, aus eigener Kraft etwas erreicht zu haben. Damit könne durch nichts so viel Selbstwertzuwachs erreicht werden, wie durch den Erwerb des Schulabschlusses.

Die Lehrerin berichtet, dass die neuen und die schwachen SchülerInnen in einer Klasse in einer Kleingruppe an ihrem Platz betreut werden, während die anderen eine „stille Arbeit“ machen.

Eine Lehrerin versucht durch Referate wichtige Fähigkeiten und auch Schlüsselqualifikationen der SchülerInnen, wie z.B. Blickkontakt zu halten und ein Referat vorzutragen zu üben.

Eine Lehrerin versucht durch Gruppenarbeiten gezielt bestimmte Schlüsselqualifikationen, wie Teamfähigkeit zu trainieren. Auch in den durchgeführten Bewerbungstrainings würden durch Rollenspiele Schlüsselqualifikationen gefördert.

### **Individuelle Unterstützung und Motivierung**

Eine Lehrerin beschreibt, dass sie die Schüler, die in „Motivationslöchern“ stecken daran erinnert, dass sie nie wieder so ideale Lernbedingungen vorfinden werden, wie hier in der Einrichtung. In ganz festgefahrenen Momenten entlaste sie die Schüler und schlage ihnen vor, die Aufgabe liegenzulassen und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen.

Eine Lehrerin betont, dass es gut ist die SchülerInnen viel zu loben und in Stresssituationen zu beruhigen und konkrete Hilfe anzubieten. Es beruhige die SchülerInnen auch zu wissen, dass sie nachmittags noch am Nachhilfeunterricht teilnehmen könnten.

Ein Lehrer weist daraufhin, dass die SchülerInnen zu Beginn stark mit der therapeutischen Aufarbeitung ihrer Geschichte beschäftigt sind. In dieser Phase ist ein besonders einfühlsamer Umgang nötig. Es ist wichtig zu den SchülerInnen ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, da viele hier das erste Mal die Erfahrung machen, jemandem vertrauen zu können.

### **Verbindung von Schule und Therapie in der Einrichtung**

Eine Lehrerin berichtet, dass zwischen Lehrern und Therapeuten regelmäßig ein informeller Austausch über die Klienten stattfindet und dass dort auch Absprachen getroffen werden. Schule ist ihrer Ansicht nach Teil der Therapie und ein Bereich in dem Schüler sich ausprobieren können. Ein Lehrer berichtet, dass mindestens ein Lehrer an der Hausversammlung, Sondergruppen oder Wochenreflexionen teilnimmt, dort werden dann auch Absprachen zwischen Lehrern und Therapeuten getroffen. Zusätzlich findet jeden Morgen der „Übertrag“ statt, an dem mindestens einer der Lehrer, alle Therapeuten, die Krankenschwester, der Nachtdienst und der Tagesverantwortliche (der KlientInnenvertreter) anwesend sind. Dort werden auch Sanktionen vereinbart.

Ein Lehrer ist der Ansicht, dass Therapie nur dann gelingen kann, wenn es ein Zusammenspiel zwischen Therapeuten und Lehrern gibt. Die Schule kann nur als ein Teil der Therapie verstanden werden. Fähigkeiten wie Zielstrebigkeit oder Teamfähigkeit sind wichtige Ziele in der Therapie **und** in der Schule.

### **Hindernisse für die erfolgreiche Umsetzung des Schulungskonzepts**

Eine Lehrerin ist der Auffassung, dass das Fehlen eines theoretischen Konzeptes ein Hindernis sein kann. Ohne Orientierung könnte ein Projekt dann auch fehlschlagen.

Eine andere Lehrerin sieht Hindernisse in der Doppelbelastung berufstätiger Schüler und derer mit Kindern. Andere Hindernisse sieht sie in der Einstellung einiger SchülerInnen. Einige setzen sich zu hohe Maßstäbe, indem sie sich mit Gleichaltrigen ohne Suchtproblematik vergleichen oder sie haben sehr hohe Ansprüche bezüglich materieller Dinge. Einige wissen das, was sie bis jetzt erreicht haben nicht genug zu schätzen und stehen sich damit selber im Weg.

Ein Lehrer sieht das Zusammenspiel zwischen Therapeuten und Lehrern als notwendige Voraussetzung für ein Gelingen der Maßnahme. Die Schule kann nur verstanden werden als ein Teil der Therapie.

## **Auswertung des Therapeuten-Interviews**

Das Interview orientierte sich an Fragen zur Verbindung von Suchtrehabilitation und Schule, zum Einfluss von Schule auf Suchtrehabilitation und zu möglichen Hindernisse für die erfolgreiche Umsetzung der therapeutischen und schulischen Arbeit (siehe Anhang Leitfaden Interview).

### **Verbindung von Suchtrehabilitation und Schule**

Der Therapeut berichtet, dass es neben einer festen Struktur, die die Zusammenarbeit von Therapeuten und Lehrern regelt, wie der morgendlichen Übergabe oder Wochenreflexionen, noch das „Batzensystem“ (ein übergreifendes Sanktions- und Belohnungssystem des Schul- und Suchtrehabilitationsbereichs) als Verstärker der Leistung der KlientInnen gibt. LehrerInnen und TherapeutInnen schätzen das Verhalten der Klientinnen und Klienten anhand vorgegebener, vereinbarter Kriterien ein. Einmal in der Woche findet ein Austausch zwischen LehrerInnen und TherapeutInnen über die Vergabe der Batzen an die einzelnen KlientInnen statt. Durch diesen Austausch ist der Therapeut darüber informiert, wie gut es bei den KlientInnen in der Schule läuft.

### **Einfluss von Schule auf Suchtrehabilitation**

Der Therapeut berichtet, dass das Erreichen des Schulabschlusses für die KlientInnen eine große Motivation darstellt und die Haltekraft in der Therapie erhöht. In manchen Fällen steht das Erreichen des Schulabschlusses für die KlientInnen zu stark im Vordergrund. Grundsätzlich ist das Erreichen des Schulabschlusses ein fassbareres Ziel als das Erreichen von Abstinenz. Abstinenz bedeutet das Vermeiden einer Handlung, den Nicht-Konsum von Drogen und damit ein weniger fassbares Ziel. Das Erreichen des Schulabschlusses darf aber nicht das einzige Ziel bleiben, auch in der Therapie müssen die Klientinnen und Klienten Ziele für sich finden. Die konkrete Erfahrung den Schulabschluss erreicht zu haben wirkt sich besonders bei den KlientInnen positiv aus, die auch in der Therapie eigene Ziele verfolgen. Das Erfolgserlebnis wirkt hier als Ansporn für alle anderen Ziele.

### **Mögliche Hindernisse für die erfolgreiche Umsetzung der therapeutischen und schulischen Arbeit**

Nach Ansicht des Therapeuten besteht das Risiko einzelne, schulwillige KlientInnen in der Gruppe zu haben, die nicht ausreichend in der Therapie mitarbeiten und mit dieser Haltung die anderen Gruppenmitglieder „gefährden“. Bei diesen KlientInnen besteht die Gefahr, dass sie nach dem Erreichen des Schulabschlusses nicht mehr motiviert genug in der Therapie mitarbeiten. Zum anderen muss das Rittergut mit der speziellen Problematik umgehen, nur einmal im Jahr Prüfungen machen zu können. Es ist besonders schwierig für KlientInnen, die in die Adaption nach

Leipzig oder sogar nach Hause entlassen werden die Motivation zum Absolvieren des Schulabschlusses so lange ohne Unterstützung aufrecht zu erhalten, dass sie die Prüfung dann wirklich auch noch ablegen.

Eine andere Herausforderung besteht in der funktionierenden Umsetzung eines schul- und therapieübergreifenden Belohnungssystems. Eine Übereinstimmung von Therapeuten und Lehrern über die Bewertungskriterien und das Bewertungsmaß der KlientInnen bzw. SchülerInnen ist hier die Voraussetzung.

### 3.2.3 Unterrichtsbeobachtung

Unterricht ist ein komplexes Geschehen, das durch eine Vielzahl von Faktoren auf unterschiedlichen Ebenen, wie beispielsweise der Lehrerpersönlichkeit oder des Schulumfeldes bestimmt wird. Die Qualität von Unterricht ist demzufolge nicht einfach fass- und messbar. Für die Beurteilung guten Unterrichts im Sinne von Lernwirksamkeit werden in der internationalen Unterrichtsforschung vor allem die Faktoren Strukturqualität des Unterrichts, Motivierung der SchülerInnen, Angemessenheit des Unterrichtsniveaus und Zeitnutzung als relevant eingestuft (May, 2003).

Die Unterrichtsbeobachtung dieser Studie wurde hinsichtlich der Beobachtungsdimensionen „Angemessenheit“ und „Motivierung“ durchgeführt, da diese von besonderem Interesse bezüglich der Zielgruppe ehemals drogenabhängiger Jugendlicher in Suchttherapie sind. Die Dimension „Angemessenheit des Unterrichts“ wurden im Hinblick auf einen vermuteten niedrigen und uneinheitlichen Kenntnisstand und die vermuteten schwächer ausgeprägten sozialen Kompetenzen der SchülerInnen gewählt. Die Dimension „Motivierung der SchülerInnen“ wurde gewählt, da bei den SchülerInnen dieser Untersuchung mehrheitlich negative Erfahrungen mit dem bisherigen Schulbesuch und z.T. Schulabsentismus vermutet wurde.

Die Dimension „Angemessenheit“ des Unterrichts wurde ausgewertet hinsichtlich der Subdimensionen:

- Anpassung von Schwierigkeit und Tempo
- Niveau der Leistungserwartung
- Individuelle Unterstützung und Beratung

Die Beobachtungsdimension „Motivierung der SchülerInnen“ wurde ausgewertet hinsichtlich der Subdimensionen:

- Bekannte Erwartungen und Ziele
- Vermeidung von Leistungsangst
- Verstärkung der Lernerfolge

Die Unterrichtsbeobachtungen wurden in einer teilstationären (STEP Therapieschule) und einer stationären Einrichtung (Rittergut) durchgeführt: Step Therapieschule, Hannover, 14.09.09: 3 Unterrichtseinheiten (Biologie, Erdkunde, Deutsch); Rittergut, Sachsen, 21.09.09: 2 Unterrichtseinheiten (Mathematik, Gemeinschaftskunde).

## **Auswertung der Unterrichtsbeobachtung bezüglich der Beobachtungsdimensionen Angemessenheit und Motivierung**

Beobachtungsbeispiele:

### **1) Angemessenheit**

#### **1.1. Anpassung von Schwierigkeit und Tempo**

##### **Wiederholung von Unterrichtsstoff, wiederholtes und ausführliches Beschreiben von Arbeitsschritten und Unterrichtsinhalten**

Der Lehrer wiederholt mehrfach notwendige Arbeitsschritte für die Benutzung eines Atlas, wie beispielsweise eine Stadt über Längen- und Breitengrade zu finden. Er wiederholt, was Inhalt der bevorstehenden Klassenarbeit sein wird (Step, Erdkunde).

Der Unterrichtsstoff der letzten Stunden wird zu Beginn unter Einbeziehung der SchülerInnen wiederholt (Step, Biologie).

Der Satz des Pythagoras wird wiederholt erklärt. Zusätzlich wird den Schülern mitgeteilt, dass der Stoff solange wiederholt wird, bis alle mitkommen (Rittergut, Mathematik).

Der Lehrer kündigt an, dass er in den nächsten Unterrichtsstunden bis zur Klassenarbeit den Stoff wiederholen wird (Step, Biologie).

##### **Arbeitsschritten wird ausreichend Zeit eingeräumt, nächste Arbeitsschritte werden erst begonnen, wenn alle Schüler den ersten Arbeitsschritt beendet haben.**

Die Schüler erhalten ausreichend Zeit, um Inhalte von der Tafel abzuschreiben. Erst nach Rückversicherung durch den Lehrer, dass alle Schüler fertig abgeschrieben haben, wird der Unterricht fortgesetzt (Rittergut, Gemeinschaftskunde).

#### **1.2. Niveau der Leistungserwartungen**

##### **Der Schwierigkeitsgrad einer Aufgabe wird von der Lehrkraft deutlich gemacht. Unterstützung wird bei angenommenem niedrigem Leistungsniveau der Schüler angeboten.**

Die Inhaltsangabe, die ein Schüler vom Text „Zwiebelfisch“ geschrieben hat enthält Interpretationen. Daraufhin erklärt die Lehrerin, dass es schwierig ist bei einer Inhaltsangabe wirklich auf jegliche Interpretation zu verzichten (Step, Deutsch).

Der Lehrer kündigt an, dass er vor der Klassenarbeit die Seitenzahlen der wichtigsten Übersichtskarten als Unterstützung an die Tafel schreiben wird (Step, Erdkunde).

Der Lehrer erklärt, dass die Schüler den Stoff bis zur Klassenarbeit können, wenn sie ab jetzt jeden zweiten Tag in ihre Mappe gucken (Step, Biologie).

Der Lehrer beruhigt einen der neueren Schüler, indem er ihm mitteilt, dass der Unterrichtsstoff für ihn deshalb besonders schwierig ist, weil seine Schulzeit lange zurück liegt. Er betont auch, dass es mit ihm [dem Schüler] schon „etwas werde“ und dass er [der Lehrer] Geduld habe (Rittergut, Mathematik).

Der Lehrer weist Unterrichtsinhalte als prüfungsrelevant aus und formuliert die Erwartung, dass diese Inhalte gelernt werden müssen (Rittergut, Gemeinschaftskunde).

### **1.3. Individuelle Beratung und Unterstützung**

Die Lehrerin fragt einen Schüler, ob er die Kritik eines anderen Schülers annehmen kann (Step, Deutsch).

Die Lehrerin weist zwei Vortragende daraufhin, die mündliche Präsentation gleichmäßig auf beide aufzuteilen. Der eine soll dem anderen nicht den Job wegnehmen (Step, Deutsch).

Der Lehrer hilft einzelnen Schülern auf Nachfrage an ihrem Platz bei der Atlasnutzung (Step, Erdkunde).

Fragen zur Lösung einer Mathematikaufgabe werden nach Nachfrage mit den Schülern einzeln an ihrem Platz geklärt (Rittergut, Mathematik).

## **2) Motivierung**

### **Bekannte Erwartungen und Ziele, Vermeidung von Leistungsangst, Verstärkung der Lernerfolge**

#### **2.1. Vermeidung von Leistungsangst**

Ein Satz der Inhaltsangabe eines Schülers wird an der Tafel besprochen. Die Lehrerin fordert die Schüler auf, Verbesserungsvorschläge zu machen. Die Schüler machen Vorschläge zur Verbesserung des Satzes. Die Lehrerin bedankt sich für die gemachten Vorschläge und fordert einen Schüler auf, einem anderen zu erklären, warum ein bestimmtes Adjektiv nicht Teil der Inhaltsangabe sein sollte (Step, Deutsch).

Schüler präsentieren ihre Ergebnisse in Kleingruppen vor der Klasse. Einzelne Schüler geben den Vortragenden wertschätzende Rückmeldungen (Step, Deutsch).

Der Lehrer fordert die Schüler auf jetzt Fragen zu stellen, wenn etwas unklar ist. Er fordert einzelne Schüler namentlich auf, ihm Bescheid zu sagen, wenn sie nicht mitkommen (Step, Erdkunde).

#### **2.2. Verstärkung der Lernerfolge**

Zwei Schüler geben richtige Antworten auf die Frage, wie Pflanzen in Trockengebieten überleben und werden dafür vom Lehrer gelobt (Step, Biologie).

### **2.3. Bekannte Erwartungen und Ziele**

Der Lehrer stellt ausführlich dar, was in der nächsten Klassenarbeit behandelt wird. Er lässt die Schüler mit einem Arbeitsblatt zur Vorbereitung auf den Test arbeiten und verteilt noch ein Arbeitsblatt zur Vorbereitung für zuhause (Step, Erdkunde).

Der Lehrer fordert die Schüler auf in ihren eigenen Worten zu wiederholen worin die Arbeitsaufgabe besteht (Rittergut, Mathematik).

Der Lehrer erklärt, dass es nicht möglich ist jede Aufgabe auswendig zu lernen, sondern dass sich über das Lernen der mathematischen Formel die Lösungswege erschließen (Rittergut, Mathematik).

Der Lehrer weist an mehreren Stellen daraufhin, dass ein spezieller Unterrichtsinhalt relevant für die die Abschlussprüfung ist (Rittergut, Gemeinschaftskunde).

### **Zusammenfassung**

In beiden Schulen war zu beobachten, dass das Unterrichtsniveau dem Wissensstand der Schüler angemessen ist und in einem kontinuierlichen Prozess weiter angepasst wird. Die Unterrichtsinhalte werden nachvollziehbar behandelt, zum Teil durch den Einsatz von Medien (Darstellung des Satz des Pythagoras an der Tafel mit Aufgabenbeispielen, Mathematik, Rittergut; Overheadfolien zur Illustrierung der Sitzverteilung im Parlament, Gemeinschaftskunde, Rittergut; Lehrfilm zur Plasmolyse, Biologie, Step). Die Schüler erhalten ausreichend Zeit, um Unterrichtsinhalte schriftlich festzuhalten. In allen Klassen konnte beobachtet werden, dass Schüler ihre Wissenslücken und Probleme mitteilen und dass die Lehrer sofort darauf eingehen und Fragen direkt beantworten oder beispielsweise Wiederholungen des Unterrichtsstoffs ankündigen. In einigen Klassen war zu beobachten, dass Lehrer Schüler einzeln an ihrem Platz in der Klasse betreuen (Erdkunde, Step; Mathematik, Rittergut). Die überschaubare Gruppengröße der Klassen (zwischen 6 und 12 Schülern) trägt vermutlich dazu bei, dass Einzelbetreuungen möglich sind. In den sprachlichen und geisteswissenschaftlichen Fächern Deutsch und Gemeinschaftskunde war die Förderung von sogenannten Schlüsselqualifikationen besonders gut zu beobachten, wie beispielsweise Äußern und Vertreten einer Meinung, kritisches Denken und positives Feedback geben (Schüler vertreten ihre Meinung zu den Wahlen oder zu der Politik der USA, Gemeinschaftskunde, Rittergut; Schüler kritisieren sich gegenseitig und geben sich positives Feed back zu einer Ergebnispräsentation, (Deutsch, Step). In einer Klasse mit höherem Kompetenzniveau erhielt ein Schüler die Möglichkeit eine Diskussionsrunde zu leiten (Deutsch, Step).

In den beobachteten Unterrichtsklassen herrscht ein selbstverständlicher, aber geregelter Umgang mit Schülern, die zu spät kommen. Im Rittergut können Schüler, die sich in einem therapeutischen Prozess befinden nach vorheriger Absprache mit den Lehrern z.B. nach einer Sondergruppensitzung



später zum Unterricht erscheinen. Im beobachteten Beispiel klopfte der Schüler an und setzte sich ruhig an seinen Platz und der Unterricht ging nahtlos weiter. Bei Step können zu spät kommende Schüler jeweils zur Zwischenpause zum Unterricht dazukommen. Auch hier geht der Unterricht mit den neu hinzugekommenen Schülern nahtlos weiter.

### 3.3 Ebene III: ExpertInnenebene

#### 3.3.1 Fachgespräch

An dem Fachgespräch im Rahmen der Abschlussveranstaltung nahmen Experten des Suchthilfebereichs und des Rentenversicherungsträgers teil (siehe Protokoll Abschlussveranstaltung). In der Diskussion wurden Fragen bezüglich der Evaluationsergebnisse, Status und Finanzierung der schulischen Qualifizierungsmaßnahmen erörtert. Die Diskussion befasste sich mit der Frage des unterschiedlichen Stellenwerts und formellen Umgangs mit beruflicher Ausbildung im Gegensatz zu schulischer Qualifikation im Rahmen von Suchtrehabilitation und damit wer dazu befugt und ansprechbar sei, um den Stellenwert schulischer Qualifikation mit beruflicher gleichzusetzen? Ein weiterer Diskussionspunkt betraf die Therapiedauer in der Rehabilitation und die Möglichkeiten der Einrichtungen in ihren Bundesländern Abschlussprüfungen abnehmen zu lassen.

***Die VertreterInnen der Rentenversicherung Bund legten ihre Position folgendermaßen dar:***

Grundsätzlich zahlt die Rentenversicherung Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit (Sucht- und Psychotherapie etc.), da sie eine Versicherung für versicherungspflichtige Beschäftigte ist (Rente, Rehabilitation) wird zwischen schulischer und beruflicher Qualifizierung unterschieden. Die Rentenversicherung ist zuständig für berufliche und medizinische Rehabilitation. Schulische Ausbildung fällt in die Verantwortung der Bundesländer. Die Suchttherapie darf durch die schulische Qualifikation weder verlängert, verhindert noch negativ beeinflusst werden, denn es wird als zusätzliches therapeutisches Angebot eingestuft. Ein weiteres Problem ist die Behandlungsdauer, da bei Beendigung der Suchttherapie auch die schulische Qualifizierung vorbei ist. Zusätzlich gibt es Bedenken, dass eine suchtttherapeutische Maßnahme mit schulischer Qualifikation höhere Kosten verursachen könnte, als andere herkömmliche suchtttherapeutische Angebote (z.B. Ausbildungsmöglichkeiten).

***Die Rehabilitationseinrichtungen führten folgende Argumente an:***

Das Angebot schulischer Qualifikation bewirkt eine Therapiemotivierung jüngerer Menschen, zudem ist dieser Zielgruppe die Bedeutung schulischer Qualifikation bewusster und oft auch vertrauter als andere suchtttherapeutische Maßnahmen. Das Problem der Länderfinanzierung bestehe darin, dass die Jugendlichen nicht mehr schulpflichtig seien und die Zeitpunkte der Schulprüfungen nicht zu den Therapieeinheiten passen. Häufig verweigere auch das JobCenter die Finanzierung schulischer Qualifikationen, da die KlientInnen dem Arbeitsmarkt in dieser Zeit nicht mehr zur Verfügung ständen. Die Kosten für die Rentenversicherung seien aus Sicht der Einrichtungen dieselben, denn wenn Klienten keine Schultherapie machen, dann Arbeitstherapie oder keins von beidem, was auf

Dauer hinsichtlich der Möglichkeit einer Reintegration in den Arbeitsmarkt teurer werde. Die Einrichtungen sind deshalb der Ansicht, dass eine Gleichstellung von Arbeitstherapie und Schultherapie anzustreben sei, da der zeitliche und personelle Aufwand gleich sei und statt Betreuern Lehrer finanziert werden müssten. Außerdem sei eine Duldung von schulischer Qualifizierung durch die JobCenter nötig. Zum anderen sollte ein vielfältiges und flexibles Hilfesystem bestehen bleiben, welches mit schulischer Qualifizierung in stationären Einrichtungen beginne und dann in teilstationären oder ambulanten Einrichtungen weitergeführt werde.

### 3.3.2 E-mail Befragung

In einer abschließenden Befragung per e-mail Fragebogen wurden Vertreter der betreffenden Fachkreise zu ihrer Einschätzung bezüglich schulischer Qualifizierungsmaßnahmen befragt (siehe Anhang Fragebogen ExpertInnenbefragung).

11 ExpertInnen aus dem Bildungs-, Suchtrehabilitations- und Drogenhilfebereichs wurde per e-mail ein Fragebogen zugesandt (ExpertInnenliste siehe Anhang). Vier ExpertInnen antworteten (Rücklauftrate: 36,4%):

- Horst Brömer, Geschäftsführer Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V.
- Gabriele Bartsch, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V., Referat Grundsatzfragen / stellv. Geschäftsführung
- Sabine Klemm-Vetterlein, Leiterin Landeskoordination Integration NRW
- Prof. Dr. Thomas Hofsäss, Universität Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Institut für Förderpädagogik, Lehrstuhl Lernbehindertenpädagogik

Antwortformat des Fragebogens: Ja, ich stimme zu; Ja, ich stimme teils zu; Nein, ich stimme nicht zu; Ich weiß nicht (Fragebogen siehe Anhang).

Die Fragen wurden von den ExpertInnen folgendermaßen beantwortet und begründet:

Begründung der Zustimmung, dass schulische Qualifizierung die Haltekraft junger, ehemals Drogenabhängiger in der Suchttherapie erhöht.

<b>Horst Brömer</b>	<b>Gabriele Bartsch</b>	<b>Sabine Klemm-Vetterlein</b>	<b>Thomas Höfsäss</b>
Ja, stimme genau zu	Ja, stimme genau zu	Ja, stimme genau zu	Ja, stimme genau zu
Den Lernfähigkeiten der jungen Klienten angepasste schulische Angebote tragen zur Orientierung der Therapieteilnehmern/innen bei, erhöhen die Frustrationstoleranz und unterstützen das Selbständig werden, indem die persönliche Leistungsfähigkeit wieder entdeckbar wird.	Junge Drogenabhängige sind daran interessiert, eine schulische Qualifizierung zu erhalten bzw. einen Schulabschluss nachzuholen. Das Anbieten schulischer Qualifizierung in der Suchttherapie stärkt die Motivation für die Behandlung.	Die Haltekraft bezieht sich auf beide Seiten: schulischer Erfolg ist Voraussetzung für eine berufliche Perspektive, die Schule profitiert von der Betreuung. Ebenso wird Ausgliederung und Stigmatisierung abgeschwächt. (Allerdings sind viele Drogenabhängige älter.) Da Schulabschlüsse Länderangelegenheit sind, stoßen Modelle im Rahmen stationärer Rehabilitation an Grenzen, da Kliniken überregional belegt werden. Hinzu kommt die Dauer der Behandlung.	Junge Drogenabhängige verfügen über gebrochene Bildungsbiografien; Schulischer Misserfolg oder Misserfolgsängstlichkeit fördert Schulabsentismus und Drogengefährdung; Schulabschlüsse erleichtern berufliche Ausbildungschancen und geben soziale Anerkennung. Bildung vermittelt Selbstbewusstsein und über das Beherrschen der Kulturtechniken und Literalität wird Selbstbestimmung und die Weiterentwicklung der Persönlichkeit gefördert.

Der Frage, ob schulische Qualifizierungsmaßnahmen den Therapieerfolg vermindern stimmte einer der Experten, Horst Brömer teils zu, die anderen drei Experten nicht zu. Begründung:

Horst Brömer	Gabriele Bartsch	Sabine Klemm-Vetterlein	Thomas Höfsäss
Ja, stimme teils zu	Nein, ich stimme nicht zu	Nein, ich stimme nicht zu	Nein, ich stimme nicht zu
Wenn eine Schule "alten Stils" betrieben wird, kann sie die Therapie gefährden, sie sollte den Fähigkeiten angepasst sein und Spaß am Lernen vermitteln. Deshalb kann Schule oft nur „hinführende Aufgaben“ erfüllen, so dass im Rahmen der Nachsorge Schulabschlüsse erfolgreich absolviert werden.	Therapieerfolg und schulische Qualifizierung behindern sich nicht, sondern unterstützen sich gegenseitig.	Aus fachlicher Sicht und unseren Erfahrungen profitiert die Behandlung davon, allerdings erfordert es methodische Vielfalt und flexibel reagierende Fachkräfte. Man könnte das Schulangebot als Bestandteil von Arbeitstherapie in der stationären Rehabilitation betrachten, dann gäbe es weniger Widerstände.	Die Aufarbeitung der Bildungsbiografie hat therapeutische Wirkung: positive Bildungserfahrungen ermöglichen eine Ablösung von negativen Selbsteinschätzungen.

Die Frage, welche Vor- und Nachteile sich mit dem **teilstationären Konzept** verbinden wurde folgendermaßen beantwortet:

<b>Horst Brömer</b>	<b>Gabriele Bartsch</b>	<b>Sabine Klemm-Vetterlein</b>	<b>Thomas Höfsäss</b>
Das beste Modell besteht aus der Verbindung „stationär/teilstationär“ mit einem externen „Suchtfach-Schule“ – für diejenigen, die nicht mehr schulpflichtig sind. In der Therapie wieder beginnen mit dem Lernen, Abstinenz erlangen und anschließend die Schule abschließen.	Vorteil: mehr persönlicher Gestaltungsspielraum (wer damit umgehen kann).	Die Begriffe sind hier nicht angebracht und aus Sicht der Behandlung gewählt. Schulabschlüsse und ambulante Rehabilitation unterliegen bestimmten Rahmenbedingungen. Werden beide Systeme verknüpft, fällt nicht das eine System automatisch unter das andere. Ausnahmeregelungen beruhen zumeist auf Einzelabsprachen und sind leider oft nicht übertragbar. Ich bitte die „Einrichtungsperspektive“ der Untersuchung kritisch zu reflektieren.	Vorteil: schulischer Lernerfolg kann in den Alltag integriert und Lernerfahrungen auf ihre Alltags-tauglichkeit hin überprüft werden; schulisches Wissen kann durch Transfer in Alltagshandeln gefestigt werden, sofern es über das Konzept einer lebensweltorientierten oder problemzentrierten Didaktik vermittelt wird.  Nachteil: Übungen und häusliches Aufarbeiten von Lernstoff kann nicht kontrolliert bzw. angeleitet werden.

Die Frage, welche Vor- und Nachteile sich mit dem **stationären Konzept** verbinden wurde folgendermaßen beantwortet:

Horst Brömer	Gabriele Bartsch	Sabine Klemm-Vetterlein	Thomas Höfsäss
s.o.	Vorteil: mehr Struktur	s.o.	Vorteil: Die stationäre Umgebung kann als „lernende Umgebung“ umgedeutet werden; Therapie wird zu einem ganzheitlichen Lernerfahrungsraum.  Nachteil: ggf. Scham gegenüber Klienten, die in anerkannten arbeitstherapeutischen Maßnahmen (Holzwerkstatt u. ä.) tätig sind und einen vordergründigen Beitrag für die Gemeinschaft liefern; wenig Möglichkeit die physische Leistungsfähigkeit zu erweitern.

Der Nutzen eines erworbenen Schulabschlusses für die Vermittlung in Arbeit wurde von einem Experten, Thomas Höfsäss niedrig und von den restlichen ExpertInnen hoch eingeschätzt. Begründung:

Horst Brömer	Gabriele Bartsch	Sabine Klemm-Vetterlein	Thomas Höfsäss
Hoch	Hoch	Hoch	Niedrig
Erst der Schulabschluss macht einen Bewerber auf dem Arbeitsmarkt interessant, damit weist man seine Kenntnisse nach, eine Berufsausbildung ist leichter zu absolvieren.	Ohne schulische Qualifikation sind die Chancen auf eine Reintegration in den Arbeitsmarkt gleich null. Mit Abschluss verbessern sich die Ausbildungschancen. Nicht nur die Verbesserung der Chancen ist wichtig, sondern auch das persönliche Erfolgserlebnis, einen Schulabschluss geschafft zu haben.	Die Chancen auf einen Ausbildungsplatz sind mit einem Schulabschluss höher, das gilt für alle SchülerInnen.	Es gibt noch zu viele Vorurteile gegenüber Suchtkranken; die aktuelle Arbeitsmarktlage führt zu einem Verdrängungswettbewerb, der sich negativ auf Personen mit besonderen Merkmalen auswirkt. Wichtig wäre es eher in überbetriebliche, auf Suchtkranke spezialisierte Ausbildung zu vermitteln.

Die Frage zu Barrieren zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt werden von den Experten folgendermaßen eingeschätzt:



Horst Brömer	Gabriele Bartsch	Sabine Klemm-Vetterlein	Thomas Höfsäss
<p>Mangelhafte Ausbildung; früher Beginn des Suchtmittelkonsums; erhebliche familiäre Belastungen; erhebliche individuelle emotional-seelische Belastungen; ohne Therapie: geringe Belastbarkeit und geringe Motivation.</p>	<p>Fehlende schulische Qualifikation. Vorurteile in der Gesellschaft. Zu wenige Arbeitsplätze für Menschen mit geringer Qualifikation.</p>	<p>Die Barrieren bestehen in Mehrfachbenachteiligungen (Arbeitslosigkeit, Verschuldung etc.) und der Stigmatisierung durch die Gesellschaft. Bei jungen Drogenabhängigen bestehen noch bessere Fördermöglichkeiten als für Ältere. Anbieter aus dem Suchtbereich müssen mit schulischen Angeboten möglichen stigmatisierenden Effekten des Angebots von vorneherein entgegenwirken.</p>	<p>Arbeitsmarktlage insgesamt; eine sensible Frustrationstoleranz; fehlende oder unzureichende nachgehende Betreuung und Begleitung seitens der Therapieeinrichtungen.</p>

Zur Frage welches der miteinander verbundenen Phänomene, Schulabsentismus und Drogenkonsum ursächlich ist, trafen die Experten folgende Einschätzung:

<b>Horst Brömer</b>	<b>Gabriele Bartsch</b>	<b>Sabine Klemm-Vetterlein</b>	<b>Thomas Höfsäss</b>
Familiäre und soziale Belastungen besonderer Art und Intensität; individuelle psychisch-emotionale-seelische Belastungen; Bindungsarmut; Strukturen im Bildungssystem, die den angemessenen Umgang mit „auffälligen“ jungen Menschen, verhindern; Bereitschaft zur schnellen medikamentösen Behandlung von problembehafteten Kindern und Jugendlichen.	Bei einem Teil der Schüler/-innen steht der Drogenkonsum am Anfang, andere haben schulische oder entwicklungspsychologische Schwierigkeiten, verweigern den Schulbesuch und konsumieren Drogen. Schulverweigerer kommen häufig aus bildungsfernen, sozial schwachen Familien oder zeichnen sich durch besondere Lernbedarfe aus, die nicht mit dem Schultempo vereinbar sind. Auch Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund haben überdurchschnittlich oft keinen Schulabschluss und leben häufiger unter belastenden Lebensumständen.	Die Überbetonung von Leistung in einer starren Struktur. Leistung kann auf sehr unterschiedlichen Wegen erzielt werden. (Schulischer) Erfolg erfordert das Zulassen von Individualität und Kreativität. Eine Lösung wäre das Nachholen von Schulabschlüssen in modularen Bausteinen, wie im beruflichen Ausbildungsbereich z.B. für „benachteiligte Jugendliche“.	Schulabsentismus ist eine Reaktion auf schulischen Misserfolg und mangelnde soziale Anerkennung in der peer Gruppe; dem liegt eine häufig unzureichende Schulvorbereitung von Kindern zugrunde und eine eher regellose Erziehung; eine positive Bindung zwischen Lehrkräften und Schülern entsteht nicht.

Folgende Präventionsansätze werden von den Experten als sinnvoll eingeschätzt:

<b>Horst Brömer</b>	<b>Gabriele Bartsch</b>	<b>Sabine Klemm-Vetterlein</b>	<b>Thomas Höfsäss</b>
Das Modell des Schulbegleiters, umgesetzt in einer Tagesgruppe des Tannenhof; kleine Schulklassen; Verbesserung der Kooperation von Vorschule/Kindergarten und Schule mit Eltern, Kinderärzten und Jugendhilfeeinrichtungen.	Das vom Deutschen Jugendinstitut organisierte Netzwerk von Projekten zur Prävention von Schulabsentismus empfiehlt die Kombination von zwei Ansätzen:  1. Ressourcen von Jugendlichen fördern und aktivieren. (Ein Schulsystem, das stärker auf Individuen eingeht, Lebensweltbezogene Lernformen, aktivierende Erfahrungen in der Schule etc. ).  2. Eine bessere Abstimmung und Verknüpfung mit anderen Handlungsfeldern und Fördermöglichkeiten anstreben.	Suchtprävention kann am Schulsystem nichts verändern.	Angemessene Schulvorbereitung von Schülern durch Herstellung von verlässlichen Bindungen zu Erziehern/Lehrkräften; Stärkung des sozialen Lernens in Schulklassen; Schule als Ort des gegenseitigen Respekts; frühe individuelle Förderung bei Lern- und Schulschwierigkeiten.

Alle Experten vertreten die Auffassung, dass schulische Qualifizierungsmaßnahmen die Haltekraft junger ehemals Drogenabhängiger in der Suchttherapie erhöhen. Als Begründung wurde angeführt, dass schulische Angebote persönliche Leistungsfähigkeit wieder entdeckbar mache, die Motivation für die Behandlung stärke, Schule und Betreuung wechselseitig voneinander profitierten und Bildung Selbstbewusstsein vermitteln.

Drei Experten sind folglich der Meinung, dass schulische Qualifizierungsmaßnahmen den Therapieerfolg nicht vermindern. Begründet wurde dies damit, dass Therapieerfolg und schulische Qualifizierung sich gegenseitig stützen, die Behandlung von der Schule profitiere und positive Bildungserfahrungen eine Ablösung von negativen Selbsteinschätzungen ermögliche. Ein Experte verweist auf das Risiko einer Therapiegefährdung, wenn Schule nach „altem Stil“ betrieben werde und sich nicht an die Fähigkeiten der jungen Menschen anpasse.

Die beiden Einrichtungsformen stationär und teilstationär, in deren Rahmen schulische Qualifizierung stattfindet, werden folgendermaßen eingeschätzt. Mit dem teilstationären Konzept sei mehr persönlicher Gestaltungsspielraum verbunden und Lernerfahrungen könnten auf ihre Alltagstauglichkeit überprüft werden. Damit sei jedoch auch verbunden, dass häusliches Aufarbeiten von Lernstoff nicht kontrolliert werden könne.

Die stationäre Einrichtungsform biete mehr Struktur und die stationäre Umgebung könne als „lernende Umgebung“ umgedeutet werden, womit Therapie zu einem ganzheitlichen Lernerfahrungsraum werde. Ein Nachteil könne in einer niedrigeren Bewertung von Schule im Vergleich zu anderen arbeitstherapeutischen Maßnahmen liegen und darin, dass die physische Leistungsfähigkeit weniger stark erweitert werden könne.

Horst Brömer hält die Verbindung von stationär und teilstationär mit einem externen „Suchtfach-Schule“, für die nicht mehr Schulpflichtigen, für eine optimale Form.

Sabine Klemm-Vetterlein kritisiert an dieser Stelle die Gegenüberstellung der beiden Formen stationär und teilstationär und weist darauf hin, dass Schulabschlüsse und die verschiedenen Formen der Rehabilitation bestimmten Rahmenbedingungen unterliegen. Die Verknüpfung beider Systeme führe nicht automatisch dazu, dass sich ein System unterordne. In der Realität handle es sich bei den schulischen Qualifizierungsmaßnahmen in Suchttherapie oftmals um Ausnahmeregelungen, die auf Einzelabsprachen beruhen.

Der Nutzen des Schulabschlusses wird von drei der Experten als hoch eingeschätzt. Erst der Schulabschluss mache Bewerber auf dem Arbeitsmarkt interessant, er erhöhe wie auch bei Nicht-Drogenabhängigen die Chancen auf einen Ausbildungsplatz. Bewerber ohne diesen hätten keinerlei Chance auf Reintegration.

Thomas Hofsäss schätzt den Nutzen des Schulabschlusses geringer ein, da der Verdrängungswettbewerb auf dem Arbeitsmarkt sich negativ auf Personen mit besonderen

Merkmale auswirke. Er hält die Vermittlung in überbetriebliche Ausbildung, die auf ehemals Suchtkranke eingestellt sind für wichtig.

Barrieren zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt werden von den Experten neben der fehlenden schulischen Qualifikation in der Mehrfachbenachteiligung der ehemals Drogenabhängigen, wie Verschuldung oder Vorstrafen, erheblichen familiären Belastungen sowie einer sensiblen Frustrationstoleranz, geringer Belastbarkeit und Motivation gesehen. Auch die unzureichende Nachbetreuung durch Therapieeinrichtungen, eine Stigmatisierung durch die Gesellschaft sowie die angespannte Arbeitsmarktlage insgesamt bzw. der geringe Anteil an Arbeitsplätzen für gering Qualifizierte werden als Barrieren angeführt.

Zur Erklärung des Zusammenhangs von Schulabsentismus und Drogenkonsum werden von den Experten unterschiedliche Akzente gesetzt. Zum einen werden erneut die familiären und sozialen Belastungen der Gruppe ehemals Drogenabhängiger angeführt, worunter entwicklungspsychologische Schwierigkeiten, Bindungsarmut, Bildungsferne oder eine regellose Erziehung mit unzureichender Schulvorbereitung der Kinder gefasst wird. Es entstehe auch keine positive Bindung zwischen Lehrkräften und Schülern. Auch ein Migrationshintergrund wird als möglicher Risikofaktor genannt.

Einige Experten benennen stärker (einige zusätzlich zu der familiären Belastung) die Strukturen des Bildungssystems, die durch eine Überbetonung von Leistung und weniger durch das Zulassen von Individualität, Kreativität und Entdeckung persönlicher Ressourcen gekennzeichnet sind. Diese Bildungsstrukturen verhindern einen angemessenen Umgang mit „auffälligen“ jungen Menschen oder solchen mit besonderen Talenten oder Lernbedarfen.

Die Prävention von Schulabsentismus sehen die Experten folglich in Veränderungen des Schulsystems: kleinere Klassen, Stärkung des sozialen Lernens in den Schulklassen, Schule als Ort des gegenseitigen Respekts sowie in einer besseren Vernetzung und Kooperation von Vorschule/Kindergarten, Kinderärzten und Jugendhilfeeinrichtungen.

Ein weiterer Präventionsansatz zielt auf die Förderung der SchülerInnen durch individuelle Förderung bei Lern- und Schulschwierigkeiten und auf die Herstellung von verlässlichen Bindungen zwischen SchülerInnen und Erziehern/ Lehrkräften durch eine angemessene Schulvorbereitung.

Mit Bezug auf eine Studie des „Deutschen Jugendinstitut“ sollte Prävention eine Kombination aus der Förderung und Aktivierung von Jugendlichen und einer besseren Abstimmung und Verknüpfung mit anderen Handlungsfeldern beinhalten. Horst Brömer schlägt an dieser Stelle das Modell des Schulbegleiters vor, welches aktuell im Tannenhof umgesetzt wird.

## 4. Diskussion

### Stichprobe und Population

Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte im Vorfeld der Beauftragung des SPI durch den Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an die Länder, alle Rehabilitationseinrichtungen, die schulische Qualifizierungsmaßnahmen anbieten für die Evaluation anzufragen. Dieser Auswahlprozess ist jedoch nicht transparent, da es sich beispielsweise nicht mehr nachvollziehen lässt, welche Einrichtungen durch die Länder angeschrieben wurden und wie die Reaktionen auf diese Nachfrage ausfielen.

Vier Rehabilitationseinrichtungen bewarben sich schließlich für die Evaluation. Zwei weitere Einrichtungen wurden über eine Internetrecherche identifiziert und für eine Teilnahme gewonnen.

Da der Auswahlprozess nicht auf dem Zufallsprinzip (als Kriterium für Repräsentativität) beruhte, sind die Ergebnisse dieser Untersuchung streng genommen nicht repräsentativ für die Population ehemals Drogenabhängiger in Suchtrehabilitation und Beschulung. Da es jedoch insgesamt nur eine kleine Anzahl von Einrichtungen in Deutschland gibt, die schulische Maßnahmen im Rahmen von Suchttherapie anbieten (Arndt-Ickert & Kobloch, 2006), wären auch bei einem auf Zufall beruhenden Auswahlverfahren vermutlich ebenfalls einige der hier evaluierten Einrichtungen ausgewählt worden.

### Studiendesign

Das gewählte Studiendesign einer Querschnittsuntersuchung bedeutet für die in Kapitel drei berechneten Korrelationen, dass Zusammenhänge zwar festgestellt werden können, nicht aber deren Wirkrichtung, diese muss in beide Richtungen angenommen werden. Die zeitliche und damit kausale Ordnung von Variablen lässt sich in einer Querschnittsuntersuchung nicht feststellen.

### Merkmale der Stichprobe

Die Stichprobe von 116 ehemals drogenabhängigen Probanden im Alter von 16 bis 24 Jahren zeichnet sich durch eine von Brüchen und Schulabsentismus gekennzeichnete Schulgeschichte und durch zum Teil langjährigen Konsum von Drogen aus. Hinzu kommen Belastungen durch körperliche oder psychische Probleme oder Erkrankungen, kritische Lebensereignisse oder Probleme mit Bezugspersonen. Unklar bleibt hier ob die Belastungen Folge oder Ursache des Drogenkonsums sind. Bei der Schulgeschichte gibt es diesbezüglich eine Antwort, hier geben die meisten KlientInnen an, dass der Drogenkonsum den Hauptgrund für die Schulprobleme darstellt.

Die Belastung der KlientInnen wird ebenfalls durch die Ergebnisse der Fragebögen zur Lebensqualität und zu körperlichen und Allgemeinbeschwerden belegt. Die Lebensqualität der Probanden ist erheblich geringer als die der Allgemeinbevölkerung, sie liegt aber dennoch über den Werten einer

Stichprobe psychiatrischer Patienten. Die Beeinträchtigung der Probanden durch körperliche und Allgemeinbeschwerden ist deutlich stärker als die der Allgemeinbevölkerung. Der Vergleich mit Patientengruppen zeigt dass die Probanden sich etwas weniger beeinträchtigt fühlen als Patienten mit körperlichen Erkrankungen und deutlich weniger beeinträchtigt fühlen als psychiatrische Patienten.

### **Forschungsfragen**

- (1) Sind Effekte der qualifizierenden schulischen Maßnahmen messbar?
- (2) Erhöhen Maßnahmen der schulischen Qualifikation die Haltekraft der Therapie?
- (3) Verstärken Maßnahmen zur schulischen Qualifikation therapeutische Prozesse oder führen erneute Misserfolgserlebnisse im Rahmen der Maßnahmen zu mehr Abbrüchen der Therapie?

„Clean sein“ wird von der Hälfte der KlientInnen als *ein* Motiv für das Anstreben des Schulabschlusses angegeben. Mit dem Anstreben des Schulabschlusses werden also auch suchtttherapeutische Ziele verfolgt. Das Besuchen einer schulischen Maßnahme kann demnach einen positiven Effekt auf therapeutische Ziele bewirken.

Auch die Ergebnisse der in Kapitel drei durchgeführten Skalenkorrelationen belegen Zusammenhänge zwischen schul- und nicht-schulbezogenen Einstellungen und geben dadurch deutliche Hinweise, dass Effekte von Schule auf Therapie und umgekehrt bestehen:

Aspekte des Klassenklimas wie Lehrerfürsorglichkeit, individuelle Förderung, ein positives Klima unter den SchülerInnen und ein angemessenes Anforderungsniveau haben einen positiven Effekt auf die Unterrichtszufriedenheit und die schulbezogene Hilflosigkeit, also die schulbezogenen Einstellungen der SchülerInnen. Dieser Effekt kann ebenso umgekehrt angenommen werden. Dies lässt den Schluss zu, dass schulische Maßnahmen, deren Unterrichtsqualität auf einem positiven Klassenklima beruht, positive schulbezogene Einstellungen der SchülerInnen fördern.

Das Klassenklima beeinflusst aber möglicherweise auch *nicht* schulbezogene Einstellungen wie den Optimismus der KlientInnen positiv. Ebenso ist möglich, dass andere schulbezogene Einstellungen wie die nicht erlebte schulbezogene Hilflosigkeit *nicht* schulbezogene Einstellungen wie die soziale Selbstwirksamkeitserwartung der KlientInnen positiv beeinflusst. Da die Zusammenhänge auch umgekehrt denkbar sind, könnte auch eine in therapeutischen Prozessen gestärkte Selbstwirksamkeitserwartung der KlientInnen positive Effekte auf die schulbezogenen Einstellungen haben. Vermutlich verstärken sich positive Einstellungen des schulischen und nicht-schulischen Bereichs wechselseitig.

Da KlientInnen, die mit dem Unterricht zufrieden sind, auch mit der Behandlung zufrieden sind, hat die therapeutische Behandlung auch einen positiven Effekt auf schulbezogene Einstellungen und umgekehrt.

Die Forschungsfragen zwei und drei können aufgrund dieser Ergebnisse dahingehend beantwortet werden, dass die Teilnahme an schulischen Maßnahmen im Rahmen von Suchttherapie einen positiven Einfluss auf die therapeutische Behandlung hat und deren Haltekraft verstärkt. Darüber hinaus hat die Teilnahme an schulischen Maßnahmen vermutlich auch noch einen positiven Einfluss auf nicht-schulbezogene Einstellungen, wie beispielsweise den Optimismus der KlientInnen. Ausgehend von einem wechselseitigen Einfluss hat auch die therapeutische Behandlung einen positiven Einfluss auf das Gelingen der schulischen Qualifizierung.

### **Forschungsfragen**

- 4) Welche Erfolgsfaktoren und welche Hindernisse auf Klienten-, MitarbeiterInnen-, Einrichtungs-, und Drogenhilfesystemebene können identifiziert werden?
- 5) Wie sollten Qualifizierungsmaßnahmen in stationären Therapieeinrichtungen gestaltet sein?

### **Erfolgsfaktoren und Hindernisse auf KlientInnen- und MitarbeiterInnenebene**

Erfolgsfaktoren auf KlientInnenebene sind aufgrund der o.g. vermuteten Wechselwirkungen positive Einstellungen der KlientInnen zu Schule und Therapie als auch allgemeine positive Einstellungen, wie beispielsweise eine niedrige schulbezogene Hilflosigkeit, Zufriedenheit mit der therapeutischen Behandlung und Optimismus. Diese Einstellungen werden in erheblichem Maß von den Erfahrungen in den Einrichtungen geprägt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung legen nahe, dass die Qualität der therapeutischen Behandlung und der schulischen Qualifizierung in den Rehabilitationseinrichtungen positiv zu bewerten ist. Der in Kapitel drei vorgenommene Vergleich mit einer Stichprobe von PatientInnen aus Großbritannien könnte aufgrund der höheren KlientInnenzufriedenheit auf eine im Vergleich zur britischen Stichprobe höhere Qualität der therapeutischen Behandlung in den Rehabilitationseinrichtungen hinweisen. Dies wäre allerdings durch ergänzende Befragungen noch genauer zu untersuchen. Der Vergleich der Ergebnisse der KlientInnenbefragung dieser Stichprobe mit dem Modellversuch allgemeinbildender Schulen, bezüglich des Klassenklimas und schulbezogener Einstellungen, weist deutlich auf eine bessere Unterrichtsqualität in den schulischen Maßnahmen der Rehabilitationseinrichtungen hin. Die subjektiven Einstellungen der SchülerInnen dieser Studie zum Unterricht, Mitschülern, Lehrern und eigenen Kompetenzen können als Hinweise für Unterrichtsqualität gewertet werden. SchülerInnenbefragungen sind eine wichtige Quelle für die



Untersuchung von Unterrichtsqualität und haben sich in Untersuchungen als valides Mittel zur Einschätzung des Unterrichts erwiesen (Gruehn, 2000; Ditton, 2002).

Auch wenn sich diese Qualität bei den MitarbeiterInnen nicht in hohen Werten bei deren Selbstwirksamkeitserwartung widerspiegelt ist anzunehmen, dass die positive Bewertung der KlientInnen bezüglich der Unterrichtsqualität, hier des Klassenklimas und der therapeutischen Behandlung, und die in den Unterrichtsbeobachtungen festgestellten Merkmale förderlichen Unterrichts, wie beispielsweise die Vermeidung von Leistungsangst auf qualitativ gute Arbeit der TherapeutInnen und LehrerInnen in Verbindung mit besseren Rahmenbedingungen (z.B. kleinere Klassen) zurückzuführen ist.

### **Erfolgsfaktoren und Hindernisse auf Einrichtungsebene**

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist folglich die Stärkung der Arbeitsleistung der MitarbeiterInnen. Die Ergebnisse der MitarbeiterInnenbefragung geben detaillierte Hinweise zum Bereitstellen als notwendig erachteter Ressourcen und die Abschaffung von Hindernissen für die MitarbeiterInnen. Hindernisse werden sowohl von den LehrerInnen als auch von den TherapeutInnen gleichermaßen mit problematischen Verhaltensweisen und Therapieabbrüchen der KlientInnen benannt. Folglich werden als Ressourcen an erster Stelle die Möglichkeit des Austauschs mit KollegInnen genannt, gefolgt von Supervision, Fallbesprechungen, Unterstützung durch Verwaltungsangestellte und dem zur Verfügung stellen von Unterrichtsmaterial. Darüber hinaus werden Hindernisse auf KlientInnen-, MitarbeiterInnen- und Einrichtungsebene benannt, wie der starken familiären Belastung der KlientInnen, nicht ausreichender Qualifizierung der MitarbeiterInnen, unzureichender Absprachen zwischen therapeutischem und schulischem Bereich oder nicht optimaler räumlicher und technischer Ausstattung. Ein Ergebnis der Unterrichtsbeobachtung ist darüber hinaus die Notwendigkeit kleine Klassen einzurichten, um eine individuelle Betreuung der SchülerInnen zu gewährleisten.

### **Erfolgsfaktoren und Hindernisse auf übergeordneter Ebene**

In der MitarbeiterInnenbefragung und den Interview werden übergeordneter Ebene das Fehlen eines zweiten jährlichen Prüfungstermins benannt, da dies Folgen für das Gelingen schulischer Qualifikation hat (siehe Interview Mitarbeiter Rittergut). Ebenso wird von den Einrichtungen auf die Ungleichbewertung bezüglich des Verfahrens von beruflicher gegenüber schulischer Qualifizierung im Rahmen von Suchtrehabilitation hingewiesen, die auch ausführlich in der ExpertInnenrunde der Abschlussveranstaltung thematisiert wurde.

Erfolgsfaktoren sind folglich mehrmals jährlich oder im Idealfall flexible Prüfungstermine, die mit der Therapiedauer der KlientInnen in Einklang zu bringen sind sowie die Verbesserung struktureller

Rahmenbedingungen, die eine größere Klarheit bezüglich rechtlicher Grundlagen und folglich auch finanzieller Absicherung von schulischer Qualifizierung im Rahmen von Suchttherapie bewirken.

### **Forschungsfrage**

- 6) Welche Akzeptanz erfahren die Maßnahmen innerhalb der Projekte und in Expertenkreisen?

Die Maßnahmen schulischer Qualifikation im Rahmen von Suchttherapie erfahren bei den vier befragten ExpertInnen eine große Akzeptanz. Alle Experten vertreten die Auffassung, dass schulische Qualifizierungsmaßnahmen die Haltekraft junger ehemals Drogenabhängiger in der Suchttherapie erhöhen. Als Begründung wurde angeführt, dass schulische Angebote persönliche Leistungsfähigkeit, Selbstbewusstsein und Motivation für die Behandlung stärken und dass Schule und Betreuung wechselseitig voneinander profitierten. Drei Experten sind folglich der Meinung, dass schulische Qualifizierungsmaßnahmen den Therapieerfolg nicht vermindern. Begründet wurde dies damit, dass Therapieerfolg und schulische Qualifizierung sich gegenseitig stützen, die Behandlung von der Schule profitiere und positive Bildungserfahrungen eine Ablösung von negativen Selbsteinschätzungen ermögliche. Horst Brömer verweist auf das Risiko einer Therapiegefährdung, wenn Schule nach „altem Stil“ betrieben werde und sich nicht an die Fähigkeiten der jungen Menschen anpasse. Bezüglich der stationären und teilstationären Einrichtungsform haben drei der Experten keine Präferenz, sondern führen für beide Formen Vor- und Nachteile an. Horst Brömer hält die Verbindung von stationär und teilstationär mit einem externen „Suchtfach-Schule“, für die nicht mehr Schulpflichtigen für eine optimale Form. Sabine Klemm-Vetterlein kritisiert an dieser Stelle die Gegenüberstellung der beiden Formen stationär und teilstationär und weist auf die oft unklare Kategorisierung hin, die in der Realität oft auf Einzelabsprachen beruhe.

Der Nutzen des Schulabschlusses wird von drei der Experten hoch eingeschätzt. Der Schulabschluss erhöhe die Chance auf einen Ausbildungsplatz. Thomas Hofsäss schätzt den Nutzen des Schulabschlusses geringer ein, da der Verdrängungswettbewerb auf dem Arbeitsmarkt sich negativ auf Personen mit besonderen Merkmalen auswirke. Auf die Zielgruppe spezialisierte überbetriebliche Einrichtungen seien deshalb wichtig für die Reintegration.

Barrieren zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt werden von den Experten neben der fehlenden schulischen Qualifikation in der Mehrfachbenachteiligung der ehemals Drogenabhängigen gesehen. Auch die unzureichende Nachbetreuung durch Therapieeinrichtungen, eine Stigmatisierung durch die Gesellschaft sowie die angespannte Arbeitsmarktlage insgesamt bzw. der geringe Anteil an Arbeitsplätzen für gering Qualifizierte werden als Barrieren angeführt.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse auf allen Ebenen der Befragung – auf KlientInnen-, MitarbeiterInnen-, Einrichtungs- und ExpertInnenebene nahelegen, dass schulische Qualifizierung im Rahmen von Suchttherapie gelingen kann, wenn Schule sich an den Lebensrealitäten und Fähigkeiten der KlientInnen orientiert und auf MitarbeiterInnen- und Einrichtungsebene entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse daraufhin, dass durch die positive Lernerfahrung, das Anstreben und schließlich erfolgreiche Absolvieren eines Schulabschlusses auch therapeutische Ziele, wie die Stärkung des Selbstwertgefühls der KlientInnen erreicht wird und sich somit Schule und Therapie nicht gegenseitig behindern, sondern von positiven, wechselseitigen Effekte auszugehen ist.

## ***Literaturverzeichnis***

Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-BREF, Kurzversion. Göttingen: Hogrefe.

Arndt-Ickert, M. & Knobloch, M. (Hrsg.) (2006). Schulprojekte für suchtgefährdete und suchtkranke junge Menschen. Hannover, Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. fdr texte Nr.5.

Ditton, H., Zehmke, M. & Babic, B. (2002). Hamburger Untersuchung zur Schul- und Unterrichtsqualität (HAUS). Bericht an die Hamburger Behörde für Bildung und Sport. Unveröffentlichtes Manuskript. Ludwig-Maximilian-Universität München.

Gruehn, S. (2000). Unterricht und schulisches Lernen. Schüler als Quellen der Unterrichtsbeschreibung. Münster: Waxmann.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M. & Strang, J. (1998). Treatment Perception Questionnaire (TPQ). National Addiction Centre/Institute of Psychiatry, London. Verfügbar unter: <http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4322EN.html> [30.03.09].

Marsden, J. et al. (2000). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the treatment perception questionnaire. In *Addiction research*, 8. (5), 455-470.

May, P. (2003). Wie diagnostiziert man guten Unterricht? In: *Grundschule*, 5, 2003.

Ricking, H. (1999). Schulische Handlungsstrategien bei Schulabsentismus. Möglichkeiten der Prävention von Schulschwänzen und Schulverweigerung. In: Buchen et al. (Hrsg.) *Schulleitung und Schulentwicklung*, 24, 1-15, Raabe: Berlin.

Satow, L. (2000). Klassenklima und Selbstwirksamkeitsentwicklung - Eine Längsschnittstudie in der Sekundarstufe I, (Dissertation), FU Berlin.

Schmitz, G. S. (2000). Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout? Dissertation, FU Berlin.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~baessler/skalen/doku.pdf> [30.03.09].

Schwarzer, R. & Schmitz, G. S. (1999). Skala zur Lehrer-Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen (S. 58-59). Verfügbar unter: <http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Lehrer-Selbstwirksamkeit/lehrer-selbstwirksamkeit> [26.04.2010].

Von Zerssen, D. (1976). Die Beschwerden-Liste, Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft mbH.

Anhang

# Ergebnisprotokoll der Auftaktveranstaltung

Evaluierung von Projekten zur schulischen Qualifizierung junger Drogenabhängiger

Auftakttagung, 29. –31. Januar 2009, Berlin

<p>SPI Forschung Team:</p> <p>Elfriede Steffan, Christiane Firnges,</p> <p>Tzvetina Arsova Netzelmann</p>	<p>Anwesend:</p> <p>7 Studienteilnehmer/innen aus 3 suchttherapeutischen Einrichtungen und 2 Schulen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Therapeutische Einrichtung Eppenhain;</li><li>• „Rittergut“, Institut für Gesundheit und Bildung e.V.</li><li>• Haus Hohenlinden</li><li>• STEP-Therapieschule</li><li>• Tannenhof-Schule Berlin</li></ul> <p>Nicht anwesend: Fachklinik und stationäre Jugendhilfe Böddiger Berg</p>
<p>Protokollant/innen: Tzvetina Arsova Netzelmann, Christiane Firnges</p>	
<p><i>Ergebnisse der Diskussionsrunde:</i></p>	
<p>Top 1 : Design des Forschungsvorhabens –Befragung von Klient/innen:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Es gibt NUR 1 Erhebungsphase, anstatt wie im Projektantrag ursprünglich geplant zwei</li><li>2. Mehrere der Einrichtungen hätten Zugang auch zu einer Vergleichsgruppe (Klient/innen der Therapieeinrichtung, die Arbeitstherapie machen, aber keine Schule) – „Rittergut“, „Hohenlinden“, „Eppenhain“, Die STEP-Schule könnte auch ehemalige Absolventen erreichen. (Dennoch wurde sich gegen solch ein Erhebungsverfahren unter damaligen Absolventen wegen der Durchführbarkeit entschlossen);</li><li>3. Es wurde dazu noch entschieden KEINE Vergleichsgruppe von Probanden/innen zu bilden, die keine schulische Qualifizierung machen, da die anderen Klient/innen sich auch in einer Maßnahme (Berufsausbildung- oder –Orientierung) befinden ;</li><li>4. Mögliche Erfolgskriterien des Forschungsvorhabens wurden diskutiert, ein Stufensystem wäre möglich: a) Teilnahme am Schulprojekt; b) Anmeldung zur Prüfung; c) Bestehen der Prüfung; d) Verbleiben in der Therapie bzw. Therapie regulär abgeschlossen; Fragen: korreliert der Schulerfolg (zufriedenstellende Noten) mit der Haltekraft der Therapie</li><li>5. Einschlusskriterien für die Proband/innen:<ul style="list-style-type: none"><li>• In manchen therapeutischen Einrichtungen beginnt die schulische Maßnahme in unterschiedlichen Abständen nach der Eingewöhnungsphase (nach 4 oder 8</li></ul></li></ol>	

Wochen Therapie), oder ziemlich bald nach der Aufnahme – deswegen kann das kein einheitliches Kriterium für das Akquirieren der Probanden/innen sein;

- Die Probanden/innen sollen sich momentan in einer Therapie befinden, d.h. stationäre medizinische Rehabilitationskliniken oder Teilstationärenbehandlung; (evtl. auch in ambulanter Therapie, dies muß mit dem BMG noch geklärt werden); Bedingung: Therapeut/in verfügt über suchtttherapeutische Ausbildung; z.B. Psychologin mit Approbation oder Arzt/Ärztin mit suchtttherapeutischer Zusatzausbildung
- Die Probanden/innen sollen aber zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 4 Wochen am Schulunterricht teilgenommen haben,
- Es werden keine Probanden/innen unter subsituierten Klienten/innen akquiriert;
- Es werden keine ambulanten Suchttherapeutischen Einrichtungen für die Probanden/innen- in die Akquise einbezogen;
- Eine besondere Gruppe Probanden/innen wird unter denjenigen gebildet, die sich zur Prüfung (je nach Prüfungstermin) angemeldet haben;
- Geschlechterverteilung: ca. 17% der Stichprobe sollte aus Frauen gebildet sein (20 Frauen insgesamt);
- Altersverteilung: 16 bis 24 Jahre alt (nach WHO-Qualifizierung für Heranwachsende und Jugendliche)

6. Gesamtstichprobegröße: 120 Proband/innen – 100 Männer und 20 Frauen

- Erste Einschätzung der Probandenzahl pro Einrichtung:

Eppenhain – 20, Rittergut – 20, Hohenlinden – 10 (nur Männer), Böddiger Berg – 10? (noch zu Bestätigen), STEP und TANNENHOF Schulen – jeweils 20

7. Erhebungszeitraum: offen nach Vereinbarung (zwischen März und September 2009) – es wird von 2 Erhebungsbesuchen bei jeder Einrichtung ausgegangen – geschätzte 3-4 Tage insgesamt für 20 Interviews;

8. Voraussichtliche Prüfungstermine – geeignete/r Zeitpunkt/e für die Erhebung:

- Hohenlinden – erste Prüfung – Ende April bis Anfang Juni 2009 (aus zwei Gruppen), erster Durchgang von 5 Klienten, zweite Prüfung – Oktober 2009 (weitere 5 Klienten);
- Rittergut – 1. Prüfung – Ende März/Anfang April, Ende September neu befragen
- Eppenhain – egal wann, die Prüfungen werden in der Einrichtung intern organisiert;
- Tannenhof – Prüfung - März in Berlin;
- STEP - 1. Prüfung – Ende März und April; nicht in den Schulferien: 30.03-14.04, neuer Kursanfang ab 01. August, im September neuen Durchlauf befragen
- Böddiger Berg

9. Proband/innen – Vertrag und Entschädigung

- Der Vertrag wird in den betreuenden therapeutischen Einrichtungen/Schulen abgeschlossen;
- Die Entschädigung (Höhe von 20 EUR) wird am Tag des Interviews von SPI gezahlt;



- Es gibt Unstimmigkeiten bzgl. der Empfänger der Entschädigung (manche Einrichtungen würden gern das Geld auf die Gruppenkasse („Ausgehkasse“) bekommen, andere doch nicht – es gibt persönliche Patientenkonten)
- Nach Klärung mit BMG kann SPI den Entschädigungsbetrag nur der befragten Person zahlen, bzw. auf das Patientenkonto anweisen.

#### 10. Instrumente:

##### A: Der Basisdatenbogen:

- Kann weder von den teilnehmenden Einrichtungen ausgefüllt werden, noch können sie (diejenige, die über solch einen verfügen) den Datensatz elektronisch an das SPI schicken. Außerdem ist er in der jetzigen Form zu lang.
- Der Basisdatenbogen wird vom SPI als Einstiegsinstrument beim face-to-face Interview verwendet (in einer gekürzten Form)
- Neuvorgeschlagene Items/Kategorien:
  - a. Anamnese von Erkrankungen: Depression, ADHS, PTSD, Angsterkrankungen, selbstverletzendes Verhalten, Eßstörungen, Dissoziale Persönlichkeitsstörung.
  - b. Beschwerdenliste (als subjektive Wahrnehmung von Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen),
  - c. vorhandene Diagnosen vom Arzt

##### B: Der WHO-Lebensqualität-Bogen:

- Selbstausfüller, wird an die Proband/innen bei der Vertragabschließung ausgegeben (wenn die akquirierte Gruppe besteht);
- Wird im geschlossenen Umschlag zurück an das SPI geschickt
- Bitte an die Betreuer/innen: Hinweis an die Proband/innen geben, dass der WHO-Bogen sich auf die letzten zwei Wochen Aufenthalt in der therapeutischen Einrichtung bezieht.

##### C: Das Instrument für face-to-face Interview

- Wird vom SPI Team durchgeführt je nach vereinbartem Termin;
- Bemerkungen zum Inhalt:
  - Item 13 – fehlt Ende des Satzes;
  - Items XXX – Lehrer/Lehrer – sollte durch Plural und weibl./männl. Form ersetzt werden -die Lehrer, die Lehrer/innen
  - Items XXX – dasselbe gilt für die Betreuer/innen
  - Ein Paar neue Items entwickeln, die Bezug auf die Dynamik der Veränderung haben, im Sinne von: *„meine Konzentration/Leistung habe ich verbessert, bin besser in.... geworden“ u.s.w* – die sollen die Selbsteinschätzung der Wirkung des schulischen Maßnahme messen;
  - Ein Paar neue Items, die direkt die Verzahnung Therapie/Schule ermitteln, z.B.: *„Arbeiten deine Betreuer/innen mit Dir zusammen an deiner schulischen Leistung?, Wie finden deine Betreuer/innen, dass Du zu Schule gehst?“ u.s.w.*

#### Top 2 : Design des Forschungsvorhabens –Befragung von Mitarbeiter/Innen

- Es werden jeweils 4 Mitarbeiter/innen befragt – 2 therapeutische Betreuer/innen und 2

Lehrer/innen;

- Das Ziel der Befragung ist keine Bewertung der therapeutischen- oder schulischen Leistung sondern die Sichtweise und die subjektive Einschätzung der wechselseitigen Wirkungen von Schule und Therapieerfolg;
- Analyse der Erfolgs- und Hindernis-Faktoren für die Verzahnung der beiden Maßnahmen; Beobachtung von alltäglichen schulischen Situationen, Unterrichtssequenzen – exemplarische qualitative teilnehmende Beobachtung der methodischen Herangehensweisen im Rahmen des Unterrichts – nur in ein Paar ausgewählten Schulen;

### **Top 3 : Design des Forschungsvorhabens – Befragung anderer Experten/innen**

- Es werden 6 bis 8 überfachliche Experten/innen und s.g. Stakeholder im Bereich Drogentherapie, Ansätze der Qualifizierungsmaßnahmen (Schulungsträger, Kostenträger, drogenpolitische Entscheidungsträger) befragt:
- Vorschläge für relevante Experte:
  - Deutsche Rentenversicherung Bund;
  - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
  - Landesdrogenbeauftragte;
  - Bundesdrogenbeauftragte (*Frau Bätzing*)
  - Kultusministerien (z.B. Sachsen);
  - Krankenkassen;
  - Drogenreferat (Berliner Senat);
  - Träger aus Bereich Suchttherapie – stationäre-, teilstationäre, ambulante Therapie und Substitution

### **Top 4 : Entwicklung von Konzept eines Handbuches**

- Es sind noch viele Fragen offen : für Wen? Was genau? Wie und von Wem wurde es geschrieben?
- Die Aufgabe der Entwicklung geht über das Projekt hinaus, im Projektzeitraum sollen nur die Ziele und der Umfang des Handbuches umrissen werden;
- Ziel: Exemplarische Darstellung der verschiedenen Schulqualifizierungskonzepte unter Berücksichtigung der Unterschiede in den jeweiligen Suchtherapieansätze und der jeweiligen Landesregelungen, mit Nennung evtl. Schwierigkeiten (ADD Rheinland-Pfalz, Kultusministerium Sachsen etc.)
- Einige Vorschläge für Struktur und Themen:
  - Theoretische Anleitung;
  - Darstellung der Situations- und Bedarfs-Analyse – die Schwierigkeiten der Verzahnung von Therapie und Schule klar benennen;
  - Praxis-bezogene Beispiele (d.h. wie baut man schulische Maßnahme im

<p>Therapiekontext auf?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterschiedene Methoden und Gestaltung des Unterrichts in der Drogentherapie;</li> <li>▪ Erfolgsfaktoren und „Tipps“ von den Peers (aus der Studie der Probanden/innen)</li> </ul>
<p>Top 5 : Auswertung, Berichterstattung, Evaluierungskonferenz;</p> <p>Konferenz findet Anfang Dezember in Berlin statt bestehend aus</p> <p>Abschlußsitzung und 1-tägiger Fachtagung für die Verbreitung der Ergebnisse der Studie</p>

# Probandenvertrag

SPI Forschung  
gGmbH  
Kohlfurter Str.  
41-43  
10999 Berlin  
030 / 252 16 19  
Fon

## Studienvertrag „Schule und Therapie“

Im Rahmen der Evaluationsstudie „**Schulische Qualifikationsmaßnahmen im Rahmen stationärer Suchttherapie**“, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, schließt der Proband

**mit der Code-Nummer:**\_\_\_\_\_

mit der

SPI Forschung gGmbH

Kohlfurterstr. 41-43

10999 Berlin

folgenden Studienvertrag ab, der unter Beratung mit dem Zuständigen des Berliner Datenschutzes erstellt wurde.

Der Vertrag beinhaltet die Teilnahme an einer Fragebogenerhebung und einem Einzelinterview im Jahr 2009. Inhalt der Befragung ist der Gesundheitszustand und der Drogenkonsum sowie die soziale und psychische Befindlichkeit, im Hinblick auf eine Verbindung von Therapie und schulischer Qualifikation.

Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin erklärt sich bereit, nach einer Benachrichtigung durch die SPI Forschung gGmbH zu den Interviewterminen zur Verfügung zu stehen. Informationen zum späteren Verlauf der schulischen Qualifikation und der Suchttherapie dürfen von der Einrichtung an die SPI Forschung gGmbH auch weitergegeben werden, falls der Teilnehmer/die Teilnehmerin zu diesem Zeitpunkt die Einrichtung bereits verlassen hat.

Die Teilnahme an der Erhebung ist freiwillig und kann unter Angabe der Code-Nummer widerrufen werden. Alle Angaben werden vertraulich behandelt, bei der Durchführung und der Auswertung werden die Daten verschlüsselt (Code-Nummern), Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich, da nur die Einrichtung Namen *und* Code-Nummern kennt. Das 1. Exemplar dieser Einverständniserklärung verbleibt beim Teilnehmer, das 2. Exemplar verbleibt in der Einrichtung und wird dort nach Studienende vernichtet.

Für die Teilnahme steht eine Entschädigung von Euro 20,- zur Verfügung, die in bar an den Probanden ausgezahlt und quittiert wird. Die Quittung wird verschlossen bei SPI Forschung aufbewahrt und nur zum Zwecke der Rechnungsprüfung geöffnet.

Ort und Datum:.....

---

---

TeilnehmerIn / Namenskürzel

---

SPI Forschung gGmbH

## Tagesordnung

### **„Evaluation von Projekten zur schulischen Qualifikation junger**

### **Drogenabhängiger“ Abschlussveranstaltung vom 4. bis 5.12.2009 in Berlin.**

Die Tagungsräume im Centre Français de Berlin, Müllerstr. 74, 13349 Berlin (Raum 115, Nice) erreichen Sie über die U 6, U-Bhf. Rehberge, in Fahrtrichtung rechts aussteigen, ca. 100 m: [www.hoteldefrance-berlin.de](http://www.hoteldefrance-berlin.de).

## Tagesordnung

Freitag 4.12.2009

- |       |  |
|-------|--|
| 14:00 | Veranstaltungsbeginn<br>Begrüßung und Vorstellung der Tagesordnung           |
| 14:15 | Präsentation ausgewählter Evaluationsergebnisse der KlientInnenbefragungen   |
| 15:00 | Präsentation von Ergebnissen zur Beantwortung der zentralen Forschungsfragen |
| 15:30 | Austausch mit VertreterInnen der Rentenversicherungsträger                   |
| 16:00 | <i>Kaffeepause</i>   |
| 16:30 | Fortsetzung Präsentation der Ergebnisse und Diskussion                       |
| 18:00 | Ende des Workshoptages   |
| 19:00 | <i>Gemeinsames Essen im Café Orange, Oranienburger Straße 32</i>             |

Samstag 5.12.2009

- |       |  |
|-------|--|
| 9:30  | Kurzreferat Albert Kern, BMG mit anschließender Diskussion         |
| 11:00 | <i>Kaffeepause</i>   |
| 11:15 | Diskussion des Themas Handbuch junger Drogenabhängiger             |
| 12:15 | Diskussion der Perspektiven der Projekte schulischer Qualifikation |
| 13:00 | Ende der Veranstaltung   |

## Protokoll der Abschlussveranstaltung

**„Evaluierung von Projekten zur schulischen Qualifikation junger Drogenabhängiger“**

**Abschlussveranstaltung, 4. – 5. Dezember 2009, Berlin**

### Tagungsprotokoll

**SPI Team:** Elfriede Steffan, Christiane Firnges, Victoriya Kolarova, Christine Körner

**Teilnehmer/innen der evaluierten Einrichtungen:** Johannes Winckler, Uwe Wicha, Dirk Kerber, Cornelia Booß-Ziegling, Dr. Jana Biesenbach, Gabriele Laubmann,

**Experten:** Horst Brömer, Vera Kalinna

**Rentenversicherung Bund:** Herr Dr. Köhler, Frau Müller-Simon (nur Freitag 14 - 16 Uhr)

**BMG:** Albert Kern

**Protokoll:** Christine Körner

**I. Eröffnung:** Elfriede Steffan, Projektkoordination, Begrüßung und kurze Vorstellung des Tagungsprogramms

**II. Vorstellungsrunde:** aller Anwesenden, Albert Kern (BMG) bat darum, dass jede Einrichtung hierbei auch ihren federführender Beleger benennt

Elfriede Steffan, SPI Forschung gGmbH

Christiane Firnges, SPI Forschung gGmbH

Victoriya Kolarova, SPI Forschung gGmbH

Christine Körner, SPI Forschung gGmbH

Albert Kern, BMG

Herr Dr. Köhler, Rentenversicherung Bund

Frau Müller-Simon, Rentenversicherung Bund

Uwe Wicha, Dirk Kerber, **„Rittergut“ und „Alte Flugschule“. Institut für Gesundheit und Bildung e.V., Großrückerswalde, Sachsen**

Federführender Beleger: Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland; 10 – 20% Krankenkassen

Insgesamt 56 Klienten im Jahr (Berufsqualifizierung 32 Plätze, Schule 24 Plätze)

Stationäre Suchtherapieeinrichtung

Externe Prüfungen, abwechselnd in Chemnitz und Bremen

Gabriele Laubmann, **Tannenhof-Schule Berlin**

Federführender Beleger: Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg

Hauptbeleger: Berliner Senat, da es ein anerkannter Schulversuch ist, des Weiteren erhalten sie Mittel über das Drogenreferat und ESF

90 Schulplätze

Zwei externe Prüfungen

Cornelia Booß-Ziegling, **STEP-Therapieschule, FB Ambulant/Jugendhilfe der STEP gGmbH**

Teilstationäre Wiedereingliederungsmaßnahme

50 Schulplätze

Federführender Beleger: niedersächsischer Sozialhilfeträger

Quote für Abbrecher: 50%

Externe Prüfung, Quereinstieg jederzeit möglich

Johannes Winckler, **Therapeutische Einrichtung Eppenhain**

Federführender Leistungsträger: z.T. Deutsche Rentenversicherung Hessen, Krankenversicherung usw.

Träger: ISEB „Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“, insgesamt 120 Plätze

Stationäre Suchttherapeutische Einrichtung

Davon 30 Plätze in Eppenhain

Genehmigte private Sonderschule

Zwei Prüfungen im Jahr

Dr. Jana Biesenbach, **Haus Hohenlinden** in Remagen

Hauptkostenträger: Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und die Krankenversicherungen

Stationäre Suchttherapeutische Einrichtung, 32 Plätze

Prüfung Hautschulabschluss intern

Enge Verzahnung von suchttherapeutischen und schulischen Angeboten als Modellprojekt

III. Kurze Vorstellung der Evaluation und Darstellung der Evaluationsergebnisse

**Christiane Firnges hat dabei die folgenden Punkte kurz vorgestellt:**

Hintergrund und Ziel der Evaluation

Fragestellungen (5 Leitfragen)



Sind Effekte der qualifizierenden schulischen Maßnahmen messbar?

Erhöhen Maßnahmen der schulischen Qualifikation die Haltekraft der Therapie?

Verstärken Maßnahmen zur schulischen Qualifikation therapeutische Prozesse oder führen erneute Misserfolgserlebnisse im Rahmen der Maßnahmen zu mehr Abbrüchen der Therapie?

Welche Erfolgsfaktoren und welche Hindernisse auf Klienten-, MitarbeiterInnen-, Einrichtungs-, und Drogenhilfesystemebene können identifiziert werden?

Wie sollten Qualifizierungsmaßnahmen in stationären Therapieeinrichtungen gestaltet sein?

Projektpartner

Verschiedene Befragungsebenen:

Ebene 1: Klienten

Ebene 2: Mitarbeiter, Unterrichtsbeobachtung, Experten, Konzipierung und/oder Diskussion eines Handbuchs

die Einteilung der Einrichtung in teilstationär oder ambulant ist in den Einrichtungen STEP und Tannenhof schwierig, da sich für die KlientInnen die Therapie- und Betreuungsform im Laufe der schulischen Qualifizierung verändern kann (anfangs ambulante, schließlich keine Betreuung) als Einschlusskriterium für die Aufnahme in die Stichprobe musste der/die Klient/in sich unter anderem in Suchttherapie oder Betreuung befinden; der Proband durfte jedoch nicht substituiert werden

Es wurden folgende Evaluationsergebnisse angesprochen:

#### *Mögliche Effekte schulischer Maßnahmen auf schulbezogene Einstellungen*

Es besteht ein möglicher Zusammenhang von dem erlebten „niedrigen“ Anforderungsniveau in den Maßnahmen schulischer Qualifikation zu der geringer erlebten schulbezogener Hilflosigkeit der KlientInnen.

Es ist also anzunehmen, dass Aspekte des Klassenklimas wie Fürsorglichkeit, individuelle Förderung und ein positives Klima unter den SchülerInnen einen positiven Effekt auf die schulbezogenen Einstellungen der SchülerInnen haben. Dieser Effekt kann ebenso umgekehrt angenommen werden.

#### *Mögliche Effekte schulischer Maßnahmen auf nicht schulbezogene Einstellungen:*

Das Klassenklima und schulbezogene Einstellungen beeinflusst möglicherweise auch nicht schulbezogene Einstellungen wie den Optimismus der KlientInnen positiv. Der Effekt ist aber durchaus auch umgekehrt denkbar.

Das positive Klassenklima und die nicht erlebte schulbezogene Hilflosigkeit beeinflusst möglicherweise auch *nicht* schulbezogene Einstellungen wie die soziale Selbstwirksamkeitserwartung der KlientInnen positiv. Auch hier ist der Zusammenhang auch umgekehrt denkbar.

#### *Mögliche Effekte schulischer Maßnahmen auf die therapeutische Behandlung:*

Die therapeutische Behandlung könnte positive Effekte auf schulbezogene Einstellungen haben und umgekehrt.

Je hilfreicher die KlientInnen den Schulbesuch für ihre Alltagsstrukturierung empfinden desto zufriedener sind sie auch mit der therapeutischen Behandlung in der Rehabilitation und umgekehrt.

Je mehr sich die KlientInnen von ihren Lehrer/innen darin bestärkt fühlen in der Therapie mitzuarbeiten desto zufriedener sind sie auch mit der therapeutischen Behandlung in der Rehabilitation und umgekehrt.

Beide Zusammenhänge weisen auf mögliche positive Effekte der schulischen Qualifizierungsmaßnahme auf die therapeutische Behandlung hin. Der Effekt ist auch umgekehrt denkbar.

#### IV. Diskussion der Ergebnisse

**Diskussionspunkt:** Finanzierung der schulischen Qualifizierung junger Drogengebraucher

##### ***Rentenversicherung:***

Grundsätzlich zahlt RV Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit (Sucht, Psychotherapie)

RV ist eine Versicherung für versicherungspflichtige Beschäftigte (Rente, Rehabilitation), deswegen Unterscheidung zwischen schulischer und beruflicher Qualifizierung

Zuständigkeit für berufliche Rehabilitation und medizinische Rehabilitation

Die schulische Ausbildung fällt in die Verantwortung der Bundesländer

Die Suchttherapie darf durch die schulische Qualifikation weder verlängert, verhindert noch negativ beeinflusst werden, denn es ist ein zusätzliches therapeutisches Angebot

Weiteres Problem: Behandlungsdauer (ist die Suchttherapie vorbei, so auch die schulische Qualifikation)

Bedenken, dass eine suchtttherapeutische Maßnahme mit schulischer Qualifikation höhere Kosten verursachen könnte, als andere herkömmliche suchtttherapeutische Angebote (z.B. Ausbildungsmöglichkeiten)

##### ***Einrichtungen:***

Das Angebot schulischer Qualifikation motiviert stark, man erreicht zudem eine Therapiemotivierung jüngerer Menschen (die Bedeutung schulischer Qualifikation ist dieser Zielgruppe bewusster und oft auch vertrauter als andere suchtttherapeutische Maßnahmen)

Problem der Länderfinanzierung: Jugendliche sind nicht mehr schulpflichtig

Problem externer Prüfungen: passen nicht zu Therapieeinheiten

Häufig verweigert das JobCenter die Finanzierung schulischer Qualifikationen (da die Klienten dem Arbeitsmarkt in dieser Zeit nicht mehr zur Verfügung stehen)

Kosten für die RV dieselben, denn wenn Klienten keine Schultherapie machen, dann Arbeitstherapie oder gar keine (auf Dauer teurer)

ca. 17,4% der Klienten in Rehabilitation insgesamt, hat keinen Schulabschluss, deswegen gibt es eine hohe Nachfrage nach Angeboten schulischer Qualifikation und ohne Schulabschluss kein Arbeitsmarktzugang

### **Forderungen der Einrichtungen**

Gleichstellung von Arbeitstherapie und Schultherapie, zeitlicher und personeller Aufwand sind gleich (statt Betreuer Lehrer)

JobCenter sollten schulische Qualifikation dulden

Flexibles System (schulische Qualifizierung beginnt in stationärer Einrichtung und kann in einer ambulante Einrichtung weitergeführt werden)

### **BMG**

Gesetzesänderung zur Definition des Aufgabenbereichs der Rentenversicherung ist aufgrund der geringen bundesweiten Anzahl an Klienten sehr unwahrscheinlich und würde viele Jahre dauern

### **Vereinbarung mit der Rentenversicherung**

Sendung ausführlicherer Informationen zur Studie an die Rentenversicherung (möglicherweise über den BMG), dazu auch Informationen zu Wünschen und Problemen der Einrichtungen;

Rentenversicherung wird diese Ergebnisse dann noch einmal intern besprechen

Ebenfalls Zusendung einer kompletten Zusammenstellung von (suchtttherapeutischen) Einrichtungen die eine schulische Qualifikation anbieten (ergänzende Zusammenstellung des Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr))

V. Fortsetzung und genauere Vorstellung vorläufiger Evaluationsergebnisse

*(die Vertreter der Rentenversicherung Bund konnten aus Zeitgründen nicht länger an der Veranstaltung teilnehmen)*

Eine detailliertere Darstellung der Ergebnisse mit tabellarischen Übersichten ausgewählter Werte und Häufigkeiten befindet sich in der PowerPoint Präsentation.

#### Stichproben und Projektbeschreibung

##### Eingesetzte Instrumente der KlientInnenbefragung

Verteilung der Stichprobe nach Einrichtung, Geschlecht, Alter, Schulabschluss

Probanden aus stationären Einrichtungen 53,4%; teilstationären Einrichtungen 46,6%

22,4% weibliche und 76,6% männliche Probanden

Sehr viele Probanden sind jung, das am häufigsten genannte Alter beträgt 17 Jahre

44% der befragten haben keinen Schulabschluss

##### Besprechung der angegebenen Gründe „Schulversagen“ und Besprechung des bisherigen

##### Drogenkonsums

Am häufigsten wurde der Konsum von Drogen und Alkohol (40,5%) und Andere Gründe (23,3%)

genannt, unter letzteres fallen unter Anderem körperliche und psychische Probleme und

Erkrankungen, Motivationslosigkeit, Kritische Lebensereignisse

Es waren bei der Angabe des bisherigen Drogenkonsums Mehrfachantworten möglich, die häufigsten

Nennungen vielen auf (nach absteigender Häufigkeit geordnet) Cannabis, Tabak, Alkohol,

Amphetamine und Kokain

##### Vergleich der Skalenmittelwerte (Stichprobe drogenabhängiger Probanden und Stichprobe allgemeinbildender Schulen)

Die Probanden fühlen sich weniger hilflos in Bezug auf schulische Anforderungen, empfinden die Bezugsnormierung der Lehrer als individueller (d.h. der Lehrer würdigt ihrer Ansicht nach individuelle Leistungsfortschritte insbesondere bei schwächeren Schülern) und sind stärker mit dem Unterricht zufrieden als die Schüler des Schulversuchs.

Andere Skalenmittelwerte weisen auf einen höheren Optimismus, eine stärkere Lehrerfürsorglichkeit und ein besseres Schülersozialklima hin als im Schulversuch.

Bei der Interpretation der Werte ist zu bedenken, dass die Vergleichsstichprobe des Modellversuchs mit 16 Jahren einer wesentlich niedrigeren Altersgruppe und entsprechenden Entwicklungsphase angehört, als ein Teil der Probanden der Evaluation mit einem Durchschnittsalter von 20 Jahren.

Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass die Stichprobe der Evaluation wesentlich kleiner ist, so dass die Ergebnisse nicht als repräsentativ für die Population ehemals drogenabhängiger Schüler/innen in Suchttherapie gewertet werden kann.

##### Auswertung selbstentwickelter Items

Item „Schule und Therapie haben für mich nichts miteinander zu tun.“ Ist besonders, da es eine gleichmäßige Verteilung gibt

Auswertung Hauptantrieb den Schulabschluss zu machen

Es waren Mehrfachantworten möglich

Die Hälfte der Befragten gaben als Hauptantrieb an, Clean bleiben zu wollen

64,7% hatten einen konkreten Berufswunsch oder bezogen sich auf berufliche Ziele und Perspektiven

Andere genannte Gründe waren: etwas sinnvolles tun, Selbstwerterhöhung/ Bestätigung von der Familie erfahren, Etwas im Leben erreichen/ eine „Normalisierung“ des Lebens

Auswertung Lebensqualität

Die Lebensqualität ehemals Drogenabhängiger in der vorliegenden Stichprobe ist im Vergleich mit einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung erheblich geringer, aber besser als die einer Stichprobe psychiatrischer Patienten.

Auswertung Zerssen (körperliche Beeinträchtigung)

Ähnlich wie bei den Skalenmittelwerten Lebensqualität (WHOQOL) liegt der Mittelwert der Probanden deutlich über dem Mittelwert der gesunden Allgemeinbevölkerung, aber etwas unter den Mittelwerten einer Stichprobe von Patienten mit verschiedenen Körpererkrankungen und deutlich unter dem Mittelwert einer Stichprobe von Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen.

Anonyme MitarbeiterInnenbefragung

Bei der quantitativen Befragung (Fragebogen) gaben die MitarbeiterInnen als Belastungen „problematische“ Verhaltensweisen der SchülerInnen/ KlientInnen und Therapieabbrüche der SchülerInnen/ KlientInnen an

Ressourcen sind für sie unter anderem die Kommunikationsmöglichkeiten mit anderen LehrerInnen und TherapeutInnen, Supervision und Teamsitzungen

Die Qualitative Befragung der LehrerInnen und TherapeutInnen ergab einen Bedarf an weiteren Ressourcen bezüglich der technischen und räumlichen Ausstattung und zusätzliche Stellen, um eine intensivere Betreuung der KlientInnen zu ermöglichen

Hindernisse für das Gelingen schulischer Qualifikation von KlientInnen im Rahmen von Suchttherapie sehen LehrerInnen und TherapeutInnen auf Klientenebene unter anderem bei persönlichen Belastungen und Vorbelastungen, ungenügender Motivation, Hohe Belastung durch Anforderungen in Therapie und Schule. Auf Mitarbeitererebene können Burnout bei Mitarbeitern, fehlendem gemeinsamen Vorgehen und Nicht ausreichende Qualifikation Hindernisse sein.

Hinweis der fehlenden Expertenbefragung und auf fehlende Auswertung der  
Unterrichtsbeobachtung

<b>Anregungen für die weitere Auswertung:</b>
Inwiefern gibt es Unterschiede bei der Datenauswertung zwischen teilstationären und stationären Einrichtungen?
Welche Unterschiede gibt es hinsichtlich der Haltequote bezüglich des Geschlechts, Alter, Migrationshintergrund, der Schul- und Suchttherapieart? Ist die Haltekraft schulischer Qualifikation höher/gleich der Arbeitstherapie?
Vom Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe sollten entsprechend Daten über die Einrichtungen angefordert werden (u.a. bezüglich Alter, durchschnittliche Verweildauer, mit und ohne schulischer Qualifikation)
Nachfragen nach Erfolg der schulischen Qualifizierung der Probanden.

**Diskussion über mögliche Experten die Befragt werden können:**

**Ein Mitglied eines Schulrats**

**Prof. Dr. Dieter Henkel**

**Sabine Klemm-Vetterlein (Landeskoordination Integration NRW)**

**Frau Bindingshaus, Leiterin der Hermann-Hesse-Schule**

**Frau Dr. Potz-Franke (?) (Leiterin vom Haus an der Polz)**

**Herr Kronthaler (easy contact, Condrobs e.V.)**

**Bundesagentur für Arbeit**

**Experte für Privatschulen (bezüglich alternativer Finanzierung)**

**Christian Heise (hat Haus Weitenau, Baden-Württemberg genehmigt)**

**Zuständiges Schulamt, Oberschulamt oder Senat**

**Jmd. der Schulbehörde in Rheinland-Pfalz (da dort zwei Prüfungen angeboten werden und die Schüler ihren Hauptwohnsitz nicht in Rheinland-Pfalz haben müssen)**

VI. Kurzreferat von Albert Kern (BMG) mit anschließender Diskussion

**Thema:** Forschungsprojekt „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II – eine bundesweite Erhebung der SGB II-Träger“

Die Inhalte des Referats können der PowerPoint-Präsentation entnommen werden.

## VII. Diskussionsergebnisse bezüglich des Handbuchs

<b>Handreichung statt Handbuch</b>
Gegenwartsbezogen: Zusammenstellung aller Einrichtungen die schulische Qualifikation anbieten, ihrer Finanzierung und die rechtliche Situation
Als ein Profil des Angebots als Basis zur Adaption
Aufzeigen der Schnittstellen zu anderen Einrichtungen (Suchtberatung, Arbeitsamt, Arbeitsmarktintegration etc.)
Rahmenbedingungen der Nicht-Schülerprüfung (auch nach Bundesländern)

### Forderungen

Ziel der Modellprojekte ist Verortung, Weiterentwicklung und Einbindung; d.h. schulische Qualifizierung und Suchttherapie als ein akzeptiertes Modell (in verschiedenen Formen wie z.B. stationär, teilstationär, ambulant) der Rentenversicherungen  
gezielte Finanzierung, Ausdehnung, Ausdifferenzierung  
die RV sollten Personen, die eine suchttherapeutische Maßnahme benötigen und keine oder eventuell nur eine unzureichende schulische Qualifikation haben dementsprechend vermerken, um sie gezielt den entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen, die schulische Qualifizierungsmaßnahmen anbieten, zuweisen zu können.

### Bestehende Problematik

Rentenversicherung hat spezifische Anforderungen an den Personalschlüssel in stationären Einrichtungen (für die Form der Schultherapie müsste dies entsprechend verändert werden)  
Es existiert kein Konsens über den Stellenwert schulischer Qualifikation im Rahmen von Suchttherapie

### To-Do/ Offenes/Perspektiven:

Weitere Vernetzung unter den Einrichtungen  
Draft/ Entwurf vorher ans Ministerium; Bericht an die Rentenversicherung Bund bis April  
Umfang und Kosten bezüglich des Handbuchs/ der Handreichung muss noch mit BMG weiter besprochen werden.  
Fdr mögliche Plattform für die Vernetzung aller Schulprojekte, existiert seit 4,5 Jahren, jährliches Treffen  
Ergebnisse können dort vorgestellt werden (nächstes Treffen im März), auch Ort für Fortbildung und fachlichen Austausch.  
Bundesbeauftragte für Drogen (Dychus (FDP)) evtl. bei Vortrag/Treffen dabei  
BMAS → juristischer Bereich und Möglichkeiten

Die Evaluationsergebnisse und Forderungen könnten auf Konferenzen, ARGEE-Schnittstellen, DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren) und dem Drogen- und Suchtrat vorgestellt werden

#### **VIII. Abschlussrunde**



## Fragebogen KlientInnenbefragung: Soziodemographische Daten

## Evaprojekt Schulische Qualifikation im Rahmen stationärer

## Suchttherapie Sucht- und Schulkarriere

Seite - 113 -

		Zuständ. InterviewerIn	
Code-Nr.		Geschlecht	① Männlich    ② Weiblich
Einrichtung		Alter	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Staatsangehörigkeit		aktuell gültig <input type="checkbox"/> (nur bei Migranten)	
Migrationshintergrund                      nein              ja			
Betreuungsbeginn		Betreuungsart	Teilstationär <input type="checkbox"/>
Beginn schulische Qual.		Stationär <input type="checkbox"/>	Ambulant <input type="checkbox"/> → Ausschuß

## Basisdaten

Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkender Folgen ☐ nein ☐ ja

1	Keine gerichtliche Auflage	2	BtMG	3	Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz	4	Andere strafrechtliche Grundlage
---	-------------------------------	---	------	---	---------------------------------------	---	-------------------------------------

Weitere Auflagen durch ☐ nein ☐ ja

1 Arbeitgeber	4 Straßenverkehrsbehörde
2 Rentenversicherung / Krankenversicherung	5 Jugendamt
3 Arbeitsagentur / Job-Center / ARGE	6 Sonstige

<b>Bewährungsaufgabe</b> (optional)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Jemals zuvor suchtbezogene Hilfe beansprucht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
--	-------------------------------	-----------------------------

## Vorgeschichte

Medizinische Notfallhilfe	<input type="checkbox"/>	Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation) ambulant, teilstationär, stationär	<input type="checkbox"/>
Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	<input type="checkbox"/>	Adaptionsbehandlung	<input type="checkbox"/>
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	<input type="checkbox"/>	Sozialtherapeutische Maßnahmen (ambulant, teilstationär, stationär)	<input type="checkbox"/>
Sonstige medizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/>	Psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>
Entzug / Entgiftung	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>
Ambulante Beratung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Maßnahmen	<input type="checkbox"/>

## Aktuelle Maßnahmen und Interventionen Suchttherapie

### Art der Betreuung

Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Adaptionsbehandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nachsorge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstige Maßnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

## Soziodemographische Angaben

### Familienstand

1 Ledig    2 Verheiratet, zusammenlebend    3 Verheiratet, getrennt lebend    4 Geschieden    5 Verwitwet

### Partnerbeziehung

1 Allein stehend    2 Zeitweilige Beziehungen    3 Feste Beziehungen    4 Sonstiges

### Lebenssituation außerhalb der stationären Einrichtung

<b>Allein lebend</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
✓ <b>Wenn nicht allein lebend, lebt zusammen mit</b>		
• Partner(in)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Kind(ern)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Eltern(-teil)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Sonstiger/n Bezugsperson/en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
• Sonstiger/n Person/en	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### Kinder

Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren

Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18 Jahren

### Höchster bisher erreichter allgemein bildender Schulabschluss

- 1 Ohne Schulabschluss abgegangen
- 2 Sonderschulabschluss
- 3 Hauptschulabschluss
- 4 Erweiterter Hauptschulabschluss
- 5 Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule

### Schulabschluß erworben durch:

1. Allgemeinbildende Schule
2. Zweiter Bildungsweg (Volkshochschule, Förderschule etc.)

### Höchster Ausbildungsabschluss

1 Keine Berufsausbildung abgeschlossen	3 Anderer Berufsabschluss
2 Abgeschlossene Berufsausbildung	

Schulkarriere	
1 Letzte besuchte Schulart	
a. Hauptschule	<input type="checkbox"/>
b. Sonderschule	<input type="checkbox"/>
c. Realschule	<input type="checkbox"/>
d. Gesamtschule	<input type="checkbox"/>
e. Gymnasium	<input type="checkbox"/>
2 Abgegangen in Klasse _____	
3 Wie oft nicht versetzt _____	
4 Ab welcher Klasse häufig geschwänzt _____	
5 Jahre seit letztem regulären Schulbesuch	<input type="text"/> <input type="text"/>

Gründe für Schulversagen (soweit bekannt)		Hauptgrund: _____
1 Konsum von Drogen oder/und Alkohol	4 Disziplinprobleme	
2 Leistungsprobleme	5 Schwänzen	
3 Probleme in der Familie	6 anderes _____	

Problematische Schulden				
Situation zu Betreuungsbeginn				
1 Keine	2 bis 10.000 Euro	3 bis 25.000 Euro	4 bis 50.000 Euro	5 Mehr

Konsum von psychotropen Substanzen				
Überwiegende Konsumart vor Betreuungsbeginn				
1 Injektion	2 Rauchen/Inhalieren/Schnüffeln	3 Essen/Trinken	4 Schnupfen/Sniefen	5 Andere Arten

Substanz(gruppe)	Überwiegend. Konsum vor Betreuungsbeginn	Alter bei Erstkonsum	Riskanter Konsum
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Opioide			
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere opiathaltige Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Cannabinoide	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sedativa / Hypnotika			
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Benzodiazepine (z.B. Valium)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Sedativa / Hypnotika	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kokain			
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stimulanzen			
Amphetamine (z.B. Speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
MDMA (=Ecstasy) + verwandte Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Stimulanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Halluzinogene			
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
And. Psychotr. Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hauptsubstanz:

\_\_\_\_\_

Maßnahmen schulische Qualifizierung

Art der schulischen Qualifikation	Intern	extern
Vorkurs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hauptschulkurs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Erweiterter Hauptschulabschluß	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Realschulkurs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gymnasiale Oberstufe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstige Maßnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wiederholte Aufnahme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Abbrüche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wie Viele _____

Abschlussdaten (eventuell nachtragen)

Datum des Betreuungsendes	
---------------------------	--

Art der Beendigung	<input type="checkbox"/>
<div>1. Regulaer nach Beratung / Behandlungsplan</div> <div>2. Vorzeitig auf aertztliche / therapeutische Veranlassung</div> <div>3. Vorzeitig mit aertztlichem / therapeutischem Einverstaendnis</div> <div>4. Vorzeitig ohne aertztliches/therapeutisches Einverstaendnis / Abbruch durch Klienten</div> <div>5. Disziplinaerisch</div> <div>6. Außerplanmaeßige Verlegung / außerplanmaeßiger Wechsel in andere Einrichtung</div> <div>7. Planmaeßiger Wechsel in andere Behandlungsform</div> <div>8. Verstorben</div>	

Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit

1 Wohnortwechsel	2 Inhaftierung	3 Beruf, Erwerbstaetigkeit, Ausbildung
------------------	----------------	--

Beurteilung der Sucht(mittel)problematik am Tag des Betreuungsendes

1 Erfolgreich	2 Gebessert	3 Unveraendert	4 Verschlechtert	5 kein Problem im Verlauf der Betreuung
---------------	-------------	----------------	------------------	---

Beurteilung der psychosozialen Situation am Tag des Betreuungsendes (optional)

1 Erfolgreich	2 Gebessert	3 Unveraendert	4 Verschlechtert	5 kein Problem im Verlauf der Betreuung
---------------	-------------	----------------	------------------	---

## Fragebogen KlientInnenbefragung: Psychometrische Skalen

Code-Nr.: \_\_\_\_\_

### FRAGEBOGEN - SCHULISCHE QUALIFIZIERUNG JUNGER DROGENABHÄNGIGER

Soziale und schulbez. Selbstwirksamkeitserwartung, schulbez. Hilflosigkeit, Opt.

Instruktion: „Denke daran wie es Dir in der Schule mit Deinen MitschülerInnen und dem Unterricht geht.“

Trifft nicht zu (1), Trifft kaum zu (2), Trifft eher zu (3), Trifft genau zu (4)

	(1)	(2)	(3)	(4)	Itemcode
1. Ich traue mich zu sagen, was ich denke, auch wenn die anderen nicht meiner Meinung sind.					soz_selb1
2. Wenn mich jemand ungerecht behandelt, kann ich mich dagegen wehren.					soz_selb2
3. Was auch immer passiert, ich kann die gute Seite daran sehen.					opt7
4. Wenn mich jemand ärgert, kann ich mich wehren, ohne Gewalt anzuwenden.					soz_selb3
5. Wenn mich jemand ärgert, schaffe ich es trotzdem, ruhig zu bleiben.					soz_selb4
6. Auch wenn mir alles zu viel wird, schaffe ich es, meine schlechte Laune nicht an anderen auszulassen.					soz_selb5
7. Auch in einer ganz neuen Klasse kann ich schnell neue Freunde finden.					soz_selb6
8. Ich glaube, daß ich in Zukunft mit meinen Freunden und Freundinnen viel Spaß haben werde.					opt6
9. Wenn ich etwas Falsches getan habe, schaffe ich es, mich zu entschuldigen.					soz_selb7
10. Wenn ich mich ganz traurig und mies fühle, schaffe ich es, mit den anderen darüber zu sprechen.					soz_selb8
11. Es kommt immer wieder etwas, worauf ich mich freuen kann.					opt4
12. Ich kann auch die schwierigen Aufgaben im Unterricht lösen, wenn ich mich anstrenge.					sch_selb1
13. Egal ob ich mich anstrenge oder nicht, meine Noten werden davon auch nicht besser.					sch_hilf1
14. Es fällt mir leicht, neuen Unterrichtsstoff zu verstehen.					sch_selb2

15. Es lohnt sich nicht, für eine Klassenarbeit zu üben, weil ich sie doch daneben schreibe.					sch_hilf2
16. Ich bekomme nichts mehr auf die Reihe.					sch_hilf3
17. Wenn ich eine schwierige Aufgabe an der Tafel lösen soll, glaube ich, dass ich das schaffen werde.					sch_selb3
18. Selbst wenn ich mal längere Zeit krank sein sollte, kann ich immer noch gute Leistungen erzielen.					sch_selb4
19. Ich glaube, daß es in der Schule noch weiter aufwärts geht.					opt2
20. Wenn ein Lehrer / eine Lehrerin mich überraschend aufruft, kann ich auch die einfachsten Fragen nicht beantworten.					sch_hilf4
21. Wenn der Lehrer / die Lehrerin das Tempo noch mehr anzieht, werde ich die geforderten Leistungen kaum noch schaffen können.					sch_selb5
22. Es ist zwecklos, lange an den Hausaufgaben zu büffeln, ich gehöre ja doch immer zu den weniger guten Schülern.					sch_hilf5
23. Auch wenn der Lehrer / die Lehrerin an meinen Fähigkeiten zweifelt, bin ich mir sicher, dass ich gute Leistungen erzielen kann.					sch_selb6
24. Ich glaube, daß mein Leben sich positiv entwickeln wird.					opt1
25. Ich bin mir sicher, dass ich auch dann noch meine gewünschten Leistungen erreichen kann, wenn ich mal eine schlechte Note bekommen habe.					sch_selb7
26. Mein Leben macht Spaß.					opt3

**Items zum Zusammenhang von Schule und Therapie und Opt.**

Trifft nicht zu (1), Trifft kaum zu (2), Trifft eher zu (3), Trifft genau zu (4)

	(1)	(2)	(3)	(4)	Itemcode
1. Zur Schule zu gehen hilft mir meinen Alltag zu strukturieren.					sch_th1
2. Ich habe wieder Lust etwas zu lernen.					sch_th4
3. Ich werde sehr stolz auf mich sein, wenn ich den Schulabschluß geschafft habe.					sch_th8
4. Meine Betreuer/innen finden es gut, daß ich zur Schule gehe.					sch_th5
5. Die Therapie hat mir einen Weg zurück in die Gesellschaft eröffnet.					sch_th2
6. Ich werde eines Tages in meinem Beruf erfolgreich sein.					opt5
7. Die Schule ist ein geschützter, drogenfreier Raum, der mir hilft, clean zu bleiben.					sch_th3

8. Schule und Therapie haben für mich nichts miteinander zu tun.					sch_th7
9. Es hilft mir in der Schule mit anderen zusammen zu sein, die eine ähnliche Geschichte haben.					sch_th9
10. Meine Lehrer/innen bestärken mich darin in der Therapie mitzuarbeiten.					sch_th6
11. Die Therapie ist mir viel wichtiger als die Schule.					sch_th10
12. Der Schulabschluss eröffnet mir neue Lebensperspektiven.					sch_th11
13. Meine Zukunft sieht gut aus.					opt8
14. Mein Hauptantrieb den Schulabschluss zu machen besteht darin:					
a) später einen konkreten Beruf auszuüben: _____					
b) etwas sinnvolles zu tun, solange ich noch nicht weiß, was ich beruflich machen will					
c) mein Kind/meine Kinder gut versorgen zu können					
d) clean zu bleiben					
e) sonstiges _____					
					sch_th12

#### **Klassenklima (Fürsorgl. des Lehrers, Bezugsnormierung, Schüler-Sozialklima etc. )**

Instruktion: „Denke jetzt an Deine Lehrerinnen und Lehrer. Es geht hier nicht um Dich selbst, sondern um die ganze Klasse. Was fällt Dir auf, wenn Du den Unterricht beobachtest“.

Trifft nicht zu (1), Trifft kaum zu (2), Trifft eher zu (3), Trifft genau zu (4)

	(1)	(2)	(3)	(4)	Itemcode
1. Wenn wir mit unseren Lehrer/innen etwas bereden wollen, dann finden sie auch Zeit dazu.					I_fuer1
2. Die Lehrer/innen helfen uns wie Freunde.					I_fuer2
3. Unsere Lehrer/innen kümmern sich um unsere Probleme.					I_fuer3
4. Unsere Lehrer/innen bemerken immer sofort, wenn sich meine Leistungen verbessern oder verschlechtern.					I_norm
5. Unsere Lehrer/innen achten zuwenig auf unsere Gefühle. (-)					I_fuer4
6. Unsere Lehrer/innen helfen jedem von uns, der Schwierigkeiten mit seinen Aufgaben hat.					I_fuer5
7. Wenn ein schwacher Schüler sich verbessert, bedeutet das bei unseren Lehrer/innen eine „gute Leistung“, auch wenn der Schüler immer noch unter dem Klassendurchschnitt liegt.					I_norm
8. Im Unterricht reden wir oft über Fragen, die uns persönlich angehen.					I_fuer6

9. Wenn ein Schüler seine Leistungen gegenüber früher verbessert, so wird er dafür von den Lehrer/innen besonders gelobt.					l_norm
10. Unsere Lehrer/innen bemühen sich, unsere Wünsche so weit wie möglich zu erfüllen.					l_fuer7
11. Unsere Lehrer/innen loben auch die schlechtesten Schüler, wenn sie merken, daß sie sich verbessert haben.					l_norm
12. Unsere Lehrer/innen sind meistens bereit, mit uns zu reden, wenn uns etwas nicht gefällt.					l_fuer8
13. Im allgemeinen haben wir viel vom Unterricht.					zufr2
14. Wenn jemand in einer Klassenarbeit schlecht abschneidet, finden sich meistens Mitschüler, die ihn trösten.					sch_so3
15. Wenn jemand einige Tage fehlt, muß er sich sehr anstrengen, um wieder Anschluß zu finden.					niv5
16. Diejenigen, die ihre Aufgaben verstanden haben, warten, bis die anderen auch so weit sind.					sch_so1
17. Wir müssen auch am Wochenende Aufgaben machen, wenn wir schaffen wollen, was von uns verlangt wird.					niv1
18. Den meisten machen die im Unterricht besprochenen Themen Spaß.					zufr1
19. Der Unterricht geht so schnell, daß wir oft nicht mitkommen.					niv3
20. Wenn jemand in der Klemme ist, kann er sich auf seine Mitschüler verlassen.					sch_so2
21. Wir müssen für eine gute Note in dieser Klasse sehr viel leisten.					niv4
22. Wir finden den Unterricht meist interessant.					zufr3
23. Wenn jemand Schwierigkeiten hat, helfen ihm die Mitschüler.					sch_so4
24. Die meisten von uns kommen kaum nach mit den Hausaufgaben.					niv2



Basierend auf dem „Treatment Perception Questionnaire“, Klientenzufriedenheit

„Denke jetzt an Deine Betreuerinnen und Betreuer und an Deine therapeutische Behandlung.

Während meiner Betreuung; Trifft nicht zu (1), Trifft kaum zu (2), Trifft eher zu (3), Trifft genau zu (4)

	(1)	(2)	(3)	(4)	Itemcode
1. Die Betreuer/innen haben nicht immer verstanden, welche Art der Hilfe ich möchte.					treat1
2. Über Entscheidungen bezüglich meiner Behandlung bin ich gut informiert worden.					treat2
3. Die Betreuer/innen und ich hatten unterschiedliche Ansichten über meine Behandlungsziele.					treat3
4. Es war immer ein/e Betreuer/in erreichbar, wenn ich ein Gespräch gesucht habe.					treat4
5. Die Betreuer/innen haben mich darin bestärkt mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen.					treat5
6. Mir haben nicht alle Sitzungen im Rahmen der Behandlung gefallen.					treat6
7. Ich hatte nicht genug Zeit um mich mit meinen Problemen auseinanderzusetzen.					treat7
8. Ich finde die Betreuer/innen machen Ihre Arbeit gut.					treat8
9. Ich habe die Hilfe bekommen, die ich auch gesucht habe.					treat9
10. Einige Regeln und Vorschriften im Rahmen meiner Betreuung mochte ich nicht.					treat10

## Fragebogen der MitarbeiterInnenbefragung: LehrerInnen

Befragung von Lehrkräften und Therapeut/inn/en / Pädagog/inn/en im Rahmen der Evaluierung von Projekten zur schulischen Qualifikation junger Drogenabhängiger,

gefördert durch das BMG -

### Fragebogen für Lehrer/innen

A) Zu Ihrer Person

1. Wie alt sind Sie?

Bis – 29	
30 - 39	
40 – 49	
50 – 59	
60 und älter	

2. Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich		Männlich	
----------	--	----------	--

3. Was ist ihr beruflicher Abschluss? \_\_\_\_\_

4. Seit wieviel Jahren arbeiten Sie als Lehrer/in? \_\_\_\_\_Jahre

5. Seit wieviel Jahren arbeiten Sie in dieser Einrichtung? \_\_\_\_\_Jahre

6. Welche Fächer unterrichten Sie?

\_\_\_\_\_

**B) Die folgende Skala untersucht die Selbstwirksamkeit bezogen auf die Bereiche berufliche Leistung, soziale Interaktionen mit Schüler/innen, Eltern und Kolleg/inn/en sowie Umgang mit Berufsstreß.**

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Stimmt nicht (1), Stimmt eher (2), Stimmt genau (3), Stimmt kaum (4), Aussage nicht zutreffend (0).

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	<i>Nicht zu- treffend</i>
Selbstwirksamkeit	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Ich weiß, daß ich es schaffe, selbst den problematischsten Schülern den prüfungsrelevanten Stoff zu vermitteln.					
Ich weiß, daß ich zu den Eltern guten Kontakt halten kann, selbst in schwierigen Situationen.					
Ich bin mir sicher, daß ich auch mit den problematischen Schülern in guten Kontakt kommen kann, wenn ich mich darum bemühe.					
Ich bin mir sicher, daß ich mich in Zukunft auf individuelle Probleme der Schüler noch besser einstellen kann.					
Selbst wenn mein Unterricht gestört wird, bin ich mir sicher, die notwendige Gelassenheit bewahren zu können.					
Selbst wenn es mir mal nicht so gut geht, kann ich doch im Unterricht immer noch gut auf die Schüler eingehen.					
Auch wenn ich mich noch so sehr für die Entwicklung meiner Schüler engagiere, weiß ich, daß ich nicht viel ausrichten kann.					
Ich bin mir sicher, daß ich kreative Ideen entwickeln kann, mit denen ich ungünstige Unterrichtsstrukturen verändere.					
Ich traue mir zu, die Schüler für neue Projekte zu begeistern.					
Ich kann Veränderungen im Rahmen des Lehrplans auch gegenüber skeptischen Kollegen durchsetzen.					

**C) Bitte schätzen Sie ihre Belastung, durch die folgenden Anforderungen und das Vorhandensein /Fehlen von Ressourcen in Ihrer Tätigkeit ein.**

Nicht belastend (1), Gelegentlich belastend (2), Ziemlich belastend (3), Sehr belastend (4),

Aussage nicht zutreffend (0)

	Nicht be- lastend	Gelegent- lich be- lastend	Ziem- lich be- lastend	Sehr be- lastend	<i>Nicht zu- treffend</i>
Einschätzung der Belastung	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Unterschiedliche Leistungsniveaus der Schüler/innen					
Schüler/innen mit problematischen Verhaltensweisen (dissoziales, auto-aggressives Verhalten etc.)					
Therapieabbrüche der Klient/inn/en					
Beurteilung von Lernerfolgen der Schüler/innen					
Besprechungen, an denen Sie teilnehmen müssen					
Unterrichtsvorbereitung (Vorbereitung des Klassenzimmers und der Unterrichtsmaterialien)					
Unterbrechungen durch Verwaltungsangelegenheiten					
Mangelnde Verfügbarkeit von unterstützenden Materialien (z.B. Lehrerhandbuch)					
Mangelnde Verfügbarkeit von Unterrichtstechnologie (Computer, Drucker etc.)					

**D) Bitte schätzen Sie ein, wie hilfreich die folgenden Ressourcen für Ihre Arbeit sind.**

Nicht hilfreich (1), Gelegentlich hilfreich (2), Ziemlich hilfreich (3), Sehr hilfreich (4),

Aussage nicht zutreffend (0).

	Nicht hilfreich	Gelegent- lich hilfreich	Ziem- lich hilfreich	Sehr hilf- reich	<i>Nicht zu- treffend</i>
Einschätzung der Ressourcen	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Verwaltungsangestellte der Schule					
Gespräche mit anderen Lehrer/innen (Kolleg/inn/en)					
Gespräche mit den Therapeut/innen der Einrichtung					
Teamsitzungen					
Supervision					
Weiterbildungsmöglichkeiten					

	Nicht hilfreich	Gelegent- lich hilfreich	Ziem- lich hilfreich	Sehr hilf- reich	<i>Nicht zu- treffend</i>
<b>Einschätzung der Ressourcen</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Materialien für Schüler mit Leistungsproblemen					
Unterrichtsressourcen, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden (Fachbücher, Lehrerhandbuch etc.)					
Unterrichtsmaterialien und -bedarf (Veranschaulichungsmaterial, Bücher, Papier etc.)					

Welche weiteren Ressourcen hätten Sie gerne zur Verfügung (persönliche, strukturelle Ressourcen etc.)?

---

Welchen Einfluss hätte das Verfügen über diese Ressource(n) auf Ihren Unterricht?

---



---

Welche Hindernisse sehen Sie für das Gelingen schulischer Qualifikation von Klient/inn/en im Rahmen von Suchttherapie (auf Klienten-, Mitarbeiter-, Einrichtungsebene etc.)?

---



---



---

VIELEN DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DER BEFRAGUNG!

## Fragebogen der MitarbeiterInnenbefragung: TherapeutInnen

Befragung von Lehrkräften und Therapeut/inn/en / Pädagog/inn/en im Rahmen der „Evaluierung von Projekten zur schulischen Qualifikation junger Drogenabhängiger“,

gefördert durch das BMG

### Fragebogen für Pädagog/inn/en und Therapeut/inn/en

A) Zu Ihrer Person

1. Wie alt sind Sie?

Bis – 29	
30 - 39	
40 – 49	
50 – 59	
60 und älter	

2. Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich		Männlich	
----------	--	----------	--

3. Was ist ihr beruflicher Abschluss? \_\_\_\_\_

4. Seit wieviel Jahren arbeiten Sie als Pädagoge/in / Suchttherapeut/in? \_\_\_\_\_Jahre

5. Seit wieviel Jahren arbeiten Sie in dieser Einrichtung? \_\_\_\_\_Jahre

6. Was sind ihre Hauptaufgabenbereiche in der Einrichtung?

\_\_\_\_\_

**B) Die folgende Skala untersucht die Selbstwirksamkeit bezogen auf die Bereiche berufliche Leistung, soziale Interaktionen mit Klient/inn/en, Eltern und Kolleg/inn/en sowie Umgang mit Berufsstreß.**

Bitte schätzen Sie ein, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Stimmt nicht (1), Stimmt eher (2), Stimmt genau (3), Stimmt kaum (4), Aussage nicht zutreffend (0).

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau	Nicht zu- treffend
Selbstwirksamkeit	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Ich weiß, daß ich es schaffe, selbst den problematischsten Klienten in seinem Entwicklungsprozeß zu fördern.					
Ich weiß, daß ich zu den Eltern guten Kontakt halten kann, selbst in schwierigen Situationen.					
Ich bin mir sicher, daß ich auch mit den problematischen Klienten in guten Kontakt kommen kann, wenn ich mich darum bemühe.					
Ich bin mir sicher, daß ich mich in Zukunft auf individuelle Probleme der Klienten noch besser einstellen kann.					
Selbst wenn mein Klientengespräch gestört wird, bin ich mir sicher, die notwendige Gelassenheit bewahren zu können.					
Selbst wenn es mir mal nicht so gut geht, kann ich doch in Gesprächen immer noch gut auf die Klienten eingehen.					
Auch wenn ich mich noch so sehr für die Entwicklung meiner Klienten engagiere, weiß ich, daß ich nicht viel ausrichten kann.					
Ich bin mir sicher, daß ich kreative Ideen entwickeln kann, mit denen ich ungünstige Behandlungsstrukturen verändere.					
Ich traue mir zu, die Klienten für neue Projekte zu begeistern.					
Ich kann Veränderungen im Rahmen des Behandlungsplans auch gegenüber skeptischen Kollegen durchsetzen.					

**C) Bitte schätzen Sie ihre Belastung durch die folgenden Anforderungen und das Vorhandensein / Fehlen von Ressourcen in Ihrer Tätigkeit ein.**

Nicht belastend (1), Gelegentlich belastend (2), Ziemlich belastend (3), Sehr belastend (4),

Aussage nicht zutreffend (0)

	Nicht be- lastend	Gelegent- lich be- lastend	Ziem- lich be- lastend	Sehr be- lastend	<i>Nicht zu- treffend</i>
Einschätzung der Belastung	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Klient/inn/en mit „problematischen“ Verhaltensweisen (dissoziales, auto-aggressives Verhalten etc.)					
Therapieabbrüche der Klient/inn/en					
Schreiben von Entwicklungsberichten und Beurteilungen der Klient/innen					
Besprechungen, an denen Sie teilnehmen müssen					
Vorbereitung von Gesprächen oder Therapiesitzungen mit den Klient/innen					
Unterbrechungen durch Verwaltungsangelegenheiten					
Mangelnde Verfügbarkeit von Materialien, z.B. Therapiehandbücher, Fachliteratur etc.					
Mangelnde Verfügbarkeit von Technologie (PC etc.)					

**D) Bitte schätzen Sie ein, wie hilfreich die folgenden Ressourcen für Ihre Arbeit sind.**

Nicht hilfreich (1), Gelegentlich hilfreich (2), Ziemlich hilfreich (3), Sehr hilfreich (4),

Aussage nicht zutreffend (0).

	Nicht hilfreich	Gelegent- lich hilfreich	Ziemlich hilfreich	Sehr hilf- reich	<i>Nicht zu- treffend</i>
Einschätzung der Ressourcen	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Verwaltungsangestellte der Schule					
Gespräche mit anderen Therapeut/innen (Kolleg/inn/en)					
Gespräche mit den Lehrer/innen der Einrichtung					
Teamsitzungen					
Fallbesprechungen					
Supervision					
Weiterbildungsmöglichkeiten					



	Nicht hilf- reich	Gelegent- lich hilfreich	Ziem- lich hilf- reich	Sehr hilf- reich	Nicht zu- treffend
Einschätzung der Ressourcen	(1)	(2)	(3)	(4)	(0)
Therapeutisches Material für Klient/inn/en mit spezifischem Bedarf (z.B. für indikative Gruppentherapie)					
Fachliteratur, Handbücher, die Ihnen zur Verfügung gestellt werden					
Material, das von Ihrer Einrichtung zur Verfügung gestellt wird (Papier, Bleistifte, CD-ROM etc.)					

Welche weiteren Ressourcen hätten sie gerne zur Verfügung (persönliche, strukturelle Ressourcen etc.)?

---



---

Welchen Einfluss hätte das Verfügen über diese Ressource(n) auf Ihre Arbeit?

---



---

Welche Hindernisse sehen Sie für das Gelingen schulischer Qualifikation von Klient/inn/en im Rahmen von Suchttherapie (auf Klienten-, Mitarbeiter-, Einrichtungsebene etc.)?

---



---

VIELEN DANK FÜR DIE TEILNAHME AN DER BEFRAGUNG!

## Leitfaden Interview Lehrer

---

- 1) Bitte beschreiben Sie den Ablauf bis zur Aufnahme der Schüler/innen in die regulären Haupt- und Realschulkurse (Einstufungstests, Vorkurse etc.).
- 2) Wie schätzen Sie die Lehr- und Lernsituation im Vergleich zu allgemeinbildenden Schulen ein?
- 3) Welche Besonderheiten weist Ihr Unterrichtskonzept auf (im Vergleich zu allgemeinbildenden Schulen)?
- 4) Was ist Ihrer Meinung nach bei der Qualifizierung der Zielgruppe:
  - schulische Qualifizierung
  - Schlüsselqualifikationenbesonders zu beachten? (unterschiedliche Leistungsniveaus, abweichendes Verhalten)
  - a) hinsichtlich der Didaktik des Unterrichts
  - b) hinsichtlich des Aufbaus einer guten Beziehung zu den Schüler/innen
- 5) Welche besonderen Förderbedarfe sehen Sie bei den Schüler/innen?
- 6) Wie motivieren Sie die Schüler/innen?
- 7) Wie wirkt sich die Fluktuation und wechselnde Gruppenzusammensetzung in der Klasse aus?
- 8) Wie gehen Sie mit negativ agierenden Schüler/innen um, z.B. Schüler/innen, die eine negative Lehrerreaktion provozieren (wie integrieren Sie Schüler/innen)?
- 9) Gibt es Partizipationsmöglichkeiten für die Schüler/innen z.B. hinsichtlich Unterrichtsinhalten?
- 10) Wie stellen Sie ein positives Klassenklima her?
- 11) Wie intervenieren Sie bei konkreten Problemen z.B. ein dauerhafter Streit zwischen zwei Schüler/innen (beispielsweise durch Streitschlichtung)?

- 12) Werden andere Schüler/innen in die Problemlösung (z.B. Streitschlichtung) mit einbezogen?
- 13) Gibt es dabei eine Arbeitsteilung oder Absprachen mit den Pädagog/innen der Einrichtung?
- 14) Welche Möglichkeiten sehen Sie in der Verbindung von Suchtreha und Schule?
- 15) Welche Hindernisse sehen Sie für die erfolgreiche Umsetzung des Schulungskonzepts?
- a) Bei den Schülern            c)        Anderes
  - b) Durch Rahmenbedingungen der Einrichtungen
- 16) Welchen Stellenwert hat die schulische Qualifizierung in Ihrer Einrichtung (im Vergleich zu Aufgaben der Suchtreha)?
- 17) Wie hilfreich fänden Sie ein Handbuch zur schulischen Qualifizierung junger Drogenabhängiger?

## Leitfaden Interview Therapeuten

---

- 1) Welchen Einfluss hat die schulische Qualifizierung auf die Therapie – die Suchtrehabilitation?
- 2) Was ist Ihrer Meinung nach beim Therapieren und bei der Qualifizierung der Zielgruppe:
  - Suchtreha
  - Schlüsselqualifikationen
  - schulische Qualifizierungbesonders zu beachten? (unterschiedliche Leistungsniveaus, abweichendes Verhalten)
- 3) Welche besonderen Förderbedarfe sehen Sie bei den Klient/innen?
- 4) Gibt es eine Arbeitsteilung oder Absprachen mit den Lehrer/innen der Einrichtung z.B. bei Konflikten zwischen Jugendlichen?
- 5) Gibt es übergreifende pädagogische Maßnahmen, die in Therapie und Schule angewendet werden? (besondere Förderung, Sanktionen)
- 6) Welche Möglichkeiten sehen Sie in der Verbindung von Suchtreha und Schule? (Schule als Lernfeld für Schlüsselqualifikationen, Verhaltensänderungen, erhöht Haltekraft der Therapie)
- 7) Welche Hindernisse sehen Sie für die erfolgreiche Umsetzung des Schulungskonzepts?
  - c) Bei den Schülern (Überforderung)
  - c) Anderes
  - d) Durch Rahmenbedingungen der Einrichtungen
- 8) Welchen Stellenwert hat die schulische Qualifizierung in Ihrer Einrichtung - im Vergleich zu Aufgaben der Suchtreha?
- 9) Wie hilfreich fänden Sie ein Handbuch zur schulischen Qualifizierung junger Drogenabhängiger?

## Liste ExpertInnen-Befragung

- (1) Prof., Dr. Hofsäss, Universität Leipzig, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Institut für Förderpädagogik, Lehrstuhl Lernbehindertenpädagogik
- (2) Dr. Ricking, H., Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg
- (3) Prof. Dr. Henkel, Fachhochschule Frankfurt
- (4) Götz, Marion, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, Abteilungsleiterin Rehabilitation
- (5) Hüllinghorst, Rolf, DHS, Geschäftsstelle Hamm / Dr. Gaßmann
- (6) Brömer, Horst, Leiter Tannenhof Berlin
- (7) Kalinna, Vera, Vista gGmbH, Berlin
- (8) Frietsch, Robert, FAIRE Institut für Weiterbildung und Angewandte Forschung in der Sozialen Arbeit (IWS)
- (9) Klemm-Vetterlein, Sabine, Leiterin Landeskoordination Integration NRW
- (10) Bindingshaus, Leiterin des Hermann Hesse Bildungszentrums
- (11) Heise, Christian, Rehabilitationseinrichtung, Haus Weitenau

## E-mail – Fragebogen Expertenbefragung

### Fragebogen ExpertInnenbefragung

Angebote der schulischen (und beruflichen) Bildung bilden einen wichtigen Bestandteil im Rahmen der sozialen Reintegration Drogenabhängiger. Bedingt durch den frühen Beginn des Drogenkonsums und Zeiten von Schulabsentismus, verfügen Patienten der Suchtrehabilitation vermehrt entweder nur über einen gering qualifizierenden oder keinen Schulabschluss. Rehabilitationseinrichtungen reagieren auf diesen Bedarf, indem sie Angebote der schulischen Qualifizierung zum Erwerb von Schulabschlüssen entwickeln. In der durchgeführten Evaluation verfügten 44% der 16-24 Jährigen über keinen Schulabschluss und 32,8% lediglich über einen einfachen Hauptschulabschluss (N=116). An der Evaluation nahmen sechs Einrichtungen in zwei verschiedenen Formen teil:

- *stationäre* Rehabilitations-Einrichtungen, die im Rahmen von Suchttherapie schulische Qualifizierung anbieten
  - *teilstationäre*, auf ehemals Drogenabhängige spezialisierte Schulen, deren KlientInnen sich parallel zum Schulbesuch in interner oder externer suchttherapeutischer Behandlung befinden
- Im Fokus der Untersuchung stand demnach die Untersuchung der Verbindung von Suchttherapie und Schule in unterschiedlichen Rahmenbedingungen.

**Ziel dieser Expertenbefragung ist es, die Akzeptanz von Maßnahmen der schulischen Qualifizierung im Rahmen von Suchttherapie in Fachkreisen zu untersuchen.** Dabei soll es um ihre Einschätzungen zur Wirkung der Programme hinsichtlich der Haltekraft der Therapie und der schulischen Qualifizierung gehen. In diesem Zusammenhang interessieren ebenfalls Einschätzungen zu Ursachen und Prävention von Schulabsentismus.

**Bitte senden Sie diesen Fragebogen bis zum 15.04.2010 per e-mail an [c.firnges@spi-research.de](mailto:c.firnges@spi-research.de).**

**Wie schätzen Sie Konzepte schulischer Qualifizierung junger Drogenabhängiger im Rahmen von Suchtrehabilitation ein:**

Sind Sie der Meinung, dass schulische Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. durch eine stärkere Zielorientierung) die Haltekraft junger ehemals Drogenabhängiger in der Suchttherapie erhöht?

Ja, ich stimme genau zu ☐

Ja, ich stimme teils zu ☐

Nein, ich stimme nicht zu ☐

Bitte begründen Sie ihre Ansicht

Ich weiss nicht

☐

Sind Sie der Meinung, dass schulische Qualifizierungsmaßnahmen den Therapieerfolg (z.B. durch eine zu starke Konzentration der KlientInnen auf schulische Ziele) vermindern könnten?

Ja, ich stimme genau zu

☐

Ja, ich stimme teils zu

☐

Nein, ich stimme nicht zu

☐

Bitte begründen Sie ihre Ansicht

Ich weiss nicht

☐

Wie schätzen Sie die unterschiedlichen Konzepte der stationären und teilstationären Form ein, in deren Rahmen die schulische Qualifizierung stattfindet:

Welche Vor- und Nachteile verbinden sich Ihrer Meinung nach...

... mit dem teilstationären Konzept?

... mit dem stationären Konzept?

Wie schätzen Sie den Nutzen eines erworbenen Schulabschlusses (Haupt- oder Realschulabschluss) für die Vermittlung von jungen ehemals Drogenabhängigen aus der Suchtrehabilitation in Arbeit ein?

Hoch

☐

Mittel

☐

\_\_\_\_\_

Niedrig

☐

Bitte begründen Sie ihre Ansicht

Welche Barrieren zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sehen Sie für ehemals drogenabhängige junge Menschen?

---

**Schulabsentismus und Drogenkonsum stehen in einem engen Zusammenhang.**

Welches Phänomen halten Sie für ursächlich?

Welche Ansätze zur Prävention von Schulabsentismus halten sie in diesem Zusammenhang für sinnvoll?

**Wie würden Sie ihren Grad an Expertise im Bereich Suchtrehabilitation einschätzen?**

hoch

☐

mittel

☐

niedrig

☐

**Wie würden Sie ihren Grad an Expertise im Bereich schulische / berufliche Qualifizierung von ehemals Drogenabhängigen einschätzen?**

hoch

☐

mittel

☐

niedrig

☐

**Vielen Dank!**



---

---

# WHOQOL-BREF

Deutsche Version

---

---

# Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Vorlieben und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**. So könnte eine Frage zum Beispiel lauten:

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen?	1	2	3	<del>4</del>	5

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, in welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung erhalten haben die Sie brauchen. Wenn Sie während der vergangenen zwei Wochen von anderen Menschen überwiegend die Unterstützung erhalten haben die sie brauchen, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an.

	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Bekommen Sie von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen?	<del>1</del>	2	3	4	5

Wenn Sie während der letzten zwei Wochen von anderen Menschen die Unterstützung die Sie brauchen überhaupt nicht erhalten haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an.

## ÜBER SIE

Code-Nr: \_\_\_\_\_

Sind Sie gegenwärtig krank? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, was ist Ihre Diagnose? \_\_\_\_\_

**Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.**

		Sehr schlecht	Schlecht	Mittel-mäßig	Gut	Sehr gut
1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	1	2	3	4	5
		Sehr un-zufrieden	Un-zufrieden	Weder zufrieden noch un-zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel-mäßig	Ziemlich	Äußerst
3	Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	1	2	3	4	5
4	Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	1	2	3	4	5
5	Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	1	2	3	4	5
6	Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	1	2	3	4	5
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittel-mäßig	Ziemlich	Äußerst
7	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
8	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	1	2	3	4	5
9	Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **in welchem Umfang** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun

		Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
10	Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	1	2	3	4	5
11	Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	1	2	3	4	5
12	Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	1	2	3	4	5
13	Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	1	2	3	4	5
14	Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	1	2	3	4	5
		Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
15	Wie gut können Sie sich fortbewegen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie **zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	1	2	3	4	5
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	1	2	3	4	5
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	1	2	3	4	5
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	1	2	3	4	5

		Sehr un- zufrieden	Un- zufrieden	Weder zufrieden noch un- zufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	1	2	3	4	5
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	1	2	3	4	5
24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	1	2	3	4	5
25	Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie oft** sich während der vergangenen zwei Wochen bei Ihnen negative Gefühle eingestellt haben, wie zum Beispiel Angst oder Traurigkeit

		Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
26	Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	1	2	3	4	5

Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen dieses Fragebogens geholfen? ☐ Ja ☐ Nein

Wie lange hat es gedauert, den Fragebogen auszufüllen? \_\_\_\_\_ Minuten

**Haben Sie irgend welche Anmerkungen zu diesem Fragebogen?**

---



---



---



---



---



---



---

B-L

B \_\_\_\_\_

Inst \_\_\_\_\_ Stat \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Wt \_\_\_\_\_

I-Nr \_\_\_\_\_ ICD-Nr \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tz \_\_\_\_\_

V - IQ \_\_\_\_\_

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name \_\_\_\_\_ Mädchenname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht m/w

Bitte, füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

**Ich leide unter folgenden Beschwerden:**

1. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals . . . . .
2. Kurzatmigkeit . . . . .
3. Schwächegefühl . . . . .
4. Schluckbeschwerden . . . . .
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust . . . . .
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib . . . . .
7. Mattigkeit . . . . .
8. Übelkeit . . . . .
9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen . . . . .
10. Reizbarkeit . . . . .
11. Grübeleien . . . . .
12. Starkes Schwitzen . . . . .
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen . . . . .
14. Innere Unruhe . . . . .
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen . . . . .
16. Unruhe in den Beinen . . . . .
17. Überempfindlichkeit gegen Wärme . . . . .
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte . . . . .
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis . . . . .
20. Schlaflosigkeit . . . . .
21. Schwindelgefühl . . . . .
22. Zittern . . . . .
23. Nacken- oder Schulterschmerzen . . . . .
24. Gewichtsabnahme . . . . .

stark	mäßig	kaum	gar nicht

**B'** \_\_\_\_\_

I-Nr \_\_\_\_\_ ICD-Nr \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tz \_\_\_\_\_

V-IQ\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Mädchenname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Geschlecht m/w

**Ich leide unter folgenden Beschwerden:**

Ich leide unter folgenden Beschwerden:	stark	mäßig	kaum	gar nicht
1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen				
2. Müdigkeit . . . . .				
3. Gleichgewichtsstörungen . . . . .				
4. Anfallsweise Atemnot . . . . .				
5. Erstickungsgefühl . . . . .				
6. Neigung zum Weinen . . . . .				
7. Appetitlosigkeit . . . . .				
8. Schluckauf . . . . .				
9. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern . . . . .				
10. Rasche Erschöpfbarkeit . . . . .				
11. Angstgefühl . . . . .				
12. Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibsschmerzen)				
13. Verstopfung . . . . .				
14. Energielosigkeit . . . . .				
15. Gelenk- oder Gliederschmerzen . . . . .				
16. Konzentrationsschwäche . . . . .				
17. Kalte Füße . . . . .				
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit . . . . .				
19. Leichtes Erröten . . . . .				
20. Frieren . . . . .				
21. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen . . . . .				
22. Trübe Gedanken . . . . .				
23. Innere Gespanntheit . . . . .				
24. Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen und/oder Füßen . . . . .				



**Berliner Beauftragter für  
Datenschutz und Informationsfreiheit**

Bereich Recht  
Wissenschaft, Forschung und Statistik



Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit  
An der Urania 4 - 10, 10787 Berlin

SPI Forschung gGmbH  
Frau Christiane Firnges  
Kohlfurter Str. 41 - 43  
10999 Berlin

GeschZ. (bitte angeben)	Bearbeiter(in)	Tel.: (030) 13 889-0 Durchwahl 13 889 App.:	Datum
531.895.3	Herr Dr. Metschke	305	16. März 2009

**Forschungsprojekt „Schule und Therapie“ - Verwendung von Instrumenten und Skalen für  
ein Forschungsvorhaben im Drogenbereich**

Sehr geehrte Frau Firnges,

für das o. g. Forschungsvorhaben haben Sie sich von uns beraten lassen. Sowohl in der Vereinbarung mit den Teilnehmern als auch in den Erhebungsinstrumenten finden wir unsere datenschutzrechtlichen Hinweise vollständig berücksichtigt. Dies gilt auch für das Verfahren der Quittierung des Entschädigungsbetrages für die zu befragenden Jugendlichen.

Damit steht aus datenschutzrechtlicher Sicht einem Beginn Ihres Projektes nichts entgegen. Wir wünschen Ihrer Studie wissenschaftlichen Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Rainer Metschke

