

HOCHSCHULE KEMPTEN

Hochschule für angewandte Wissenschaften

Bachelorarbeit

Studiengang: Gesundheitswirtschaft (B.A.)
Schwerpunkte: Gestaltung gesundheitsfördernder- und erhaltender Lebenswelten, International health care and social services

Bachelorarbeit gemäß Paragraph 14 der allgemeinen Prüfungsordnung der Hochschule Kempten vom 17. November 2014 in der jeweils gültigen Fassung.

Evaluation der Implementierung eines neuen beruflich orientierten
Rehabilitationskonzeptes für Abhängigkeitskranke (BORA)
– Eine empirische Pilotstudie in der Fachklinik Hirtenstein.

Aufgabenstellerin: Frau Prof. Dr. Bühler

Abgabedatum: 25.07.2018

Verfasserin: Melanie Zirnsak (Matrikelnr. 302973)
Leupolzer Str. 8, 87437 Kempten
Melanie.Zirnsak@stud.hs-kempten.de

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei all den Menschen bedanken, die mir bei der Erstellung meiner Bachelorarbeit zur Seite standen und ohne die dieses Werk nicht in dieser Form möglich gewesen wäre.

Zu allererst geht mein Dank an Frau Prof. Dr. Bühler, die meine Bachelorthesis betreut und mich begleitet hat. Ich bin Ihnen sehr dankbar für Ihr offenes Ohr, Ihre Anregungen und Ihre konstruktive Kritik, mit der Sie mir auf dem Weg zu meiner Bachelorthesis sehr geholfen haben.

Mein Dank gilt auch Frau Dr. Fennen, welche es mir ermöglicht hat, in solch einem praxisnahen Umfeld zu arbeiten und zu forschen und mir stets mit Rat und Tat zur Seite stand.

Ebenso möchte ich mich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Umfrage bedanken. Nur durch Ihre ehrlichen und informativen Antworten ist diese Arbeit möglich gewesen.

Abschließend gilt mein Dank Frau Jasmin Kunz für ihre Zeit und Mühe als Korrekturleserin sowie Herrn Florian Kröner, der mir während der Erstellung meiner Bachelorarbeit stets den Rücken freigehalten und mir mit motivierenden Worten zur Seite gestanden hat.

Melanie Zirnsak

Kempten, den 20.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
Abstract	7
1 Einleitung.....	8
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	8
1.2 Beschreibung des Vorgehens und Aufbau der Arbeit	10
2 Begriffliche Einordnung: Pilotstudie und Evaluation	11
3 Suchttherapie	13
3.1 Dynamisches Zusammenspiel der Therapieziele	13
3.2 Einfluss- und Wirkfaktoren.....	15
4 Arbeits- und Berufsorientierung in der Suchttherapie	21
4.1 Geschichtliche Entwicklung seit 1975.....	21
4.2 BORA-Empfehlungen.....	22
4.2.1 Fünf Zielgruppen	23
4.2.2 Zielgruppenorientierte Leistungen	27
4.2.3 Mögliche Auswirkungsbereiche	28
4.2.4 Darstellung des Forschungsstands	29
5 Forschungsfragen.....	30
6 Methode	33
6.1 Feldzugang	34
6.2 Probandinnen und Probanden.....	36
6.3 Operationalisierung	37
6.4 Untersuchungsinstrument.....	37
6.5 Gütekriterien und Pretest	40
6.6 Datenerhebung	41
7 Ergebnisse.....	41
7.1 Arbeit in den Bezugsgruppen	42
7.2 Soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen	46

7.3 Soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen	47
7.4 Gesamtsituation in der Klinik	49
7.5 Berufliche Tätigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten	52
8 Diskussion.....	55
8.1 Interpretation und Bewertung	55
8.2 Limitationen.....	62
8.3 Zusammenfassung.....	65
9 Fazit.....	67
Literaturverzeichnis	69
Anhang.....	78

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verfahrensschritte einer Evaluation	10
Abbildung 2: Dynamisches Zusammenspiel Suchtbehandlung und Arbeit.....	14
Abbildung 3: Mögliche Auswirkungsbereiche der Implementierung der ebhB	28
Abbildung 4: Kategorien, Dimensionen und Indikatoren	37
Abbildung 5: Dauer der Betriebszugehörigkeit.....	42
Abbildung 6: Ergebnisse zur 1. Frage des Onlinefragebogens	42
Abbildung 7: Ergebnisse zur 2. Frage des Onlinefragebogens	43
Abbildung 8: Ergebnisse zur 3. Frage des Onlinefragebogens	43
Abbildung 9: Ergebnisse zur 4. Frage des Onlinefragebogens	45
Abbildung 10: Ergebnisse zur 5. Frage des Onlinefragebogens	46
Abbildung 11: Ergebnisse zur 6. Frage des Onlinefragebogens	47
Abbildung 12: Ergebnisse zur 7. Frage des Onlinefragebogens	48
Abbildung 13: Ergebnisse zur 8. Frage des Onlinefragebogens	48
Abbildung 14: Ergebnisse zur 9. Frage des Onlinefragebogens	49
Abbildung 15: Ergebnisse zur 10. Frage des Onlinefragebogens	50
Abbildung 16: Ergebnisse zur 11. Frage des Onlinefragebogens	50
Abbildung 17: Ergebnisse zur 12. Frage des Onlinefragebogens	51
Abbildung 18: Ergebnisse zur 14. Frage des Onlinefragebogens	51
Abbildung 19: Ergebnisse zur 15. Frage des Onlinefragebogens	52
Abbildung 20: Ergebnisse zur 16. Frage des Onlinefragebogens	53
Abbildung 21: Ergebnisse zur 18. Frage des Onlinefragebogens	53
Abbildung 22: Ergebnisse zur 19. Frage des Onlinefragebogens	54
Abbildung 23: Ergebnisse zur 19. Frage des Onlinefragebogens (Teil 2)	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Therapieerfolg in Prozent nach Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	14
Tabelle 2: Erwerbssituation zu Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.....	15
Tabelle 3: Die fünf BORA-Zielgruppen	24
Tabelle 4: Forschungsfragen, Teilfragen und Hypothesen.....	33
Tabelle 5: Am häufigsten auftretende allgemeine Themen.....	44
Tabelle 6: Am häufigsten auftretende berufsbezogene Themen	45
Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse und deren Bewertung	66

Abkürzungsverzeichnis

AG BORA	Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
BBPL	Besondere berufliche Problemlagen
BORA	Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker
BORA-Empfehlungen	Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
ebhB	Erwerbsbezugshomogene Bezugsgruppen
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sich die Implementierung erwerbsbezugshomogener Bezugsgruppen (ebhB) in Anlehnung an die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (Beckmann u. a. 2014, S. 1) (BORA-Empfehlungen) aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die soziale Situation, die Arbeitsweise in den Gruppen und die Gesamtsituation in der Fachklinik Hirtenstein auswirkt. Hierzu wird die Fragestellung in fünf Forschungsfragen untergliedert. Zur Beantwortung wurde eine quantitative Befragung mittels zwei Fragebogen durchgeführt: ein Online-Fragebogen wird durch eine papiergebundene Ergänzung erweitert. Da alle elf therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Hirtenstein befragt wurden, handelt es sich um eine Vollerhebung. Für die Messung der Veränderung wurde der momentane mit einem retrospektiv beurteilten Vorher-Zustand verglichen (vgl. Gollwitzer/Jäger 2014, S. 69 f.). Da es sich um eine Evaluationsstudie handelt, werden die erörterten Veränderungen abschließend durch die Forscherin bewertet.

Die Erhebung der Daten fand vom 28.05.2018 bis zum 13.06.2018 statt. Durch die Sicherstellung, dass aus den Umfrageergebnissen aus technischer Sicht kein Rückschluss auf die beantwortende Person gezogen werden kann, wird die Anonymität gewährleistet.

Die Ergebnisse zeigen in fast allen abgefragten Bereichen Auswirkungen durch die Implementierung. So sind Veränderungen im Hinblick auf Arbeitsweise, Gruppenkohäsion, wechselseitige Unterstützung, Intra- und Intergruppengruppenkonflikte, Themenschwerpunkte, Arbeitsaufwand, Gesamtatmosphäre, das soziale Gefälle, den Grad der Interaktion, den Stellenwert beruflicher Aspekte sowie den Arbeitsinhalt festzustellen. Insgesamt werden die wahrgenommenen Veränderungen überwiegend als positiv eingestuft. Aus diesem Grund ist die Implementierung von ebhB in Anlehnung an die BORA-Empfehlungen zu befürworten.

1 Einleitung

Alkoholabhängigkeit zählt zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen in Deutschland (vgl. Robert Koch-Institut 2016, S. 43). Im Jahr 2015 wurde die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) in Deutschland bei über 100.000 Männern und rund 36.000 Frauen gestellt (vgl. Schaller/Kahnert 2017, S. 56). Insgesamt leben in Deutschland in etwa 1,3 Millionen alkoholabhängige Menschen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017, o.S.). Gemäß der Bundespsychotherapeutenkammer (2018, o.S.) kommt „Alkoholabhängigkeit [...] in allen sozialen Schichten und allen Altersgruppen gleich häufig“ vor. Was sich durch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht jedoch durchaus unterscheidet, sind die Strukturen, von denen eine Person umgeben ist. Diesbezüglich spielt insbesondere die Erwerbstätigkeit eine zentrale Rolle, da sich durch das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein einer Erwerbstätigkeit grundlegend andere Bedürfnisse ergeben. Genau diese Perspektive nahm die gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (AG BORA) ein, als sie es sich zum Ziel setzte die beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) zu stärken und die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (ebd., S. 1) (BORA-Empfehlungen) ausarbeitete. So ist es gemäß diesen Empfehlungen sinnvoll, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in stationären Suchthilfeeinrichtungen entsprechend ihres Erwerbsstatus einzelnen Zielgruppen zuzuordnen, um hierdurch eine bedarfsgerechtere Versorgung erreichen zu können.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Im Januar 2017 wurden in der Fachklinik Hirtenstein fünf Zielgruppen implementiert, welche sich an die am 14. November 2014 veröffentlichten BORA-Empfehlungen (vgl. ebd., S. 1) anlehnen. Frau Dr. med. Fennen, Einrichtungsleitung und Chefärztin der stationären Suchthilfeeinrichtung in Bolsterlang, trat mit dem Wunsch der Evaluation dieser Implementierung an die Forscherin heran. Die Aktualität sowie die hohe Relevanz für Praxis und Forschung überzeugten die Forscherin davon, sich mit der Thematik zu beschäftigen.

Die BORA-Empfehlungen beinhalten in insgesamt elf Gliederungspunkten Hinweise zu unterschiedlichen, die Rehabilitation von Abhängigkeitskranken betreffenden, Themenbereichen, wie beispielsweise Diagnostik, Therapie- und Teilhabeplanung, therapeutische Angebote, Adaption, Dokumentation oder auch Qualitätssicherung

(vgl. ebd., S. 1). Bei der Evaluation in der Fachklinik Hirtenstein geht es in erster Linie um den vierten Gliederungspunkt der Empfehlungen, welcher sich mit den therapeutischen Angeboten und Leistungen beschäftigt und die Zuordnung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu fünf Zielgruppen beschreibt. Diesbezüglich soll erforscht werden, welche Auswirkungen die Implementierung der Zielgruppen aus den BORA-Empfehlungen in der Praxis haben. Die genaue Fragestellung lautet somit:

Wie wirkt sich aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Implementierung erwerbsbezugshomogener Bezugsgruppen (ebhB) nach den BORA-Empfehlungen auf die soziale Situation, die Arbeitsweise in den Gruppen und die Gesamtsituation in der Klinik aus?

Da es sich um eine Evaluationsstudie handelt, wird abschließend darauf eingegangen, wie die erhobenen Veränderungen zu bewerten sind. Da die BORA-Empfehlungen erst vor weniger als vier Jahren herausgegeben wurden, besteht eine hohe Aktualität des Themas. Bei der Evaluationsforschung handelt es sich in der Regel um „praxisnahe Anwendungs- und meist auch Auftragsforschung“ (Döring 2014, S. 168). Aus diesem Grund ist eine wichtige Anforderung an Evaluationsforschung, dass ihre Ergebnisse sowohl wissenschaftlich überzeugend, als auch nutzenbringend für die Praxis sind (vgl. ebd., S. 168). Die Relevanz der vorliegenden Fragestellung ist für Praxis und Forschung gegeben. So ist die Evaluierung für die Fachklinik Hirtenstein bedeutend, um die Auswirkungen der Implementierung besser einschätzen zu können. Zusätzlich kann, falls notwendig, lenkend eingegriffen werden, um negativen Auswirkungen entgegenzuwirken. Des Weiteren ist anwendungsbezogene rehabilitationswissenschaftliche Forschung aus Sicht der Rentenversicherung unerlässlich (vgl. Korsukéwitz 2007, S. 34), da sie „wichtige Argumente für die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion“ (ebd., S. 35) liefert und maßgeblich dazu beiträgt „den Stellenwert der Rehabilitation in Fachöffentlichkeit und Politik zu stärken“ (ebd., S. 35). Im Anschluss an die Durchführung der Evaluation sollen die Ergebnisse im März 2019 bei der wissenschaftlichen Jahrestagung des Bundesverbands für stationäre Suchthilfen in Berlin an die Öffentlichkeit herangetragen werden, wodurch durchaus angestrebt wird, die Evaluationsergebnisse als ausschlaggebenden Faktor für die künftige berufsbezogene Arbeit in der stationären Suchthilfe zu verbreiten und sie in weiteren Denk- und Handlungsmustern anderer Einrichtungen zu verankern (vgl. Merchel 2010, S. 63).

1.2 Beschreibung des Vorgehens und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Bereiche: die theoretische Hinführung zum Thema sowie den Methodenteil. Zum ersten Bereich gehört die begriffliche Einordnung der Ausdrücke Evaluation und Pilotstudie im Hinblick auf die vorliegende Studie. Des Weiteren beschäftigt sich das dritte Kapitel mit den theoretischen Grundlagen der Suchttherapie und beschreibt im Rahmen dessen das dynamische Zusammenspiel der einzelnen Therapieziele sowie die Einfluss- und Wirkfaktoren in der Suchttherapie. Das vierte Kapitel führt noch spezifischer zum Thema hin, indem es auf die Arbeits- und Berufsorientierung in der Suchttherapie eingeht. Neben der geschichtlichen Entwicklung geht es vor allem um die Aufbereitung und Erläuterung der BORA-Empfehlungen, welche zentraler Bestandteil der Evaluation sind. Zudem wird betrachtet, welche Auswirkungen die Implementierung der ebhB haben kann. Abschließend wird in diesem Kapitel auf den Forschungsstand eingegangen und bestehende Wissenslücken werden aufgedeckt.

Im Hinblick auf den Methodenteil der vorliegenden Arbeit werden die sieben Verfahrensschritte der Evaluation nach Merchel (vgl. 2010, S. 62) beschrieben. Da bei der vorliegenden Evaluationsstudie nach diesen sieben Schritten vorgegangen wird, werden diese im Folgenden grafisch dargestellt und der weitere Aufbau der Arbeit wird anhand der Abbildung 1 erläutert.

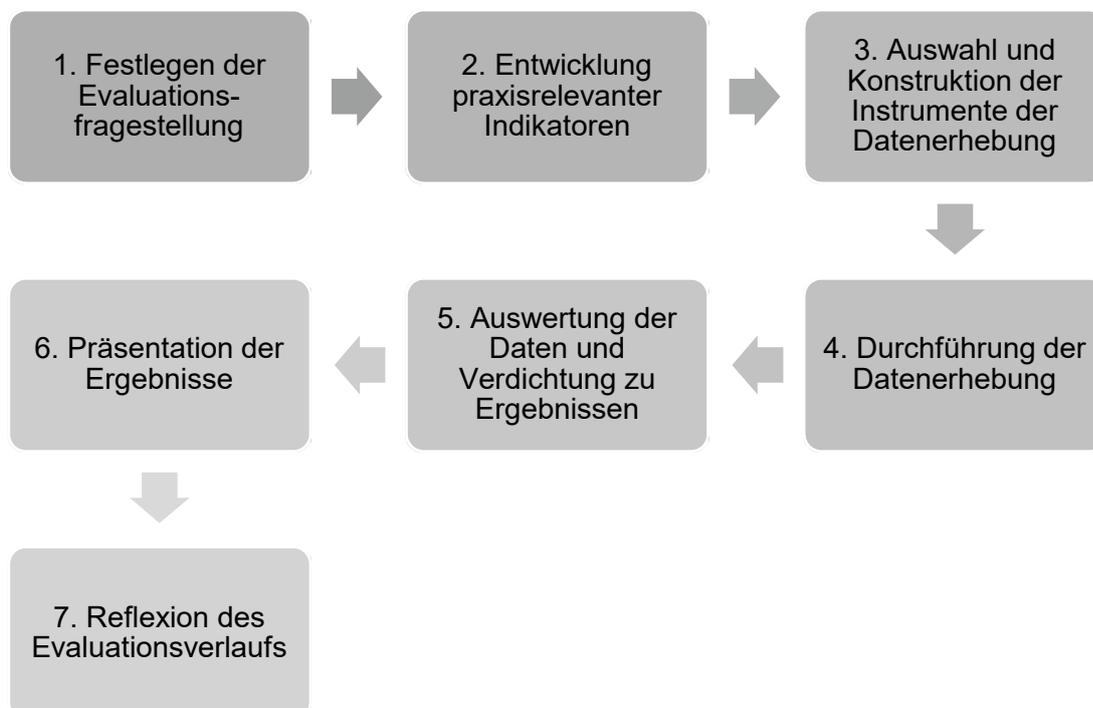


Abbildung 1: Verfahrensschritte einer Evaluation
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Merchel 2010, S. 62)

Der erste Verfahrensschritt nach Merchel lautet „Festlegung der Evaluationsfragestellung“ (ebd., S. 62). Dieser steht auch am Beginn dieser empirischen Pilotstudie. Ganz allgemein wurde die Fragestellung in Kapitel 1.1 bereits genannt. Diese übergeordnete Forschungsfrage wird im fünften Kapitel in einzelne Teilfragen untergliedert. Im sechsten Kapitel folgt die Vorstellung der verwendeten Methode. Im Rahmen des Kapitels zum Feldzugang wird die Fachklinik Hirtenstein beschrieben, anschließend wird auf die Probandinnen und Probanden eingegangen. Die Entwicklung praxisrelevanter Indikatoren stellt den zweiten Verfahrensschritt nach Merchel dar (vgl. ebd., S. 62) und wird in Kapitel 6.3 beschrieben. Der dritte Schritt befasst sich mit der Auswahl und Konstruktion der Instrumente der Datenerhebung (vgl. ebd., S. 62), deren Beschreibung in Kapitel 6.4 folgt. Hierbei wird sowohl auf den Online-Fragebogen als auch auf die papiergebundene Ergänzung eingegangen. Zudem werden im darauffolgenden Kapitel die Gütekriterien und die Durchführung des Pretests beschrieben. Informationen zur Durchführung der Datenerhebung, welche den vierten Verfahrensschritt darstellt, folgen in Kapitel 6.6. Im fünften Evaluationsschritt sollen die gesammelten Daten aufgegriffen, ausgewertet und zu Ergebnissen verdichtet werden. In diesem Rahmen werden sie in Kapitel 7 deskriptiv dargestellt. Die Präsentation der Ergebnisse (sechster Verfahrensschritt) ist ebenfalls in Kapitel 7 zu finden. So werden sie zum einen schriftlich und grafisch festgehalten, des Weiteren wird auf Anhänge verwiesen, welche die ausführliche Ergebnispräsentation beinhalten. Zudem schließt mit dem achten Kapitel eine Diskussion der Ergebnisse an. Im Verlauf dieses Kapitels werden sie interpretiert, bewertet und zusammengefasst. Im Rahmen des Unterkapitels zur Limitation wird ihre Aussagekraft beurteilt. Das Kapitel zur Limitation kommt dem Anspruch des letzten Verfahrensschrittes, der Reflexion des Evaluationsverlaufs, nach. Das neunte Kapitel rundet die Arbeit ab und gibt einen Ausblick auf die praxisbezogene Zukunft sowie auf weitere forschungsrelevante Fragestellungen mit Bezug zur vorliegenden Thematik. Die Arbeit beginnt nun mit dem Kapitel zur begrifflichen Einordnung.

2 Begriffliche Einordnung: Pilotstudie und Evaluation

Im Folgenden soll der Begriff Pilotstudie kurz aufgefasst und die Bedeutung für die weitergehenden Ausführungen erläutert werden. Des Weiteren wird beleuchtet, wie der Evaluationsbegriff in der wissenschaftlichen Literatur verstanden wird und um welche Art von Evaluation es sich in der vorliegenden Arbeit handelt.

Da bislang noch keine Forschungsergebnisse und somit nicht ausreichend Informationen über die Auswirkungen der Implementierung von ebhB vorliegen,

handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Pilotstudie. Es gibt keine eindeutige Definition für den Begriff Pilotstudie, jedoch ist festzuhalten, dass diese durch Flexibilität und die Möglichkeit zu explorieren, also einen bis dahin unbekanntem Sachverhalt zu erkunden (vgl. Polit u. a. 2012, S. 51), gekennzeichnet ist. Eine Pilotstudie wird in kleinem Maßstab durchgeführt, umfasst jedoch dieselben Verfahrensschritte wie eine gewöhnliche Studie (vgl. Schnell u. a. 2013, S. 343). Die Ergebnisse können als Planungsgrundlage für weitere Studien dienen.

Bezüglich des Evaluationsbegriffs erfolgt in einem ersten Schritt die Abgrenzung der Evaluations- von der Grundlagenforschung. Gleich wie bei der Grundlagenforschung, geht es bei der Evaluationsforschung im Grundsatz darum, ein „als wissenschaftlich relevant erachtetes Forschungsproblem [...] mit dem Ziel des Erkenntnisgewinns eigenverantwortlich“ (Döring 2014, S. 167) zu bearbeiten und der Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen (vgl. ebd., S. 167). Allerdings beinhaltet die Evaluationsforschung generell noch eine Komponente mit deutlichem Praxisbezug: so handelt es sich mehrheitlich um „praxisnahe Anwendungs- und meist auch Auftragsforschung“ (ebd., S. 168), bei welcher das Thema in der Regel von einer Auftraggeberin oder einem Auftraggeber an die evaluierende Person herangetragen wird. Die Ergebnisse sollen zusätzlich zur wissenschaftlichen Relevanz auch für die Praxis förderlich sein (vgl. ebd., S. 168). Beides ist bei der vorliegenden Evaluation gegeben, da durch die Kooperation mit der Fachklinik Hirtenstein als Praxispartner der praktische Bezugsrahmen gegeben ist (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 151).

Im nächsten Schritt ist es wichtig herauszustellen, um welche Art von Evaluation es sich handelt. Nach Rossi und Freeman (vgl. 1993, S. 5) ist Evaluationsforschung die systematische Anwendung von Methoden der Sozialforschung, um die Konzeptualisierung, das Design, die Implementation oder den Nutzen von sozialen Interventionsprogrammen zu bewerten. Entsprechend dieser Definition von Evaluation ist es bedeutend abzugrenzen, welcher der von Rossi und Freeman genannten Bereiche evaluiert werden soll. Die vorliegende Evaluation befasst sich damit, welche Auswirkungen die Implementierung der ebhB aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat. Es handelt sich somit um eine Implementierungsevaluation. Ähnlich wie bei einem Performance Audit fokussiert sie in erster Linie die Implementationsphase, sie hat eine retrospektive Ausrichtung (vgl. Stockmann 2007, S. 93 f.), das interessierende Ereignis ist also zu Beginn der Studie bereits eingetreten (vgl. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2018, o.S.) und erhebt die erzielten Leistungen (Outputs) sowie die unmittelbaren Wirkungen (Outcomes) (vgl. ebd., S. 93 f.). Wie bereits festgestellt, handelt es sich jedoch nicht um ein Performance Audit. So ist, anders als bei einem Audit, die „Klärung und

Herausarbeitung von Kriterien“ ein entscheidender Bestandteil der Studie und des Evaluationsprozesses. Des Weiteren werden Fragen nach dem Ursache-Wirkungszusammenhang behandelt (vgl. ebd., S. 93 f.). Auch wenn „Wirkung“ in diesem Zusammenhang nicht als Veränderung von Bewusstsein, Handeln und Lebenslage der Zielgruppen oder gar der Gesellschaft im Gesamten (vgl. Kurz/Kubek 2015, S. 5) zu verstehen ist, handelt es sich dennoch um eine Erhebung von Wirkungen (den Auswirkungen aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) durch eine Ursache (die Implementierung der ebhB). Es ist jedoch zu beachten, dass ausdrücklich keine Wirkungsevaluation (vgl. Stockmann 2007, S. 67) durchgeführt wird, da das Ziel nicht darin besteht festzustellen, ob eine „Intervention die intendierten Wirkungen auslöst“ (ebd., S. 67).

Hinsichtlich der Evaluationsart ist anzumerken, dass eine externe Ex-post Evaluation durchgeführt wird, da die Studie erst in der Wirkungsphase, d.h. nach der Einführung der ebhB, durchgeführt wird (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 991) und die Forscherin nicht der Durchführungsorganisation angehört (vgl. Stockmann 2007, S. 62). Der wesentliche Vorteil hiervon liegt in einer höheren Unabhängigkeit (ebd., S. 62).

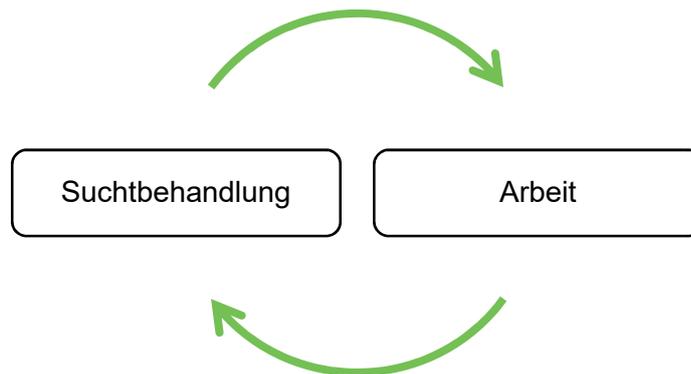
3 Suchttherapie

Nachdem im vorangegangenen Kapitel auf begriffliche Abgrenzungen eingegangen wurde, folgt nun die theoretische Fundierung zu den durch die Studie erhobenen Inhalten. Es werden das dynamische Zusammenspiel der Therapieziele sowie Einfluss- und Wirkfaktoren in der Suchttherapie erörtert, um nach Durchführung der Erhebung eine theoretisch fundierte Interpretation der Ergebnisse zu ermöglichen.

3.1 Dynamisches Zusammenspiel der Therapieziele

In der Suchttherapie spielen sowohl „biologische als auch psychische und soziale Faktoren“ (Bensel 2012a, S. 51) eine wichtige Rolle. In § 2 Abs. 1 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4. Mai 2001 sind drei Ziele der medizinischen Rehabilitation festgehalten: Abstinenz soll erreicht und erhalten, körperliche und seelische Störungen weitgehend behoben oder ausgeglichen und die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft erhalten bzw. erreicht werden (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 3). Zwischen diesen drei Zielen ist ein dynamisches Zusammenspiel vorhanden. Im Folgenden soll insbesondere der Zusammenhang von Abstinenz und Arbeit herausgestellt werden. Es erscheint logisch, dass das Erlangen der Abstinenz, also eine erfolgreiche Suchtbehandlung, einen positiven Einfluss auf die Erwerbstätigkeit hat. So haben alkoholabhängige Personen häufig Probleme bei der Stellensuche (vgl. Gänsicke u. a. 2007, S. 79).

Da Alkoholkonsum akute gesundheitlichen Störungen zu Folge hat und meist in chronisch degenerative Alkoholfolgekrankheiten mündet, kommt es zudem oftmals zu Arbeitsunfähigkeit (vgl. Mann 2008, o.S.). Als häufige Erkrankungen aufgrund von Alkoholkonsum sind hierbei Tumoren im Mund- und Rachenraum, Brust- und Darmkrebs sowie Leberzirrhose zu nennen (vgl. Robert Koch-Institut 2016, S. 19). Gleichzeitig hat jedoch auch die Arbeit eine hohe Bedeutung für die Suchtbehandlung. Dieses dynamische Zusammenspiel ist in Abbildung 2 dargestellt.



*Abbildung 2: Dynamisches Zusammenspiel Suchtbehandlung und Arbeit
(Eigene Darstellung)*

Die Bedeutung der Arbeit für die Suchtbehandlung soll durch die Ergebnisse der Katamnese des Fachverbands Sucht e.V. des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige verdeutlicht werden. Diese ergab die in Tabelle 1 aufgeführten Daten zur Erwerbstätigkeit und zum Therapieerfolg. Die dargestellte Therapieerfolgsquote bezieht sich auf die durch die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DGSS) definierte Stichprobe DGSS 3 (vgl. Margraf/Schneider 2009, S. 992), welche alle „Katamneseantworter“ (Bachmeier u. a. 2018, S. 55) umfasst.

Erwerbstätigkeit bei Aufnahme	Therapieerfolg in Prozent (DGSS 3)
Erwerbstätig	80,4 %
Erwerbslos	70,0 %

*Tabelle 1: Therapieerfolg in Prozent nach Erwerbstätigkeit bei Aufnahme
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Bachmeier u. a. 2018, S. 57)*

Die Anzahl der Katamneseantworter beträgt 5.318 (vgl. ebd., S. 55). Therapieerfolg bedeutet „abstinent und abstinent nach Rückfall“ (ebd., S. 57). Der Therapieerfolg ist

bei Personen, welche zu Beginn der Therapie erwerbstätig waren, somit um 10,4 % höher als bei Personen, die erwerbslos waren.

Die Ergebnisse hinsichtlich der Veränderungen der Erwerbssituation zwischen dem Aufnahmezeitpunkt der Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt zeigen noch weitere Zusammenhänge der Arbeit mit der Suchtbehandlung.

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolg in Prozent (DGSS 3)
Erwerbslos	Erwerbstätig	78,1%
	Erwerbslos	64,3%
Erwerbstätig	Erwerbstätig	82,7%
	Erwerbslos	67,8%

Tabelle 2: Erwerbssituation zu Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt (Eigene Darstellung in Anlehnung an Bachmeier u. a. 2018, S. 59)

Es ist klar ersichtlich, dass die Erfolgsquote bei Erlangen einer Erwerbstätigkeit im Anschluss an die Behandlung deutlich höher ist, als wenn die Person nach der Behandlung erwerbslos wird oder bleibt. So haben Personen, welche bei der Aufnahme erwerbslos waren, eine um 13,8 % erhöhte Therapieerfolgsquote, wenn sie im Anschluss an die Behandlung eine Erwerbstätigkeit aufnehmen. Bei zum Aufnahmezeitpunkt Erwerbstätigen ist die Erfolgsquote sogar um 14,9 % erhöht, falls nach der Behandlung wieder einer Erwerbstätigkeit nachgegangen wird. Die Angaben beziehen sich hierbei auf die „Katamneseantworter“ (ebd., S. 55) mit Angaben zur Erwerbstätigkeit zu beiden Messzeitpunkten.

Deutlich wird durch die Ausführungen demnach sowohl die hohe Bedeutung der Suchtbehandlung für die Arbeit, als auch die der Arbeit für die Suchtbehandlung.

3.2 Einfluss- und Wirkfaktoren

Die Erwerbstätigkeit stellt den Gegenstandsbereich der BORA-Empfehlungen dar. Somit steht das Therapieziel der Eingliederung in die Arbeit im Mittelpunkt der vorliegenden Studie. Aufgrund des soeben aufgezeigten dynamischen Zusammenspiels von Arbeit und Suchtbehandlung, werden alle Einflussfaktoren, welche die Perspektiven auf Arbeit oder auch auf die Suchttherapie verbessern, als positiv angesehen.

Die vier Konstrukte Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie zählen zu den wichtigsten Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie (vgl. Johnson u. a. 2005, S. 318). Sie werden nachfolgend erläutert und durch weitere relevante Aspekte ergänzt.

Bei dem Konstrukt *Gruppenklima* geht es darum, wie die Atmosphäre in der Gruppe ist und wie sich ihre Mitglieder verhalten (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 72). „Prozessstudien zeigen, dass Mitglieder von Gruppen, in denen ein gutes Klima nachgewiesen wurde, von weiteren wünschenswerten Gruppenprozessen berichten“, so Bormann und Strauß (ebd., S. 72). Gemäß MacMenzie (vgl. 1983, S. 159–170 zit. nach Bormann/Strauß 2012, S. 72) wird das Gruppenklima durch die drei Faktoren Konflikt, Vermeidung und Engagement beschrieben.

Vermeidung meint, dass die Mitglieder versuchen die Verantwortung für ihre eigene Veränderung abzugeben. Der Aspekt Konflikt beschäftigt sich mit Feindseligkeiten, Misstrauen und Konflikten zwischen den Gruppenmitgliedern (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 72). Nach Fischer und Wiswede (vgl. 2009, S. 693) gibt es unterschiedliche interpersonale Konfliktarten. So können unter anderem Verteilungskonflikte auftreten, welche auf begrenzte Ressourcen zurückzuführen sind und sich in Neid oder Konkurrenzdenken zeigen können. Missverständnisse werden den Kommunikationskonflikten zugeordnet und kommt es zwischen den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu verschiedenen Zielvorstellungen, so wird von Bewertungskonflikten gesprochen (vgl. ebd., S. 693). Zudem kann es auch zu Rivalität unter den einzelnen Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern kommen (vgl. Schultz-Venrath 2012, S. 122) und Ausgrenzung und Vorurteile können negative Auswirkungen auf das Gruppenklima zur Folge haben (vgl. Freyberger/Spitzer 2014, S. 87 f.). Ob das Vorhandensein von Intra- und Intergruppenkonflikten (abgesehen vom Gruppenklima) auch insgesamt negative Effekte auf die Suchtbehandlung hat, ist nicht eindeutig festzustellen. So wurden in einigen Untersuchungen auf Gruppenebene negative Auswirkungen von Konflikten auf die Therapieergebnisse nachgewiesen (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 73). Jedoch zeigten Studien über verschiedene psychodynamisch orientierte Gruppen „auf individueller Ebene einen positiven Effekt von Konflikten“ (ebd., S. 73). So berichten Tschuschke u. Greene (vgl. 2002, o.S. zit. nach Bormann/Strauß 2012, S. 73) von „Therapeuten, die in geschlossenen Selbsterfahrungsgruppen einen größeren Erkenntnisgewinn bei einem höheren Konfliktniveau schilderten“. Des Weiteren kann das Vorhandensein von Konflikten positive Auswirkungen haben, da diese mittels der „Reinszenierung der Familiensituation“ (Marwitz 2016, S. 69) therapeutisch genutzt werden können. So können mithilfe der Gruppentherapie insbesondere in Konfliktsituationen, wie beispielsweise bei Neid oder Rivalität unter den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (vgl. Schultz-Venrath 2012, S. 122), vielfältige Beziehungserfahrungen inszeniert werden. Durch das Erleben einer solchen Konfliktsituation in der Gruppe kann der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden eine familiäre Situation bewusstwerden. Zudem kann die ursprüngliche Erfahrung durch das

Wiedererleben korrigiert werden, indem die Situation in ein Ergebnis mündet, welches nicht dem erwarteten entspricht (vgl. Marwitz 2016, S. 69 f.). Ein Beispiel hierfür wäre, dass ein Gruppenmitglied verständnisvoll darauf eingeht, dass eine Person sich ungerecht behandelt fühlt, anstelle sich über die Person lustig zu machen oder deren Gefühle nicht ernst zu nehmen, wie sie es gegebenenfalls aus der Kindheit von einer Bezugsperson gewöhnt ist. Kommt es nicht auf natürliche Art und Weise zu Konflikten und somit zu diesen therapeutisch nutzbaren Situationen, besteht die Notwendigkeit der künstlichen Erzeugung dieser Konstellationen. Dies kann gemäß Marwitz (vgl. ebd., S. 70) systematisch durch die Anwendung von Interaktionsspielen geschehen. Beispielhaft sind hier Rollenspiele zu nennen (vgl. Fiedler 2005, S. 95). Durch diese können frühere Erfahrungen durch die Mitwirkung der anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden neu eingeordnet werden (vgl. Sipos/Schweiger 2018, S. 20).

Unter Engagement ist die Beteiligung der Gruppenmitglieder bei der Umsetzung der Ziele der Gruppe sowie am Geschehen innerhalb der Gruppe und eine positive Arbeitsatmosphäre zu verstehen (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 72). Konzentration und zielgerichtetes Arbeiten beeinflussen die Arbeitsatmosphäre positiv. Gruppen, in denen das Engagement hoch ist, kommunizieren „mehr im »Hier und Jetzt«, setzen realistischere Interaktionen ein und lösen kritische Ereignisse mit Selbstöffnung und Feedback, Anziehung und Bindung, Zuhören und Empathie, Prozessorientierung sowie Unterstützung und Fürsorge“ (ebd., S. 72). Da die Beteiligung sowie konzentriertes und zielgerichtetes Arbeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden somit zu einer Verbesserung des Gruppenklimas führt, werden diese Faktoren als Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie angesehen.

Als zweites Konstrukt ist die *Gruppenkohäsion* zu nennen. Gemäß Budman u. a. (vgl. 1989, S. 341) ist Kohäsion wichtig, weil sie der Grund ist, warum Personen zur Gruppe kommen und sie die Gruppenmitglieder dazu ermutigt, anderen beizustehen. Für den Begriff der Kohäsion gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen. Sehr häufig wird sie als das Wir-Gefühl beschrieben. Dieses kann als ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe verstanden werden (vgl. König 2012, S. 25). Budman u. a. (vgl. 1989, S. 341) definieren Kohäsion als die innere Verbundenheit der Gruppe, welche sich durch das Zusammenarbeiten an einem gemeinsamen therapeutischen Ziel, durch das konstruktive Engagement für gemeinsame Themen sowie eine offene, vertrauensvolle Einstellung, die es den Teilnehmern ermöglicht, persönliches Erlebnisse zu teilen, zeigt (vgl. ebd., S. 341). Gemäß Burlingame u. a. (vgl. 2011, S. 34–42 zit. nach Sipos/Schweiger 2018, S. 19) führt eine hohe Gruppenkohäsion zu geringeren Abbrecherquoten sowie zu besseren Ergebnissen in der Gruppentherapie. Nicht immer ist der Effekt der Gruppenkohäsion auf die Zeitspanne der Therapie

begrenzt (vgl. Marwitz 2016, S. 37). So kommt es häufig vor, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer hochkohäsiven Therapiegruppe den Kontakt zueinander auch nach dem offiziellen Abschluss der Therapie noch aufrechterhalten oder sogar auch künftig als Gesamtgruppe zusammenkommen. Diese Weiterführung der bestehenden Beziehungen kann „einen Beitrag zur Transfersicherung und Stabilisierung der erreichten Therapieziele leisten“ (ebd., S. 37). Andererseits kann eine solche Entwicklung auch negative Folgen haben. Hierzu zählen beispielsweise fehlende Diskretion, die Entfremdung vom sozialen Umfeld oder die Entwicklung einer dysfunktionalen Gruppendynamik, deren Aufarbeitung ohne die Gruppentherapeutin bzw. den Gruppentherapeuten nicht möglich ist (vgl. ebd., S. 37).

Auch die *therapeutische Allianz* stellt einen wichtigen Faktor in der Therapie dar und beeinflusst (wie auch die Kohäsion) die Arbeitsweise in der Gruppe sowie den individuellen Therapieerfolg (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 77). Es geht darum, in welchem Maß sich die Rehabilitandin oder der Rehabilitand mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten identifizieren kann und wie sehr sie oder er sich an diese bzw. diesen bindet (vgl. ebd., S. 77).

Als letztes der vier Konstrukte wird die Empathie beschrieben. Johnson u. a. (vgl. 2005, S. 318), stellen heraus, dass *Empathie* eine wichtige Bedeutung für die Entwicklung von vorteilhaften Effekten in der Therapie sowie die Stärkung der Kohäsion hat. Empathie wird hierbei nicht mit Sympathie oder reinem Mitgefühl gleichgesetzt, sondern beschreibt die Fähigkeit, die Gedanken und Gefühle des Gegenübers aufzufassen und deren Hintergrund zu begreifen (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 78).

Zusätzlich zu diesen vier Faktoren, gibt es jedoch noch eine Vielzahl weiterer Aspekte, welche als Wirkfaktoren bezeichnet werden können oder einen Einfluss auf die Suchttherapie haben. Als weitere Wirkfaktoren sind hierbei die Gruppendynamik, die Identifikation, die gute Wiedereingliederung in die Arbeit, der Grad der Interaktion sowie die bedarfsgerechte Versorgung zu nennen.

Unter *Gruppendynamik* werden die im sozialen System Gruppe ablaufenden gruppendynamischen Prozesse verstanden (vgl. König 2012, S. 22). Gemäß Däumling (2006, S. 18–39 zit. nach König 2012, S. 22) wird davon ausgegangen, dass „gruppendynamische Prozesse einen eigenständigen psychotherapeutischen Wirkfaktor“ darstellen. Auch die *Identifikation* mit den Gruppenmitgliedern zählt zu den Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie (vgl. Tschuschke 2010a, S. 14 f.). Somit können durch eine erhöhte Identifikation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit den Gruppenmitgliedern bessere Ergebnisse in der Gruppenpsychotherapie erzielt werden.

Wie bereits erörtert, besteht ein dynamisches Zusammenspiel zwischen den Therapiezielen Erwerbsfähigkeit und Suchtbehandlung. Daher kann die *gute Wiedereingliederung* in die Arbeit ebenfalls als Wirkfaktor in der Suchttherapie angesehen werden. Nicht ohne Grund ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eines der wichtigsten Ziele der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 2). Zur erfolgreichen Wiedereingliederung in die Arbeit ist das Vorhandensein berufsbezogener Aspekte sowie deren ebenbürtiger Stellenwert zur medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung über den gesamten Therapieprozess essentiell (vgl. ebd., S. 14). Besonders eingegangen werden sollte hierbei auf arbeitsbezogene Probleme der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (vgl. ebd., S. 5).

Auch der *Grad der Interaktion*, also die Kommunikation zwischen Personen innerhalb einer sowie zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen, sorgt für eine bessere Wirkung in der Suchtbehandlung. So stellen zwischenmenschliche Beziehungen eine zentrale Ressource für einen Veränderungsprozess dar (vgl. Bensel 2012b, S. 22). Auch kann in psychotherapeutischen Kliniken der zwischenmenschliche Umgang der Patientinnen und Patienten untereinander therapeutisch genutzt werden und ist daher als bedeutend zu erachten (vgl. Staats 2014, S. 350). Wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden miteinander über ihre Psychotherapie sprechen können, so kann dies „Hoffnung geben, motivieren und den Transfer gemachter Veränderungen in den Alltag erleichtern. Patienten schreiben einen großen Teil ihres Behandlungserfolgs Gesprächen mit anderen Patienten zu“ (ebd., S. 350). Aus diesem Grund ist es wichtig, die Interaktion zu fördern (vgl. ebd., S. 350).

Dass die *bedarfsgerechte Versorgung* eine grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Suchtbehandlung und somit auch für die berufliche Wiedereingliederung darstellt, ist nahezu selbsterklärend. So stellt Rössler (2003, S. 554) heraus: „In einer idealen Welt spiegeln die vorgehaltenen Institutionen des Gesundheitswesens nach Art und Umfang exakt den Versorgungsbedarf der Bevölkerung wider“. Diese ganz grundlegende Aussage lässt sich selbstverständlich noch weiter aufgliedern und auf alle einzelnen Einheiten innerhalb einer Einrichtung übertragen. So ist es gemäß Zielke (vgl. 2010, S. 289) von Vorteil, wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Gruppe Interesse an ähnlichen Themen haben. Hierdurch ist unter anderem die Akzeptanz bei den Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern deutlich erhöht, da sie sich nicht mit subjektiv bedeutungslosen Themen befassen müssen (vgl. ebd., S. 289). Folglich ist jede Veränderung, welche die Versorgung der sich in der Rehabili-

tation befindlichen Personen bedarfsgerechter macht, als positiv anzusehen, da hierdurch die Probleme jedes Einzelnen besser behandelt und somit ein erhöhter Therapieerfolg erreicht werden kann.

Zusätzlich zu den genannten Wirkfaktoren gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren. Nachfolgend werden die für diese Arbeit zentralen Aspekte erläutert. Da die Therapeutin bzw. der Therapeut einer Gruppe eine zentrale Rolle in der Gruppentherapie einnimmt (vgl. Marwitz 2016, S. 77), ist die *Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* als Einflussfaktor für die Suchttherapie anzusehen.

Als zweiter Einflussfaktor ist die *Gruppenzusammensetzung* zu nennen. Es werden heterogen von homogen zusammengestellten Gruppen unterschieden. Die Gruppenhomogenität kann sich hierbei auf ein einzelnes, oder auch auf mehrere unterschiedliche Merkmale der Gruppenmitglieder beziehen (vgl. ebd., S. 101 f.). Es wird unterschieden zwischen Homogenität bezüglich Symptomatik, Problematik und psychischem Funktionsniveau (vgl. Tschuschke 2010b, S. 150). Zudem kann noch der Aspekt personenspezifischer und soziodemografischer Merkmale mit aufgeführt werden (vgl. Marwitz 2016, S. 102). Gemäß Marwitz (2016, S. 102) wird in der Literatur einheitlich angenommen, dass es in homogenen Gruppen zu einer raschen Vereinigung der Mitglieder, einer hohen Unterstützung, einem hohen Maß an Gruppenkohäsion und einem geringen Konfliktniveau kommt. Hierdurch kann sich die Gruppen schnell mit therapeutisch bedeutungsvollen Themen beschäftigen (vgl. ebd., S. 102). Die erhöhte Unterstützung zwischen den Gruppenteilnehmern könnte darin begründet sein, dass durch das bessere gegenseitige Verständnis aufgrund ähnlicher Problem- und Lebenslagen ein empathischerer Umgang untereinander ermöglicht wird. Zudem kann durch eine erhöhte Homogenität auch die Gruppenkohäsion gesteigert werden. Da die behandelten Problemlagen hierdurch allen Gruppenmitgliedern sehr präsent sind (vgl. Tschuschke 2010b, S. 151), fühlen sich die Personen besser verstanden und haben ein größeres Vertrauen den anderen Gruppenteilnehmern gegenüber. Ein Nachteil von stark homogen zusammengesetzten Gruppen liegt darin, dass weniger neue Anregungen eingebracht werden. Dies ist bei heterogenen Gruppen anders, denn hier kommen von Person zu Person sehr unterschiedlichen Themen aus verschiedenen Lebensbereichen auf (vgl. ebd., S. 151). Zudem ist mit einer heterogenen Gruppenzusammenstellung ein erhöhtes Maß an Gruppendynamik zu erwarten, während eine homogene Gemeinschaft eher zu einer Reduzierung gruppenspezifischer Prozesse führt (vgl. Marwitz 2016, S. 103).

Die *Gesamtatmosphäre* ist ebenfalls als wichtiger Einflussfaktor anzuführen. Schon 1997 stellte Bönner (vgl. 1997, S. 15–25 zit. nach Weissinger u. a. 2012, S. 48) heraus, dass es für die Qualität von Einrichtungen essentiell ist, „eine therapeutische

Atmosphäre aufzubauen, in der Patienten sich aufgehoben fühlen können“.

Die *Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie* stellt einen weiteren Einflussfaktor dar. Durch diese können in der stationären Suchthilfe die Probleme der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gezielter bearbeitet und eine bedarfsgerechtere Versorgung erlangt werden (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2015, o.S.). Damit das Zusammenspiel der beiden Therapiearten gut funktioniert, ist auf eine gute *Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie* zu achten.

Zusammenfassend sind alle zuvor beschriebenen Faktoren essentiell für die Suchttherapie, da sie einen Einfluss auf die Wirkung im Hinblick auf die Suchtbehandlung oder bzw. und die Wiedereingliederung in die Arbeit haben. Nachdem nun die für die Suchttherapie wichtigen Faktoren erörtert wurden, wird im nächsten Kapitel noch spezifischer auf die Arbeits- und Berufsorientierung eingegangen.

4 Arbeits- und Berufsorientierung in der Suchttherapie

Einerseits stellt die Arbeitslosigkeit aus Perspektive der Suchtkrankenhilfe eine der bedeutsamsten Herausforderungen bei der beruflichen (Re-)Integration von abhängigkeitskranken Menschen dar (vgl. Oschmiansky 2010, o.S.). Da der Arbeit aber gleichzeitig eine bedeutende Rolle für den Therapieerfolg zukommt, hat die Arbeits- und Berufsorientierung in der Suchttherapie eine hohe Relevanz. Aus diesem Grund beschäftigt sich dieses Kapitel mit einem kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung der Arbeits- und Berufsorientierung. Im Anschluss werden Zielsetzung und Inhalte der BORA-Empfehlungen, welche das Kernstück dieser Arbeit bilden und die Arbeits- und Berufsorientierung stärken sollen, beschrieben und mögliche Wirkungsbereiche durch deren Implementierung erörtert. Abschließend folgt die Darstellung des aktuellen Forschungsstands.

4.1 Geschichtliche Entwicklung seit 1975

Um die Einordnung des Konzeptes (BORA-Empfehlungen) zu erleichtern, wird in diesem Kapitel ein kurzer Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Arbeits- und Berufsorientierung in der Suchttherapie gegeben. Begonnen wird hierbei im Jahr 1975. Seit diesem Zeitpunkt bildet das Sozialgesetzbuch die Grundlage des Handelns für alle Sozialleistungsträger (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 2 f.). Nachdem im Jahr 2001 das SGB IX in Kraft trat, welches sich mit der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen befasst, hatten die verschiedenen Sozialleistungsträger die Ziele dieses Gesetzbuches gemäß des für sie relevanten Leistungsgesetzes umzusetzen (vgl. ebd., S. 2 f.). Für die Deutsche Rentenversicherung ist dies das sechste Buch Sozialgesetzbuch. Es ruft sie in § 9 Abs. 1 dazu auf „Leistungen zur

Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen“ zu erbringen, um „den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern“. Die Erfüllung dieser Aufgabe wird sichergestellt durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen der medizinischen Rehabilitation (vgl. ebd., S. 2 f.). Um den Rehabilitationserfolg bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) zu optimieren, hat die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2012 ein Konzept zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt (vgl. Deutsche Rentenversicherung o.J., o.S.). Dieser spezifischen Behandlungsstrategie liegt die Zielsetzung zugrunde, Anforderungen der Arbeitswelt und vor allem am angestrebten Arbeitsplatz als wesentliches Fundament für die medizinische Rehabilitation heranzuziehen und zur Teilnahme an weiteren beruflichen Teilhabeleistungen nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation zu motivieren (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 2 f.).

Allerdings war von diesem MBOR-Konzept der Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ausdrücklich ausgenommen, da die Arbeitstherapie in Deutschland bereits im frühen 19. Jahrhundert für die Behandlung psychisch Kranker genutzt wurde (vgl. Schott/Tölle 2006, S. 437) und arbeitsbezogene Elemente für den Indikationsbereich Abhängigkeitskranker aufgrund dieser sehr frühen Entwicklungen bereits einen hohen Stellenwert hatten. So waren diese sowohl in den Rehabilitationskonzepten, im Leistungsgeschehen und auch in der struktur- und personalbezogenen Ausrichtung der Einrichtungen bereits lange Zeit verankert (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 2 f.). Da allerdings auch für diesen Indikationsbereich noch Verbesserungspotential bestand, wurden am 14. November 2014 die BORA-Empfehlungen herausgegeben (vgl. ebd., S. 1) mit denen eine noch gezieltere Förderung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach ihren persönlichen Teilhabebedarfen erreicht werden soll (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2014, S. 1).

4.2 BORA-Empfehlungen

Die BORA-Empfehlungen stellen den Evaluationsgegenstand, auch Evaluandum genannt, dieser Pilotstudie dar (vgl. Döring 2014, S. 170). Sie wurden von der AG BORA erarbeitet (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 1). Die AG BORA besteht aus Vertretern der Suchtverbände und der Deutschen Rentenversicherung (vgl. ebd., S. 3). Da somit

sowohl Mitglieder von Leistungsträger-, als auch von Leistungserbringerseite mitwirken, handelt es sich um eine paritätisch besetzte Expertengruppe (vgl. Koch 2015, o.S.). Eine Auflistung der Personen, welche an der Erarbeitung der BORA-Empfehlungen mitgewirkt haben, findet sich in Anlage 1.

Aus dem Titel der Empfehlungen ist zu entnehmen, dass sich diese auf die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitskranken beziehen. Das Abhängigkeitssyndrom ist hierbei in der ICD-10 Kategorie „F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017b, o.S.) verortet. Obwohl die ICD-10-Diagnose „F63.0 Pathologisches Spielen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017a, o.S.) definitionsgemäß nicht zu den Abhängigkeitssyndromen, sondern zu den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017b, o.S.) nach F60-F69 zählt, werden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der Diagnose des pathologischen Spielens, bei den Empfehlungen miteinbezogen, wenn sie in Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen behandelt werden (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 1).

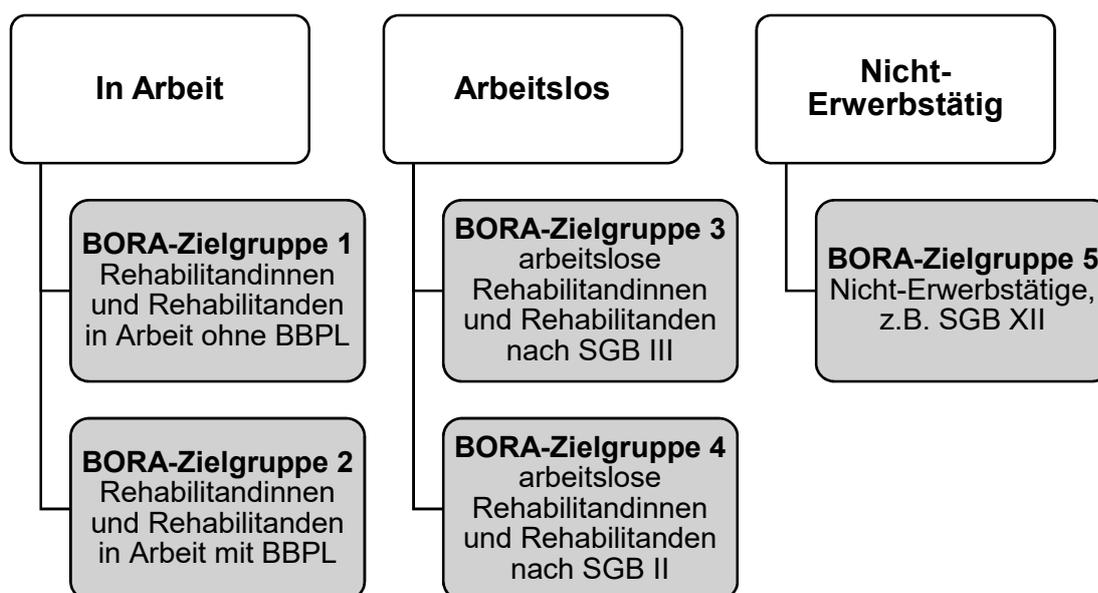
Ganz grundlegend geht es bei den BORA-Empfehlungen um die Förderung der beruflichen Integration. Das Augenmerk liegt hierbei nicht auf einer konzeptionellen Neuentwicklung, sondern auf der Weiterentwicklung von bereits bestehenden Therapiekonzepten. Hierbei handelt es sich explizit nicht um zwingende Vorgaben, wie dies beispielsweise beim MBOR-Konzept der Fall ist, sondern um Empfehlungen, die je nach Bedarf umgesetzt werden können (vgl. Koch 2015, o.S.). Die BORA-Empfehlungen „beziehen sich auf ein Raster mit fünf Gruppen“ (ebd., o.S.) von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, welche sehr verschiedene therapiebezogene Bedürfnisse haben können.

Wie sich diese fünf Gruppen zusammensetzen, wird im folgenden Gliederungsabschnitt erläutert. Anschließend wird auf die zielgruppenorientierten Leistungen eingegangen und mögliche Auswirkungsbereiche durch die Implementierung der ebhB werden dargelegt. Das Kapitel schließt mit der Darstellung des aktuellen Forschungsstands ab.

4.2.1 Fünf Zielgruppen

Die BORA-Empfehlungen sehen die Implementierung von fünf verschiedenen Zielgruppen vor, „an der sich die weiteren Ausführungen zur Diagnostik und insbesondere zur Therapie orientieren“ (Koch/Schinner 2015, o.S.). Je nach beruflicher Stellung haben Menschen ein anderes Umfeld und sehr unterschiedliche Problemlagen.

Aus diesem Grund orientieren sich die fünf Zielgruppen am Erwerbsstatus der jeweiligen Rehabilitandin bzw. des jeweiligen Rehabilitanden (vgl. ebd., o.S.). In Tabelle 3 ist die Aufgliederung in die fünf Zielgruppen abgebildet. Die Bezeichnungen der Kategorien zum beruflichen Status orientieren sich hierbei an der Aufzählung in der Prä-Post-Messung zur beruflichen Integration von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Beginn und Ende ihrer Behandlung, welche in der Fachverband Sucht-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 aufgeführt wird (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 11). In dieser Messung wird zwischen erwerbstätig, erwerbslos und nicht erwerbstätig unterschieden (vgl. Missel u. a. 2013, S. 22).



*Tabelle 3: Die fünf BORA-Zielgruppen
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Beckmann u. a. 2014, S. 11 f.)*

Zu den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Arbeit zählen Auszubildende, Arbeiterinnen bzw. Arbeiter, Angestellte, Beamtinnen bzw. Beamte, Selbstständige, Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen und Personen, die sich in beruflicher Rehabilitation gemäß § 49 SGB IX befinden (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 12). Die beiden, dieser Kategorie zugeordneten BORA-Zielgruppen, unterscheiden sich bezüglich des Vorhandenseins von BBPL. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ohne BBPL werden hierbei der BORA-Zielgruppe 1 und jene mit BBPL der BORA-Zielgruppe 2 zugeordnet (vgl. ebd., S. 12). Während im Bereich der somatischen Rehabilitation schätzungsweise ein Drittel der Personen BBPL aufweisen, tritt dieses Phänomen im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker deutlich öfter auf (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2015, S. 6). So kann gesagt werden, dass BBPL im Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen eher den Regel- als den Sonderfall darstellen (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 2). Gemäß der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), zählen arbeits- und

berufsbezogene Problemlagen zu den Kontextfaktoren, welche den Menschen direkt und auch seine Gesundheit beeinflussen können (vgl. World Health Organization 2005, S. 19 ff.). Um diese ausreichend gut in der Therapieplanung verankern zu können, ist es wichtig, diese so früh wie möglich zu identifizieren (vgl. Preßmann u. a. 2014, S. 68). Beckmann u. a. (vgl. 2014, S. 8 f.) empfehlen hierzu unterschiedliche Screeningverfahren. Genannt werden das Würzburger Screening (vgl. Löffler u. a. 2009, S. 133), das Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation SIBAR (vgl. Bürger/Deck 2009, S. 211) oder das Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen SIMBO-C (vgl. Streibelt/Bethge 2008, S. 95). Mithilfe dieser Verfahren soll festgestellt werden, ob und welche arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen vorliegen und welche Interventionen notwendig sind, um diesen entgegenzuwirken (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 8). Ganz grundlegend können arbeitsplatzbezogene Probleme „sowohl im funktionalen als auch im psychosozialen Bereich auftreten“ (Deutsche Rentenversicherung 2015, S. 13). Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit BBPL zeichnen sich in der Regel durch Arbeitslosigkeit, häufige oder andauernde Fehlzeiten, drohenden Arbeitsplatzverlust, die Notwendigkeit einer beruflichen Umgestaltung aus sozialmedizinischer Sicht sowie eine negative subjektive Vorhersage bezüglich der persönlichen beruflichen Zukunft aus (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 5). Die negative Prognose ist hierbei häufig mit der Angst verbunden, die im Beruf gestellten Aufgaben nicht oder nicht hinreichend erfüllen zu können (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2015, S. 6).

Es gilt zu beachten, dass die vorangegangenen Kriterien zur groben Orientierung dienen sollen und es noch weitere, in der Aufzählung nicht genannte, Aspekte geben kann, welche einen Indiz für das Vorhandensein von BBPL darstellen können. Zudem bedeutet das singuläre Auftreten eines Merkmals nicht automatisch das Vorhandensein einer BBPL. Zwar erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, jedoch treten die Anzeichen im Allgemeinen kumulativ und nicht vereinzelt auf, wenn von BBPL gesprochen wird (vgl. ebd., S. 6). Es ist beispielsweise durchaus möglich, dass bei einer Rehabilitandin oder einem Rehabilitanden Arbeitslosigkeit vorliegt, sie oder er aber weder im vorangegangenen Beruf mit BBPL zu kämpfen hatte, noch dieses im Nächsten zu erwarten braucht. So kann der Grund für die Arbeitslosigkeit womöglich in betrieblichen Umstrukturierungsmaßnahmen des Arbeitgebers liegen oder sie bzw. er konnte nach einem Wohnortwechsel noch keine neue Anstellung finden. Denkbar ist ferner das Vorliegen der Notwendigkeit einer beruflichen Umstrukturierung auch ohne problematische Umstände bei der Arbeit. Das Umstrukturierungserfordernis kann hierbei

beispielsweise in der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds oder in nebenberuflichem Engagement liegen. Eine in der Rehabilitation befindliche Person, auf welche letzteres Szenario zutrifft, würde dementsprechend der BORA-Zielgruppe 1 zugeordnet werden.

Im Bereich der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ohne Arbeit wird zwischen Kurz- und Langzeitarbeitslosen unterschieden (vgl. ebd., S. 12). Dies ist wesentlich, da je nach Dauer der vorangegangenen Arbeitslosigkeit unterschiedliche ergebnisbezogene Restrukturierungserfordernisse bestehen und sich daher auch die erforderlichen therapeutischen Interventionen unterscheiden (vgl. ebd., S. 12).

Der BORA-Zielgruppe 3 werden alle nach dem SGB III arbeitslose Personen zugeordnet (vgl. ebd., S. 12). Diese befinden sich in der Regel in Bezug von Arbeitslosengeld I. Zudem fallen Erwerbstätige, die während ihrer Krankschreibung arbeitslos werden, in diese Zielgruppe. Dies kann beispielsweise in Auflösungs- oder befristeten Arbeitsverträgen begründet sein. Des Weiteren werden auch langzeitarbeitsunfähige Erwerbstätige der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet. Diese haben zwar noch einen Arbeitsplatz, stehen jedoch in Bezug von Arbeitslosengeld, da die Krankengeldzahlung gem. § 48 Abs. 1 des fünften Buch Sozialgesetzbuch nach 78 Wochen endet. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach SGB II, also jene, die in Bezug von Arbeitslosengeld II stehen, bilden die BORA-Zielgruppe 4. Zu der Kategorie *Nicht-Erwerbstätige* zählen vor allem Hausfrauen und -männer sowie Personen, die sich in schulischer Ausbildung, im Studium oder in Zeitrente befinden. Aus der praktischen Diagnostik können sich noch feinere Differenzierungen innerhalb der fünf Zielgruppen ergeben (vgl. ebd., S. 12).

Es wird davon ausgegangen, dass Personen, welche derselben Zielgruppe zugeordnet wurden, ähnliche therapiebezogene Bedürfnisse haben. Obwohl eine „individuelle Indikationsstellung und die Identifikation des spezifischen Unterstützungsbedarfs der einzelnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden [...] weiterhin maßgeblich für den Verlauf“ (Koch 2015, o.S.) der Rehabilitation sind, geben die Empfehlungen eine Hilfestellung, indem die möglichen therapeutischen Leistungen strukturiert werden können (vgl. ebd., o.S.). Je nach Zielgruppe haben die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden tendenziell unterschiedliche erwerbsbezogene Bedürfnisse. Wie sich die Bedürfnisse zwischen den einzelnen Zielgruppen gemäß den BORA-Empfehlungen unterscheiden, wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

4.2.2 Zielgruppenorientierte Leistungen

Die Durchführung erwerbsbezogener Leistungen soll sich stets zielgerichtet an den jeweiligen Problemlagen der einzelnen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausrichten (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 17). Aus diesem Grund wurden von der AG BORA für jede Zielgruppe eine Vielzahl unterschiedlicher erwerbsbezogener Leistungen empfohlen, welche in der Regel den Bedürfnissen der sich in der jeweiligen Zielgruppe befindlichen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entsprechen. Im Folgenden werden beispielhaft diejenigen Leistungen aufgeführt, die von der Forscherin als zentral angesehen werden und aus ihrer Sicht die Bedarfe der jeweiligen BORA-Zielgruppe am deutlichsten repräsentieren. Für die Zielgruppe BORA 1, werden insbesondere prophylaktische Leistungen vorgesehen (vgl. ebd., S. 17 f.). Diese umfassen zum Beispiel Rückkehrgespräche mit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber, betriebliches Eingliederungsmanagement oder die Klärung, wie die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand mit ihrer bzw. seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann. Für sich in der Rehabilitation befindliche Personen der Zielgruppe BORA 2, kommen vor allem Leistungen, die bei der Bewältigung der BBPL helfen können, in Frage. Hierzu zählen beispielsweise interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Gespräche mit Vertretern der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers, PC-Schulungskurse, Sozialberatung sowie Arbeits- oder Ergotherapie. Die Themen Umgang mit Ängsten und Konflikten, Bewerbungstraining, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes sowie Assessment- und Fallmanagementverfahren sind hingegen in erster Linie für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Zielgruppe BORA 3 sinnvoll. Für die Zielgruppe BORA 4 kommen an berufsbezogenen Therapiemöglichkeiten insbesondere Therapieangebote wie Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation sowie die interne und externe Belastungserprobung in Frage. Für Nicht-Erwerbspersonen, das heißt die Zielgruppe BORA 5, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, sind je nach Unterstützungsbedarf die therapeutischen Leistungen, die für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden, sinnvoll (vgl. ebd., S. 17 f.). Die Empfehlungen können somit als Orientierungshilfe für die Zuteilung von arbeitsbezogenen therapeutischen Leistungen gesehen werden. Auch wenn in die Entscheidungsfindung die individuellen Problemlagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden miteinbezogen werden müssen (vgl. ebd., S. 18), erleichtert die Einteilung der in die Zielgruppen BORA 1 bis BORA 5 in Verbindung mit den Empfehlungen zu zielgruppenorientierten Leistungen die bedarfsgerechte Versorgung der sich in der Rehabilitation befindlichen Personen.

4.2.3 Mögliche Auswirkungsbereiche

Die Implementierung von ebhB in einer stationären Suchthilfeeinrichtung bedeutet, dass die Bezugsgruppen ab diesem Zeitpunkt ganz grundlegend anders zusammengestellt werden als zuvor. Dies kann Auswirkungen in vielen unterschiedlichen Bereichen innerhalb einer Suchthilfeeinrichtung haben. Auf Grundlage der Einfluss- und Wirkfaktoren in der Suchttherapie und in Anlehnung an die berufliche Praxis wurden von der Forscherin Auswirkungsbereiche herausgearbeitet. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die erarbeiteten Auswirkungsbereiche.

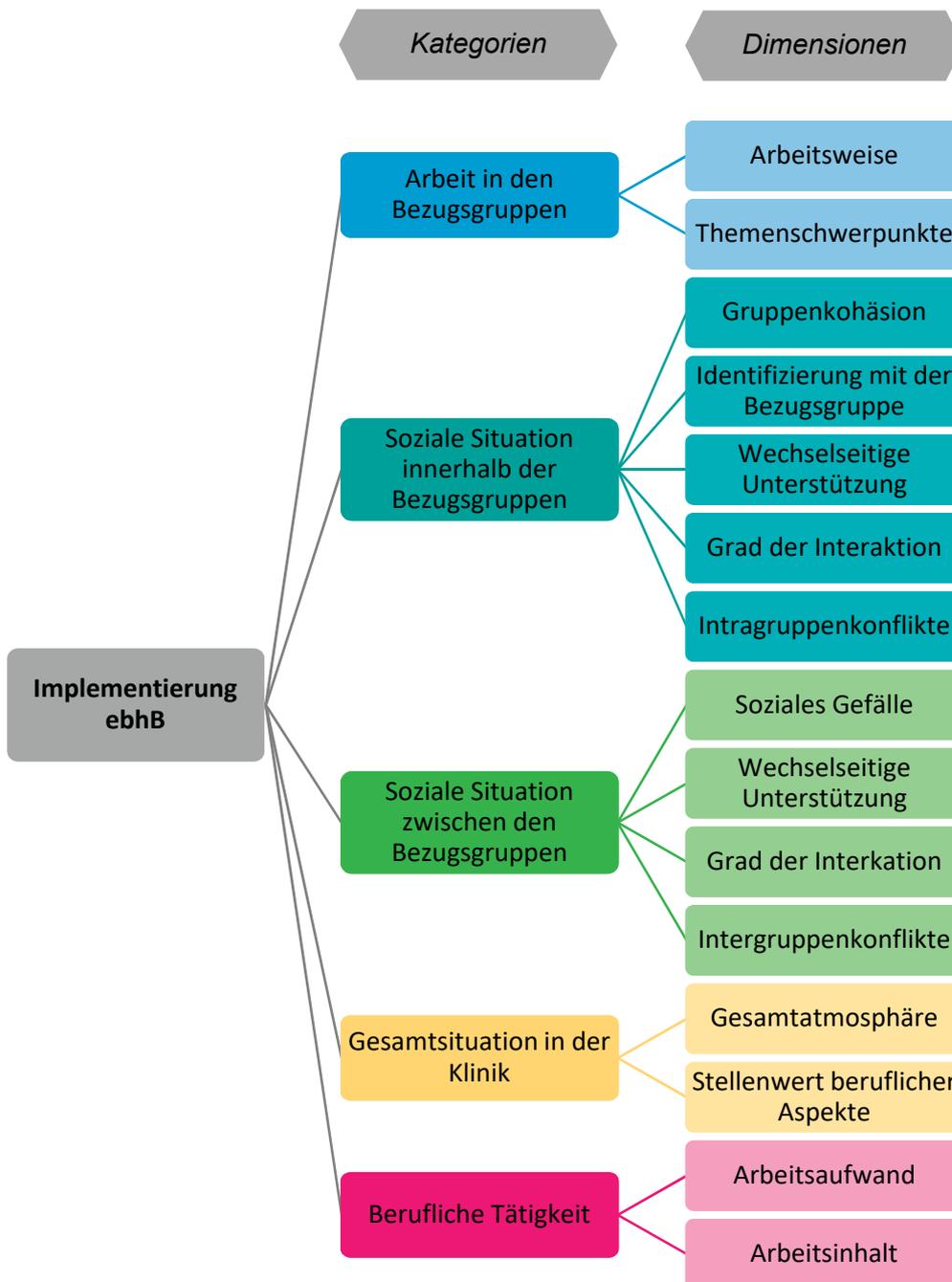


Abbildung 3: Mögliche Auswirkungsbereiche der Implementierung der ebhB (eigene Darstellung)

Die Auswirkungsbereiche können als fünf Kategorien innerhalb derer es jeweils mindestens zwei Dimensionen gibt, dargestellt werden. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Begriffe *Auswirkung* und *Veränderung* in der Abbildung 3 nicht explizit in der Bezeichnung der Kategorien und Dimensionen enthalten. Es gilt jedoch zu beachten, dass die vorliegende Studie die Auswirkungen durch die Implementierung der BORA-Empfehlungen erheben möchte. Es geht somit jeweils um die Auswirkungen der Implementierung auf die Kategorien bzw. um die Veränderungen bezüglich der aufgeführten Dimensionen. In allen in Abbildung 3 dargestellten Kategorien und Dimensionen können somit Auswirkungen durch die Implementierung von ebhB vorliegen. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand hinsichtlich dieser Auswirkungen.

4.2.4 Darstellung des Forschungsstands

Um zu erörtern, was der aktuelle Forschungsstand bezüglich der Implementierung der ebhB in Anlehnung an die BORA-Empfehlungen ist, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dabei wurden der Katalog der Hochschulbibliothek der Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, der Katalog des Bayerischen Bibliotheksverbundes (Gateway Bayern) sowie die Datenbanken CareLit, WISO Wissenschaften, Statista, PsyJournals, CINAHL und SpringerLink, PubMed, und die Aufsatzdatenbank des Bibliotheksverbundes Bayern (BVB) herangezogen. Ferner wurden Websites fachlich relevanter Zeitschriften wie *Suchttherapie* oder *Die Rehabilitation* der Thieme Verlagsgruppe genutzt.

Es gibt bereits Studien zur Implementierung berufsbezogener Konzepte in Rehabilitationseinrichtungen. Exemplarisch werden nachfolgend einige davon kurz beschrieben, um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu geben.

Im Tagungsband des 23. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium *Arbeit – Gesundheit – Rehabilitation* werden einige Studien vorgestellt, welche sich mit der Thematik der Berufsorientierung in der Rehabilitation beschäftigen. Zu nennen ist hier beispielsweise die Untersuchung von Reuss-Borst u. a. (2014, S. 47 ff.). Diese haben die „Veränderung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters von onkologischen Rehabilitanden“ vor und nach Durchführung einer MBOR anhand von Fragebogen mit 136 onkologische Patienten untersucht. Im Ergebnis stellte sich heraus, dass die Re-Integration in die Arbeit erleichtert wird, wenn berufsbezogene Themen einen wichtigen Bestandteil in der Rehabilitation einnehmen (vgl. ebd., S. 47 ff.). Auch wird eine Studie zum Konzept zur Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung vorgestellt, welches durch die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz gefördert wird (vgl. Bürger u. a. 2014, S. 54). Es hat zum Ziel die

Ausrichtung Rehabilitationseinrichtungen stärker an das Therapieziel der Erwerbsfähigkeit anzulehnen (vgl. Bürger/Nübling 2015, S. 21). Diesbezüglich führte die DRV vor und nach der Implementierung eine Befragung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch, um so Hinweise auf den Grad der Umsetzung der beruflichen Orientierung der Klinik zu erhalten (vgl. Bürger u. a. 2014, S. 54). Die der Studie zugehörige Befragung fand im Jahr 2013 in vier unterschiedlichen Rehabilitationskliniken statt. Es wurden 324 Fragebogen ausgegeben und die Beteiligungsquote lag bei 44 %. Den Befragten zufolge ist weder die berufsbezogene Ausrichtung in allen therapeutischen Angeboten wahrnehmbar, noch erhalten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausreichend berufsbezogene Therapieangebote (vgl. ebd., S. 55).

Am Beispiel des Therapieverbundes Ludwigsmühle wurde darüber hinaus erhoben, welche finanziellen und organisatorischen Herausforderungen bewältigt werden müssen, um den Forderungen einer beruflichen Orientierung, welche beispielsweise mit Anforderungsprofilen wie MBOR oder Empfehlungen wie den BORA-Empfehlungen einhergehen, gerecht werden zu können (vgl. Kratz/Wolf 2015, o.S.).

Zusammenfassend bestehen zwar bereits einige Forschungsergebnisse, diese befassen sich allerdings nicht explizit mit den Auswirkungen der Implementierung von ebhB in einer stationären Suchthilfeeinrichtung, sondern beispielsweise mit Herausforderungen, damit wie sich das arbeitsbezogenen Verhaltensmuster durch MBOR verändert oder wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Status Quo der berufsbezogenen Orientierung in ihrer Einrichtung einschätzen. Es ist somit eine Wissenslücke bezüglich der dieser Arbeit zugrundgelegten Fragestellung festzustellen. Die vorliegende empirische Pilotstudie in der Fachklinik Hirtenstein soll diesbezüglich zu einem Informationsgewinn beitragen.

5 Forschungsfragen

Für die meisten Aspekte werden Forschungsfragen formuliert, da es sich um eine Pilotstudie handelt und noch keine gesicherten empirischen Befunde zu den Auswirkungen der Implementierung von ebhB vorliegen (vgl. Bortz/Döring 2016, S. 145). Nur bei wenigen ist eine ausreichende theoretische Fundierung gegeben, um Hypothesen aufstellen zu können.

Die im ersten Kapitel genannte Fragestellung untergliedert sich in fünf Forschungsfragen. Diese sollen mittels der in Kapitel 6 beschriebenen Methode, erörtert werden. Sie befassen sich mit den jeweils unterhalb der Forschungsfrage aufgelisteten Teilfragen bzw. Hypothesen, die der nachfolgenden Tabelle entnommen werden können.

Forschungsfrage:

Wie wirkt sich aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Implementierung der ebhB nach den BORA-Empfehlungen aus auf...

F1. ...die Arbeit in den Bezugsgruppen?

Teilfragen:

- T1.1. Wie haben sich die Konzentration, Zielgerichtetheit und Beteiligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verändert?
- T1.2. Wie hat sich die Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie verändert?
- T1.3. Wie haben sich die Themenschwerpunkte in den Bezugsgruppen verändert?

Hypothesen:

- H1.1. Die benötigte Zeit zur Integration neuer Rehabilitandinnen und Rehabilitanden hat sich verringert.

Begründung: Mitglieder homogener Gruppen finden sich schneller zusammen (Marwitz 2016, S. 102)

- H1.2. Die Gruppendynamik hat sich verringert.

Begründung: Eine homogene Gruppenzusammenstellung führt allgemein zu einer Reduzierung gruppendynamischer Prozesse, während in heterogenen Gruppen ein erhöhtes Maß an Gruppendynamik zu erwarten ist (vgl. ebd., S. 103)

F2. ...die soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen?

Teilfragen:

- T2.1. Wie hat sich die Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher und perspektivischer Themen verändert?
- T2.2. Wie hat sich die Identifizierung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe verändert?
- T2.3. Wie hat sich der Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Personen innerhalb einer Bezugsgruppe) verändert?
- T2.4. Wie hat sich das Vorhandensein einzelner Konfliktthemen innerhalb der Bezugsgruppen verändert?

Hypothesen:

- H2.1. Die Gruppenkohäsion hat sich erhöht.

Begründung: Gemäß den BORA-Empfehlungen werden die Zielgruppen nach dem beruflichen Status gebildet, wodurch die Gruppenmitglieder ähnliche Therapiebedarfe haben (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 17 f.). Hierdurch bearbeiten die Gruppenteilnehmer gemeinsam ähnliche Probleme, was gemäß Zielke (vgl. 2010, S. 289) zu einer Stärkung der Gruppenkohäsion führt. Auch werden hierdurch gemeinsame Ziele verfolgt. Dies hat ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Gruppenkohäsion (vgl. Budman u. a. 1989, S. 341). Marwitz (vgl. 2016, S. 102) stellt zudem fest, dass in der Literatur übereinstimmend

davon ausgegangen wird, dass die Gruppenkohäsion in homogenen Gruppen zügig auf ein hohes Maß ansteigt.

- H2.2. Die wechselseitige Unterstützung zwischen Personen innerhalb der Bezugsgruppen hat sich erhöht.

Begründung: Gemäß Marwitz (2016, S. 102) wird in der Literatur „übereinstimmend davon ausgegangen, dass sich Mitglieder homogener Gruppen [...] gegenseitig in hohem Maße unterstützen“.

- H2.3. Es kommen weniger Konflikte zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden einer Bezugsgruppe vor.

Begründung: „In der Literatur wird übereinstimmend davon ausgegangen, dass [...] Konflikte“ in homogenen Gruppen „eher selten auftreten“ (ebd., S. 102).

F3. ...die soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen?

Teilfragen:

- T3.1. Wie hat sich die Abgrenzung der einzelnen Bezugsgruppen zueinander verändert?
- T3.2. Haben sich elitäre Gruppen gebildet?
- T3.3. Wie hat sich die wechselseitige Unterstützung zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen verändert?
- T3.4. Wie hat sich der Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen) verändert?
- T3.5. Wie hat sich das allgemeine Vorhandensein von Intergruppenkonflikten sowie das einzelner Konfliktthemen zwischen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen verändert?

F4. ...die Gesamtsituation in der Klinik?

Teilfragen:

- T4.1. Wie hat sich die Gesamtatmosphäre in der Klinik verändert?
- T4.2. Sind berufsbezogene Aspekte nun stärker über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden?
- T4.3. Hat sich der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile gegenüber der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung erhöht?
- T4.4. Wird nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingegangen?
- T4.5. Rückt die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus und wird diese Ausrichtung als zu stark empfunden?

F5. ...die berufliche Tätigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten?

Teilfragen:

- T5.1. Wie hat sich der allgemeine Arbeitsaufwand und der Dokumentationsaufwand für die Therapeutinnen und Therapeuten verändert?

- T5.2. Wie hat sich durch einen veränderten Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen die erforderliche Aktivität durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten verändert?
- T5.3. Wie verändert sich der Arbeitsinhalt der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wie bewerten sie diese Veränderung?

Hypothesen:

- H5.1. Durch eine geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten hat sich der Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken (z.B. Reinszenierung, Interaktionsspiele u.ä.) erhöht.

Begründung: Kommt es seltener zu natürlichen Konflikten, müssen die für Interaktionsspiele notwendigen therapeutisch nutzbaren Konstellationen künstlichen erzeugt werden (vgl. Marwitz 2016, S. 70).

*Tabelle 4: Forschungsfragen, Teilfragen und Hypothesen
(Eigene Darstellung)*

Im nachfolgenden Kapitel wird die Methode, mit welcher die Forschungsfragen beantwortet und die Hypothesen verifiziert bzw. falsifiziert werden sollen, erläutert.

6 Methode

Die für die vorliegende Studie herangezogene Methode ist die quantitative Erhebung durch zwei Fragebogen. Da mittels der Befragung die Veränderungen durch die Implementierung der ebhB erhoben werden sollen, die Erhebung selbst jedoch erst nach der Implementierung stattfindet, handelt es sich um eine quasi-indirekte Veränderungsmessung (vgl. Gollwitzer/Jäger 2014, S. 95), bei der zwischen einem „Nachher- und einem retrospektiv eingeschätzten Vorher-Zustand“ (ebd., S. 111) differenziert wird. Die zentralen Elemente für diese Erhebung werden in einem schriftlichen Evaluationskonzept (Anlage 2) festgehalten, um für ausreichend Transparenz und Klarheit über die für die Evaluation relevanten Aspekte zu sorgen (vgl. Merchel 2010, S. 60 f.). Der in diesem Konzept beinhaltete Zeitplan orientiert sich an den in Kapitel 1.2 dargestellten Verfahrensschritten.

Die ethischen Kriterien Unabhängigkeit und Verantwortlichkeit, Informationspflicht, Freiwilligkeit, Anonymität und Vertraulichkeit sind gewährleistet (vgl. Micheel 2010, S. 111 f.). So handelt die Forscherin unabhängig und selbstverantwortlich, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in einem Anschreiben ausführlich über das Ziel und die Methoden der Studie informiert und nehmen freiwillig an der Befragung teil. Wie die Kriterien Anonymität und Vertraulichkeit sichergestellt werden, wird in den Kapiteln 6.4 sowie 6.5 erläutert.

6.1 Feldzugang

Die Studie wird in Kooperation mit der Fachklinik Hirtenstein durchgeführt. Die Einrichtungsleitung und Chefärztin Frau Dr. Fennen trat mit dem Wunsch einer Evaluation der im Januar 2017 implementierten ebhB an die Hochschule für angewandte Wissenschaften in Kempten heran. Nachdem das Thema als Themenvorschlag für Abschlussarbeiten an die Studierenden der Fakultät Soziales und Gesundheit herausgegeben wurde, nahm die Forscherin Kontakt mit Frau Dr. Fennen auf und die Kooperation wurde vereinbart. Nachfolgend wird die Fachklinik Hirtenstein beschrieben, der die an der Studie teilnehmenden Probandinnen und Probanden angehören.

Die Fachklinik Hirtenstein ist eine stationäre Suchthilfeeinrichtung in Bolsterlang im Allgäu (vgl. Fachklinik Hirtenstein 2018c, o.S.). Sie bietet 74 Therapieplätze für männliche Rehabilitanden ab 18 Jahren mit einer Alkohol- und / oder Medikamentenabhängigkeit sowie für pathologische Glücksspieler (vgl. ebd., o.S.). Leistungsträger ist gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 der „Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘ vom 4. Mai 2001“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2013, S. 3) vorrangig die Deutsche Rentenversicherung (vgl. ebd., S. 4). Sind die dort genannten Voraussetzungen nicht erfüllt, sind nachrangig die Krankenkassen zuständig (vgl. ebd., S. 4). Der Träger ist der Deutsche Orden, welcher mit seinen Ordenswerken in der Alten-, Behinderten-, Sucht-, Kinder- sowie Jugendhilfe tätig ist und dem insgesamt zwölf Fachkliniken der stationären Rehabilitation angehören (vgl. Deutscher Orden 2018, o.S.).

Die Klinik handelt nach humanistisch-integrativen Therapieansätzen und hat sich daher drei Behandlungsschwerpunkte gesetzt (vgl. Fachklinik Hirtenstein 2018b, o.S.). Der Erste liegt auf der psychotherapeutischen Behandlung. Im Rahmen dieser werden auch Begleiterkrankungen wie beispielsweise Angststörungen oder Depressionen behandelt. Angebote aus den Bereichen Sport, Physiotherapie und der Medizin spielen eine Schlüsselrolle, wenn es um den zweiten Schwerpunkt – die Behandlung körperlicher Folgeschäden – geht. Zuletzt ist noch die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit zu nennen. Diese soll sowohl durch eine strukturierte Leistungsförderung innerhalb der Arbeitstherapie, als auch durch die Arbeitsbelastungserprobung erreicht werden. Letztere bietet besonders für langzeitarbeitslose Rehabilitanden große Chancen (vgl. ebd., o.S.).

Eine hohe Bedeutung für die Fachklinik Hirtenstein haben die ICF (vgl. World Health Organization 2005, S. 3), die „eine Grundlage für die einheitliche Beschreibung des Bedarfs in Abhängigkeit von der Lebenslage, den persönlichen Voraussetzungen, Ressourcen und Perspektiven von Personen mit Behinderung bereitstellt“ (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation 2009, S. 3), sowie die BORA-Empfehlungen (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 1).

So wurde in Anlehnung an die ICF und die BORA-Empfehlungen die therapieverlaufsorientierte Konferenzstruktur (Anlage 3) entwickelt, welche die Rehabilitation in der Klinik in drei Phasen gliedert: die zweiwöchige Aufnahme- und Diagnostikphase, die Hauptphase, die mindestens zwei Drittel der gesamten regulären Behandlungsdauer umfasst, sowie die drei Wochen vor der Entlassung beginnende Abschlussphase (vgl. Fennen u. a. 2018, S. 24 ff.). Während der Aufnahme- und Diagnostikphase erfolgt eine „allgemeinmedizinische, internistische und psychiatrische Untersuchung“ (ebd., S. 43). Im Rahmen dieser werden insbesondere die alkoholabhängigen Rehabilitanden den ebhB zugeordnet. Die Zuordnung der pathologischen Glücksspieler wird aufgrund der zu geringen Anzahl von Rehabilitanden, welche in diesem Indikationsbereich in der Regel nur die Eröffnung einer einzelnen Bezugsgruppe ermöglicht, erschwert. Zur Diagnostik beruflicher Belastungen kommt das in den BORA-Empfehlungen vorgeschlagene (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 8 f.) Instrument Würzburger Screening (vgl. ebd., S. 133) sowie das Instrument MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) (vgl. Wirtz 2018, o.S.) zum Einsatz (vgl. Fennen u. a. 2018, S. 43). Diese beiden Instrumente bilden die „Grundlage für die Zuordnung zu BORA Zielgruppen“ (ebd., S. 43). Hierdurch ist die berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker von Beginn an therapieführend.

Die Dauer der medizinischen Rehabilitation richtet sich nach der Diagnose bezüglich der Abhängigkeitserkrankung. Liegt eine Alkoholabhängigkeit vor, beträgt die Regeldauer 15 Wochen, handelt es sich um pathologisches Glücksspiel, umfasst sie 12 Wochen (vgl. ebd., S. 12). Das Therapieangebot der Klinik setzt sich aus unterschiedlichen Elementen aus den Bereichen der psychosozialen Behandlung, der Freizeitgestaltung sowie der körperlichen Behandlung zusammen (vgl. Fachklinik Hirtenstein 2018a, o.S.). Die einzelnen Elemente werden vom Rehabilitanden gemeinsam mit seiner Bezugstherapeutin bzw. seinem Bezugstherapeuten individuell zusammengestellt. Zur psychosozialen Behandlung gehören hierbei beispielsweise Behandlungsangebote wie psychotherapeutische Einzel-, Paar- oder Familiengespräche, thematisch orientierte Gruppen wie Depression, Rückfall oder Raucherentwöhnung oder auch die Ergotherapie. Sport, berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen, wie die Arbeitsbelastungserprobung oder die Arbeitstherapie sowie physikalische Therapieangebote wie Massagen, zählen zu den Elementen der körperlichen Behandlung. Für die Freizeitgestaltung werden sportliche Angebote wie die Nutzung der Turnhalle oder des Fitnessraumes sowie kreative Betätigungen wie Zeichnen oder Töpfern offeriert (vgl. ebd., o.S.). Die Bezugstherapie findet an drei Tagen pro Woche mit maximal zwölf Rehabilitanden pro Gruppe statt. Jede Gruppensitzung hat hierbei eine Dauer

von 90 Minuten (vgl. Fennen u. a. 2018, S. 46). Die Gruppen sind halboffen und werden jeweils von einer Bezugstherapeutin bzw. einem -therapeuten geführt (vgl. ebd., S. 46). Ein exemplarischer Ablaufplan einer Therapiewoche innerhalb der Hauptphase in der Fachklinik Hirtenstein befindet sich in Anlage 4. Im nachfolgenden Kapitel wird auf die befragten Personen innerhalb der Fachklinik Hirtenstein eingegangen.

6.2 Probandinnen und Probanden

Die Basis für die empirische Untersuchung bilden die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Hirtenstein. Da die Untersuchung „an der gesamten interessierenden Population, nicht nur an einer Stichprobe“ (Brüggemann u. a. 2015, S. 621) durchgeführt wird, ist von einer Vollerhebung zu sprechen.

Für die Festlegung der Befragten gibt es je ein Einschlusskriterium, welches von potentiellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern erfüllt werden muss (vgl. ebd., S. 168) und ein Ausschlusskriterium, welches zum Ausschluss von Studienteilnehmerinnen bzw. -teilnehmern von der Studienteilnahme führt (vgl. ebd., S. 70). Das Einschlusskriterium liegt darin, dass es sich bei der bzw. dem Befragten um eine therapeutisch arbeitende Person handeln muss. Nach Einschätzung der Einrichtungsleitung sind andere Berufsgruppen zu weit von der integrativen Konzeptidee entfernt sind und die Implementierung der BORA-Empfehlungen hat daher zu wenig bzw. keinen Einfluss auf deren Arbeit. Zudem ist diese Grundvoraussetzung bereits in der Fragestellung verankert. Das Ausschlusskriterium liegt in der Betriebszugehörigkeit der Person. So muss diese bereits seit dem 01.10.2016 oder länger in der Fachklinik Hirtenstein beschäftigt sein. Dieses Kriterium ist notwendig, da nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche bereits vor der Einführung der BORA-Empfehlungen in der Fachklinik Hirtenstein beschäftigt waren und somit sowohl die Vorher-, als auch die Nachher-Situationen kennengelernt haben, die Veränderungen und folglich auch die Auswirkungen durch die Implementierung in der Fachklinik einschätzen und bewerten können. Das gewählte Datum des Ausschlusskriteriums liegt drei Monate vor der Implementierung, damit sie oder er schon ausreichend lange in der Klinik beschäftigt war, um ein Gefühl für die Arbeit und den Alltag in der Fachklinik erhalten zu haben.

Bei den therapeutisch arbeitenden Personen handelt sich um sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Bezugs-, zwei aus der Sport-, eine aus der Ergo- und eine aus der Arbeitstherapie sowie die Einrichtungsleitung, welche als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ebenfalls therapeutisch tätig ist. Insgesamt handelt es sich also um elf zu befragende Personen.

6.3 Operationalisierung

Dieses Kapitel befasst sich mit dem zweiten Verfahrensschritt einer Evaluation, also mit der Entwicklung praxisrelevanter Indikatoren (vgl. Merchel 2010, S. 62). Mittels der Operationalisierung wird eine Vorgehensweise für die Erfassung von Merkmalen festgelegt (vgl. Kallus 2016, S. 154). Dies bedeutet, dass die Fragestellung in konkrete Indikatoren übersetzt wird, anhand der sie beantwortet werden kann. Hierfür ist auf Basis der Forschungsfragen zu klären, welche Indikatoren erhoben werden sollen und wie diese zu messen sind. Die Forschungsfrage dieser Studie lässt sich, wie in Abbildung 3 veranschaulicht, in fünf unterschiedliche Kategorien gliedern. Da diese nicht klar genug sind, um direkte Messanweisungen geben zu können, wurde zudem herausgearbeitet, welche Dimensionen die einzelnen Kategorien ansprechen (vgl. Schnell u. a. 2013, S. 118). Im vorliegenden Fall gibt es jeweils mindestens zwei Dimensionen, die ebenfalls der Abbildung 3 entnommen werden können.

Da diese Dimensionen noch nicht direkt messbar sind, werden für jede Dimension Indikatoren gebildet. Der Entwicklungsprozess wird in Abbildung 4 dargestellt. Unter einem Indikator wird in der vorliegenden Arbeit "eine empirisch direkt (z.B. durch Beobachtung oder Befragung) ermittelbare Größe, die Auskunft gibt über etwas, das selbst nicht direkt ermittelbar ist" (Hartmann 2002, S. 223), verstanden. Die Aufgliederung der Dimensionen in einzelne Indikatoren kann der zweiten und dritten Spalte der Tabelle in Anlage 5 entnommen werden. Ebenso befinden sich in dieser Tabelle Informationen zum Skalenniveau. Wie aus den vorhandenen Kategorien, Dimensionen und Indikatoren letztendlich das Untersuchungsinstrument konzipiert und aufgebaut wurde, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

6.4 Untersuchungsinstrument

Wie in Abbildung 4 dargestellt, werden für die Erstellung des Fragebogens zu jedem Indikator Items, also "Fragen bzw. Aussagen [...] denen die Befragten zustimmen oder die die Befragten ablehnen sollen" (Schnell u. a. 2013, S. 169), gebildet.



*Abbildung 4: Kategorien, Dimensionen und Indikatoren
(eigene Darstellung)*

Die Fragen und insbesondere auch die Antwortkategorien wurden aufbauend auf Vorgespräche mit der Einrichtungsleitung, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, entwickelt. Hierdurch sollen ein ausreichender Praxisbezug der Fragen sowie die Verwendung des üblichen Fachvokabulars sichergestellt werden. Mehrdeutige

Begriffe werden durch konkrete Erläuterungen oder Beispiele in Klammern präzisiert (vgl. Kallus 2016, S. 63). Die für diese Studie entwickelten Items werden in Anlage 5 gemeinsam mit den Indikatoren in der dritten Spalte der Tabelle dargestellt. In der fünften Spalte sind die im Fragebogen verwendeten Antwortmöglichkeiten aufgeführt.

Das Untersuchungsinstrument zur Befragung der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gliedert sich in zwei Teile und besteht aus einem Online- und einem papiergebundenen Fragebogen. Die Notwendigkeit für die Zweiteilung der Befragung liegt darin begründet, dass Anonymität und Vertraulichkeit ein wichtiges ethisches Kriterium bei einer Befragung darstellen. Sie sollten daher für jede Person, die an der Studie teilnimmt, sichergestellt werden (vgl. Micheel 2010, S. 112). Da unter anderem auch die Themenschwerpunkte in den einzelnen Zielgruppen erhoben werden sollen, ist es notwendig, die Frage nach den Themenschwerpunkten in Kombination mit dem Beruf und der Zuständigkeit für eine spezifische Zielgruppe zu erheben. Aufgrund der geringen Anzahl zu befragender Personen würde die Beantwortung dieser Frage die Identität der Person aufdecken. Da die Abfrage dieser beiden Informationen jedoch nur für die Erhebung der Themenschwerpunkte notwendig ist, wird dieser Teil der Befragung mittels eines papiergebundenen Fragebogens erhoben. Bei den Informationen zu den Themenschwerpunkten handelt es sich um nicht sensible Daten, wodurch trotz Anonymitätsverlusts mit der Teilnahme an der Befragung gerechnet werden kann. Im Folgenden werden die beiden Teile des Untersuchungsinstruments beschrieben.

Beim ersten Teil handelt es sich um einen weitgehend standardisierten (vgl. Schaffer 2014, S. 120) Online-Fragebogen, welcher neben 16 (teils weiter untergliederten) geschlossenen Fragen mit vordefinierten Antwortkategorien auch drei halboffene Fragen mit Restkategorie (vgl. Porst 2014, S. 20) und zwei offene Fragen zu freier Beantwortung (vgl. Schaffer 2014, S. 134) beinhaltet. Der diesem Abschnitt zugrunde gelegte Online-Fragebogen befindet sich in Anlage 6. Der erste Fragebogen wird mittels des Tools Umfrageonline.com angefertigt und ist in sechs Abschnitte gegliedert:

1. Auswirkungen auf die Arbeit in den Bezugsgruppen
2. Auswirkungen auf die soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen
3. Auswirkungen auf die soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen
4. Auswirkungen auf die Gesamtsituation in der Klinik
5. Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit
6. Allgemeine Informationen

Der jeweilige Abschnittstitel wird während der Befragung stets als Überschrift der Seite angezeigt. Zudem wird jeder neue Abschnitt mit einem klaren Einleitungstext

angekündigt, um deutlich zu machen, wo sich die befragte Person gerade befindet. Insbesondere aufgrund der ähnlich klingenden Abschnittsnamen und Fragestellungen innerhalb der Abschnitte zwei und drei ist dies von hoher Relevanz, damit es nicht zu Verwechslungen kommt.

Sowohl im Anschreiben (Anlage 7), als auch im Einleitungstext der Online-Umfrage wird darauf hingewiesen, dass die Befragung anonym stattfindet. Um die Anonymität der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gewährleisten zu können, wird auf die Abfrage von Beruf, Alter und Geschlecht verzichtet. Erhoben wird am Ende der Befragung lediglich die Dauer der Betriebszugehörigkeit, da es sich hierbei, wie in Kapitel 6.2 beschrieben, um ein Ausschlusskriterium handelt. Durch die starke Anonymisierung soll der negativen Antworttendenz der sozialen Erwünschtheit entgegengewirkt werden (vgl. Benesch/Raab-Steiner 2010, S. 59 f.).

Gemäß Schnell u. a. (vgl. 2013, S. 329 f.) ist es ausdrücklich empfehlenswert eine *Weiß nicht*-Kategorie bei den Antwortvorgaben vorzusehen, da es zu Auswertungsfehlern führen und die inhaltliche Aussagekraft der Ergebnisse deutlich beeinträchtigen würde, wenn die Befragten zu einer substantiellen Antwort gezwungen würden. Im vorliegenden Fragebogen wird dies durch eine *Kann ich nicht beurteilen*-Antwortmöglichkeit umgesetzt. Zwar wird in der Literatur oftmals davon abgeraten fünfstufige Antwortformate zu verwenden, da dies einen „ungünstigen Einfluss auf den Informationsgehalt eines Fragebogens haben kann“ (Benesch/Raab-Steiner 2010, S. 55) und dadurch die Tendenz zur Mitte (vgl. Kallus 2016, S. 55) ermöglicht wird, allerdings ist es aus Sicht der Forscherin bei der Erhebung der Veränderungen sehr wichtig, eine Mittelkategorie vorzuhalten. So ist es zwar möglich, dass es in den abgefragten Bereichen zu Veränderungen kommt, keinesfalls ist dies jedoch bereits sicher und es besteht die realistische Möglichkeit, dass die befragte Person keine Veränderung im jeweiligen Bereich wahrnimmt. Gäbe es keine Mittelkategorie, so müsste die Person entweder eine inhaltlich falsche Antwort wählen, oder aber die *Kann ich nicht beurteilen*-Kategorie wählen. Ersteres würde zu einer Verzerrung der Ergebnisse und letzteres zu einem erheblichen Informationsverlust führen.

Der zweite Teil des Untersuchungsinstruments stellt einen weitgehend standardisierten papiergebundenen Fragebogen dar, welcher sich aus einer geschlossenen und zwei halboffenen Fragen mit Restkategorie zusammensetzt. Der zweite Teil des Untersuchungsinstruments wurde mit Microsoft Word erstellt und befindet sich in Anlage 8. Über den Fragen befindet sich das Anschreiben mit praktischen Verfahrensanweisungen. Zudem wird ausdrücklich auf den Verlust der Anonymität hingewiesen.

6.5 Gütekriterien und Pretest

Im Folgenden wird auf die psychometrischen Gütekriterien (vgl. Gollwitzer/Jäger 2014, S. 233) und die Durchführung des Pretests eingegangen.

Die drei wichtigsten Kriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität des Messinstruments (vgl. ebd., S. 233). Das Gütekriterium der Objektivität gliedert sich in drei Teilbereiche: Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität (vgl. Himme 2007, S. 375). Die Durchführungsobjektivität ist gegeben, da die Forscherin nicht durch eigene Ansichtsweisen oder Wünsche auf die Probandinnen und Probanden einwirkt. Die Auswertungs- und Interpretationsobjektivität werden gewährleistet, indem es „bei der Auswertung der Messergebnisse keine Freiheitsgrade gibt“ (ebd., S. 375) und die Interpretation der Ergebnisse mit der theoretischen Fundierung verknüpft wird (vgl. ebd., S. 375). Um Letzteres sicherzustellen, gibt Anlage 9 klare Hinweise zur Bewertung der möglichen Veränderungen und stellt einen deutlichen Bezug zu den Aspekten aus der theoretischen Fundierung her.

Da es sich beim vorliegenden Messinstrument um ein selbsterstelltes Instrument handelt, liegen noch keine psychometrischen Kenntnisse über die Reliabilität und die Validität vor. Allerdings sind Voruntersuchungen ein wichtiges Instrument, um die Validität und die Reliabilität von Messungen zu gewährleisten (vgl. Schnell u. a. 2013, S. 7). Bereits bedeutende Umfrageforscher wie Sudman und Bradburn betonten, dass selbst nach jahrelanger Erfahrung in der Fragebogenerstellung noch Fehler passieren: "Even after years of experience, no expert can write a perfect questionnaire" (1982, S. 283). Der Pretest ist folglich eine unverzichtbare Voraussetzung für die Erhebung mittels eines Fragebogens (vgl. Porst 2014, S. 190), um mögliche Probleme bei der Datenerhebung aufzudecken (vgl. Schaffer 2014, S. 194). Aus diesem Grund wurde das Erhebungsinstrument einem Pretest unterzogen. Da dieser mindestens zweimal durchgeführt werden sollte, wurde er in zweistufiger Form mit einer der zu befragenden Personen durchgeführt (vgl. Micheel 2010, S. 90). In der ersten Stufe füllte die Person den Fragebogen auf Papier aus. Im Anschluss daran wurde eine „Fragebogenrevision“ (Bortz/Döring 2016, S. 405) durchgeführt. Am 16.05.2018 fand dann die zweite Stufe des Pretests statt. Diese wurde unter Echtbedingungen durchgeführt, d.h. dass die Person ein Anschreiben mit dem Link zur Online-Befragung und persönlichem PIN erhalten und die Befragung dann online, in einer für den Pretest erstellten Kopie des Fragebogens, durchgeführt hat. Zusätzlich erhielt sie auch den von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Papier zu bearbeitenden Fragebogen. Für die zweite Stufe des Pretests erhielt die befragte Person eine Auflistung mit Punkten (Anlage 10) zur Verfügung gestellt, auf welche bei der

Durchführung des Pretests besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Die Rückmeldung zu den Ergebnissen des Pretests erfolgte über Email.

Nachdem nun ausführliche Informationen zum dritten Verfahrensschritt nach Merchel gegeben wurden, folgen im nächsten Kapitel Rahmendaten zum vierten Schritt, also zur Durchführung der Datenerhebung (vgl. Merchel 2010, S. 62).

6.6 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand vom 28.05.2018 bis zum 13.06.2018 statt, der Erhebungszeitraum betrug somit 17 Tage. Diese Zeitspanne wurde bewusst relativ lang gewählt, um der Gefahr einer Nichtteilnahme an der Umfrage aufgrund von tageweiser Abwesenheit von der Arbeitsstelle (beispielsweise aufgrund von Krankheit oder Urlaub) entgegenzuwirken. Die beiden Anschreiben für die Erhebung wurden am 27.05.2018 in elffacher Ausfertigung per Email an die Einrichtungsleitung gesendet, welche Sie dann zu Beginn der Kalenderwoche 22 ausgedruckt und an die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Hirtenstein verteilt hat. Um sicherzustellen, dass jede Person nur einmal an der Umfrage teilnimmt, wurde je Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter eine Zugangsnummer vergeben, welche zu Beginn der Umfrage eingegeben werden musste. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden die gesammelten Resultate nicht mit der jeweiligen Zugangsnummer verknüpft, wodurch kein Rückschluss auf die beantwortende Person gezogen werden kann.

7 Ergebnisse

Die Rücklaufquote liegt sowohl bei der Online- als auch bei der papiergebundenen Umfrage bei 100 %. Nachfolgend werden die Ergebnisse grafisch dargestellt und beschrieben. Aufgrund dessen, dass die Merkmalen in der vorliegenden Studie teils der Nominal-, teils der Ordinal- und teils der Intervallskala zuzuordnen sind (vgl. Weiß 2013, S. 23), kommen hierbei unterschiedliche Darstellungsformen zum Einsatz. Da die nominal skalierten Merkmale nur begrifflich voneinander abgegrenzt werden (vgl. ebd., S. 23) und bei den ordinal skalierten Merkmalen die Abstände zwischen den einzelnen Merkmalsausprägungen nicht als gleich groß interpretiert werden können (vgl. ebd., S. 23), werden diese in Kreis-, Säulen- oder Balkendiagrammen dargestellt. In Anlehnung an die Likert-Skala (vgl. Schnell u. a. 2013, S. 176), wird unterstellt, dass die Abstände zwischen den Merkmalsausprägungen in vier- bzw. fünfstufiger Form (wie beispielsweise *Deutlich erhöht* - *Leicht erhöht* - *Keine Veränderung* - *Leicht verringert* - *Deutlich verringert*) jeweils gleich groß sind. Somit kann für Merkmale mit derartigen Ausprägungen von einer Intervallskala gesprochen werden (vgl. ebd., S. 133) und es besteht die Möglichkeit hierfür das arithmetische Mittel sowie die

Standardabweichung zu berechnen. Die Frage nach der Dauer der Betriebszugehörigkeit ergab die in Abbildung 5 dargestellten Ergebnisse.

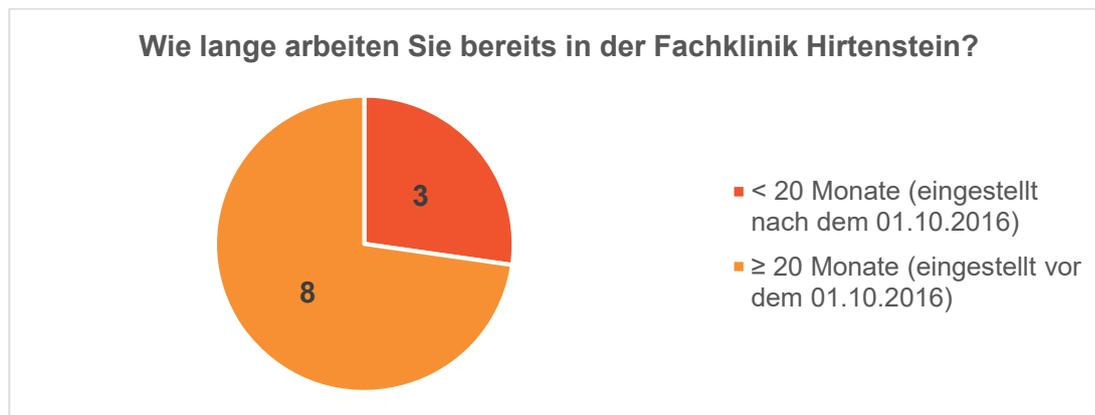


Abbildung 5: Dauer der Betriebszugehörigkeit (eigene Darstellung)

Aufgrund des in Kapitel 6.2 definierten Ausschlusskriteriums, werden die Ergebnisse von den drei Personen, welche seit weniger als 20 Monaten in der Fachklinik Hirtenstein beschäftigt sind, nicht bei der Auswertung berücksichtigt. Im Folgenden werden die Ergebnisse aus der Befragung dargestellt. Jene des papiergebundenen Fragebogens werden in Kapitel 7.1 aufgeführt, da sie der Arbeit in den Bezugsgruppen zuzuordnen sind. Zudem wurde die in Frage 20 erhobene Betriebszugehörigkeit bereits abgebildet, da sie Informationen enthält, die für die Ergebnisdarstellung wichtig sind. Bis auf diese zwei Ausnahmen erfolgt die Darstellung der Ergebnisse chronologisch nach der Anordnung der Fragen im Bogen.

7.1 Arbeit in den Bezugsgruppen

Die Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse zur Einstiegsfrage des Onlinefragebogens.



Abbildung 6: Ergebnisse zur 1. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Die dargestellten Ausprägungen stellen eine Intervallskala dar. Es wurde eine zahlenmäßige Kodierung vorgenommen. Die Antwortkategorie *Keine Veränderung* wird

mit 3 kodiert, 0 steht für *Kann ich nicht beurteilen* und geht nicht in die Berechnung der Mittelwerte ein. Auch für alle folgenden Antwortformate derselben Form wurde diese Kodierung vorgenommen. Einem Anteil von 50 % der Befragten fällt bezüglich der Beteiligung der Rehabilitanden eine deutliche oder leichte Erhöhung auf, während jeweils 25 % die Meinung vertreten, es habe keine Veränderung stattgefunden oder eine Beurteilung sei ihnen nicht möglich. Bei der benötigten Zeit zur Integration neuer Rehabilitanden liegt der Mittelwert bei 3,13 und die Streuung der Werte beträgt 0,64.

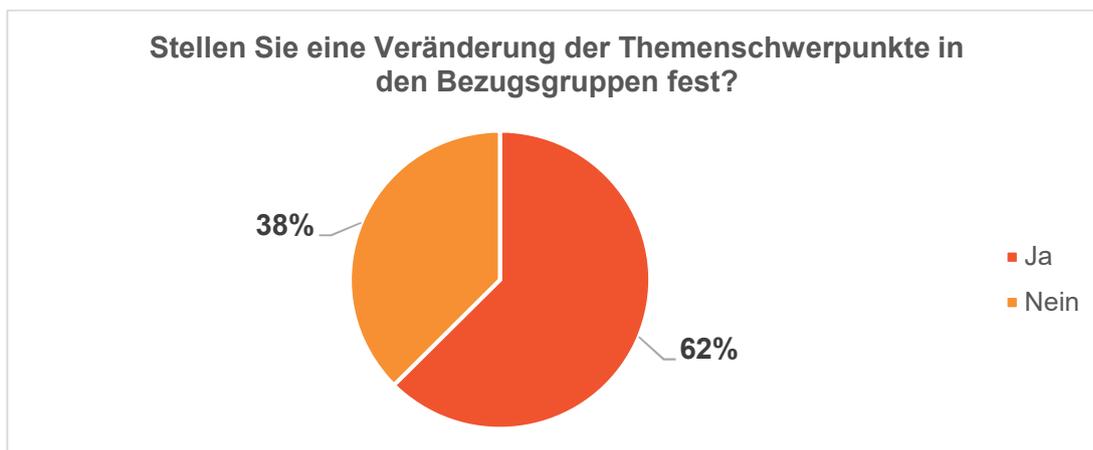


Abbildung 7: Ergebnisse zur 2. Frage des Onlinefragebogens (Eigene Darstellung)

Der Abbildung 7 ist zu entnehmen, dass 62 % der Befragten eine Veränderung der Themenschwerpunkte innerhalb der Bezugsgruppen feststellen. Abbildung 8 zeigt, inwiefern sich die Anzahl unterschiedlicher Themenbereiche in den Bezugsgruppen verändert hat.

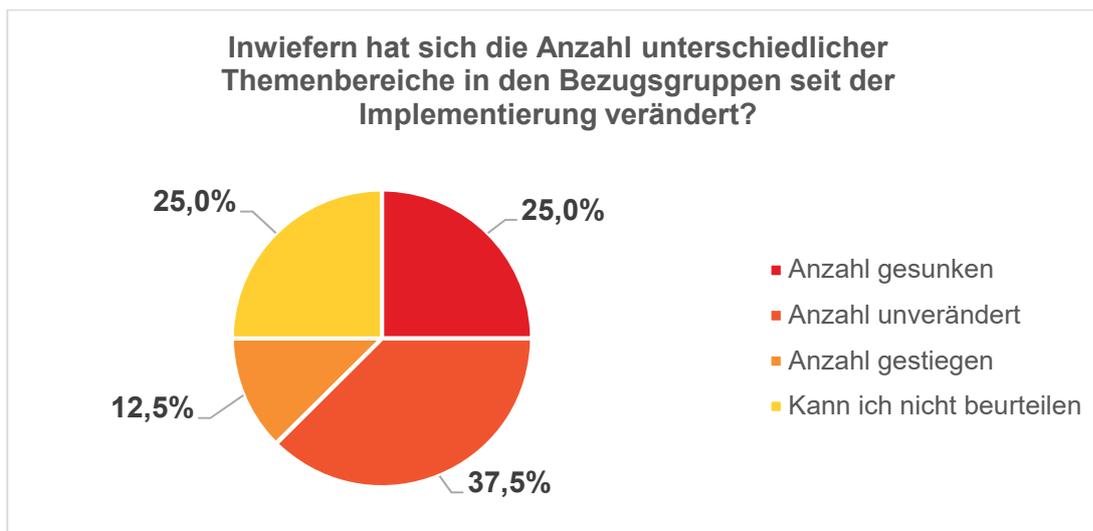


Abbildung 8: Ergebnisse zur 3. Frage des Onlinefragebogens (Eigene Darstellung)

Von den Befragten geben 25 % eine Verringerung der Anzahl an, während 12,5 % von einer Erhöhung sprechen. Der Großteil (37,5 %) geht jedoch von einer unveränderten Anzahl unterschiedlicher Themenbereiche aus. Weitere 25 % können bezüglich dieser Frage keine Einschätzung abgeben.

In den beiden nachfolgenden Tabellen werden die bereinigten Ergebnisse aus dem papiergebundenen Fragebogen dargestellt. Bereinigt bedeutet, dass diejenigen Antworten, welche sich nicht auf Themen innerhalb bestimmter Bezugsgruppen beziehen sowie fehlerhaft ausgefüllte Fragebogen in der untenstehenden Tabelle unberücksichtigt bleiben. Von den insgesamt elf Fragebogen ergibt sich durch die Bereinigung eine verringerte Auswertungsmenge von fünf Bogen. Es ist zu beachten, dass die Befragten die Möglichkeit hatten, bei der Frage, in welche Zielgruppe sie als Bezugstherapeutin bzw. -therapeut tätig sind, auch mehrere Antworten auszuwählen. Die unbereinigten Ergebnisse können in Anlage 11 eingesehen werden.

In der Tabelle 5 ist dargestellt, wie oft die einzelnen allgemeinen Themen als am häufigsten in der jeweiligen Gruppe vorkommend angegeben wurden.

Thema	Anzahl	Bereich
Bedürfnisaufschub	0	-
Selbstständigkeit	0	-
Grundhaltungen wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit	0	-
Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	4	BORA 1-5
Selbsteinschätzung	3	BORA 1-5
Fähigkeit zur Entspannung	1	BORA 1-2
Umgang mit Resignation	2	BORA 3-4
Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	5	BORA 1-5

*Tabelle 5: Am häufigsten auftretende allgemeine Themen
(Eigene Darstellung)*

Die Themen Bedürfnisaufschub, Selbstständigkeit sowie Grundhaltungen wie Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit werden in keiner der erwerbsbezugsorientierten Bezugsgruppen als eines der drei am häufigsten vorkommenden Themen eingestuft. Die Fähigkeit zur Entspannung wird einmal genannt – für die Zielgruppe BORA 1 und 2. Das Thema Umgang mit Resignation kommt laut zwei Nennungen in den Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 verstärkt auf. Selbsteinschätzung wird mit drei Nennungen in allen fünf ebhB verortet, ebenso wie soziale Kompetenzen wie Toleranz oder Kritikfähigkeit mit vier Nennungen. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl kommt gemäß allen fünf Befragten besonders häufig vor, wodurch es in allen fünf Zielgruppen zu den drei am häufigsten vorkommenden allgemeinen Themen zählt. Bezüglich der am häufigsten auftretenden berufsbezogenen Themen ergibt sich das in Tabelle 6 dargestellt Bild.

Thema	Anzahl	Bereich
Betriebliches Eingliederungsmanagement	0	-
Teamfähigkeit	3	BORA 1-5
Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit	3	BORA 1-4
Interessenfindung und -erweiterung	4	BORA 1-5
Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit	1	BORA 3-4
Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes	3	BORA 1-5

Tabelle 6: Am häufigsten auftretende berufsbezogene Themen (Eigene Darstellung)

Betriebliches Eingliederungsmanagement stellt in keiner Zielgruppe ein Schwerpunktthema dar. Gemäß einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter, ist die Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit in den Zielgruppen BORA 3 und 4 eines der am häufigsten auftretenden berufsbezogenen Themen. Jeweils drei Personen sprechen sich dafür aus, dass Teamfähigkeit und Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes bei ihnen schwerpunktmäßig vorkommen. Insgesamt sind diese beiden Themen in allen fünf Zielgruppen besonders häufig vorhanden. Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit zählen laut drei Befragten in den Zielgruppen BORA 1 bis BORA 4 zu den am häufigsten auftretenden Themen. Zuletzt ist noch die Interessenfindung und -erweiterung zu nennen, welches viermal genannt und in den Zielgruppen BORA 1 bis BORA 5 zu verorten ist.

Abbildung 9 veranschaulicht die Ergebnisse zu der Frage, ob einzelne, für die Gruppenteilnehmer relevante, Themenbereiche seit der Implementierung intensiver behandelt werden können als zuvor.

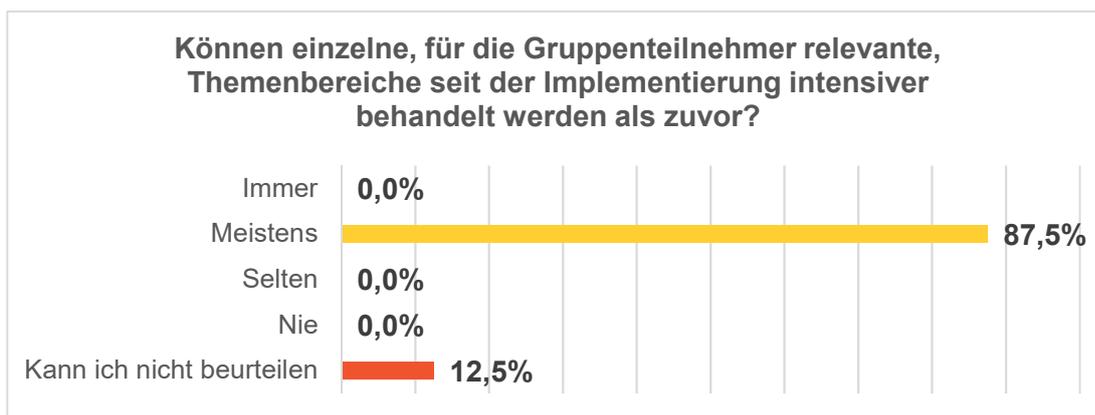


Abbildung 9: Ergebnisse zur 4. Frage des Onlinefragebogens (Eigene Darstellung)

Hier geben 87,5 % *Meistens* zur Antwort. Keiner der Befragten gibt *Immer*, *Selten* oder *Nie* an, 12,5 % der Befragten können diese Veränderung nicht beurteilen.

7.2 Soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen

Abbildung 10 veranschaulicht die Ergebnisse zur ersten Frage bezüglich der sozialen Situation innerhalb der Bezugsgruppen.



Abbildung 10: Ergebnisse zur 5. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Bei der Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher Themen nehmen 75 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Erhöhung wahr, während 12,5 % der Meinung sind, dass es durch die Implementierung keine Veränderung gab. Das arithmetische Mittel liegt hier bei 2,0, die Standardabweichung bei 0,58. Bezüglich der Übereinstimmung perspektivischer Themen ergibt sich ein eindeutiges Bild: So liegt der Mittelwert bei einer Streubreite von 0,00 bei 2,0. Die Umfrageergebnisse zeigen, dass 50 % der Probandinnen und Probanden der Meinung sind, dass sich die Gruppenkohäsion leicht erhöht hat. 25,0 % nehmen keine Veränderung und 12,5 % eine leichte Verringerung wahr. Das arithmetische Mittel liegt bei 2,57. Betreffend der Identifizierung der Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe ist im Mittel weder eine Erhöhung noch eine Verringerung feststellbar. Von allen Befragten geben 62,5 % an, keine Veränderung festzustellen und je 12,5 % nehmen eine leicht erhöhte oder leicht verringerte Identifizierung wahr bzw. können keine Einschätzung abgeben.

Bei der wechselseitigen Unterstützung zwischen Personen innerhalb der Bezugsgruppen, ergibt sich folgendes Bild: Der Mittelwert liegt bei 2,5 bei einer Standardabweichung 0,53. Jeweils 50,0 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben an, eine leichte Erhöhung oder gar keine Veränderung festzustellen. Für den Grad der Interaktion, also der Kommunikation zwischen Personen innerhalb einer Bezugsgruppe errechnet sich ein arithmetisches Mittel von 2,57 mit einer Streubreite von 0,53. So geben 37,5 % eine leichte Erhöhung an, wobei der Großteil der Befragten aussagt, diesbezüglich keine Veränderung wahrzunehmen. Bei den Konflikten zwischen Rehabilitanden einer Bezugsgruppe liegt der Mittelwert bei 3,13. Wie sich das

Vorhandensein der einzelnen Konfliktthemen verändert hat, kann der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.



Abbildung 11: Ergebnisse zur 6. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Die Kodierung wurde hier ähnlich wie in den vorherigen Fällen mit 1 für *Deutlich häufiger* bis zu 5 für *Deutlich seltener* gewählt. Jeweils 50,0 % der Befragten geben an, dass Neid als Konfliktthema gleich oft oder etwas seltener vorkommt. Der Mittelwert liegt somit bei 3,50 bei einer Standardabweichung von 0,53. Bei den Missverständnissen liegt das arithmetische Mittel bei 3,13. Dieser ergibt sich, da 12,5 % der Befragten *Etwas häufiger*, 62,5 % *Gleich oft* und 25 % *Etwas seltener* angaben. Für die Konfliktthemen Rivalität und Ausgrenzung sind die Ergebnisse identisch: Jeweils 75 % gehen von gleichbleibendem und 25 % von etwas seltenerem Vorkommen aus. Der Mittelwert liegt dementsprechend jeweils bei 3,25 und die Streuung der Werte um den Mittelwert bei 0,46. Vorurteile kommen nach 12,5 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etwas häufiger und gemäß 37,5 % gleich oft vor. Der Großteil (50,0 %) sagt aus, dass Vorurteile seltener Thema von Konflikten sind. Unterschiedliche Ziele sind gemäß 50,0 % der Personen gleich oft wie früher der Ursprung für Konflikte. Die andere Hälfte ist hingegen der Meinung, dass dies etwas bzw. deutlich seltener der Fall ist. Das arithmetische Mittel liegt bei 3,75 bei einer Standardabweichung von 0,89. Zuletzt wurde noch das Konkurrenzdenken als Konfliktgrund abgefragt. Hier errechnet sich bei einer Streubreite von 0,52 ein Mittelwert in Höhe von 3,38. Dies ergibt sich, da 62,5 % der Ansicht sind, Konkurrenzdenken sei gleich oft wie früher und 37,5 % etwas seltener als früher den Grund für Konflikte.

7.3 Soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen

Für die in Abbildung 12 dargestellte Intervallskala wurde ebenfalls eine zahlenmäßige Kodierung vorgenommen, diese reicht jedoch, anders als bei den bisherigen Skalen nur von eins bis vier. *Die Kann ich nicht beurteilen*-Kategorie wurde abermals mit 0

kodiert. Diese Kodierung wird auch bei allen folgenden Antwortformaten der Art *Stimme vollkommen zu* bis *Stimme gar nicht zu* angewandt.



Abbildung 12: Ergebnisse zur 7. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Insgesamt stimmen 75 % der Befragten der Aussage, es hätten sich elitäre Gruppen gebildet, eher nicht oder gar nicht zu. 25 % sprachen sich dafür aus, eher dieser Meinung zu sein. Der Mittelwert liegt bei 3,0 bei einer Standardabweichung von 0,76.



Abbildung 13: Ergebnisse zur 8. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Abbildung 13 zeigt auf, dass sich die wechselseitige Unterstützung nach 12,5 % der Befragten deutlich erhöht hat. Laut 62,5 % gab es keine Veränderung und weitere 12,5 % sind der Meinung, es habe eine leichte Verringerung gegeben. Das arithmetische Mittel liegt bei 2,86 und die Streubreite bei 0,90. Der Mittelwert für den Grad der Interaktion, also die Kommunikation zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen, beträgt 2,83. 25 % geben an, keine Beurteilung geben zu können. Da die restlichen Antworten zwischen *Deutlich erhöht* (12,5 %), *Leicht erhöht* (12,5 %), *Keine Veränderung* (25 %) und *Leicht verringert* (25 %) schwanken, resultiert eine Standardabweichung vom Mittelwert in Höhe von 1,17. Ein etwas höheres arithmetisches Mittel ergibt sich bezüglich der Abgrenzung der einzelnen Bezugsgruppen zueinander. Dieser beträgt 3,14, die Streuung der Werte um den Mittelwert 0,90. Der Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist der Meinung, dass es diesbezüglich keine Veränderung gab (62,5 %), während jeweils 12,5 % eine leichte Erhöhung bzw. eine deutliche Verringerung wahrnehmen. Zuletzt wurde innerhalb dieses Fragenkomplexes noch das Vorhandensein von Intergruppenkonflikten, d.h. Konflikten zwischen den Bezugsgruppen, erhoben. Hierbei beträgt der Mittelwert genau 3,0, da sich 25 % für eine leichte Erhöhung aussprechen, je 12,5 % der Meinung sind, eine

deutliche Verringerung liege vor bzw. dass sie dies nicht beurteilen können und der Rest die Mittelkategorie „Keine Veränderung“ gewählt hat. Die Werte streuen mit einer Standardabweichung von 1,0 um den Mittelwert.



Abbildung 14: Ergebnisse zur 9. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Die Mittelwerte der Ergebnisse zur Veränderung des Vorkommens unterschiedlicher Konfliktthemen liegen alle relativ nah bei 3,0. Das arithmetische Mittel des Konfliktthemas Neid ist hiervon mit 3,38 am stärksten entfernt. Drei Viertel vertreten die Ansicht Neid komme gleich häufig vor, wobei ein Viertel eine kleine oder deutliche Verringerung wahrnimmt. Die beiden Konfliktthemen Missverständnisse und Konkurrenzdenken haben denselben Mittelwert in Höhe von 3,13, allerdings ergibt sich eine unterschiedliche Streubreite, da die Antworten unterschiedlich verteilt sind. Bei Rivalität und Vorurteile liegt der Durchschnitt bei genau 3,0. Beide haben die gleiche Verteilung der Antworten: je 12,5 % schätzen das Vorkommen als etwas häufiger, 75 % als gleich oft und 12,5 % als etwas seltener ein. Die Standardabweichung beträgt somit für beide 0,53. Unterschiedliche Ziele sind gemäß 25 % der Befragten etwas häufiger, nach 62,5 % gleich oft und aus Sicht von 12,5 % etwas seltener der Auslöser für Konflikte. Konflikte aufgrund von elitären Gruppen sind laut je 12,5 % der Probandinnen und Probanden etwas häufiger, etwas seltener bzw. deutlich seltener der Grund für Konflikte, während sich 62,5 % dafür aussprechen, dass es hier keine Veränderung gibt. Das arithmetische Mittel liegt bei 3,25 bei einer Streuung der Werte um den Mittelwert von 0,89.

7.4 Gesamtsituation in der Klinik

Dieses Kapitel befasst sich mit den Ergebnissen zum Teilbereich der Gesamtsituation in der Klinik. Abbildung 15 veranschaulicht hierbei die Ergebnisse zum Effekt der erwerbsbezugshomogenen Gruppeneinteilung auf die Gesamtatmosphäre in der Klinik.

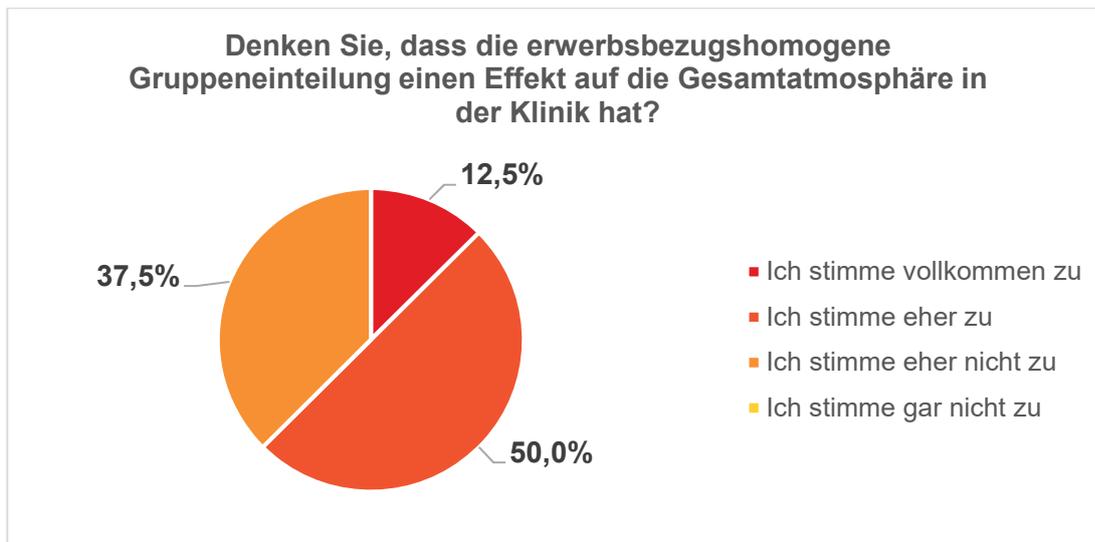


Abbildung 15: Ergebnisse zur 10. Frage des Onlinefragebogens (Eigene Darstellung)

Hierbei stimmen 62,5 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Frage eher oder vollkommen zu. Dass eher kein Effekt auf die Gesamtatmosphäre wahrzunehmen ist, sagen hingegen 37,5 % aus. Die Auswahl der Antwortkategorien *Ich stimme vollkommen zu* oder *Ich stimme eher zu* stellte die Voraussetzung für die Anzeige der Frage 11 im Online-Fragebogen dar. Daher gibt es für die in der nächsten Abbildung dargestellte Frage nur fünf anstelle von acht Antworten.

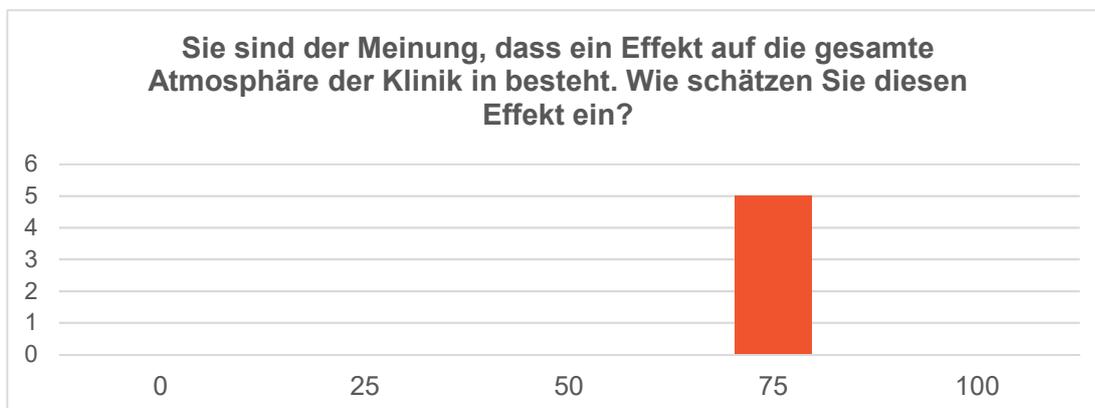


Abbildung 16: Ergebnisse zur 11. Frage des Onlinefragebogens (Eigene Darstellung)

Der Wert 0 bedeutet *negativ*, der Wert 100 *positiv*. Alle fünf Personen haben den Wert 75 gewählt. Das arithmetische Mittel beträgt somit 75,0 und die Standardabweichung 0,00. Bei der in Abbildung 17 dargestellten Frage, drückt der Wert 0 *unruhiger geworden* und der Wert 100 *ruhiger geworden* aus. Fünf Personen, also 62,5 %, haben die Mittelkategorie 50 gewählt und drei Personen, also 37,5 % entschieden sich für 75. Das arithmetische Mittel beträgt somit 59,38 bei einer Streubreite von 12,94.

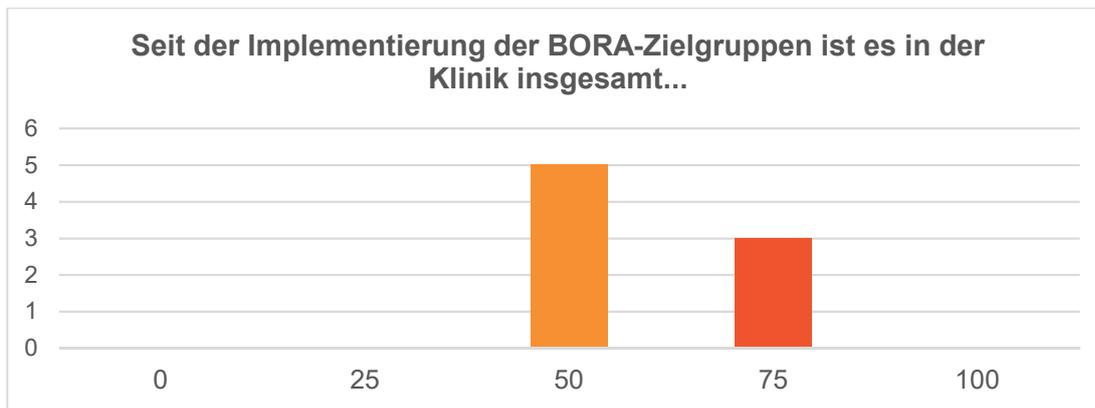


Abbildung 17: Ergebnisse zur 12. Frage des Onlinefragebogens (Eigene Darstellung)

Die 13. Frage im Onlinefragebogen erhebt offen welche weiteren Effekte die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Implementierung der BORA-Empfehlungen auf die Atmosphäre in der Klinik wahrnehmen. Hierzu wurde lediglich eine Angabe gemacht: „Abgesehen von vielen weiteren, eine eindeutige Zuschreibung erschwerenden Faktoren, hat die generelle Zufriedenheit in der Klinik leicht zugenommen“.

Die Abbildung 18 zeigt die Ergebnisse zum größten Fragenkomplex innerhalb der Kategorie zur Gesamtsituation in der Klinik.



Abbildung 18: Ergebnisse zur 14. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Der Aussage, dass berufsbezogene Aspekte in der Fachklinik Hirtenstein über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden sind, stimmten je 50 % der Probandinnen und Probanden vollkommen bzw. eher zu. Das arithmetische Mittel liegt somit bei 1,5, die Standardabweichung bei 0,53. Bezüglich der Frage, ob berufsbezogene Aspekte in der Fachklinik Hirtenstein auch schon vor der BORA-Implementierung über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden waren, liegt eine deutlich höhere Streuung von 1,06 um den Mittelwert in Höhe von 2,63 vor. Jeweils 25 % der Befragten stimmen der Aussage eher nicht oder gar nicht, 37,5 % stimmen eher und 12,5 %

stimmen vollkommen zu. Die Aussage, erwerbsbezogene Behandlungsanteile hätten in der Fachklinik Hirtenstein denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung, empfinden insgesamt 75 % als vollkommen oder eher richtig, 25 % sind der Meinung, dass dies eher nicht zutrifft. Der Mittelwert liegt hier bei 2,0. Der Behauptung, dass erwerbsbezogene Behandlungsanteile auch schon vor der BORA-Implementierung denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung hatten, stimmen insgesamt 25 % eher oder vollkommen zu, während insgesamt 75 % eher nicht oder gar nicht zustimmen. Es ergibt sich ein arithmetisches Mittel von 3,0.

87,5 % der Probandinnen und Probanden stimmen der Aussage, durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen rücke die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus, eher oder vollkommen zu, 12,5 % stimmen dem eher nicht zu. Der Mittelwert liegt daher bei 1,75 bei einer Standardabweichung von 0,71. Es stimmen 87,5 % eher und 12,5 % vollkommen mit der Aussage, dass in der Fachklinik Hirtenstein durch die Implementierung nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen wird, überein. Das arithmetische Mittel beträgt 1,88 und die Streubreite 0,35. Dass die Klinik durch die Implementierung zu stark auf den Erwerbsbezug ausgerichtet ist, empfinden 12,5 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als eher, 50 % als eher nicht und 37,5 % als gar nicht zutreffend. Es ergibt sich ein Mittelwert von 3,25 und eine Standardabweichung von 0,71. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zu den Fragen, welche sich mit der beruflichen Tätigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten beschäftigen, beschrieben.

7.5 Berufliche Tätigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten



Abbildung 19: Ergebnisse zur 15. Frage des Onlinefragebogens (Umfrage Online 2018, o. S.)

Bezüglich dessen, inwiefern sich der allgemeine Arbeitsaufwand und der Dokumentationsaufwand verändert hat, werden folgende Antworten gegeben: In beiden Fällen sind jeweils 50 % der Befragten der Meinung, der Aufwand habe sich leicht erhöht bzw. nicht verändert. Der Mittelwert beträgt somit beide Male 2,5 und die Streuung der Werte um den Mittelwert 0,53. In Frage 16 und 17 wurde erhoben, ob sich durch einen erhöhten bzw. verringerten Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppe erforderliche Aktivität durch die Therapeutinnen und Therapeuten verändert hat. Da das

Wahrnehmen einer Erhöhung bzw. Verringerung des Interaktionsgrads die Voraussetzung für die Beantwortung dieser Frage ist, wurde diese Frage nur denjenigen Personen angezeigt, welche sich bei der fünften Frage für eine Erhöhung oder Verringerung des Interaktionsgrads ausgesprochen haben. Drei Personen haben angegeben diesbezüglich eine Erhöhung wahrzunehmen und konnten daher die Frage 16 beantworten. Das Ergebnis ist in Abbildung 20 dargestellt.



*Abbildung 20: Ergebnisse zur 16. Frage des Onlinefragebogens
(Eigene Darstellung)*

Alle drei Personen, also 100 % der Befragten, gaben an, dass sich durch den erhöhten Interaktionsgrad die eigene erforderliche Aktivität nicht verändert hat. Da bei der fünften Frage keine Person angegeben hat eine Verringerung der Interaktion wahrzunehmen, wurde Frage 17 keiner der befragten Personen gestellt, wodurch es hierzu auch keine Ergebnisauswertung gibt.



*Abbildung 21: Ergebnisse zur 18. Frage des Onlinefragebogens
(Eigene Darstellung)*

Auch bei der 18. Frage, welche erhob, wie sich durch eine geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten der Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken (z.B. Reinszenierung, Interaktionsspiele) verändert hat, wurde eine Filterführung genutzt und nur jene Personen, die bei Frage 5 eine geringere Anzahl von

Intragruppenkonfliktenangaben, bekamen diese Frage zur Beantwortung angezeigt. Hierbei handelte es sich lediglich um eine Person, die keine Veränderung ihres Aufwandes feststellte. Mit dem nächsten Fragenkomplex wird erhoben, wie sich der Aufgabenbereich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verändert hat.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht, wie viele der befragten Personen die jeweilige Veränderung bezüglich ihres Aufgabenbereichs wahrnehmen und wie viele keine Veränderung sehen. Keiner der Befragten sagt aus, dass ihr oder sein Aufgabenbereich undurchsichtiger geworden ist. Jeweils 37,5 % der Befragten empfinden ihren Aufgabenbereich durch die Implementierung interessanter bzw. spannender, während jeweils 62,5 % keine Veränderung bezüglich dieser Faktoren bemerken. Von allen Befragten geben 12,5 % an, dass ihr Aufgabenbereich komplizierter geworden ist. Bezüglich dessen, ob die Implementierung eine Auswirkung auf den Umfang des Aufgabenbereichs hat, geben 50 % der Befragten *Nein* und 50 % *Ja* zur Antwort. Jeweils 62,5 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind der Meinung, ihr Aufgabenbereich sei lebendiger bzw. anstrengender geworden.

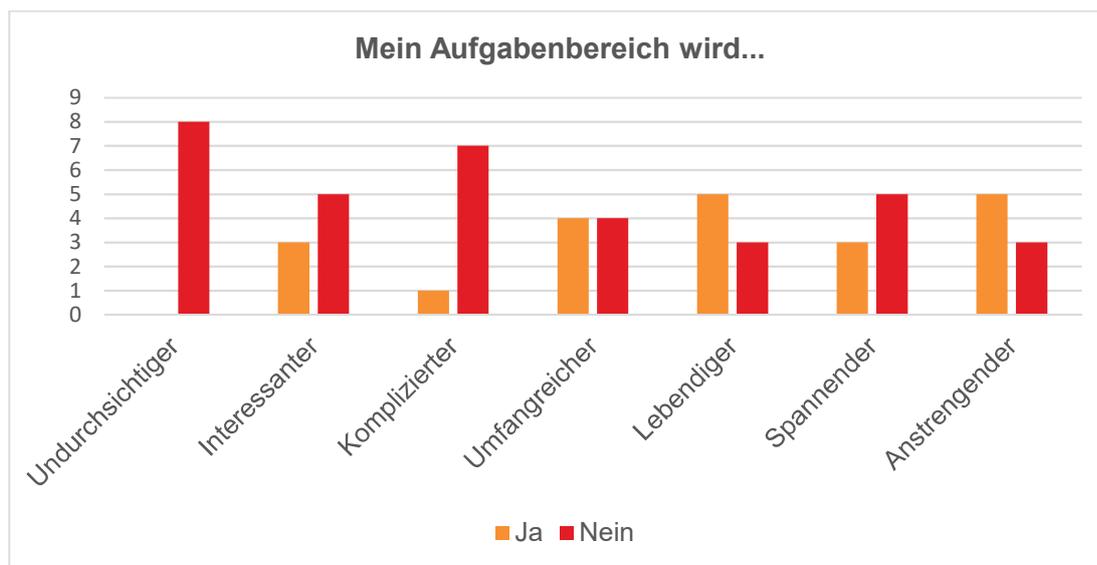


Abbildung 22: Ergebnisse zur 19. Frage des Onlinefragebogens
(Eigene Darstellung)

Neben der Erhebung, ob die jeweilige Veränderung vorliegt, wird auch noch eine persönliche Bewertung des Vorliegens bzw. des Nichtvorliegens der Veränderung eingeholt. Die Einschätzung konnte hierbei in vier Abstufungen von 0 für *sehr negativ* bis 100 für *sehr positiv* angegeben werden. Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die durchschnittliche Bewertung der jeweiligen Veränderung. Bei der Berechnung der Durchschnittswerte wurden jeweils diejenigen Bewertungen herangezogen, welche sich auf das Vorhandensein einer Veränderung, also auf die Ja-Antworten, beziehen. Die gesamten Einzelergebnisse können der Anlage 12 entnommen werden.

	Ja	Ø Bewertung der Veränderung (der Ja-Antworten)
Undurchsichtiger	0	-
Interessanter	3	74
Komplizierter	1	67
Umfangreicher	4	59
Lebendiger	5	74
Spannender	3	78
Anstrengender	5	40

Abbildung 23: Ergebnisse zur 19. Frage des Onlinefragebogens (Teil 2)
(Eigene Darstellung)

Die höchste durchschnittliche Bewertung bezüglich der Veränderungen liegt bei 78 Punkten und bezieht sich auf die Aussage, dass der eigene Aufgabenbereich durch die Implementierung spannender geworden ist. Die geringste durchschnittliche Bewertung ist bei dem Aspekt *anstrengender* gegeben. Hier liegt die Bewertung bei 40 Punkten. Zusätzlich zu den bereits genannten Veränderungen des Aufgabenbereichs, wurden über das offene Antwortfeld noch folgende Aussagen getroffen: „Ich kann besser auf Belange und Themen der Rentner eingehen“ und „Kann die Zeile nicht löschen“. Bei ersterem wurde hierbei *Nein* und eine Bewertung von 67 angegeben, bei letzterem wurde *Ja* und eine Bewertung von 0 ausgewählt.

Die Kommentare, die im Rahmen des offenen Anmerkungsfeldes am Ende der Online-Befragung abgegeben wurden, enthalten keine für die Auswertung relevanten Aussagen und werden daher nicht ausführlich vorgestellt. Sie können in der Anlage 13 eingesehen werden.

8 Diskussion

Im Rahmen der Diskussion folgen im ersten Unterkapitel die Interpretation sowie die Bewertung der im vorangegangenen Kapitel dargestellten Ergebnisse. Das zweite Unterkapitel beschäftigt sich dann mit der Limitation, also mit Faktoren, welche die Aussagekraft der Ergebnisse beeinflussen können. Das letzte Unterkapitel gibt eine kurzgefasste Übersicht über die Erkenntnisse der vorliegenden Studie.

8.1 Interpretation und Bewertung

Im Zuge der Interpretation und Bewertung der Ergebnisse wird auf alle in Kapitel 5 aufgeführten Teilfragen und Hypothesen eingegangen. Es wird jeweils das Ergebnis aus der Erhebung kurz aufgegriffen, interpretiert und anschließend entsprechend der

theoretischen Fundierung, welche in Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt wurde, bewertet. Die einzelnen Einfluss- und Wirkfaktoren werden hierbei im Folgenden nicht wiederholt beleuchtet, der Bezug hierzu kann jedoch in Anlage 9 eingesehen werden. Diese gibt klare Hinweise zur Bewertung der möglichen Veränderungen und stellt einen deutlichen Bezug zu den Aspekten aus der theoretischen Fundierung her. Die Begründung wird hier möglichst kurzgefasst und kann in Kapitel zur theoretischen Fundierung in ausführlicher Form nachgelesen werden. Bei den Hinweisen zur Bewertung werden jeweils Hinweise dafür gegeben, welches Ergebnis als positiv einzustufen wäre. Negativ wäre dementsprechend das jeweilige Gegenteil. Bei neutralen Ergebnissen gibt es kein positiv oder negativ, sie dienen vielmehr zum Verständnis und zum Erschließen von Zusammenhängen.

Die erste Teilfrage (T1.1.) befasst sich mit der Konzentration, Zielgerichtetheit und Beteiligung der Rehabilitanden. Die Kodierung 3 steht bei der zugehörigen Frage im Online-Fragebogen für *Keine Veränderung*. Höhere Zahlen bedeuten eine Verringerung und kleinere Zahlen eine Erhöhung des jeweiligen Merkmals. Da die Mittelwerte bei allen drei Fragen geringer ausfallen als 3,0 haben sich alle drei Aspekte aus Teilfrage T1.1 etwas erhöht. Am stärksten sticht hierbei der Gesichtspunkt des zielgerichteten Arbeitens heraus, welcher sich gemäß dem Großteil der Befragten leicht oder deutlich erhöht hat. Diese Veränderungen werden als positiv angesehen. Auch die Erhöhung der Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie (T1.2.) ist als positiv zu bewerten.

Die Teilfrage T1.3. beschäftigt sich mit den Themenschwerpunkten innerhalb der Bezugsgruppen. Zum einen wird erhoben, ob es eine Veränderung bei den Themenschwerpunkten gibt und wie sich die Anzahl der unterschiedlichen Themen verändert hat. Die Mehrzahl der Befragten ist sich darüber einig, dass eine Veränderung der Themenschwerpunkte innerhalb der Bezugsgruppen stattgefunden hat. Nicht ganz so deutlich lässt sich sagen, wie sich die Anzahl unterschiedlicher Themenbereiche in den Bezugsgruppen verändert hat. So geht die Mehrzahl von einer gleichen Menge aus, während sich einige Stimmen auch für das Sinken oder Steigen aussprechen. Bezüglich der Frage, welche allgemeinen und berufsbezogenen Themenschwerpunkte in welcher Zielgruppe am häufigsten vorkommen kann festgehalten werden, dass die Fähigkeit zur Entspannung vor allem in den Zielgruppen BORA 1 und BORA 2 und das Thema Umgang mit Resignation in BORA 3 und BORA 4 auftritt. Alle anderen Themen werden entweder in keiner oder aber in allen Zielgruppen als am häufigsten aufkommende allgemeine Themen deklariert. Im Hinblick auf die berufsbezogenen Themenschwerpunkte fällt besonders auf, dass die Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit lediglich in den Zielgruppen BORA 3 und BORA 4

eine zentrale Rolle spielt. Da sich es sich bei diesen Zielgruppen um arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II und SGB III handelt (vgl. Beckmann u. a. 2014, S. 11 f.), ist dies nachvollziehbar. Umgekehrt können sich die anderen Gruppen, die sich weniger oder gar nicht mit dem Thema beschäftigen, verstärkt auf für sie relevante Themen konzentrieren. Sieht man dieses Ergebnis in Verbindung damit, dass durch die Implementierung der ebhB einzelne, für die Gruppenteilnehmer relevante, Themenbereiche intensiver behandelt werden können, als zuvor, so kann insgesamt von einer bedarfsgerechteren Versorgung gesprochen werden, was als positiv eingestuft wird. Die Hypothese H1.1. wurde verifiziert, da sich die benötigte Zeit zur Integration neuer Rehabilitanden ein wenig reduziert hat. Dies ist zu befürworten. Dass sich die Gruppendynamik durch die Homogenisierung der Gruppen bezüglich des Erwerbsstatus verringert hat (H1.2.), wird hingegen falsifiziert. So geht die Mehrheit der Befragten von einer leichten oder deutlichen Steigerung der Gruppendynamik aus. Diese Erhöhung ist als vorteilhaft zu erachten.

Durch die Orientierung an den BORA-Empfehlungen kann in den Bezugsgruppen spezifischer auf die einzelnen Problemlagen der Rehabilitanden eingegangen werden, da Rehabilitanden mit ähnlichen Problemlagen einer Bezugsgruppe zugeordnet werden. Dies zeigt sich in den Umfrageergebnissen vor allem darin, dass sowohl die Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher, als auch die der perspektivischen Themen (T2.1.) gestiegen ist. So geben drei Viertel der Befragten eine Erhöhung der Übereinstimmung lebensgeschichtlicher Themen an. Besonders sticht das Ergebnis bezüglich der Übereinstimmung perspektivischer Themen heraus. So beträgt die Standardabweichung hier 0,00. Dies bedeutet, es besteht vollkommene Einigkeit über diese Entwicklung. Hierdurch ist eine bedarfsgerechtere Versorgung der Rehabilitanden möglich. Folglich ist die Orientierung an den BORA-Empfehlungen aus dieser Perspektive zu begrüßen.

Bezüglich der Identifizierung der Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe (T2.2.) kann weder von einer Erhöhung noch von einer Verringerung gesprochen werden. Dieses Ergebnis wird daher als neutral bewertet. Der Grad der Interaktion, also die Kommunikation zwischen Personen innerhalb einer Bezugsgruppe (T2.3.), hat sich etwas erhöht. Dies ist als positiv zu erachten. Die Teilfrage T2.4. erhebt, wie sich das Vorhandensein einzelner Konfliktthemen innerhalb der Bezugsgruppen verändert hat. Es kann festgehalten werden, dass es bei allen sieben abgefragten Konfliktthemen (Neid, Missverständnisse, Rivalität, Ausgrenzung, Vorurteile, unterschiedliche Ziele und Konkurrenzdenken) zu einer Verringerung kam. Am geringsten ausgeprägt ist diese Verringerung bei dem Thema Missverständnisse, am stärksten beim Thema unterschiedliche Ziele. Die Verringerung der einzelnen Konfliktthemen wird begrüßt.

Die Hypothese H2.1. stellt die Vermutung an, die Gruppenkohäsion habe sich durch die Implementierung der ebhB erhöht. Da der Großteil der Befragten eine leichte Erhöhung wahrnimmt, und daher auch im Mittel eine Erhöhung vorhanden ist, wurde die Richtigkeit der Hypothese bewiesen. Da es gemäß der Einrichtungsleitung neben der Einführung der ebhB keine weiteren Veränderungen in der Fachklinik gegeben hat, kann angenommen werden, dass es sich bei dieser Erhöhung um eine positive Errungenschaft durch die Implementierung der erwerbsbezugsorientierten Bezugsgruppen handelt. Auch die zweite Hypothese (H2.2), welche von einer Steigerung der wechselseitigen Unterstützung innerhalb der Bezugsgruppen ausgeht, wurde durch die vorliegenden Ergebnisse verifiziert. So ist die Hälfte der Befragten der Meinung, dass sich die Unterstützung erhöht hat, während die andere Hälfte keine Veränderung sieht. Im Mittel ergibt sich somit eine Erhöhung, welche als positiv einzustufen ist. Dass weniger Konflikte zwischen Rehabilitanden einer Bezugsgruppe vorkommen (H2.3.), kann ebenfalls bestätigt werden. So ist zwar die Mehrzahl der Befragten der Meinung, keine Veränderung diesbezüglich feststellen zu können, doch ist im Mittel eine minimale Verringerung von Intragruppenkonflikten wahrzunehmen. Diese Entwicklung ist zu befürworten.

Die erste Teilfrage zur dritten Forschungsfrage (T3.1.) erhebt, ob sich die einzelnen Bezugsgruppen stärker voneinander abgrenzen. Obwohl abermals der überwiegende Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Meinung ist, in diesem Punkt gäbe es keine Veränderung, spricht der Mittelwert für eine minimale Verringerung der Abgrenzung der einzelnen Bezugsgruppen zueinander. Diese Veränderung wird befürwortet. Der Aussage, es hätten sich durch die erwerbsbezogene Homogenisierung elitäre Gruppen gebildet (T3.2.), ist im Mittel eher nicht zuzustimmen. So sprechen sich drei Viertel der Befragten gegen die Beobachtung dieses Effekts aus. Dies wird als vorteilhaft erachtet. Mittels der Teilfrage T3.3. soll erörtert werden, wie sich die wechselseitige Unterstützung zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen verändert hat. Da der Mittelwert leicht unterhalb von 3,0 liegt, ist eine geringfügige Erhöhung der Unterstützung zu beobachten, was als positiv bewertet wird.

Der Grad der Interaktion, also die Kommunikation zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen (T3.4.), hat sich im Mittel etwas erhöht. Die Erhöhung des Interaktionsgrads wird begrüßt. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist jedoch zu beachten, dass eine sehr hohe Streubreite vorliegt, die einzelnen Antworten also stark um den Mittelwert streuen. Wie sich das allgemeine Vorhandensein von Intergruppenkonflikten sowie das einzelner Konfliktthemen zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen verändert hat (T3.5.), zeigt sich in folgenden Ergebnissen: Im Mittel ist keine Veränderung des allgemeinen Vorhandenseins von

Intergruppenkonflikten zu beobachten. Intergruppenkonflikte treten somit noch gleich häufig auf wie vor der Homogenisierung der Bezugsgruppen hinsichtlich des Erwerbsstatus. Gleichzeitig ergab sich bezüglich des Vorhandenseins einzelner Konfliktthemen eine Tendenz dahingehend, dass die einzelnen Themen ein wenig seltener vorkommen. So ist bei den vier Themen Neid, Missverständnisse, Konkurrenzdenken sowie elitäre Gruppen eine geringfügige Verringerung zu beobachten. Am stärksten ausgeprägt ist diese bei dem Konfliktthema Neid. Im Mittel keine Veränderung gibt es hingegen bei den beiden Themen Rivalität und Vorurteile. Eine minimale Erhöhung der Konflikte ist durch unterschiedliche Ziele zu beobachten. Da es bei den Konflikten zwischen den Rehabilitanden zwar offensichtlich eine Verschiebung der Konfliktthemen ergeben hat, das Konfliktniveau jedoch insgesamt unverändert bleibt, werden diese Veränderungen als neutral bewertet.

Die Teilfrage T4.1. beschäftigt sich mit den Auswirkungen auf die Gesamtatmosphäre in der Klinik. Der Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist der Meinung, die erwerbsbezugshomogene Gruppeneinteilung habe einen Effekt auf die Gesamtatmosphäre. Alle Personen, die einen Effekt wahrnehmen, sind sich einig, dass dieser Effekt als eher positiv einzustufen ist, denn sie vergaben alle 75 von 100 Punkten. Die Punktzahl wird hierbei auf einer *fünfstufigen Skala vergeben. Hierbei ist der Wert 0 als negativ, 25 als eher negativ, 50 als neutral, 75 als eher positiv und 100 als positiv zu interpretieren.* Des Weiteren ergibt sich auch bezüglich dessen, ob es in der Klinik insgesamt ruhiger oder unruhiger geworden ist, eine klare Tendenz. So war bei dieser Frage die Möglichkeit der Zuordnung der Punkte gleich aufgebaut wie im soeben beschriebenen Fall, nur bedeutet der Wert 0 dieses Mal *unruhiger geworden* und der Wert 100 *ruhiger geworden*. Im Mittel ergab sich ein Punktwert von knapp 60, was dafürspricht, dass es insgesamt ein bisschen ruhiger geworden ist. Die offene Frage, welche die Möglichkeit bot, weitere Effekte auf die Atmosphäre in der Klinik aufzuführen, ergab, dass sich die generelle Zufriedenheit in der Klinik leicht erhöht hat. All diese Veränderungen sind für gut zu befinden.

Die Ergebnisse der Umfrage zeigen, dass berufsbezogene Aspekte nun stärker über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden sind (T4.2.). So trifft es für je 50 % der Probandinnen und Probanden vollkommen oder eher zu, dass berufsbezogene Aspekte heute über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden sind. Wird dieses Ergebnis verglichen mit demjenigen, welches sich mit der Frage danach beschäftigt, ob berufsbezogene Aspekte auch schon vor der Implementierung über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden waren, so wird deutlich, dass es hier eine Erhöhung gegeben hat: Der Anteil derjenigen, die hier zustimmen liegt insgesamt nur bei 50 %, während der Rest der Ansicht ist, dass dies vor der Implementierung noch nicht der

Fall war. Dass es neben der Implementierung der ebhB keine anderen Veränderungen gab, die das Vorhandensein berufsbezogener beeinflussen, deutet darauf hin, dass diese positiv zu bewertende Veränderung auf die Implementierung ebhB zurückzuführen ist.

Die Teilfrage T4.3. beschäftigt sich damit, ob sich der Stellenwert erwerbsbezogener Behandlungsanteile gegenüber der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung erhöht hat. Auch hier wird ein retrospektiver Vorher-Nachher-Vergleich angestellt. Im Mittel sind die Befragten der Meinung, vor der BORA-Implementierung hätten erwerbsbezogene Behandlungsanteile eher noch nicht denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung gehabt. Zwar streuen die Ergebnisse sehr stark, doch liegt der Mittelwert bei dieser Frage genau bei 3,0. Bezogen auf die aktuelle Situation wurde diesem Punkt eher zugestimmt, der Mittelwert ist hier um 1,0 geringer. Es ist somit eine positive Entwicklung zu verzeichnen, welche abermals eine positive Errungenschaft durch die Implementierung darzustellen scheint. Des Weiteren wird nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen (T4.4) – dessen sind sich alle Befragten einig, denn sie stimmen alle entweder eher oder vollkommen mit der Aussage überein und die Ergebnisse streuen mit einer nur geringfügigen Standardabweichung um den Mittelwert. Diese Entwicklung wird begrüßt. Ob Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus rückt und ob diese Ausrichtung als zu stark empfunden wird, ist Inhalt der Teilfrage T4.5. Der überwiegende Teil der Probandinnen und Probanden stimmen der Aussage, dass durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus rückt eher oder vollkommen zu. Eine zu starke Ausrichtung der Klinik auf den Erwerbsbezug empfindet die Mehrheit der Befragten als nicht gegeben. Beide Ergebnisse werden befürwortet.

Der allgemeine Arbeitsaufwand sowie der Dokumentationsaufwand für die Therapeutinnen und Therapeuten (T5.1) haben sich gleichermaßen erhöht. In beiden Fällen ist die eine Hälfte der Befragten der Ansicht, keine Veränderung zu spüren und die Andere geht von einer leichten Erhöhung aus. Dies ist als negative Auswirkung einzustufen. Durch den veränderten Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen hat sich die erforderliche Aktivität durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten nicht verändert (T5.2.), dessen sind sich alle Befragten einig. Dieses Ergebnis ist als neutral zu bewerten.

Mittels der Teilfrage T5.3. soll erörtert werden, inwiefern sich der Arbeitsinhalt der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verändert hat und wie sie diese Veränderung bewerten. Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass die Mehrheit der Befragten ihren Arbeitsbereich lebendiger bzw. anstrengender empfindet. Die Hälfte

der Personen empfindet ihn zudem als umfangreicher. Die drei Aspekte interessanter, komplizierter, und spannender nimmt jeweils eine Minderheit der Befragten wahr und lediglich bezüglich dessen, ob der Arbeitsbereich undurchsichtiger wurde, sagt keine der Personen aus, diese Veränderung wahrzunehmen. Der Arbeitsinhalt der Therapeutinnen und Therapeuten hat sich durch die Implementierung der BORA-Empfehlungen folglich in vielfältiger Art und Weise verändert. Inwiefern diese Veränderungen als positiv oder negativ zu bewerten sind, ist stark von persönlichen Präferenzen abhängig und kann nur von den Befragten selbst eingeschätzt werden. Aus diesem Grund wurde neben der Erhebung, ob die jeweilige Veränderung vorliegt, auch noch eine persönliche Bewertung des Vorliegens bzw. des Nichtvorliegens der Veränderung eingeholt. Werden die Ergebnisse zu den Bewertungen des Vorliegens einer Veränderung betrachtet, so ist hier eine positive Tendenz zu erkennen. Die Befragten konnten sich bei der Bewertung zwischen sehr negativ (0 Punkte), negativ (33 Punkte), positiv (67 Punkte), und sehr positiv (100 Punkte) entscheiden. Dass der Arbeitsbereich undurchsichtiger wurde, hat wie bereits beschrieben, keine bzw. keiner der Befragten ausgesagt, wodurch hierfür keine Bewertung vorliegt. Lediglich bei dem Aspekt anstrengender ergab sich eine Bewertung von unter 50, wodurch die Veränderung im Mittel als negativ eingeschätzt wird. Alle anderen Aspekte wurden jeweils mit mehr als 50 Punkten bewertet, wodurch diese Veränderungen im Mittel als positiv eingeschätzt werden. Da von allen wahrgenommenen Veränderungen von den Therapeutinnen und Therapeuten der Großteil als positiv angesehen wird, können die Veränderungen bezüglich des Arbeitsinhalts als vorteilhaft angesehen werden.

Abschließend wird die Hypothese H5.1. aufgegriffen, welche aussagt, dass sich durch eine geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten der Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken erhöht hat. Diese Hypothese wurde aufgrund der Aussage der oder des Befragten, welche bzw. welcher diese Frage beantwortet hat, falsifiziert. So wurde die Aussage getroffen, ihr oder sein Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken habe sich durch eine geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten nicht verändert. Da keine Veränderung vorliegt, wird dieses als neutral eingestuft.

Bei einigen Ergebnissen sind die Veränderungen im Mittelwert lediglich sehr minimal wahrnehmbar und es kann daher oft nur von sehr geringfügigen Veränderungen gesprochen werden. Die Mittelwerte liegen insgesamt häufig sehr nah am Wert der jeweiligen Mittelkategorie. Dies kann entweder in tatsächlich nur marginal wahrgenommenen Veränderungen oder aber in einer Beeinflussung der Ergebnisse durch die Tendenz zur Mitte begründet sein (vgl. ebd., S. 55).

8.2 Limitationen

Nachdem die Ergebnisse im vorangegangenen Abschnitt interpretiert und bewertet wurden, wird in diesem Kapitel zunächst die methodenkritische Diskussion angeführt. Anschließend wird auf die interne und die externe Validität eingegangen.

Für die vorliegende Studie wurde eine quantitative Erhebung der Auswirkungen aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mittels zwei Fragebogen herangezogen. Aufgrund der stark explorativen Fragestellung würde sich auch eine qualitative Erhebung mittels Interviews anbieten. So wäre es möglich noch weitere, durch die Forscherin nicht bedachte, Auswirkungen erheben zu können. Dennoch wurde die quantitative Erhebung bevorzugt, damit trotz des begrenzten Zeitumfangs die Meinung aller therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeholt werden kann. Nur durch das Abbilden aller Ansichtsweisen, kann ein vollständiges Bild über die Auswirkungen in der Fachklinik Hirtenstein erlangt und die Forschungsfrage ausreichend beantwortet werden. Zudem handelt es sich bei der vorliegenden Studie um eine Vollerhebung, da innerhalb der Fachklinik Hirtenstein alle therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt wurden. Inwiefern die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Allgemeinheit trotz der geringen Teilnehmerzahl von elf Personen gegeben ist, wird im Rahmen der Diskussion der externen Validität behandelt.

Ein Ziel der Erhebung war es, die Auswirkungen durch die Implementierung der ebhB zu erforschen. Es handelt sich somit um eine Veränderungsmessung. Da diese quasi-indirekt ist, also eine Differenz zwischen dem momentanen und einem retrospektiv beurteilten Vorher-Zustand darstellt, ist sie anfällig für einige Verzerrungen (vgl. Gollwitzer/Jäger 2014, S. 94), welche im Rahmen der internen Validitätsprüfung aufgegriffen werden. Durch die Durchführung einer indirekten Veränderungsmessung, also der Erhebung zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten – im vorliegenden Fall also einmal vor und einmal nach der Implementierung –, könnten einige der nachfolgend beschriebenen Gefahren minimiert werden. Eine indirekte Veränderungsmessung war in der Fachklinik Hirtenstein allerdings nicht möglich, da die Implementierung der ebhB zu Beginn der Gespräche bereits stattgefunden hatte.

Da die Qualität der erhobenen Informationen, der Ergebnisse und auch ihre Zweckdienlichkeit stark von der Qualität des Evaluationsdesign abhängen, wird nachfolgend auf die interne und externe Validität eingegangen (vgl. ebd., S. 41). Die interne Validität beschäftigt sich mit „Kausalitätsannahmen“ (ebd., S. 50). Für eine hohe interne Validität und somit auch für eine kausale Interpretation eines Effekts (vgl. ebd., S. 118), besteht die Notwendigkeit, präzise Aussagen bezüglich der Annahme oder Ablehnung von Hypothesen bzw. bezüglich der Beantwortung der Forschungsfragen treffen zu können. Es soll also stets eine eindeutige Interpretation der

Ergebnisse ermöglicht werden (vgl. ebd., S. 42). Für die vorliegende Studie wird dies durch die in den meisten Fällen vorgenommene zahlenmäßige Kodierung gewährleistet. Durch die Errechnung von Mittelwerten ist stets sofort ersichtlich, in welche Richtung sich der jeweilige Effekt entwickelt hat, sprich, ob von einer Erhöhung oder Verringerung zu sprechen ist. Wie bereits angesprochen, gibt es durch die Wahl der Methode jedoch Aspekte, die die interne Validität beeinträchtigen können. So ist die quasi-indirekte Veränderungsmessung anfällig für Verzerrungen, wie beispielsweise Konfirmations- oder selektive Gedächtniseffekte (vgl. ebd., S. 94). Der Konfirmationseffekt könnte auftreten, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits vor der Einführung bestimmte Erwartungen bezüglich der Auswirkungen der Implementierung hatten. Hierdurch ist es möglich, dass die Veränderungen entsprechend vorheriger Annahmen eingeschätzt werden (vgl. ebd., S. 94). Insbesondere könnte diese Gefahr bei denjenigen Personen gegeben sein, welche die Implementierung stark befürwortet und selbst veranlasst haben. So wird bei der vorliegenden Studie auch die Einrichtungsleitung befragt, welche die Implementierung mit bestimmten Erwartungen und Hoffnungen initiiert hat.

Selektive Gedächtniseffekte beschreiben die Möglichkeit, der vorwiegenden Orientierung an Auswirkungen, die zu Beginn der Veränderung eintraten. Im vorliegenden Fall wäre es möglich, dass vor allem Schwierigkeiten während der Umstellung einen Einfluss auf die heutige Einschätzung der Veränderungen haben. Entgegengewirkt werden soll diesem Effekt durch den expliziten Hinweis, dass die Befragung den aktuellen Stand erheben möchte und die Befragten bei der Beantwortung der Fragen daher daran denken sollen, wie sie die Situation innerhalb der letzten sechs Monate empfunden haben. Da sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusätzlich jedoch auch an die Situation vor der Implementierung erinnern müssen und diese bereits mehr als ein Jahr zurückliegt, sind zudem Verzerrungen durch im Nachhinein anders eingeschätzte Sachverhalte möglich. So müssen sich die Therapeutinnen und Therapeuten zum einen zurückerinnern und können sich an Einzelheiten ggf. nicht mehr genau entsinnen. Zum anderen haben sie schon Wissen über den weiteren Verlauf, was ihre Einschätzung ebenfalls beeinflussen kann.

Um die interne Validität besser gewährleisten zu können, wird in den Fragen in der Erhebung stets nach der Veränderung *durch* die Implementierung gefragt. Es wird also nicht nur erhoben, *ob* es eine Veränderung gibt, sondern insbesondere auch ob diese Veränderung auf die Implementierung zurückzuführen ist. Ein weiterer, im Rahmen der internen Validität aufzugreifender Aspekt ist, dass sozialwissenschaftliche Konzepte, wie beispielsweise Vorurteile, „abstrakte geistige Vorstellungen“ und „keine ‚wirklichen‘ Phänomene“ (Schnell u. a. 2013, S. 127) sind. Diese Phänomene

werden von unterschiedlichen Personen zwar sehr ähnlich verstanden, jedoch unterliegen sie stets einem individuellen Verständnis. Es kann demnach nicht in Gänze von gleichem Verständnis hinsichtlich einzelner Begrifflichkeiten ausgegangen werden. Da sich dieses Problem jedoch auch durch explizitere Beschreibungen der Phänomene nicht verhindern lässt, muss dies so hingenommen werden.

Zuletzt kann auch mangelnde instrumentelle Validität die interne Validität der Evaluation beeinflussen. Diesbezüglich ist vor allem auf Folgendes hinzuweisen: in Anlehnung an die Likert-Skala (vgl. ebd., S. 176) wurden gleiche Abstände zwischen einigen Merkmalsausprägungen unterstellt. Daher kann von einer Intervallskala gesprochen werden und statistische Kennzahlen wie das arithmetische Mittel oder die Standardabweichung konnten berechnet werden. Diese Vorgehensweise ist für die Operationalisierung bedeutsam und macht wie bereits angesprochen eindeutige Schlussfolgerungen möglich. Jedoch sollte beachtet werden, dass sich die durch zahlenmäßige Kodierung erlangten Werte nicht auf originär metrische Merkmale (vgl. Weiß 2013, S. 23 f.) beziehen. Vielmehr handelt es sich um kategoriale Merkmale, welche dem Skalenniveau nach einer Ordinalskala zuzuordnen wären (vgl. ebd., S. 23 f.). Die quantitative Interpretation der Daten kann die interne Validität negativ beeinflussen. Zudem ist bei der Analyse zu beachten, dass es möglich ist, dass die Befragten die einzelnen Antwortkategorien unterschiedlich interpretieren. Eine Verzerrung aufgrund unterschiedlicher Interpretation der Antwortkategorien soll eingedämmt werden, indem die Kategorien möglichst einfach gehalten und nicht zu kompliziert gestaltet werden. Trotz dieses Anspruchs kam es offensichtlich zu Missverständnissen bei der Interpretation der Antwortmöglichkeiten. So kam in den Kommentaren im Anmerkungsfeld (Anlage 13), die Frage auf, wie es möglich ist anzugeben, dass keine besonderen Auswirkungen auf den Arbeitsbereich festgestellt werden können. Die Aussage, dass keine Auswirkungen vorliegen, kann getroffen werden, indem bei allen vorgeschlagenen Veränderungen mit *Nein* geantwortet wird. Offensichtlich waren die Antwortkategorien jedoch nicht hinreichend übersichtlich oder verständlich gestaltet, um von allen Befragten verstanden werden zu können. All die soeben beschriebenen Gefahren können einen Einfluss auf die interne Validität der Evaluation haben. Der Rückschluss von den Ergebnissen der Erhebung auf die Hypothesen bzw. die Forschungsfragen kann also nicht vollständig sichergestellt werden, da die beschriebenen Gefahren die Ergebnisse verzerren können. Allerdings wurde, wenn dies möglich war, stets versucht, die interne Validität durch entsprechenden Gegenmaßnahmen zu gewährleisten.

Die externe Validität beschäftigt sich mit der „Verallgemeinerbarkeit der Forschungsergebnisse auf andere Settings oder Stichproben“ (Polit u. a. 2012, S. 201). Aufgrund

des eingeschränkten Studiendesigns und der geringen Anzahl partizipierender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sollten die Ergebnisse äußerst vorsichtig interpretiert werden. Es ist nicht möglich die Ergebnisse auf andere Kontexte zu übertragen (vgl. Gollwitzer/Jäger 2014, S. 42), sie können also nicht für die Allgemeinheit von Rehabilitationseinrichtungen generalisiert werden. Wie bereits dargelegt, handelt es sich jedoch zum einen um eine Vollerhebung und zum anderen um eine Pilotstudie innerhalb der Fachklinik Hirtenstein. Aus diesem Grund ist es nicht das Ziel der Studie, die Ergebnisse auf andere Einrichtungen zu übertragen. Vielmehr geht es darum, die Veränderungen in eben genau dieser einzelnen Einrichtung zu evaluieren und deren Auswirkungen zu bewerten.

Im Hinblick auf die Auswirkungen innerhalb der Fachklinik Hirtenstein, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die verstärkte berufsbezogene Ausrichtung aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter größtenteils positive Auswirkungen hat. Allerdings ist es in der Evaluationsforschung wichtig, stets die Sichtweisen aller Beteiligten zu erheben (vgl. Döring 2014, S. 171). Dies sind im vorliegenden Fall neben den Durchführenden (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) vor allem auch die Betroffenen, also die Rehabilitanden. So sollten auch deren Ansichtsweisen und Interessen nicht unberücksichtigt bleiben, um eine abschließende Erörterung der Auswirkungen der Implementierung sowie eine hinreichende Bewertung zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 171).

8.3 Zusammenfassung

Da es sich um die Evaluation der Implementierung eines neuen beruflich orientierten Rehabilitationskonzeptes für Abhängigkeitskranke (BORA) in der Fachklinik Hirtenstein handelt, wurden die Ergebnisse im Anschluss an deren Interpretation bewertet. Es ergibt sich die in Tabelle 7 dargestellte Übersicht über die Ergebnisse im Hinblick auf die einzelnen Teilfragen und Hypothesen sowie deren Bewertung. Grün markierte Ergebnisse wurden hierbei als positiv, grau markierte als neutral und pink markierte als negativ eingestuft. Bei dieser Darstellung handelt es sich um eine stark verdichtete Darstellung, die einen schnellen Überblick über die Ergebnisse geben soll. Genaue Hinweise zur Stärke der einzelnen Effekte sowie zur Begründung der Bewertung, sind in den Kapiteln 7 und 8 ausführlich dargestellt.

Wie wirkt sich aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Implementierung der ebhB nach den BORA-Empfehlungen aus auf...		
<p>F1. ...die Arbeit in den Bezugsgruppen?</p> <p>Teilfragen:</p> <p>T1.1. Erhöhung Konzentration, Zielgerichtetheit und Beteiligung</p> <p>T1.2. Erhöhung Anschlussfähigkeit</p> <p>T1.3. Veränderung Themenschwerpunkt</p> <p>Hypothesen:</p> <p>H1.3. Verifikation: Verringerung Zeit zur Integration</p> <p>H1.4. Falsifikation: Erhöhung Gruppendynamik</p>	<p>F2. ...die soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen?</p> <p>Teilfragen:</p> <p>T2.1. Erhöhung Übereinstimmung der Themen</p> <p>T2.2. Identifizierung unverändert</p> <p>T2.3. Erhöhung Grad der Interaktion</p> <p>T2.4. Abnahme des Vorhandenseins einzelner Konfliktthemen</p> <p>Hypothesen:</p> <p>H2.1. Erhöhung Gruppenkohäsion</p> <p>H2.2. Erhöhung wechselseitige Unterstützung</p> <p>H2.3. Verringerung Konflikte</p>	<p>F3. ...die soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen?</p> <p>Teilfragen:</p> <p>T3.1. Verringerung Abgrenzung</p> <p>T3.2. Keine Bildung elitärer Gruppen</p> <p>T3.3. Erhöhung wechselseitige Unterstützung</p> <p>T3.4. Erhöhung Grad der Interaktion</p> <p>T3.5. Allgemeines Konfliktniveau unverändert</p>
<p>F4. ...die Gesamtsituation in der Klinik?</p> <p>Teilfragen:</p> <p>T4.1. Verbesserung Gesamtatmosphäre</p> <p>T4.2. Berufsbezogene Aspekte stärker über gesamten Behandlungsprozess vorhanden</p> <p>T4.3. Stellenwert erwerbsbezogener Behandlungsanteile erhöht</p> <p>T4.4. Besseres Eingehen auf arbeitsbezogene Probleme</p> <p>T4.5. Erwerbsfähigkeit rückt stärker in den Fokus</p>	<p>F5. ...die berufliche Tätigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten?</p> <p>Teilfragen:</p> <p>T5.1. Allgemeiner Arbeitsaufwand und Dokumentationsaufwand erhöht</p> <p>T5.2. Erforderliche Aktivität durch therapeutisch Arbeitende unverändert</p> <p>T5.3. Veränderungen bezüglich der Arbeitsinhalte</p> <p>Hypothesen:</p> <p>H5.1. Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken unverändert</p>	

Tabelle 7: Zusammenfassung der Ergebnisse und deren Bewertung (Eigene Darstellung)

Es fällt sofort auf, dass die Ergebnisse überwiegend als positiv eingestuft werden. Bei der Interpretation und Übertragung der Ergebnisse auf andere Settings sind die in Kapitel 8.2 aufgeführten Informationen zur externen Validität zu beachten.

9 Fazit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, durch die empirische Pilotstudie zu evaluieren, welche Auswirkungen die Implementierung der Zielgruppen aus den BORA-Empfehlungen in der Fachklinik Hirtenstein hat und wie diese zu bewerten sind. Resümierend kann festgestellt werden, dass die Implementierung ebhB in Anlehnung an die BORA-Empfehlungen aus Sicht der therapeutisch Arbeitenden der Fachklinik Hirtenstein unterschiedlichste Auswirkungen auf die soziale Situation, die Arbeitsweise in den Gruppen und die Gesamtsituation in der Klinik hat. Diese Auswirkungen werden in allen Bereichen als vollständig oder überwiegend vorteilhaft angesehen. Insbesondere kann hier herausgestellt werden, dass die Implementierung der ebhB dem Ziel der BORA-Empfehlungen, nämlich der Diversität der Bedürfnisse von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besser gerecht zu werden, zuträglich ist. So deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sie in einigen Bereichen zu einer bedarfsgerechteren Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen beitragen kann.

Zusammenfassend kann mit den Erkenntnissen aus der Studie ein Beitrag zur Reduzierung der in Kapitel 4.2.4 festgestellten Wissenslücke geleistet werden. Insbesondere aufgrund der fehlenden Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen, wäre es für die Forschung jedoch wünschenswert, dass auch andere Rehabilitationseinrichtungen Studien bezüglich der Auswirkungen durchführen, um ein flächendeckendes Bild zu erhalten. Zudem wäre es, wie in Kapitel 8.2 bereits dargelegt, trotz der fast durchweg positiven Ergebnisse sinnvoll, auch die Sichtweise der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu erheben um eine abschließende Bewertung der Implementierung zu ermöglichen. In der Fachklinik Hirtenstein könnte diese Sichtweise erhoben werden, indem qualitative Interviews mit Rehabilitanden, welche bereits vor der Implementierung ein oder mehrere Male in der Fachklinik in Behandlung waren, geführt werden. Hierdurch können die Auswirkungen aus Sicht der Beteiligten erörtert werden. Für andere Fachkliniken, in welchen die ebhB in Anlehnung an die BORA-Empfehlungen bislang noch nicht implementiert wurden, bietet es sich an, eine indirekte Veränderungsmessung (vgl. Gollwitzer/Jäger 2014, S. 94) durch die Erhebung der Vorher- als auch der Nachher-Situation, durchzuführen. Weiterhin könnte in einem nächsten Schritt eine Wirkungsevaluation durchgeführt werden, welche erhebt, wie gut die Umsetzung der Empfehlungen wirkt, sprich, ob durch die Implementierung langfristig eine bessere Wiedereingliederung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Arbeit erreicht werden kann. Um die Wirkung im Hinblick auf die berufliche (Re-)Integration zu erheben, wäre eine Längsschnittstudie (vgl. Weiß 2013, S. 223) notwendig, die den Status der Erwerbstätigkeit der Rehabilitanden zu mehreren

Zeitpunkten erhebt. Diese Ergebnisse müssten folglich mit denen einer zweiten Gruppe, welche nicht in ebhB therapiert wurde, verglichen werden.

Wie zu Beginn der Arbeit herausgestellt, ist die Relevanz für die Praxis gegeben, da durch die Evaluierung mögliche negative Auswirkungen aufgedeckt und falls notwendig, lenkend eingegriffen werden kann. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation wird der Fachklinik Hirtenstein empfohlen, mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über den erhöhten Arbeitsaufwand zu sprechen, da diese Veränderung als negativ eingestuft wurde. Mithilfe dieser Gespräche sollte erörtert werden, ob es notwendig ist an anderen Stellen zeitliche Ressourcen einzusparen. Dies ist relevant, damit die Umsetzung des ansonsten sehr gut eingeschätzten Konzepts auch langfristig von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befürwortet und getragen wird.

Werden die Ergebnisse der Erhebung und somit die Auswirkungen der Implementierung von ebhB auf die Fachklinik Hirtenstein betrachtet, so kann die Implementierung aufgrund vielfältiger Verbesserungen nur befürwortet werden und sollte auch von anderen Rehabilitationseinrichtungen in Betracht gezogen werden. Zwar wird die Implementierung der ebhB nicht direkt etwas daran ändern können, dass Alkoholabhängigkeit zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen in Deutschland zählt (vgl. ebd., S. 43), wohl aber kann durch eine bessere berufliche Wiedereingliederung das Rückfallrisiko minimiert werden und Kliniken könnten von vielfältigen positiven Gruppenprozessen profitieren.

Literaturverzeichnis

- Bachmeier, Rudolf/Bick-Dresen, Stefanie/Dreckmann, Imke/Feindel, Holger/Kemmann, Dietmar/Kersting, Stephan u. a. (2018): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2015 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: *SuchtAktuell* 25 (1), S. 49–65.
- Beckmann, Ulrike/Eckstein, Gerhard/Hennig, Uwe/Hoffmann, Sabine/Koch, Andreas/Köhler, Joachim u. a. (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff am: 27.02.2018).
- Benesch, Michael/Raab-Steiner, Elisabeth (2010): Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung, 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas-Verlag.
- Bensel, Wolfgang (2012a): Die personenzentrierte Therapie der Alkoholabhängigkeit. In: Wolfgang Bensel (Hrsg.): Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch. Köln: GwG-Verlag, S. 45–64.
- Bensel, Wolfgang (2012b): Explizite und implizite Wirkfaktoren personenzentrierter Suchttherapie. In: Wolfgang Bensel (Hrsg.): Personenzentrierte Beratung und Behandlung von Suchtstörungen. Ein Praxishandbuch. Köln: GwG-Verlag, S. 9–26.
- Bönner, K.-H. (1997): Das 'Beste' für den Suchtkranken. Zur Rationalität von Therapieangeboten. In: Das "Beste" für den Suchtkranken. Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien. Geesthacht: Neuland, S. 15–25.
- Bormann, Bianca/Strauß, Bernhard (2012): Therapeutische Beziehungen in Gruppen. In: Dankwart Mattke und Bernhard Strauß (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer, S. 69–84.
- Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 5., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Brüggemann, Silke/Niehues, Christiane/Rose, Anne D./Schwöbel, Beatrice (Hrsg.) (2015): Pschyrembel Sozialmedizin und Public Health, 2., aktualisierte Auflage. Berlin: de Gruyter.

Budman, Simon H./Soldz, Stephen/Demby, Annette/Feldstein, Michael/Springer, Tamar/Davis, Michael S. (1989): Cohesion, Alliance and Outcome in Group Psychotherapy. In: *Psychiatry* 52 (3), S. 339–350.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): Situation in Deutschland. Alkohol, <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchstoffe-und-abhaengigkeiten/alkohol/situation-in-deutschland.html?L=0> (Zugriff am: 25.06.2018).

Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2015): G-BA flexibilisiert die Regelungen zur Gruppentherapie. Kombination von Einzel- und Gruppentherapie generell möglich, <https://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/g-ba-flexibi.html> (Zugriff am: 14.06.2018).

Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2018): Alkoholabhängigkeit, <https://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten/alkoholabhaengigkeit.html> (Zugriff am: 25.06.2018).

Bürger, Wolfgang/Deck, Ruth (2009): SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 48 (4), S. 211–221.

Bürger, Wolfgang/Nübling, Rüdiger (2015): Förderung individueller erwerbsbezogener Zielorientierung - FieZ. Handbuch für Rehabilitationseinrichtungen. Hrsg. von Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/RheinlandPfalz/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/Fachinformationen_Reha-Einrichtungen/FieZ-Handlungsanleitung/FieZ-Handlungsanleitung_Download.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am: 24.06.2018).

Bürger, Wolfgang/Nübling, Rüdiger/Kriz, David/Kretschmer, Peter/Masius, Ute/Zucker Andrea u. a. (2014): FIEZ-Studie der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz: Berufsbezogene Orientierung der Klinik aus der Perspektive der Mitarbeiter. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Arbeit-Gesundheit-Rehabilitation. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Unter Mitarbeit von Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Karlsruhe, 10. - 12.03.2014. Berlin, S. 54–56.

Burlingame, Gary M./McClendon, Debra Theobald/Alonso, Jennifer (2011): Cohesion in group therapy. In: *Psychotherapy* 48 (1), S. 34–42.

Däumling, Alf (2006): Sensitivity Training. In: Oliver König (Hrsg.): Gruppendynamik. Geschichte - Theorien - Methoden - Anwendungen - Ausbildung. 5. Auflage. München: Profil, S. 18–39.

Deutsche Rentenversicherung (o.J.): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/07_reha_konzepte/konzepte/mbor.html (Zugriff am: 24.05.2018).

Deutsche Rentenversicherung (2015): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, 4. Auflage. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/mbor_datei.pdf?__blob=publicationFile&v=19 (Zugriff am: 27.02.2018).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich, 2. Auflage, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf (Zugriff am: 05.06.2018).

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.html (Zugriff am: 20.02.2018).

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (Hrsg.) (2009): Die Nutzung der ICF bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation). Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation vom 31. März 2009. Heidelberg, https://www.dvfr.de/uploads/media/ICF-Empfehlung_2009_03_31.pdf (Zugriff am: 15.06.2018).

Deutscher Orden (2018): Wir über uns. Entdecken Sie unsere Angebote in der Altenhilfe, Behindertenhilfe, Kinder-/Jugendhilfe und Suchthilfe, <http://www.ordenswerke.de/wir-ueber-uns/> (Zugriff am: 24.04.2018).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017a): ICD-10-GM Version 2018. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen. Hrsg. von Bundesministeriums für Gesundheit, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/block-f60-f69.htm> (Zugriff am: 02.05.2018).

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017b): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification, Version 2018. Hrsg. von Bundesministeriums für Gesundheit, <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2018/> (Zugriff am: 02.05.2018).
- Döring, Nicola (2014): Evaluationsforschung. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften, S. 167–181.
- Fachklinik Hirtenstein (2018a): Behandlungsangebote, <http://www.suchthilfe-allgaeu.de/angebote.php> (Zugriff am: 24.04.2018).
- Fachklinik Hirtenstein (2018b): Behandlungsschwerpunkte, <http://www.suchthilfe-allgaeu.de/schwerpunkte.php> (Zugriff am: 24.04.2018).
- Fachklinik Hirtenstein (2018c): Willkommen bei der Fachklinik Hirtenstein. Suchttherapie im Allgäu, <http://www.suchthilfe-allgaeu.de/> (Zugriff am: 27.02.2018).
- Fennen, Ursula/Biskoping, Rüdiger/Bühler, Arnold/Flos, Friedhold/Hens-Mauri, Ute/Kaufmann, Wolfgang u. a. (2018): Behandlungskonzeption Fachklinik Hirtenstein. (unveröffentlicht).
- Fiedler, Peter (2005): Verhaltenstherapie in Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis, 2., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Fischer, Lorenz/Wiswede, Günter (2009): Grundlagen der Sozialpsychologie, 3., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Freyberger, Harald/Spitzer, Carsten (2014): Risiken, Nebenwirkungen und das Abbruchproblem in der Gruppentherapie. In: Hermann Staats (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck et Ruprecht, S. 85–89.
- Gänsicke, Michael/Schneider, Bernd/Wallroth, Martin (2007): Sicherung und Verbesserung der beruflichen Integration. Einstellungen gegenüber dem Arbeitsleben als Prädiktoren der Abstinenz und der beruflichen Integration. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft, S. 79–93.
- Gollwitzer, Mario/Jäger, Reinhold S. (2014): Evaluation kompakt, 2., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

- Hartmann, P. (2002): Indikator. In: Günter Endruweit und Gisela Trommsdorff (Hrsg.): Wörterbuch der Soziologie. 2., völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius, S. 223–224.
- Himme, Alexander (2007): Gütekriterien der Messung: Reliabilität, Validität und Generalisierbarkeit. In: Sönke Albers (Hrsg.): Methodik der empirischen Forschung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Gabler, S. 375–390.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2018): Glossar zu Begriffen aus dem Gesundheitswesen. Retrospektive Studie, <https://www.iqwig.de/de/glossar.2727.html?term=pilotstudie#nutzenbewertung> (Zugriff am: 04.06.2018).
- Johnson, Jennifer E./Burlingame, Gary M./Olsen, Joseph A./Davies, D. Robert/Gleave, Robert L. (2005): Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. In: *Journal of Counseling Psychology* 52 (3), S. 310–321.
- Kallus, Konrad Wolfgang (2016): Erstellung von Fragebogen, 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: facultas.
- Koch, Andreas (2015): Wofür brauchen wir BORA? Ausgangssituation und Aufgabenstellung. Titelthema 2/2015 Die BORA-Empfehlungen. Hrsg. von Andreas Koch. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. Kassel (Die BORA-Empfehlungen, 2/2015), <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2015-die-bora-empfehlungen/wofuer-brauchen-wir-bora/> (Zugriff am: 21.02.2018).
- Koch, Andreas/Schinner, Denis (2015): BORA kompakt. Was Sie über die BORA-Empfehlungen wissen sollten. Hrsg. von Andreas Koch und Denis Schinner. Kassel (Die BORA-Empfehlungen, 2/2015), <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2015-die-bora-empfehlungen/bora-kompakt/> (Zugriff am: 02.03.2018).
- König, Oliver (2012): Gruppendynamische Grundlagen. In: Dankwart Mattke und Bernhard Strauß (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer, S. 21–36.
- Korsukéwitz, Christiane (2007): Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung aus Sicht der Rentenversicherung. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Wirksame Therapie. Wissenschaftlich fundierte Suchtbehandlung. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft, S. 34–45.
- Kratz, D./Wolf, J. (2015): Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in der Praxis: Organisationale Herausforderungen am Beispiel des Therapieverbundes Ludwigsmühle. In: *Suchttherapie* 16 (S 01).

- Kurz, Bettina/Kubek, Doreen (2015): Kursbuch Wirkung. Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen, 3. Auflage. Berlin: Phineo.
- Löffler, Stefan/Wolf, Hans-Dieter/Neuderth, Silke/Vogel, Heiner (2009): Screening-Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: Andreas Hillert und Dirk Godber Albrecht (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 133–140.
- MacKenzie, K. R. (1983): The clinical application of group measure. In: Robert R. Dies und K. Roy MacKenzie (Hrsg.): Advances in group psychotherapy. Integrating research and practice. New York, N.Y.: International Universities Press, S. 159–170.
- Mann, Karl (2008): Neue Forschungsergebnisse zur Alkoholabhängigkeit. Folgen der Alkoholabhängigkeit. Hrsg. von Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/apuz/31105/neue-forschungsergebnisse-zur-alkoholabhaengigkeit?p=all> (Zugriff am: 14.06.2018).
- Margraf, Jürgen/Schneider, Silvia (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, 3., vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Marwitz, Michael (2016): Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. Grundlagen und Praxis. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Merchel, Joachim (2010): Evaluation in der sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Micheel, Heinz-Günter (2010): Quantitative empirische Sozialforschung. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Missel, Peter/Bick, Stefanie/Bachmeier, Rudolf/Funke, Wilma/Garbe, Dieter/Herder, Franz Kersting, Stephan u. a. (2013): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: *SuchtAktuell* 20 (1), S. 13–25.
- Oschmiansky, Frank (2010): Folgen der Arbeitslosigkeit. Arbeitslosigkeit und Sucht. Hrsg. von Bundeszentrale für politische Bildung, <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/54992/folgen-der-arbeitslosigkeit?p=all> (Zugriff am: 14.06.2018).
- Polit, Denise F./Beck, Cheryl Tatano/Hungler, Bernadette P./Bartholomeyczik, Sabine (2012): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung, 2. Nachdruck. Bern: Huber.

Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch, 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.

Preßmann, P. F./Philipp, J./Leibbrand, B./Hauck, A./Bachmann, S. (2014): Diagnostik und Therapieplanung bei arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation am Beispiel einer interdisziplinären Team-Visite. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Arbeit-Gesundheit-Rehabilitation. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Unter Mitarbeit von Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Karlsruhe, 10. - 12.03.2014. Berlin, S. 68–69.

Reuss-Borst, M., Steckelberg, E., Abel, I. (2014): Veränderung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters von onkologischen Rehabilitanden vor und nach einer medizinischberuflich orientierten Rehabilitation (MBOR). In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Arbeit-Gesundheit-Rehabilitation. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Unter Mitarbeit von Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Karlsruhe, 10. - 12.03.2014. Berlin, S. 47–49.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2016): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am: 25.06.2018).

Rossi, Peter H./Freeman, Howard E. (1993): Evaluation. A systematic approach, 5. Auflage. Newbury Park, Calif.: Sage.

Rössler, W. (2003): Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? In: *Der Nervenarzt* 74 (7), S. 552–560.

Schaffer, Hanne Isabell (2014): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung, 3., überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Schaller, Katrin/Kahnert, Sarah (2017): Alkoholatlas Deutschland 2017. Hrsg. von Ute Mons. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers.

Schnell, Rainer/Hill, Paul Bernhard/Esser, Elke (2013): Methoden der empirischen Sozialforschung, 10., überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

Schott, Heinz/Tölle, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H. Beck.

- Schultz-Venrath, Ulrich (2012): Gruppenanalyse. In: Dankwart Mattke und Bernhard Strauß (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer, S. 119–130.
- Sipos, Valerija/Schweiger, Ulrich (2018): Gruppentherapie. Ein Handbuch für die ambulante und stationäre verhaltenstherapeutische Praxis, 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Staats, Hermann (2014): Einzel- und Gruppenpsychotherapien kombinieren und verbinden. In: Hermann Staats (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse. Ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck et Ruprecht, S. 350–360.
- Stockmann, Reinhard (2007): Einführung in die Evaluation. In: Reinhard Stockmann (Hrsg.): Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung. Münster: Waxmann, S. 24–70.
- Streibelt, Marco/Bethge, Matthias (2008): Return to work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Sudman, Seymour/Bradburn, Norman M. (1982): Asking questions. A practical guide to questionnaire design. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tschuschke, Volker (2010a): Gruppen- versus Einzeltherapie. Setting und Wirkfaktoren. In: Volker Tschuschke (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart, New York: Thieme, S. 13–17.
- Tschuschke, Volker (Hrsg.) (2010b): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart, New York: Thieme.
- Tschuschke, Volker/Greene, Les R. (2002): Group Therapists' Training: What Predicts Learning? In: *International Journal of Group Psychotherapy* 52 (4), S. 463–482.
- Umfrage Online (Hrsg.) (2018): Auswertung Umfrage Online, <https://www.umfrage-online.com/results/bora-3d0504b&language=1> (Zugriff am: 17.07.2018).
- Weiß, Christel (2013): Basiswissen medizinische Statistik, 6., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weissinger/Volker/Missel, Peter (2012): Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung. Sonderausgabe. In: *SuchtAktuell* 19, S. 1–87.

Wirtz, M. A. (Hrsg.) (2018): Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA). Dorsch – Lexikon der Psychologie, <https://portal.hogrefe.com/dorsch/merkmalprofil-zur-eingliederung-leistungsgewandelter-und-behinderter-in-arbeit-melba/> (Zugriff am: 26.06.2018).

World Health Organization (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, unveränderter Nachdruck. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH.

Zielke, M. (2010): Verhaltenstherapie in Gruppen - Teil II. In: Volker Tschuschke (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart, New York: Thieme, S. 287–289.

Anhang

Anlage 1: Mitwirkende BORA-Empfehlungen	79
Anlage 2: Evaluationskonzept BORA	80
Anlage 3: Therapieverlaufsorientierte Patientenkonferenz.....	82
Anlage 4: Exemplarischer Ablaufplan einer Therapiewoche	83
Anlage 5: Übersicht über Dimensionen, Indikatoren und Skalenniveau	84
Anlage 6: Online-Fragebogen.....	90
Anlage 7: Anschreiben zur Online-Umfrage.....	97
Anlage 8: Papiergebundener Fragebogen.....	98
Anlage 9: Hinweise zur Bewertung der Ergebnisse	99
Anlage 10: Fragen zur Durchführung des Pretests	105
Anlage 11: Häufigste Themen Gesamt (unbereinigt)	106
Anlage 12: Auswertung Arbeitsinhalt.....	107
Anlage 13: Kommentare im Anmerkungsfeld.....	108

Anlage 1: Mitwirkende BORA-Empfehlungen

Dr. Ulrike Beckmann	Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Gerhard Eckstein	Deutsche Rentenversicherung Schwaben, Abteilung Rehabilitation
Uwe Hennig	Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation
Sabine Hoffmann	Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Leistungsabteilung, Dezernat 3.3
Dr. Andreas Koch	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Vorstandsmitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Dr. Joachim Köhler	Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Dr. Dietmar Kramer	Salus klinik Friedrichsdorf, Vorstandsmitglied Fachverband Sucht e.V. (FVS)
Peter Missel	AHG Kliniken Daun, Vorstandsmitglied Fachverband Sucht e.V. (FVS)
Barbara Müller-Simon	Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
Anja Neupert-Schreiner	Deutsche Rentenversicherung Schwaben, Abteilung Rehabilitation
Denis Schinner	Fachklinik Release / Netzwerk Suchthilfe Hamm, Vorstandsmitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für das Deutsche Rote Kreuz
Dr. Volker Weissinger	Fachverband Sucht e.V. (FVS)
Dr. Theo Wessel	Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) – Fachverband der Diakonie Deutschland, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
Georg Wiegand	Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hauptabteilung Leistung 1 Reha-Strategie

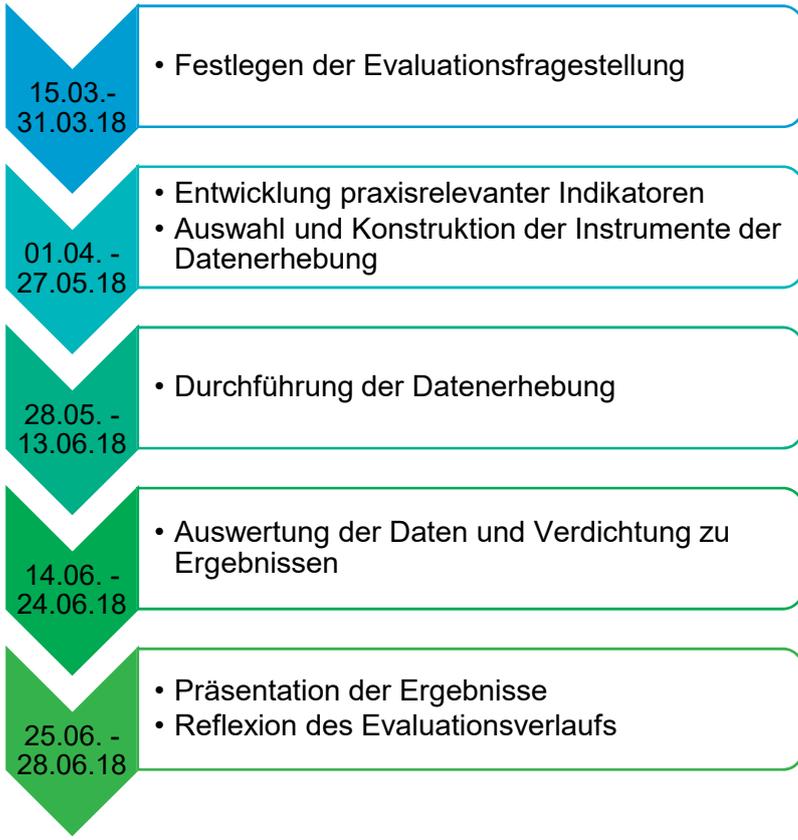
(Eigene Darstellung in Anlehnung an Beckmann u. a. 2014, S. 34)

Anlage 2: Evaluationskonzept BORA

Evaluationskonzept BORA

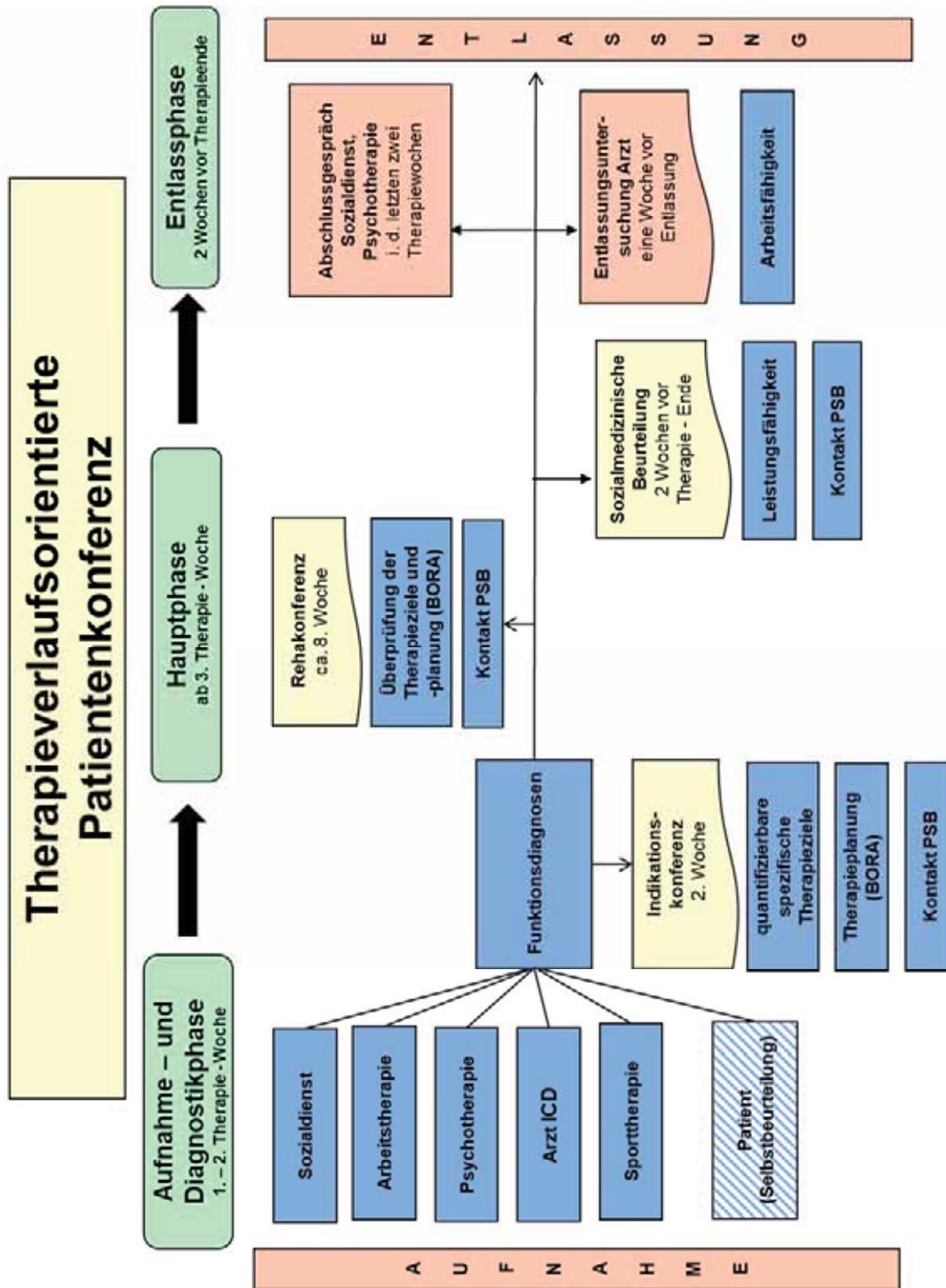
Basisinformationen	
Verantwortliche Personen	Frau Melanie Zirnsak
Telefonnummer	0177 79 222 36
E-Mail-Adresse	melanie.zirnsak@stud.hs-kempten.de
Datum	01.05.2018

Informationen zur Evaluation	
Evaluationsziel	Das Ziel ist es, durch eine empirische Pilotstudie in der Fachklinik Hirtenstein zu erörtern, welche Auswirkungen die Implementierung der erwerbsbezugshomogenen Bezugsgruppen in Anlehnung an die BORA-Empfehlungen in der Praxis hat und diese Auswirkungen zu bewerten.
Gegenstand der Evaluation	= Intervention = erwerbsbezugshomogene Bezugsgruppen in Anlehnung an die BORA-Empfehlungen
Fragestellung für die Evaluation	Wie wirkt sich aus Sicht der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Implementierung erwerbsbezogener Bezugsgruppen nach den BORA-Empfehlungen auf die soziale Situation, die Arbeitsweise in den Gruppen und die Gesamtsituation in der Klinik aus?
Evaluationsform	Implementierungsevaluation, Ex-post-Evaluation, Externe Evaluation
Evaluationsmethoden und -instrumente	Quantitatives Verfahren Schriftliche Befragung: Fragebogen Online-Befragung: Online-Fragebogen
Verantwortliche, Beteiligte und Informierende	Für die Durchführung verantwortliche Person: Frau Melanie Zirnsak An der Durchführung beteiligte Personen: Frau Dr. Ursula Fennen, Frau Melanie Zirnsak Informierende: Frau Dr. Ursula Fennen, Frau Melanie Zirnsak

Informationswege	Email, Telefon und / oder persönliche Treffen
Zeitplan	 <ul style="list-style-type: none"> 15.03.-31.03.18 <ul style="list-style-type: none"> • Festlegen der Evaluationsfragestellung 01.04. - 27.05.18 <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung praxisrelevanter Indikatoren • Auswahl und Konstruktion der Instrumente der Datenerhebung 28.05. - 13.06.18 <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der Datenerhebung 14.06. - 24.06.18 <ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Daten und Verdichtung zu Ergebnissen 25.06. - 28.06.18 <ul style="list-style-type: none"> • Präsentation der Ergebnisse • Reflexion des Evaluationsverlaufs
Ort für die Präsentation und Diskussion der Evaluationsergebnisse	Fachklinik Hirtenstein, Hirtenstein 1, 87538 Bolsterlang

(Raster in Anlehnung an Merchel 2010, S. 60 f.)

Anlage 3: Therapieverlaufsorientierte Patientenkonferenz



(Fennen u. a. 2018, S. 23)

Anlage 4: Exemplarischer Ablaufplan einer Therapiewoche

	Mo, 11.06	Di, 12.06	Mi, 13.06	Do, 14.06	Fr, 15.06
07:00					
08:00	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:00 Frühstück (Speisesaal)
09:00	08:15-09:30 Buchkontrolle (Raum: E 22)	08:15-09:30 Buchkontrolle (Raum: E 22)	08:15-09:30 Buchkontrolle (Raum: E 22)	08:15-09:30 Buchkontrolle (Raum: E 22)	08:15-09:30 Buchkontrolle (Raum: E 22)
10:00	10:30-11:00 Beiratsgruppe Hauswirtschaft (Speisesaal)		10:30-12:30 Ergotherapie Ausdiplomierender (E 23)		10:30-12:30 Fachtreffen außer Haus (Raum: E 20)
11:00	11:00-12:30 Arbeitsweise (Dienstag 12.27 oder Mittwoch)	11:05-11:30 Referenz (Raum: E 18)		11:05-11:30 Referenz (Raum: E 18)	
12:00					
13:00	12:30-13:00 Mittagessen (Vertikag (Speisesaal))	12:30-13:00 Mittagessen (Vertikag (Speisesaal))	12:30-13:00 Mittagessen (Vertikag (Speisesaal))	12:30-13:00 Mittagessen (Vertikag (Speisesaal))	12:30-13:00 Mittagessen (Vertikag (Speisesaal))
14:00	13:15-14:00 Besprechung Vertikag (Raum: E 20)		13:00-14:30 Musiktherapie - Gruppe (Raum: 029)		13:15-14:00 Besprechung Vertikag (Speisesaal)
15:00	14:00-15:00 Vertikag (Raum: E 20)	14:00-15:00 Vertikag (Raum: E 20)		14:00-15:00 Vertikag (Raum: E 20)	14:00-15:00 Vertikag (Raum: E 20)
16:00					

(Fennen u. a. 2018, S. 98)

Anlage 5: Übersicht über Dimensionen, Indikatoren und Skalenniveau

Kategorie	Dimensionen	Indikatoren	Skalenniveau	Antwortmöglichkeiten
Auswirkungen auf die Arbeit in den Bezugsgruppen	Veränderung Arbeitsweise	Wie haben sich untenstehende Faktoren durch die Implementierung der erwerbsbezugs-homogenen Bezugsgruppen verändert? → Konzentration der Rehabilitanden während der Arbeit in den Bezugsgruppen	Intervall	Deutlich erhöht Leicht erhöht Keine Veränderung Leicht verringert Deutlich verringert Kann ich nicht beurteilen
		→ Zielgerichtetes Arbeiten in den Bezugsgruppen	Intervall	
		→ Benötigte Zeit zur Integration neuer Rehabilitanden in die Bezugsgruppen	Intervall	
		→ Gruppendynamik innerhalb der Bezugsgruppen	Intervall	
		→ Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie	Intervall	
		→ Beteiligung der Rehabilitanden während der Arbeit in den Bezugsgruppen	Intervall	
		Stellen Sie eine Veränderung der Themenschwerpunkte in den Bezugsgruppen fest?	Nominal	Ja Nein
	Veränderung Themenschwerpunkte	Inwiefern hat sich die Anzahl unterschiedlicher Themenbereiche in den Bezugsgruppen seit der Implementierung verändert?	Ordinal	Anzahl gesunken Anzahl unverändert Anzahl gestiegen Kann ich nicht beurteilen
		Können einzelne, für die Gruppenteilnehmer relevante, Themenbereiche seit der Implementierung intensiver behandelt werden als zuvor?	Intervall	Immer - Meistens - Selten - Nie; Kann ich nicht beurteilen
		Ich bin Bezugstherapeut/in für die Zielgruppe(n)...	Nominal	BORA 1, BORA 2, BORA 3, BORA 4, BORA 5, Ich bin kein/e Bezugstherapeut/in

	<p>Die am häufigsten aufkommenden allgemeinen Themen sind: (max. 3 Nennungen)</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnisaufschub - Selbstständigkeit - Grundhaltungen wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit - Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit) - Selbsteinschätzung - Fähigkeit zur Entspannung - Umgang mit Resignation - Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl - Anderes: _____
	<p>Die am häufigsten aufkommenden berufsbezogenen Themen sind: (max. 3 Nennungen)</p>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebliches Eingliederungsmanagement - Teamfähigkeit - Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit - Interessenfindung und -erweiterung - Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit - Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes - Anderes: _____

Auswirkungen auf die soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen				
Veränderung Gruppenkohäsion (Wir-Gefühl)	Wie haben sich untenstehende Faktoren durch die Implementierung der erwerbsbezugsunhomogenen Bezugsgruppen verändert?	→ Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher Themen	Intervall	Deutlich erhöht Leicht erhöht Keine Veränderung Leicht verringert Deutlich verringert Kann ich nicht beurteilen
		→ Übereinstimmung perspektivischer Themen	Intervall	
		→ Gruppenkohäsion (d.h. das Wir-Gefühl)	Intervall	
		→ Identifizierung der Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe	Intervall	
Veränderung Identifizierung mit der Bezugsgruppe	→ Wechselseitige Unterstützung zwischen den Rehabilitanden einer Bezugsgruppe		Intervall	
Veränderung wechselseitige Unterstützung	→ Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Rehabilitanden einer Bezugsgruppe)		Intervall	
Veränderung Grad der Interaktion innerhalb der Gruppen	→ Intragruppenkonflikte (Konflikte innerhalb der Bezugsgruppe)		Intervall	
Veränderung Intragruppenkonflikte	Kommen die unten genannten Konfliktthemen innerhalb der Bezugsgruppen durch die Implementierung im Vergleich zu früher häufiger bzw. seltener vor, oder blieb die Zahl der Konflikte durch die Implementierung unberührt? Neid, Missverständnisse, Rivalität, Ausgrenzung, Vorurteile, unterschiedliche Ziele, Konkurrenzdenken, Anderes: _____		Intervall	Deutlich häufiger Etwas häufiger Gleich oft Etwas seltener Deutlich seltener

Auswirkungen auf die soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen				
Veränderung Soziales Gefälle	Welche Veränderungen nehmen Sie durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen bezüglich der untenstehenden Faktoren wahr? → Abgrenzung der einzelnen Bezugsgruppen zueinander	Intervall	Deutlich erhöht Leicht erhöht Keine Veränderung Leicht verringert Deutlich verringert Kann ich nicht beurteilen	
	Wie stehen Sie zu den nachfolgend aufgeführten Aussagen? → Durch die Implementierung haben sich "elitäre Gruppen" gebildet.	Intervall	Stimme vollkommen zu Stimme eher zu Stimme eher nicht zu Stimme gar nicht zu Kann ich nicht beurteilen	
Veränderung wechselseitige Unterstützung	Welche Veränderungen nehmen Sie durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen bezüglich der untenstehenden Faktoren wahr? → Wechselseitige Unterstützung zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen	Intervall	Deutlich erhöht Leicht erhöht Keine Veränderung Leicht verringert Deutlich verringert Kann ich nicht beurteilen	
	→ Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen)	Intervall		
Veränderung In- tergruppenkon- flikte	→ Intergruppenkonflikte (Konflikte zwischen den Bezugsgruppen)	Intervall		
	Kommen die unten genannten Konfliktthemen zwischen den einzelnen Bezugsgruppen durch die Implementierung im Vergleich zu früher häufiger bzw. seltener vor, oder blieb die Zahl der Konflikte durch die Implementierung unberührt? Neid, Missverständnisse, Rivalität, Vorurteile, unterschiedliche Ziele, Konkurrenzdenken, „Elitäre Gruppen“, Anderes: _____	Intervall	Deutlich häufiger Etwas häufiger Gleich oft Etwas seltener Deutlich seltener	

Auswirkungen auf die Gesamtsituation in der Klinik	
Veränderung Gesamtatmosphäre	Denken Sie, dass die erwerbsbezugs-homogene Gruppeneinteilung einen Effekt auf die Gesamtatmosphäre in der Klinik hat?
	<p>Falls 4.1.1 „Ich stimme vollkommen zu“ oder „Ich stimme eher zu“ → Sie sind der Meinung, dass ein Effekt auf die gesamte Atmosphäre der Klinik in besteht. Wie schätzen Sie diesen Effekt ein?</p> <p>Seit der Implementierung der BORA-Zielgruppen ist es in der Klinik insgesamt...</p> <p>Welche weiteren Effekte hat die Implementierung der BORA-Empfehlungen auf die Atmosphäre in der Klinik?</p>
Veränderung Stellenwert der beruflichen Aspekte der Rehabilitation	Wie beurteilen Sie die untenstehenden Aussagen? → Berufsbezogene Aspekte sind in der Fachklinik Hirtenstein über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden.
	→ Berufsbezogene Aspekte waren in der Fachklinik Hirtenstein auch schon vor der BORA-Implementierung über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden.
	→ Erwerbsbezogene Behandlungsanteile haben in der Fachklinik Hirtenstein denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung
	→ Erwerbsbezogene Behandlungsanteile hatten in der Fachklinik Hirtenstein auch schon vor der BORA-Implementierung denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung
	→ Durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen rückt die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus.
	→ In der Fachklinik Hirtenstein wird durch die Implementierung nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen.
	→ Die Klinik ist durch die Implementierung zu stark auf den Erwerbsbezug ausgerichtet.

Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten	
Veränderung Arbeitsaufwand	<p>Durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen hat sich mein allgemeiner Arbeitsaufwand...</p> <p>Durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen hat sich mein Dokumentationsaufwand...</p> <p>Falls unter 2.4.1 (Grad der Interaktion) „Deutlich erhöht“ oder „Leicht erhöht“ → Durch den erhöhten Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen, hat sich die erforderliche Aktivität durch mich als Therapeut/in...</p> <p>Falls unter 2.4.1 (Grad der Interaktion) „abgenommen“ oder „deutlich abgenommen“ → Durch den geringeren Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen, hat sich die erforderliche Aktivität durch mich als Therapeut/in...</p> <p>Falls unter 2.5.1 (Intragruppenkonflikte) „weniger“ oder „deutlich weniger“ angegeben wurde → Durch die geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten, hat sich mein Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken (z.B. Reinszenierung, Interaktionsspiele u.ä.) ...</p>
Veränderung Arbeitsinhalt	<p>Wie hat sich Ihr Aufgabenbereich durch die Implementierung der erwerbsbezogenen Bezugsgruppen verändert und wie beurteilen Sie diese Entwicklung?</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist undurchsichtiger; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist interessanter; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist komplizierter; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist umfangreicher; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist lebendiger; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist spannender; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Mein Aufgabenbereich ist anstrengender; – Beurteilung</p> <p><input type="checkbox"/> Ich nehme eine andere Veränderung wahr: – Beurteilung</p>
	<p>Intervall</p> <p>Intervall</p> <p>Intervall</p> <p>Intervall</p> <p>Intervall</p>
	<p>Deutlich erhöht</p> <p>Leicht erhöht</p> <p>Keine Veränderung</p> <p>Leicht verringert</p> <p>Deutlich verringert</p>
	<p>Nominal</p> <p>Ordinal</p>
	<p>Ja Nein</p> <p>Beurteilung von</p> <p>sehr negativ bis sehr positiv</p> <p>-- - + ++</p>

(eigene Darstellung)

Anlage 6: Online-Fragebogen

Umfrage zur Implementierung der erwerbsbezugshomogenen Bezugsgruppen

Umfrage zur Implementierung der erwerbsbezugshomogenen Bezugsgruppen

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Hirtenstein,

vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilnehmen möchten. Die Befragung möchte den aktuellen Stand erheben, denken Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte daran, wie Sie die Situation innerhalb der letzten sechs Monate empfunden haben.

Die Bearbeitung der Umfrage ist **bis zum 13.06.2018** möglich. Bei den mit Sternchen markierten Fragen handelt es sich um Pflichtfragen. Einige Fragen besitzen eine "Kann ich nicht beurteilen"-Kategorie. Falls Sie eine Frage nicht beantworten können, dann können Sie diese Kategorie wählen. Bedenken Sie aber, dass mit dieser Umfrage Ihre subjektiven Einschätzungen erhoben werden sollen und es daher keine falschen Antworten gibt. Nutzen Sie die "Kann ich nicht beurteilen"-Kategorie deshalb bitte so selten wie möglich und nur dann, wenn Sie wirklich keine Einschätzung geben können.

Um die Anonymität zu gewährleisten, werden außer der Betriebszugehörigkeit (vor oder nach der BORA-Einführung) keinerlei persönliche Daten erhoben. Die gesammelten Resultate werden **nicht** mit Ihrer TAN verknüpft. Nach Abschluss der Studie werden die Ergebnisse an Frau Dr. Fennen weitergeleitet und die Online-Umfrage wird gelöscht.

Bei Fragen zur Umfrage können Sie gerne per Email Kontakt mit mir aufnehmen: melanie.zimsak@stud.hs-kempten.de

Ich danke Ihnen schon jetzt für Ihre Mithilfe und die eingesetzte Zeit!

Auswirkungen auf die Arbeit in den Bezugsgruppen

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit den Auswirkungen auf die Arbeit in den Bezugsgruppen.

1. Wie haben sich untenstehende Faktoren durch die Implementierung der erwerbsbezugshomogenen Bezugsgruppen verändert? *

	Deutlich erhöht	Leicht erhöht	Keine Veränderung	Leicht verringert	Deutlich verringert	Kann ich nicht beurteilen
Konzentration der Rehabilitanden während der Arbeit in den Bezugsgruppen	<input type="radio"/>					
Zielgerichtetes Arbeiten in den Bezugsgruppen	<input type="radio"/>					
Gruppendynamik innerhalb der Bezugsgruppen	<input type="radio"/>					
Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie	<input type="radio"/>					
Beteiligung der Rehabilitanden während der Arbeit in den Bezugsgruppen	<input type="radio"/>					
Benötigte Zeit zur Integration neuer Rehabilitanden in die Bezugsgruppen	<input type="radio"/>					

2. Stellen Sie eine Veränderung der Themenschwerpunkte in den Bezugsgruppen fest? *

- Ja
 Nein

3. Inwiefern hat sich die Anzahl unterschiedlicher Themenbereiche in den Bezugsgruppen seit der Implementierung verändert? *

- Anzahl gesunken
 Anzahl unverändert
 Anzahl gestiegen
 Kann ich nicht beurteilen

4. Können einzelne, für die Gruppenteilnehmer relevante, Themenbereiche seit der Implementierung intensiver behandelt werden als zuvor? *

- Immer Meistens Selten Nie Kann ich nicht beurteilen

Vielen Dank! In den nachfolgenden Abschnitten sollen die Auswirkungen auf die soziale Situation erhoben werden. Hierbei geht es zum einen um die soziale Situation innerhalb und zum anderen um die soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen.

Auswirkungen auf die soziale Situation innerhalb der Bezugsgruppen

Wir starten mit der sozialen Situation **innerhalb** der Bezugsgruppen!

5. Wie haben sich untenstehende Faktoren durch die Implementierung der erwerbsbezugs-homogenen Bezugsgruppen verändert? *

	Deutlich erhöht	Leicht erhöht	Keine Veränderung	Leicht verringert	Deutlich verringert	Kann ich nicht beurteilen
Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher Themen	<input type="radio"/>					
Übereinstimmung perspektivischer Themen	<input type="radio"/>					
Gruppenkohäsion (d.h. das Wir-Gefühl)	<input type="radio"/>					
Identifizierung der Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe	<input type="radio"/>					
Wechselseitige Unterstützung zwischen den Rehabilitanden einer Bezugsgruppe	<input type="radio"/>					
Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Rehabilitanden einer Bezugsgruppe)	<input type="radio"/>					
Intragruppenkonflikte (Konflikte innerhalb der Bezugsgruppe)	<input type="radio"/>					

6. Kommen die unten genannten Konfliktthemen innerhalb der Bezugsgruppen durch die Implementierung im Vergleich zu früher häufiger bzw. seltener vor, oder blieb die Zahl der Konflikte durch die Implementierung unberührt? *

	Deutlich häufiger	Etwas häufiger	Gleich oft	Etwas seltener	Deutlich seltener
Neid	<input type="radio"/>				
Missverständnisse	<input type="radio"/>				
Rivalität	<input type="radio"/>				
Ausgrenzung	<input type="radio"/>				
Vorurteile	<input type="radio"/>				
Unterschiedliche Ziele	<input type="radio"/>				
Konkurrenzdenken	<input type="radio"/>				
Anderes: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

Auswirkungen auf die soziale Situation zwischen den Bezugsgruppen

Ab jetzt befinden wir uns im zweiten Teil, welcher sich mit der sozialen Situation **zwischen** den Bezugsgruppen befasst.

7. Wie stehen Sie zu der nachfolgend aufgeführten Aussage? *

	Stimme vollkommen zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Durch die Implementierung haben sich "elitäre Gruppen" gebildet.	<input type="radio"/>				

8. Welche Veränderungen nehmen Sie durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen bezüglich der untenstehenden Faktoren wahr? *

	Deutlich erhöht	Leicht erhöht	Keine Veränderung	Leicht verringert	Deutlich verringert	Kann ich nicht beurteilen
Wechselseitige Unterstützung zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen	<input type="radio"/>					
Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen)	<input type="radio"/>					
Abgrenzung der einzelnen Bezugsgruppen zueinander	<input type="radio"/>					
Intergruppenkonflikte (Konflikte zwischen den Bezugsgruppen)	<input type="radio"/>					

9. Kommen die unten genannten Konfliktthemen zwischen den einzelnen Bezugsgruppen durch die Implementierung im Vergleich zu früher häufiger bzw. seltener vor, oder blieb die Zahl der Konflikte durch die Implementierung unberührt? *

	Deutlich häufiger	Etwas häufiger	Gleich oft	Etwas seltener	Deutlich seltener
Neid	<input type="radio"/>				
Missverständnisse	<input type="radio"/>				
Rivalität	<input type="radio"/>				
Vorurteile	<input type="radio"/>				
Unterschiedliche Ziele	<input type="radio"/>				
Konkurrenzdenken	<input type="radio"/>				
"Elitäre Gruppen"	<input type="radio"/>				
Anderes: <input type="text"/>	<input type="radio"/>				

Vielen Dank! Nachdem nun die Auswirkungen auf die soziale Situation innerhalb und zwischen den Bezugsgruppen erfasst wurden, wäre es nun noch interessant, ob es Auswirkungen auf die Klinik im Gesamten gibt und falls ja, wie Sie diese einschätzen. Daher geht es im folgenden Abschnitt um die Auswirkungen auf die Gesamtsituation in der Klinik.

Auswirkungen auf die Gesamtsituation in der Klinik

10. Denken Sie, dass die erwerbsbezugshomogene Gruppeneinteilung einen Effekt auf die Gesamtatmosphäre in der Klinik hat? *

Ich stimme vollkommen zu Ich stimme eher zu Ich stimme eher nicht zu Ich stimme gar nicht zu

Auswirkungen auf die Gesamtsituation in der Klinik

11. Sie sind der Meinung, dass ein Effekt auf die gesamte Atmosphäre der Klinik in besteht. Wie schätzen Sie diesen Effekt ein? *

Negativ Positiv

12. Seit der Implementierung der BORA-Zielgruppen ist es in der Klinik insgesamt... *

unruhiger geworden ruhiger geworden

13. Welche weiteren Effekte hat die Implementierung der BORA-Empfehlungen auf die Atmosphäre in der Klinik?

14. Wie beurteilen Sie die untenstehenden Aussagen? *

	Stimme vollkommen zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Berufsbezogene Aspekte sind in der Fachklinik Hirtenstein über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden.	<input type="radio"/>				
Berufsbezogene Aspekte waren in der Fachklinik Hirtenstein auch schon vor der BORA-Implementierung über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden.	<input type="radio"/>				
Erwerbsbezogene Behandlungsanteile haben in der Fachklinik Hirtenstein denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/>				
Erwerbsbezogene Behandlungsanteile hatten in der Fachklinik Hirtenstein auch schon vor der BORA-Implementierung denselben Stellenwert wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/>				
Durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen rückt die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus.	<input type="radio"/>				
In der Fachklinik Hirtenstein wird durch die Implementierung nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen.	<input type="radio"/>				
Die Klinik ist durch die Implementierung zu stark auf den Erwerbsbezug ausgerichtet.	<input type="radio"/>				

Auswirkungen auf die berufliche Tätigkeit

Nun kommen wir zu einem der interessantesten Bereiche: die Auswirkungen der Implementierung auf Ihre persönliche berufliche Tätigkeit!

15. Durch die Implementierung der BORA-Zielgruppen hat sich mein... *

	Deutlich erhöht	Leicht erhöht	Nicht verändert	Leicht verringert	Deutlich verringert
allgemeiner Arbeitsaufwand...	<input type="radio"/>				
Dokumentationsaufwand...	<input type="radio"/>				

16. Durch den erhöhten Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen hat sich die erforderliche Aktivität durch mich als Therapeut/in... *

Deutlich erhöht Leicht erhöht Nicht verändert Leicht verringert Deutlich verringert

17. Durch den geringeren Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen hat sich die erforderliche Aktivität durch mich als Therapeut/in... *

Deutlich erhöht Leicht erhöht Nicht verändert Leicht verringert Deutlich verringert

18. Durch die geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten hat sich mein Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken (z.B. Reinszenierung, Interaktionsspiele u.ä.)... *

- Deutlich erhöht
 Leicht erhöht
 Nicht verändert
 Leicht verringert
 Deutlich verringert

19. Wie hat sich Ihr Aufgabenbereich durch die Implementierung der erwerbsbezogenen Bezugsgruppen verändert und wie beurteilen Sie diese Entwicklung? *

Bedeutung der Beurteilung:
 - bedeutet "sehr negativ"
 - bedeutet "negativ"
 + bedeutet "positiv"
 ++ bedeutet "sehr positiv"

	Ja	Nein	Beurteilung von sehr negativ bis sehr positiv -- - + ++
Mein Aufgabenbereich wird undurchsichtiger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mein Aufgabenbereich wird interessanter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mein Aufgabenbereich wird komplizierter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mein Aufgabenbereich wird umfangreicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mein Aufgabenbereich wird lebendiger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mein Aufgabenbereich wird spannender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Mein Aufgabenbereich wird anstrengender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Ich nehme eine andere Veränderung wahr: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Allgemeine Informationen

Zum Schluss noch eine allgemeine Frage. Diese Informationen wird benötigt, um eine richtige Auswertung der Ergebnisse erhalten zu können. So muss für die Auswertung einiger Fragen eine gewisse Betriebszugehörigkeit vorliegen.

20. Wie lange arbeiten Sie bereits in der Fachklinik Hirtenstein? * ⓘ

- < 20 Monate (eingestellt **nach** dem 01.10.2016)
 ≥ 20 Monate (eingestellt **vor** dem 01.10.2016)

Anmerkungen

21. Haben Sie noch Anmerkungen? Ich freue mich über Ihre Anregungen, Vorschläge, Lob oder Kritik.

Seite 10



Ich danke Ihnen oftmals für Ihre Teilnahme und wünsche Ihnen noch einen guten Tag!

Anlage 7: Anschreiben zur Online-Umfrage

Hirtenstein, 28.05.2018

Online-Umfrage zu BORA

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Hirtenstein,

wie Sie wissen, wurden in der Fachklinik Hirtenstein im Januar 2017 die fünf Zielgruppen aus den BORA-Empfehlungen implementiert. Seit dieser Implementierung werden die Rehabilitanden abhängig von ihrem Erwerbsstatus in diese Zielgruppen eingeteilt, welche dann auch ihre Bezugsgruppen bilden.

Nach knapp 1,5 Jahren Laufzeit, ist es nun an der Zeit diese Veränderung zu evaluieren, um die Auswirkungen der Implementierung besser einschätzen und falls notwendig lenkend eingreifen zu können. Im Rahmen meiner Bachelorthesis an der Hochschule für angewandte Wissenschaften in Kempten, führe ich diese Evaluation in enger Zusammenarbeit mit Frau Dr. Fennen durch.

Wie bereits angesprochen, geht es bei der Evaluation um die Auswirkungen durch die Implementierung der erwerbsbezugshomogenen Bezugsgruppen. Wichtige Aspekte sind hierbei die Auswirkungen auf die Arbeit in den Bezugsgruppen, auf die soziale Situation innerhalb und zwischen den Gruppen, auf die Gesamtsituation in der Klinik sowie auch auf Ihre berufliche Tätigkeit. Und genau an dieser Stelle brauchen wir Ihre Mithilfe! Denn wer kann diese Auswirkungen besser beurteilen als jene Personen, die tagtäglich in engem Kontakt mit den Rehabilitanden stehen?

Sie erreichen die Umfrage unter unten aufgeführtem Link. Nach der Eingabe des angegebenen TANs, können Sie die Umfrage beginnen.

Link: <https://www.umfrageonline.com/s/bora>

TAN: 1324

Sie können nur einmal an der Umfrage teilnehmen. Sie nimmt in etwa 15 Minuten in Anspruch, Sie können die Umfrage jedoch unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortführen, falls Ihnen etwas dazwischenkommt. Hierfür können Sie das Browser-Fenster einfach schließen und die Befragung zu einem späteren Zeitpunkt mit erneuter Eingabe des Links und Ihres TANs fortsetzen.

Insgesamt haben Sie **bis zum 13.06.**, also ca. zwei Wochen lang, die Möglichkeit an der Befragung teilzunehmen. Die Teilnahme an der Umfrage erfolgt anonym – es werden in der Online-Umfrage keinerlei Fragen zu Alter, Geschlecht oder Berufsgruppe gestellt.

Bei Fragen zur Umfrage können Sie gerne per Email Kontakt mit mir aufnehmen:
melanie.zirnsak@stud.hs-kempten.de

Ich danke Ihnen schon jetzt für Ihre Mithilfe und die eingesetzte Zeit!

Mit freundlichen Grüßen



Melanie Zirnsak

Anlage 8: Papiergebundener Fragebogen

Hirtenstein, 28.05.2018

Zusatzfragebogen zu BORA

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachklinik Hirtenstein,

zusätzlich zu den Fragen in der Online-Befragung, wäre es für uns noch von Interesse, welche Themenschwerpunkte Sie in den Gruppen wahrnehmen. Da hierfür die Abfrage Ihres Berufes notwendig ist und somit die Anonymität für den Online-Fragebogen nicht mehr gewährleistet wäre, werden diese Informationen gesondert erhoben. Wir bitten Sie die folgenden Zusatzfragen zu beantworten und **bis zum 13.06.18** an Frau Dr. Fennen weiterzuleiten oder per Email an melanie.zirnsak@stud.hs-kempten.de zu senden.

Vielen Dank schon im Voraus für Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen
Melanie Zirnsak

Ich bin Bezugstherapeut/in für die Zielgruppe(n)...

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> BORA 1 | <input type="checkbox"/> BORA 3 | <input type="checkbox"/> BORA 5 |
| <input type="checkbox"/> BORA 2 | <input type="checkbox"/> BORA 4 | <input type="checkbox"/> Ich bin kein/e Bezugstherapeut/in |

Die am häufigsten auftretenden **allgemeinen** Themen sind:

max. 3 Nennungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bedürfnisaufschub | <input type="checkbox"/> Selbstständigkeit |
| <input type="checkbox"/> Grundhaltungen wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit | <input type="checkbox"/> Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit) |
| <input type="checkbox"/> Selbsteinschätzung | <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Resignation | <input type="checkbox"/> Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | |

Die am häufigsten auftretenden berufsbezogenen Themen sind:

max. 3 Nennungen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Betriebliches Eingliederungsmanagement | <input type="checkbox"/> Teamfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit | <input type="checkbox"/> Interessenfindung und -erweiterung |
| <input type="checkbox"/> Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit | <input type="checkbox"/> Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes |
| <input type="checkbox"/> Anderes: | |

Anlage 9: Hinweise zur Bewertung der Ergebnisse

Hinweise zur Bewertung der Ergebnisse

- auf Grundlage der Einfluss- und Wirkfaktoren in der Suchttherapie

Forschungsfrage(n)	Hinweise zur Bewertung	Begründung aus der theoretischen Fundierung
T1.1. Wie haben sich die Konzentration, Zielgerichtetheit und Beteiligung der Rehabilitanden verändert?	Positiv: Erhöhung von Konzentration, Zielgerichtetheit und / oder der Beteiligung der Rehabilitanden	Die Beteiligung sowie konzentriertes und zielgerichtetes Arbeiten der Rehabilitanden beschreiben das Engagement innerhalb der Gruppe (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 72) und tragen somit zu einer Verbesserung des für die Gruppenpsychotherapie besonders wichtigen Wirkfaktors – des Gruppenklimas (vgl. ebd., S. 318) - bei.
T1.2. Wie hat sich die Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie verändert?	Positiv: Erhöhung der Anschlussfähigkeit der Gruppen- zur Einzeltherapie	Durch die gute Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie können die Probleme der Rehabilitanden bedarfsgerechter bearbeitet werden (vgl. ebd., o.S.).
T1.3. Wie haben sich die Themenschwerpunkte in den Bezugsgruppen verändert?	Neutral: Veränderung der Themenschwerpunkte, Veränderung der Anzahl der unterschiedlichen Themenschwerpunkte Positiv: Die allgemeinen und berufsbezogenen Themenschwerpunkte unterscheiden sich je nach Zielgruppe und / oder einzelne, für die Gruppenteilnehmer relevante, Themenbereiche können intensiver behandelt werden	Eine bedarfsgerechte Versorgung stellt die grundlegende Voraussetzung für das Gelingen der Therapie dar, wodurch es als positiv eingestuft werden kann, wenn in den einzelnen Gruppen verschiedene Themenschwerpunkte bestehen und es möglich ist, relevante Themen intensiver zu behandeln.
H1.1. Die benötigte Zeit zur Integration neuer Patienten hat sich verringert.	Positiv: Hypothese wird verifiziert.	Hierdurch kann sich die Gruppe schneller mit therapeutisch relevanten Themen beschäftigen (vgl. Marwitz 2016, S. 102).
H1.2. Die Gruppendynamik hat sich verringert.	Positiv: Hypothese wird falsifiziert.	Die Gruppendynamik wird gemäß Däumling (2006, S. 18–39 zit. nach König 2012, S. 22) als Wirkfaktor in der Psychotherapie angesehen.

<p>T2.1. Wie hat sich die Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher und perspektivischer Themen verändert?</p>	<p>Positiv: Die Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher und perspektivischer Themen hat sich erhöht</p>	<p>Durch eine erhöhte Übereinstimmung aktueller lebensgeschichtlicher und perspektivischer Themen kann gezielter auf die, die Rehabilitanden beschäftigenden, Themen eingegangen werden. Die Versorgung ist somit bedarfsgerechter. Eine bedarfsgerechte Versorgung stellt die grundlegende Voraussetzung für das Gelingen der Therapie dar.</p>
<p>T2.2. Wie hat sich die Identifizierung der Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe verändert?</p>	<p>Positiv: Die Identifizierung der Rehabilitanden mit ihrer Bezugsgruppe hat sich erhöht.</p>	<p>Die therapeutische Allianz stellt einen Wirkfaktor in der Therapie dar (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 77). Die Allianz wird gestärkt, wenn sich der Rehabilitand mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten identifizieren kann (vgl. ebd., S. 77). Zudem zählt auch die Identifikation mit den Gruppenmitgliedern zu den Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie (vgl. Tschuschke 2010a, S. 14 f.).</p>
<p>T2.3. Wie hat sich der Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Personen innerhalb einer Bezugsgruppe) verändert?</p>	<p>Positiv: Der Grad der Interaktion innerhalb einer Bezugsgruppe hat sich erhöht.</p>	<p>Zwischenmenschliche Beziehungen stellen eine zentrale Ressource für einen Veränderungsprozess dar (vgl. ebd., S. 22). Zudem kann der zwischenmenschliche Umgang therapeutisch genutzt werden, ist daher als bedeutend zu erachten und sollte daher gefördert werden (vgl. Staats 2014, S. 350).</p>
<p>T2.4. Wie hat sich das Vorhandensein einzelner Konfliktthemen innerhalb der Bezugsgruppen verändert?</p>	<p>Positiv: Das Vorhandensein einzelner Konfliktthemen innerhalb der Bezugsgruppen hat sich verringert.</p>	<p>Zwar zeigten Studien über verschiedene psychodynamisch orientierte Gruppen „auf individueller Ebene einen positiven Effekt von Konflikten“ (Bormann/Strauß 2012, S. 73) und es ist möglich, Konfliktsituationen mittels der Reinszenierung therapeutisch zu nutzen (vgl. Schultz-Venrath 2012, S. 122). Jedoch stehen dem Untersuchungen auf Gruppenebene, welche negative Auswirkungen von Konflikten auf die Therapieergebnisse nachgewiesen haben gegenüber (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 73) und es ist möglich, die „Reinszenierung der Familiensituation“ (ebd., S. 69) mittels Rollenspielen auch ohne das Vorhandensein von natürlichen</p>

		<p>Konflikten zu ermöglichen. Da Konflikte zusätzlich auch negative Auswirkungen auf das Gruppenklima zur Folge haben (vgl. Freyberger/Spitzer 2014, S. 87 f.), wird das Vorhandensein von Konflikten innerhalb der Gruppen insgesamt als negativ bewertet.</p>
<p>H2.1. Die Gruppenkohäsion hat sich erhöht.</p>	<p>Positiv: Hypothese wird verifiziert.</p>	<p>Gemäß Budman u. a. (vgl. 1989, S. 341) ist Kohäsion wichtig, weil sie der Grund ist, warum Gruppenmitglieder zur Gruppe kommen und sie die Gruppenmitglieder dazu ermutigt, anderen beizustehen. Burlingame u. a. (vgl. 2011, S. 34–42 zit. nach ebd., S. 19) stellen zudem heraus, dass eine hohe Gruppenkohäsion zu geringeren Abbrecherquoten sowie zu besseren Ergebnissen in der Gruppentherapie führt.</p> <p>Auch wenn die, durch eine hohe Gruppenkohäsion bedingte, Weiterführung der bestehenden Beziehungen nach Therapieende, Gefahren birgt (dysfunktionale Gruppendynamik, Verlust der Diskretion, Entfremdung vom sozialen Umfeld), ist auch diese dennoch positiv anzusehen, da die Nachteile dadurch relativiert werden, dass erreichte Ziele durch die Weiterführung langfristig aufrechterhalten können (vgl. ebd., S. 37).</p>
<p>H2.2. Die wechselseitige Unterstützung zwischen Personen innerhalb der Bezugsgruppen hat sich erhöht.</p>	<p>Positiv: Hypothese wird verifiziert.</p>	<p>Eine erhöhte wechselseitige Unterstützung spricht für einen empathischeren Umgang miteinander. Empathie beschreibt die Fähigkeit, die Gedanken und Gefühle des Gegenübers aufzufassen und deren Hintergrund zu begreifen (vgl. Bormann/Strauß 2012, S. 78). Johnson u. a. (vgl. 2005, S. 318) stellen heraus, dass Empathie eine wichtige Bedeutung für die Entwicklung von vorteilhaften Effekten in der Therapie sowie eine Stärkung der Kohäsion hat. Zudem ist gegenseitige Unterstützung auch gemäß Budman u. a. (vgl. 1989, S. 341) ein Zeichen für eine stärkere Gruppenkohäsion, da sich diese darin</p>

		zeigt, dass sich die Gruppenmitglieder gegenseitig beistehen.
H2.3. Es kommen weniger Konflikte zwischen Rehabilitanden einer Bezugsgruppe vor.	Positiv: Hypothese wird verifiziert.	Vergleiche Begründung zu T2.4.
T3.1. Wie hat sich die Abgrenzung der einzelnen Bezugsgruppen zueinander verändert?	Positiv: Die Abgrenzung einzelner Bezugsgruppen zueinander hat sich verringert.	Durch die Abgrenzung zwischen den Gruppen würde es weniger zu Unterstützung und Interaktion zwischen den Rehabilitanden unterschiedlicher Gruppen kommen. Allerdings ist die wechselseitige Unterstützung als wünschenswert anzusehen und zwischenmenschliche Beziehungen stellen eine zentrale Ressource für einen Veränderungsprozess dar (vgl. ebd., S. 22).
T3.2. Haben sich „elitäre Gruppen“ gebildet?	Positiv: Es haben sich keine elitären Gruppen gebildet.	Eine Bildung elitärer Gruppen ist der Interaktion zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen abträglich und ist daher als negativ zu beurteilen, da zwischenmenschliche Beziehungen eine zentrale Ressource für einen Veränderungsprozess darstellen (vgl. ebd., S. 22).
T3.3. Wie hat sich die wechselseitige Unterstützung zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen verändert?	Positiv: Die wechselseitige Unterstützung zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen hat sich erhöht.	Vergleiche Begründung zu H2.2.
T3.4. Wie hat sich der Grad der Interaktion (Kommunikation zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen) verändert?	Positiv: Der Grad der Interaktion zwischen Personen unterschiedlicher Bezugsgruppen hat sich erhöht.	Vergleiche Begründung zu T2.3.
T3.5. Wie hat sich das allgemeine Vorhandensein von Intergruppenkonflikten sowie das einzelner Konfliktthemen zwischen	Positiv: Das allgemeine Vorhandensein von Intergruppenkonflikten sowie das einzelner Konfliktthemen zwischen Rehabilitanden unterschiedlicher	Vergleiche Begründung zu T2.4.

Rehabilitanden unterschiedlicher Bezugsgruppen verändert?	Bezugsgruppen hat sich verringert.	
T4.1. Wie hat sich die Gesamtatmosphäre in der Klinik verändert?	Positiv: Die Gesamtatmosphäre in der Klinik hat sich verbessert, d.h. die Veränderung der Atmosphäre wird als positiv eingestuft, es ist insgesamt ruhiger geworden und / oder die weiteren wahrgenommenen Effekte sprechen für eine Verbesserung.	Schon 1997 stellte Bönner (vgl. 1997, S. 15–25 zit. nach ebd., S. 48) heraus, dass es für die Qualität von Einrichtungen, essentiell ist „eine therapeutische Atmosphäre aufzubauen, in der Patienten sich aufgehoben fühlen können“.
T4.2. Sind berufsbezogene Aspekte nun stärker über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden?	Positiv: Berufsbezogene Aspekte sind nun stärker über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden.	Um eine gute Wiedereingliederung in die Arbeit erlangen zu können, sollen berufsbezogene Aspekte über den gesamten Behandlungsprozess vorhanden sein (vgl. ebd., S. 5).
T4.3. Hat sich der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile gegenüber der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung erhöht und wird diese Ausrichtung als zu stark empfunden?	Positiv: Der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile gegenüber der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung hat sich erhöht.	Um eine gute Wiedereingliederung in die Arbeit erlangen zu können, sollte der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile nicht nachrangig, sondern, genau wie die beiden anderen Bereiche, von zentraler Bedeutung sein (vgl. ebd., S. 14).
T4.4. Wird nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen?	Positiv: Es wird nun besser auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen.	Um eine gute Wiedereingliederung in die Arbeit erlangen zu können, soll besonders auf die arbeitsbezogenen Probleme der Rehabilitanden eingegangen werden (vgl. ebd., S. 5).
T4.5. Rückt die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel stärker in den Fokus und wird diese Ausrichtung als zu stark empfunden?	Positiv: Die Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel rückt stärker in den Fokus und diese Ausrichtung wird nicht als zu stark empfunden.	Durch einen stärkeren Fokus auf die Erwerbsfähigkeit, kann der vorrangige Auftrag der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation, nämlich die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Erwerbsfähigkeit (vgl. ebd., S. 2), besser erfüllt werden. Hierbei ist es wichtig,

		dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Ausrichtung tragen und auch befürworten.
T5.1. Wie haben sich der allgemeine Arbeitsaufwand und der Dokumentationsaufwand für die Therapeutinnen und Therapeuten verändert?	Positiv: Der allgemeine Arbeitsaufwand und / oder der Dokumentationsaufwand für die Therapeutinnen und Therapeuten hat sich verringert.	Da die Therapeutin bzw. der Therapeut einer Gruppe eine zentrale Rolle in der Gruppentherapie einnimmt (vgl. ebd., S. 77), ist die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtiger Einflussfaktor für die Suchttherapie anzusehen.
T5.2. Wie hat sich durch einen veränderten Interaktionsgrad innerhalb der Bezugsgruppen die erforderliche Aktivität durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten verändert?	Neutral: Durch die Veränderung des Interaktionsgrads innerhalb der Bezugsgruppen hat sich die erforderliche Aktivität durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten verändert.	Ob eine hohe Aktivität durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten als positiv oder negativ eingestuft werden kann, ist nicht eindeutig festzustellen, da dies sehr abhängig von persönlichen Präferenzen der jeweiligen Person ist.
T5.3. Wie verändert sich der Arbeitsinhalt der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wie bewerten sie diese Veränderung?	Positiv: Die jeweilige Veränderung wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als positiv bewertet.	Wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hauptsächlich positive Veränderungen wahrnehmen, wirkt sich dies positiv auf ihre Zufriedenheit aus. Da die Leiterin bzw. der Leiter einer Gruppe eine zentrale Rolle in der Gruppentherapie einnimmt (vgl. ebd., S. 77), ist dies als positiv zu erachten.
H5.1. Durch eine geringere Anzahl von Intragruppenkonflikten hat sich der Aufwand bei der Anwendung therapeutischer Techniken (z.B. Reinszenierung, Interaktionsspiele u.ä.) erhöht.	Positiv: Hypothese wird falsifiziert.	Da die Anwendung von therapeutischen Techniken, wie beispielsweise die Reinszenierung, therapeutisch genutzt und als wertvoll erachtet werden kann (vgl. ebd., S. 69 f.), ist es wichtig, dass diese in ausreichendem Maß zum Tragen kommen können. Ein erhöhter Aufwand bei der Anwendung dieser Techniken ist daher als negativ einzustufen.

(eigene Darstellung)

Anlage 10: Fragen zur Durchführung des Pretests

16.05.2018

Fragen zur Durchführung des Pretests

1. Wie lange dauert das Ausfüllen der Befragung?
2. Sind die Fragen gut verständlich?
3. Ist der „Fluss“ beim Beantworten des Fragebogens gut?
4. Sollten Fragen anders angeordnet werden?
5. Funktioniert die Filterführung?
6. Sind Texte zu lang?
7. Gibt es Satzbaufehler?
8. Sind weitere Filterführungen notwendig?
9. Kommt es zu technischen Problemen?
10. Gibt es Fragen, die überflüssig sind?
11. Gibt es Fachausdrücke oder Abkürzungen, die ggf. nicht von jedem verstanden werden?

(Fragen in Anlehnung an Schnell u. a. 2013, S. 339 f. sowie an Porst 2014, S. 191)

Anlage 11: Häufigste Themen Gesamt (unbereinigt)

Bezugstherapeut/in für die Zielgruppe	Häufigste allgemeine Themen	Häufigste berufsbezogene Themen
BORA 3, BORA 4 Kein/e Bezugstherapeut/in	Selbsteinschätzung	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Umgang mit Resignation	Interessenfindung und -erweiterung
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
Kein/e Bezugstherapeut/in	Fähigkeit zur Entspannung	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
	Bedürfnisaufschub	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Fähigkeit zur Entspannung	Interessenfindung und -erweiterung
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
Kein/e Bezugstherapeut/in	Bedürfnisaufschub	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Teamfähigkeit
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
	Grundhaltungen wie Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit	Teamfähigkeit
Kein/e Bezugstherapeut/in	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
	Selbsteinschätzung	Betriebliches Eingliederungsmanagement
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
Kein/e Bezugstherapeut/in	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
	Selbsteinschätzung	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Teamfähigkeit
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Interessenfindung und -erweiterung
BORA 2	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
	Fähigkeit zur Entspannung	Teamfähigkeit
BORA 1, BORA 2	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
	Umgang mit Resignation	Teamfähigkeit
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Interessenfindung und -erweiterung
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Teamfähigkeit
BORA 3, BORA 4	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Interessenfindung und -erweiterung
	Selbsteinschätzung	Teamfähigkeit
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Interessenfindung und -erweiterung
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
BORA 1, BORA 5	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes
	Selbstständigkeit	Betriebliches Eingliederungsmanagement
	Soziale Kompetenzen (z.B. Toleranz, Kritikfähigkeit)	Mögliche Probleme bei der Rückkehr in die Arbeit
	Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl	Teamfähigkeit
BORA 3*	Abgrenzungsfähigkeit	Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Berufsfeldes

* Fehlerhaft ausgefüllter Fragebogen:
anstelle von maximal drei Antworten
wurden jeweils vier Antworten
angekreuzt

(eigene Darstellung)

Anlage 12: Auswertung Arbeitsinhalt

Filter: Alle Personen die ≥ 20 Monate (eingestellt vor dem 01.10.2016) in der Fachklinik Hirtenstein arbeite
Durchschnittliche Bewertung auf ganze Zahlen gerundet

Undurchsichtiger	Bewertung	Ø Bewertung
Nein	67	75
Nein	67	
Nein	100	
Nein	100	

Interessanter	Bewertung	Ø Bewertung
Ja	67	74
Ja	67	
Ja	67	
Ja	67	
Ja	100	
Nein	33	56
Nein	67	
Nein	67	

Komplizierter	Bewertung	Ø Bewertung
Ja	67	67
Nein	33	72
Nein	67	
Nein	100	
Nein	100	

Umfangreicher	Bewertung	Ø Bewertung
Ja	33	59
Ja	67	
Ja	67	
Ja	67	
Nein	67	67
Nein	67	

Lebendiger	Bewertung	Ø Bewertung
Ja	67	74
Ja	67	
Ja	67	
Ja	67	
Ja	100	
Nein	33	56
Nein	67	
Nein	67	

Spannender	Bewertung	Ø Bewertung
Ja	67	78
Ja	67	
Ja	100	
Nein	33	60
Nein	67	

Anstrengender	Bewertung	Ø Bewertung
Ja	0	40
Ja	33	
Ja	33	
Ja	67	
Ja	67	
Nein	67	67
Nein	67	
Nein	67	

	Anzahl "Nein"	Anzahl "Ja"	Ø Bewertung der Veränderung (der Ja-Antworten)
Undurchsichtiger	8	0	-
Interessanter	5	3	74
Komplizierter	7	1	67
Umfangreicher	4	4	59
Lebendiger	3	5	74
Spannender	5	3	78
Anstrengender	3	5	40

(eigene Darstellung)

Anlage 13: Kommentare im Anmerkungsfeld

Die Tabelle veranschaulicht die Kommentare im Anmerkungsfeld, welche im Rahmen der 21. Frage des Onlinefragebogens von den Befragten abgegeben wurden.

Haben Sie noch Anmerkungen? Ich freue mich über Ihre Anregungen, Vorschläge, Lob oder Kritik.	
1	<p>„Zwei kleine Fehler sind mir bei Frage 19 aufgefallen.</p> <p>1. Was kreuze ich an wenn ich keine besonderen Auswirkungen auf meinen Arbeitsbereich feststellen konnte? Wenn mein Arbeitsbereich zum Beispiel weder spannender noch langweiliger wurde?</p> <p>2. die Zeile: Ich nehme eine andere Veränderung wahr muss, sobald man aus versehen ja oder nein geklickt hat zwingend ausgefüllt werden. Ansonsten geht es nicht weiter.</p> <p>Ansonsten ist es ein guter Fragebogen.“</p>
2	„Keine“
3	„Es war für mich sehr interessant über diese Dinge durch die Umfrage nachzudenken. Weil so bewusst nimmt man diese Veränderungen erst wahr, wenn man dazu befragt wird.“

(eigene Darstellung)

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, alle benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Ort, Datum

Melanie Zirnsak