

Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

University of Applied Sciences

Fachbereich Sozialversicherung Hennef

Bachelor-Abschlussarbeit

Zur Erlangung

des Bachelor-Abschlussgrades

Bachelor of Arts (B.A.)

Die Umsetzung der BORA-Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung im Bereich Suchtrehabilitation.

Eine qualitative Analyse.

Erstgutachter: Prof. Dr. Andreas Koch

Zweitgutachter: Prof. Dr. Edwin Toepler

vorgelegt am: 30.07.2018

von cand.: Natascha Otten

Matrikel-Nr.: 9026988

Inhaltsverzeichnis

Literaturverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung.....	- 1 -
2. Grundlagen.....	- 3 -
2.1. Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung	- 4 -
2.2. Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation	- 6 -
2.3. Rehabilitation im Bereich Sucht	- 8 -
2.4. Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker	- 9 -
3. Stand der Umsetzung und der Fachdiskussion	- 15 -
3.1. Forschungsprojekt von Studierenden	- 16 -
3.2. Umfrage des Fachverbandes Sucht e.V.	- 18 -
3.3. Vergleich der Umfrageergebnisse.....	- 20 -
4. Methodik.....	- 23 -
4.1. Interview	- 23 -
4.1.1. Leitfaden für Expertenbefragung	- 24 -
4.1.2. Ablauf der Interviews.....	- 26 -
4.2. Auswertung des Untersuchungsmaterials.....	- 28 -
5. Ergebnisdarstellung und Analyse	- 29 -
5.1. Aussagen zu den Einleitungen	- 29 -
5.2. Erläuterungen zum Forschungsprojekt von Studierenden	- 31 -
5.2.1. Eindrücke zu den Ergebnissen des Projekts	- 31 -
5.2.2. Persönliche Erfahrungen zu den Ergebnissen	- 32 -
5.3. Erfahrungen zur Umsetzung der Empfehlungen.....	- 33 -
5.4. Veränderungen und Fortschritte durch BORA	- 36 -
5.4.1. Allgemeine Veränderungen	- 36 -
5.4.2. Erfolgsmessung.....	- 38 -
5.5. Weitere Aspekte und Ausblick der Experten.....	- 39 -

III

6. Diskussion und Handlungsempfehlung	- 41 -
7. Fazit.....	- 46 -
Anhang 1: Fragebogen der Studierenden	- 48 -
Anhang 2: Ergebnispräsentation der Studierenden.....	- 52 -
Anhang 3: Informationsschreiben.....	- 73 -
Anhang 4: Interviewleitfaden	- 75 -
Anhang 5: Interview Experte 1	- 77 -
Anhang 6: Interview Experte 2	- 80 -
Anhang 7: Interview Experte 3	- 83 -
Anhang 8: Interview Experte 4	- 86 -
Anhang 9: Interview Experte 5	- 89 -
Anhang 10: Interview Experte 6	- 92 -
Anhang 11: Interview Experte 7	- 96 -

Literaturverzeichnis

- Baur N./Blasius J. (Hrsg.):** Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden 2014.
- Buss (Hrsg.):** Basisdokumente, online im Internet: <https://suchthilfe.de/informationen/basis.php> [05.07.2018].
- Caritas (Hrsg.):** Adaption, online im Internet: <https://www.caritas.de/glossare/adaption> [25.06.2018].
- DHS (Hrsg.):** Interventionen im Hilfesystem, online im Internet: <http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen/versorgungsstrukturen/42-interventionen-im-hilfesystem.html> [25.06.2018].
- DIMDI (Hrsg.):** ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, (Stand Oktober 2005) online im Internet: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> [19.06.2018].
- DRV (Hrsg.):** Adaption, online im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/08_soamed_glossar/A/adaption.html?cms_submit=Los&cms_resultsPerPage=5&cms_templateQueryString=Adaption [25.06.2018].
- DRV (Hrsg.):** Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), online im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/03_reha_wissenschaften/07_reha_konzepte/konzepte/mbor_node.html [14.06.2018].
- DRV (Hrsg.):** Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014, online im Internet: 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 [21.06.2018].
- DRV (Hrsg.):** Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung, der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017, online im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Handlungsempfehlungen_Nahtlosverfahren_Qualifizierter_Entzug_Suchtrehabilitation.pdf?blob=publicationFile&v=2 [05.07.2018].

- DRV (Hrsg.):** Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, (Stand: 2015) online im Internet: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf [14.06.2018].
- DRV (Hrsg.):** Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, 3. Auflage (4/2009) online im Internet: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207036/publicationFile/2127/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf [14.06.2018].
- DRV (Hrsg.):** Rehabilitation, online im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/Rehabilitation_node.html [14.06.2018].
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.):** Behandlungseinrichtungen, online im Internet: <https://www.sucht.de/einrichtung-suchen.html> [14.06.2018].
- Karmasin, M./Ribin, R.:** Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten, 6. Aufl., 2, Wien 2011.
- Koch, A.:** Wofür brauchen wir BORA?, online im Internet: <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-2-2015-die-bora-empfehlungen/wofuer-brauchen-wir-bora/> [05.07.2018].
- Kreutler A./Weissinger V.:** Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker („BORA-Empfehlungen“) vom 14. November 2014 – Umsetzung in den Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. (Stand August 2017), In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Sucht Aktuell, Bonn 2 – 2017, S. 39-42.
- Mülheims, L. et al. (Hrsg.):** Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden 2015.
- Universität Würzburg (Hrsg.):** Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – Einführung, online im Internet: <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/hintergrund/einfuehrung/> [19.06.2018].
- Universität Würzburg (Hrsg.):** Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – Konzepte der Träger, online im Internet: http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/hintergrund/konzepte_der_traeger/ [19.06.2018].

Abkürzungsverzeichnis

BBPL	Besonders berufliche Problemlagen
BORA	Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker
buss	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ICF	International Classification of Functionality, Disability and Health
MBOR	Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung

1. Einleitung

Nach umfangreichen Vorarbeiten hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) 2012 das Konzept der „Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ veröffentlicht, um den Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation stärker auf die Aspekte Arbeit und Beruf zu lenken. Der Bereich der Suchtrehabilitation wurde dabei ausgenommen, da in diesem Bereich arbeitsbezogene Maßnahmen einen festen Bestandteil in der Therapie ausmachen. Infolgedessen entstand die Arbeitsgruppe für beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), welche die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 14. November 2015 entwickelte.¹

Durch diese sogenannten BORA-Empfehlungen sollen neue Impulse gegeben werden, die Rehabilitanden² im Bereich der Suchtrehabilitation individueller und an ihren Teilhabebedarfen orientiert zu fördern. Dabei wird insbesondere die Verbesserung der beruflichen Integration verfolgt. Es werden erwerbsbezogene Screening-, Diagnostik- und Assessmentverfahren ausführlich behandelt und einzelne Instrumente vorgestellt. Den Mittelpunkt stellen die fünf sogenannten BORA-Zielgruppen dar. Für jede Zielgruppe sind bestimmte erwerbsbezogene Leistungen vorgesehen, aus denen ein individueller Therapieplan erstellt werden soll. Eine Beschreibung der therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte anhand der „Klassifikation therapeutischer Leistungen 2015“ erfolgt ebenfalls. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Ausbau von Kooperations- und Netzwerkpartnern.³

Im Bereich der Suchtrehabilitation war der arbeitsbezogene Aspekt ohnehin schon immer im Fokus. Durch BORA soll jedoch angeregt werden, die vorhandenen Strukturen und Konzepte zu überprüfen und ggf. weiter zu verbessern und zu entwickeln.

¹ Vgl. Dr. Koch: Wofür brauchen wir BORA?, 2015, <https://www.konturen.de> [05.07.2018].

² Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

³ Vgl. buss (Hrsg.): Basisdokumente, <https://suchthilfe.de/informationen/basis.php> [05.07.2018].

Da es sich lediglich um Empfehlungen handelt und nicht um ein Rahmenkonzept, welches innerhalb eines bestimmten Zeitraumes verpflichtend umgesetzt werden muss, erfolgt die Verbreitung im Indikationsbereich Sucht bislang sehr unterschiedlich. Wie Umfrageergebnisse zeigen, wurden in einigen Regionen (bspw. Norddeutschland, Federführung DRV Nord und DRV Braunschweig-Hannover) bereits von den Rehakliniken Ergänzungskonzepte entwickelt und eine Zusatzvergütung für den Mehraufwand vereinbart. In anderen Regionen hingegen griffen die Träger der Deutschen Rentenversicherung diese Empfehlungen erst später auf oder legten kaum Wert auf die explizite Umsetzung und zahlen daher auch keine zusätzliche Vergütung.⁴

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich insbesondere mit dem Stand der Umsetzung der BORA-Empfehlungen. Da die Empfehlungen erst vor über drei Jahren in Kraft getreten sind, liegen bislang keine repräsentativen Studien oder Forschungen zu dieser Thematik vor, sodass sich die Autorin neben der Erläuterung von zwei Umfragen zusätzlich zur Erhebung eigener Daten entschieden hat.

Die Arbeit gliedert sich in vier Teile. Zunächst werden die BORA-Empfehlungen erläutert. Grundlage dafür bietet die allgemeine Beschreibung der medizinischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung, sowie der spezielle Ablauf einer Suchtrehabilitation. Im darauffolgenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand beschrieben. Dazu werden zwei Umfragen vom Fachverband Sucht und von einer Gruppe von Studierenden der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg (HBRs) zum Stand der Umsetzung vorgestellt. Diese Ergebnisse werden miteinander verglichen, um eine möglichst weitläufige Darstellung aufzeigen zu können. Als weiteres Instrument dient das leitfadenorientierte Experteninterview in Form von Befragungen verschiedener Einrichtungen im Bereich der Suchtrehabilitation. Hierbei wird darauf geachtet, dass Einrichtungen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands befragt werden, um einen guten Überblick erzielen zu können. Abschließend werden die Ergebnisse der Interviews diskutiert, um eine

⁴ Siehe Anhang 2, Ergebnispräsentation der Studierenden, S. 52-72.

mögliche Handlungsempfehlung bzw. einen Ausblick für die Zukunft geben zu können.

Dazu werden folgende Fragen erörtert:

1. Sind die Ergebnisse der Studentenbefragung nachvollziehbar und plausibel?
2. Gibt es Erklärungen für den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der BORA-Empfehlungen?
3. Welche Veränderungen im Bereich Strukturen und Prozesse haben sich in der Rehabilitation ergeben?
4. Welche Fortschritte sind durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

Unter Berücksichtigung der Expertenmeinungen ist es das Ziel dieser Arbeit, die Bedeutung der Umsetzung der BORA-Empfehlungen herauszuarbeiten und dabei aufzuzeigen, welche Probleme und Schwierigkeiten dazu von den Einrichtungen überwunden werden müssen, damit eine deutschlandweite einheitliche Umsetzung erfolgen kann.

2. Grundlagen

In diesem Teil der Arbeit werden die grundlegenden Begriffe, die im Zusammenhang mit der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung stehen, erläutert. Hierüber erfolgt eine Heranführung an das Thema BORA, um ein Grundgerüst in Form von Basiswissen in diesem Bereich zu sichern.

2.1. Medizinische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiges Instrument, wenn es um die (Re)Integration in das Erwerbsleben von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen geht.⁵ Das Hauptziel ist die Versicherten zurück an ihren Arbeitsplatz zu führen bzw. den Einstieg in einen neuen Beruf zu ermöglichen. Dazu nutzt die DRV verschiedenen Formen, wie medizinische Leistungen, Umschulungen aber auch Wiedereingliederungen. Die DRV stellt den größten Leistungsträger von medizinischen Rehabilitationen dar, weshalb ihr auch eigene Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung stehen.⁶

Die medizinische Rehabilitation kann ambulant, stationär oder durch spezielle Nachsorgeangebote erbracht werden. Die Rehabilitationsdauer ist je nach Indikation unterschiedlich, beträgt aber i.d.R. drei bis vier Wochen. Jedoch sind auch, je nach individueller Fallkonstellation, mehrere Monate möglich. Dabei wird ein bio-psychosozialer Ansatz verfolgt.⁷ Das Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt dabei den gesamten Lebenshintergrund des Betroffenen.⁸

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Quelle: DIMDI (Hrsg.), ICF, 2015, S. 23

⁵ Vgl. DRV Bund (Hrsg.), Rahmenkonzept zu med. Reha in der gesetzl RV, 4/2009, 3. Auflage, <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> [14.06.2018], S. 5.

⁶ Vgl. DRV (Hrsg.), Rehabilitation, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de> [14.06.2018].

⁷ Vgl. Matthias Morfeld in Handbuch der Sozialversicherungswissenschaft, S. 383

⁸ Vgl. DIMDI (Hrsg.), ICF, Stand Oktober 2015, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/stand2005/> [19.06.2018], S. 4.

Die Abbildung 1 beschreibt kurz den Hintergrund des ICF-Modells. Das Gesundheitsproblem steht in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren), da diese die Körperfunktion, Aktivität und Teilhabe sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Ziel dieses Modells ist es eine ganzheitliche Betrachtung des Betroffenen zu ermöglichen, um dadurch den individuellen Bedarf erkennen zu können.⁹ Zum besseren Verständnis folgt ein Beispiel:

Gesundheitsproblem: Kurzsichtigkeit

Körperfunktion, -struktur: Auge – Sehen

Aktivitäten: Lesen, Fernsehen etc.

Teilhabe: Kino, Lesen an der Tafel in der Schule, Straßenverkehr usw.

Umweltfaktoren: örtlichen Gegebenheiten, Personen im Umfeld usw.

Personenbezogene Faktoren: Verwendung von Hilfsmitteln usw.

Bei der Kurzsichtigkeit ist die Funktion des Auges beschädigt, wodurch das Sehen beeinträchtigt wird. Bestimmte Aktivitäten können nur noch eingeschränkt oder sogar überhaupt nicht mehr ausgeführt werden. Die Teilhabe am Leben innerhalb der Gesellschaft wird ebenfalls beeinträchtigt, da das Autofahren zum Beispiel unmöglich wird sowie Freizeitbeschäftigungen (Kinobesuche, Theaterveranstaltungen usw.) erschwert werden. Hilfsmittel, wie die Brille, kann dabei Abhilfe schaffen, jedoch auch Reaktionen in Form von Mobbing hervorrufen. Dadurch wachsen das Bedürfnis und somit auch der Bedarf an Hilfsmitteln, welche keine optischen Veränderungen im Erscheinungsbild zur Konsequenz haben. Eine Versorgung mit Kontaktlinsen stellt somit eine gute Lösung für die genannten Nachteile der Brille dar.

Eine zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit einer Person. Daher ist die ICF ein wichtiges Instrument zur Feststellung des Rehabilitationbedarfs. Außer-

⁹ Ebd. S. 23 ff.

dem werden die Kontextfaktoren in den Rehabilitationsprozess mit einbezogen.¹⁰ Daher gilt die ICF als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation.¹¹

Zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation führt die RV Forschungen durch. Ein Beispiel für solch eine Weiterentwicklung stellt die MBOR.¹² Diese besondere Form der medizinischen Rehabilitation wird im nächsten Kapitel erläutert.

2.2. Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation

Zur besonderen Unterstützung bei der Bewältigung besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) wurde die MBOR als ein spezielles Rehabilitationskonzept entwickelt. Personen mit BBPL definieren sich wie folgt:

- Problematische sozialmedizinische Verläufe (lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitslosigkeit)
- Negative subjektive Erwerbsprognosen
- Aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.¹³

Wie der Name MBOR schon verrät, geht es bei der Therapiegestaltung insbesondere um Einbeziehung der beruflichen Aspekte. Im Rahmen eines digitalen MBOR-Praxishandbuchs hat die DRV die wichtigsten Informationen und Bestandteile dieses Konzeptes zusammengefasst. Diese werden kurz erläutert.

Die Anforderungen der Arbeitswelt, wie beispielsweise Umstrukturierungen, Flexibilität (zeitlich und räumlich), Digitalisierung und psychosoziale Belas-

¹⁰ Vgl. DRV Bund (Hrsg.), Rahmenkonzept medizinische Reha, <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> [19.06.2018].

¹¹ Vgl. DIMDI (Hrsg.), ICF, Stand Oktober 2015, <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/stand2005/>, [19.06.2018], S. 11.

¹² Vgl. Mülheims, L. et. Al. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, S. 297

¹³ Vgl. Universität Würzburg (Hrsg.), Einführung MBOR, <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/hintergrund/einfuehrung/> [19.06.2018].

tungen, werden immer mehr zur Belastung für die Gesundheit des Menschen. Um diese Anforderungen bewältigen zu können, bietet die MBOR konkrete Ansätze.¹⁴ Das Ziel der MBOR ist es die medizinische Rehabilitation um berufliche Aspekte zu erweitern. Dazu wurden die Reha-Diagnostik und Reha-Therapie gezielt an den gesundheitlichen besonderen Problemlagen der Rehabilitanden, durch spezifische Weiterentwicklung angepasst. Dabei können drei Abstufungen unterschieden werden:

1. Beruflich orientierte Basisangebote
2. MBOR-Kernangebote, die über die Basisangebote hinausgehen
3. Spezifische MBOR-Angebote, die intensive diagnostische und therapeutische Leistungen beinhalten

Die ersten beiden Stufen sollen in allen Rehabilitationseinrichtungen angeboten werden, wobei sich die MBOR-Kernangebote speziell an Rehabilitanden mit BBPL richten. Die Basisangebote können von allen Rehabilitanden genutzt werden. Die spezifischen Angebote der dritten Stufe richten sich nur an Versicherte mit besonders ausgeprägtem Bedarf und sollen nur in ausgewählten Einrichtungen angeboten werden.¹⁵

Nicht jeder Rehabilitand hat BBPL, daher ist es wichtig dies am Anfang der Rehabilitation durch arbeits- und berufsbezogene Anamnese und den Einsatz spezieller Screening-Verfahren festzustellen. Durch eine anschließende differenzierte Diagnostik wird eine individuelle Therapieplanung ermöglicht. Dabei ist darauf zu achten, dass die Therapieziele zusammen mit dem Rehabilitanden vereinbart und in regelmäßigen Abständen evaluiert werden. Die Kooperation von allen Beteiligten ist notwendig, um den Erfolg der MBOR zu sichern. Am Ende der Rehabilitation erfolgt eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.¹⁶ Auf Grundlage dessen wird die weitere Vorgehensweise geplant.

¹⁴ Ebd.

¹⁵ Vgl. DRV (Hrsg.), Anforderungsprofil MBOR, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de> [14.06.2018].

¹⁶ Vgl. DRV (Hrsg.), MBOR, http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf [19.06.2018], S. 9.

2.3. Rehabilitation im Bereich Sucht

Da diese Arbeit sich insbesondere mit der Rehabilitation im Bereich Sucht auseinandersetzt, soll im folgenden Abschnitt kurz der Ablauf der Suchtrehabilitation sowie die verschiedenen Interventionen für die Suchtbehandlung dargelegt werden.

Zu Beginn jeder Suchtbehandlung erfolgt zunächst eine Entwöhnungsbehandlung. Dabei ist ein qualifizierter Entzug einer rein körperlichen Entgiftung vorzuziehen.¹⁷ Der qualifizierte Entzug wird wie folgt definiert: „Die Behandlung erfolgt durch ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam [...] [und] die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung liegt bei einem Arzt. [...] Neben der Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome [ist] eine differenzierte somatische, soziale und psychiatrische Befunderhebung mit Behandlung der psychischen und somatischen Folge- und Begleiterkrankungen, Aufklärung über Abhängigkeitserkrankung, soziale Stabilisierung und Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung [fester Bestandteil]. [Außerdem] erfolgt ein ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement patientenbezogen [...]“¹⁸

Ist der qualifizierte Entzug im Krankenhaus erfolgreich abgeschlossen worden, erfolgt die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung. Zur Suchtbehandlung sämtlicher Bereiche gibt es sowohl ambulante als auch stationäre Rehabilitationen, sowie die Adaption und die (Reha-)Nachsorge.¹⁹ Die stationäre Rehabilitation findet in Fachkliniken statt. Die ambulante Rehabilitation wird in Tageskliniken oder auch ambulanten Behandlungs- und Beratungsstellen angeboten. Für die Adaption gibt es spezielle Adaptionseinrichtungen.²⁰ Diese besondere Form der Rehabilitation wird im Folgenden verkürzt beschrieben.

¹⁷ Vgl. DRV (Hrsg.): <https://www.deutsche-rentenversicherung.de> [05.07.2018], S. 2.

¹⁸ Ebd. S. 2 f.

¹⁹ Vgl. DHS (Hrsg.): <http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen/versorgungsstrukturen/42-interventionen-im-hilfesystem.html> [25.06.2018].

²⁰ Vgl. Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): <https://www.sucht.de/einrichtung-suchen.html>, [14.06.2018].

Mit Adaption ist die Anpassung an das Leben in der Gesellschaft und den Arbeitsmarkt gemeint. Daher wird dies auch als zweite Phase der Rehabilitation bezeichnet.²¹ Das Ziel ist ebenfalls die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, sowie die Rückkehr in ein angemessenes Wohnumfeld. Dazu werden vor allem Arbeitserprobungen und Praktika in unterschiedlichen Betrieben genutzt.²² In den Adaptionseinrichtungen liegt der Therapieschwerpunkt bereits auf dem Bereich Arbeit, sodass ein spezielles BORA-Konzept wahrscheinlich nicht notwendig ist. Denkbar ist jedoch, dass durch den Einsatz von BORA in den Fachkliniken ein Fortschritt bei den Rehabilitanden, die im Anschluss in die Adaption gehen, erkennbar ist.

2.4. Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Dieses Kapitel setzt sich mit den „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“ auseinander. Diese Empfehlungen wurden von der Arbeitsgruppe BORA erarbeitet, die sich aus Vertretern der DRV und der Suchtverbände zusammensetzt.²³

Ein Inhaltsverzeichnis gibt zunächst einen Überblick über die Struktur der Empfehlungen. Darauf folgt eine Einleitung, um den Leser in die Thematik der beruflichen Rehabilitation einzuführen und die Hintergründe der Entwicklung dieser Empfehlung zu verdeutlichen. Im Anschluss erfolgt die Beschreibung der Diagnostik mit ihren verschiedenen Instrumenten und Verfahren. Auch die Therapie- und Teilhabeplanung mit Einteilung in die BORA-Zielgruppen, sowie die Kennzeichnung der therapeutischen Leistungen und Angebote sind Bestandteil. Die Bedeutung für die ambulante Rehabilitation und die Adaption als spezifische Rehabilitationsmaßnahmen wird ebenfalls erläutert. Zum Schluss werden Empfehlungen zum Kooperationsnetzwerk, zur Dokumentation und zur Qualitätssicherung (QS) gegeben. Am Ende eines jeden Kapitels der Empfehlungen findet sich eine kurze

²¹ Vgl. caritas (Hrsg.): Adaption, <https://www.caritas.de/glossare/adaption> [25.06.2018].

²² Vgl. DRV (Hrsg.): Adaption, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de> [25.06.2018].

²³ Vgl. DRV (Hrsg.), Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs, <https://www.deutsche-rentenversicherung.de> [21.06.2018], S. 3.

Zusammenfassung, um dem Leser ein besseres Verständnis zu ermöglichen. Im Folgenden wird auf die einzelnen Inhalte der Empfehlungen eingegangen.

Wie bereits in Kapitel 2.2. beschrieben wurde die MBOR entwickelt, um den Rehabilitationserfolg bei Personen mit BBPL zu optimieren. Der Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker wurde bei diesem Konzept jedoch ausgenommen, da arbeitsbezogene Maßnahmen dort bereits ein sehr wichtiger Stellenwert zukommt. Dies liegt daran, dass im Indikationsbereich Sucht fast alle Rehabilitanden BBPL aufweisen, erwerbsbezogene Leistungen einen deutlich höheren zeitlichen und inhaltlichen Umfang (auch aufgrund der längeren Rehabilitationsdauer) einnehmen und die Adaption, wie oben bereits erwähnt, eine Art Anschlussbehandlung darstellt, die sich mit der Förderung der beruflichen Integration der Rehabilitanden befasst.²⁴ Dadurch gelingt es in diesem Bereich bereits überwiegend die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Zur weiteren Optimierung sollen zukünftig die entsprechenden Leistungen noch stärker an den individuellen Bedürfnissen der Rehabilitanden ausgerichtet werden.²⁵ Zu diesem Zweck verfolgen die BORA-Empfehlungen die folgenden Ziele:

- Förderung der Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen
- Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden (auch Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Belastbarkeit)
- Stärkung von erwerbsbezogenen Förderfaktoren
- Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben
- Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeit
- Entwicklung beruflicher Perspektiven anhand der aktuellen Arbeitsmarktsituation²⁶

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, werden Empfehlungen für vier verschiedene Bereiche des Rehabilitationsprozesses beschrieben:

²⁴ Ebd. S. 2.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd. S. 4.

1. Erwerbsbezogene Diagnostik- und Assessmentverfahren
2. Prozess der Behandlungs- und Teilhabeplanung
3. Therapeutische Leistungen und Angebote
4. Kooperationen und systemübergreifende Vernetzungen

Zu 1.: Es soll zu Beginn der Rehabilitation für jeden Rehabilitanden eine Analyse der individuellen BBPL erstellt werden, um grundlegende Informationen für die Therapieplanung zu erhalten. Ausschlaggebend dafür ist zum einen eine beruflich orientierte Eingangsdagnostik, unter Berücksichtigung von sozialmedizinischer Diagnostik, sowie Arbeits- und Sozialanamnese. Zur vereinfachten Umsetzung werden sogar seitens der AG-BORA Beispiele genannt. Mit Einverständnis des Rehabilitanden kann auch eine Arbeitsplatzbeschreibung beim Arbeitgeber eingeholt werden.²⁷

Weitergehend wird eine erwerbsbezogene Analyse mithilfe von Screening-Verfahren, Assessmentverfahren, Instrumenten zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten sowie zusätzlichen Modulen empfohlen. Zu diesen Verfahren existieren mehrere Instrumente, wovon einige exemplarisch in der Empfehlung erläutert werden.²⁸ Letztendlich bleibt die konkrete Auswahl und Durchführung der jeweiligen Einrichtung vorbehalten.

Zu 2: Im Anschluss an die Analyse erfolgt die individuelle Entwicklung von Therapiezielen, die im Laufe der Rehabilitation bei Bedarf angepasst werden. Die Ziele werden dabei zusammen mit dem Rehabilitanden formuliert. Für die individuelle Therapieplanung erfolgt die Zuteilung in eine der fünf BORA-Zielgruppen. Diese sind:

- BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne BBPL
- BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitanden in Arbeit mit BBPL
- BORA-Zielgruppe 3: arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von Arbeitslosengeld I nach Sozialgesetzbuch (SGB) III
- BORA-Zielgruppe 4: arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von Arbeitslosengeld II nach SGB II

²⁷ Ebd. S. 6 f.

²⁸ Ebd. S. 8 ff.

- BORA-Zielgruppe 5: Nicht-Erwerbstätige Rehabilitanden (Schüler, Studenten, Hausfrauen etc.)

Anhand dieser Zielgruppen wird der Behandlungs- und Teilhabeplan ausgerichtet.

Zu 3: Die therapeutischen Leistungen und Angebote sollen sich an erwerbsbezogenen Aspekten orientieren. Dabei sind die aktuellen Anforderungen der Arbeitswelt und die individuellen Rehabilitationsziele zu berücksichtigen. Es wird empfohlen ein komplexes Angebot verschiedener erwerbsbezogener Leistungen anzubieten. Daher wird zu verschiedene spezifische Therapieangebote von der AG-BORA verwiesen.²⁹ Zusätzlich ist darauf zu achten, dass eine Ausrichtung für die individuelle Rehabilitationsplanung und anhand des individuellen Bedarfs erfolgt.

In Bezug auf die individuellen erwerbsbezogenen Fähigkeiten und den Umgang mit modernen Arbeitsmitteln werden grundsätzlich drei Bereiche angesprochen:

- Grundfähigkeiten (Ausdauer, Pünktlichkeit, Arbeitstempo etc.)
- Soziale Fähigkeiten (Teamfähigkeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten etc.)
- Selbstbild (Selbsteinschätzung, Eigenverantwortung, Selbständigkeit etc.)

Somit soll eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bzw. die Wiederherstellung erreicht werden.³⁰ Gleichzeitig sollen die Leistungen an den jeweiligen BORA-Zielgruppen ausgerichtet werden, da für jede Zielgruppe ein anderer Therapieschwerpunkt vorliegt. Für die Umsetzung werden von der AG-BORA zu jeder Zielgruppe beispielhafte Therapieangebote beschrieben.³¹

Bezüglich der Strukturanforderungen gelten die Anforderungen der DRV, wobei konzeptionell begründete Abweichungen sowohl nach oben als auch nach unten hin möglich sind.³²

²⁹ Ebd. S. 15 ff.

³⁰ Ebd. S. 13 f.

³¹ Ebd. S. 17 f.

³² Ebd. S. 19.

Zu 4: Für eine dauerhafte berufliche (Re-)Integration der Rehabilitanden ist eine frühzeitige, schnittstellenübergreifende, abgestimmte und vernetzte Handlung aller Kooperationspartner notwendig. Dazu sind der Ausbau und die Erhaltung der Kontakte von großer Bedeutung. Geprägt wird dies vor allem durch gute Kommunikationsstrukturen mit kurzen Informationswegen für alle Beteiligten. Die nötige Motivation und der Kooperationswille dürfen dabei selbstverständlich nicht fehlen und auch die gesetzliche Schweigepflicht und der Datenschutz müssen Berücksichtigung finden. Ob die jeweiligen Kooperationsvereinbarungen schriftlich festgehalten werden bleibt den jeweiligen Partnern vorenthalten, ist jedoch bei regelmäßiger Zusammenarbeit, unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung, anzuraten.³³

In den BORA-Empfehlungen wird beispielhaft aufgeführt, welche Kooperationspartner zur Stärkung des Erwerbsbezugs genutzt werden können. Bei Rehabilitanden mit einem vorhandenen Arbeitsplatz ist insbesondere der Kontakt zum Arbeitgeber von großer Bedeutung und sollte bereits zu Beginn der Rehabilitation erfolgen, um eine möglichst gezielte Vorbereitung auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen. Bei arbeitslosen Rehabilitanden soll durch den Kontakt zum jeweiligen Jobcenter bzw. zur jeweiligen Arbeitsagentur eine zeitnahe Integration in den Arbeitsmarkt erreicht werden. Daneben sind Kooperationen mit Ärzten (Hausärzte, Psychotherapeuten), beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger, Integrationsämtern bzw. Integrationsfachdiensten, Reha-Fachberatern der RV-Träger, Sozialmedizinischer Dienst der RV-Träger und Suchtberatungsstellen bzw. Fachstellen und Selbsthilfegruppen ebenfalls sehr wichtig.

Bezüglich der ambulanten Rehabilitation wird der Einsatz von arbeitsbezogenen Interventionen empfohlen. Diese haben eine besondere Bedeutung, da spezifische Instrumente zum Erhalt bzw. zur Erreichung der Teilhabe an Arbeit und Beruf ermöglicht werden.³⁴ Betroffen sind dabei insbesondere die BORA-Zielgruppen 1 und 2.³⁵ Die Adaption ist vergleichsweise eher bei Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 4 indiziert und verfolgt, im Rahmen

³³ Ebd. S. 22 f.

³⁴ Ebd. S. 20.

³⁵ Ebd. S. 19.

als letzte Station der stationären medizinischen Rehabilitation, das Ziel der Unterstützung bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt.³⁶

Am Ende der BORA-Empfehlung sind noch die Dokumentation und Qualitätssicherung beschrieben.

Für die Dokumentation des Verlaufs und der Ergebnisse der Rehabilitation für den Bereich Arbeits- und Berufsorientierung werden folgende Elemente genutzt:

- Basisdokumentation: Erhebung von wesentlichen Daten zu Beginn der Behandlung und von ersten Ergebnisdaten zum Behandlungsende
- Eingangs- und Abschlusssdiagnostik: Einsatz von unterschiedlichen diagnostischen Verfahren als Grundlage für die erwerbsbezogene Therapieplanung; Veränderungsmessung durch geeignete Instrumente am Ende der Rehabilitation
- Leistungserfassung: Grundlage ist die Klassifikation therapeutischer Leistungen; die einzelnen Therapieleistungen können mit abgebildet werden
- Entlassungsbericht: Zusammenführung aller Informationen (Sozialmedizinische Anamnese, Reha-Prozess und -Ergebnis, Empfehlung für weitere Maßnahmen)³⁷

Außerdem ist die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ein wesentlicher Bestandteil für die Dokumentation der Rehabilitation. Hierbei erfolgt die Beurteilung des Leistungsvermögens anhand der letzten Tätigkeit in Auseinandersetzung mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes, sowie der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden in Bezug auf dieses Profil. Zusätzlich wird das qualitative und quantitative Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt ermittelt. Dieser Bericht ist letztlich Grundlage für die Planung weiterer Rehabilitationsleistungen (Wiedereingliederung, Rentenantrag, etc.).³⁸

³⁶ Ebd. S. 21.

³⁷ Ebd. S. 27 f.

³⁸ Ebd. S. 28.

Zur QS und Evaluation werden externe und interne QS, sowie interne Qualitätsmanagements (QM) angewandt. Die externe QS umfasst Rehabilitanden-Befragungen, das Peer-Review-Verfahren, Strukturhebungen, Visitationen und Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach der medizinischen Rehabilitation. Beispiele für die interne QS sind eigene Items in der Basisdokumentation, schriftliche Patientenbefragungen und die Ein-Jahres-Katamnese nach dem Standard des Deutschen Kerndatensatzes. Viele Rehabilitationseinrichtungen verwenden jedoch auch die Ergebnisse der externen QS. Das interne QM regelt sich nach den Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Dadurch erfolgt die Sicherstellung der notwendigen Struktur- und Prozessqualität in den Einrichtungen.³⁹

Obwohl zahlreiche Instrumente zur QS und Evaluation existieren, gibt es nur wenige Indikatoren, die explizit die Aspekte der Berufs- und Arbeitsorientierung analysieren. Es wäre daher sinnvoll den beruflichen Integrationserfolg nach einer Rehabilitation stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass beispielsweise die aktuelle Arbeitsmarktsituation nicht den Rehabilitationseinrichtungen übertragen wird und sowohl vor als auch nach der Rehabilitation Einflussfaktoren außerhalb der Einrichtung auf den Integrationserfolg Einfluss nehmen.⁴⁰

3. Stand der Umsetzung und der Fachdiskussion

Die BORA-Empfehlungen sind erst am 01.03.2015 in Kraft getreten, sodass bislang nur wenige Forschungsansätze vorliegen. Eine Gruppe von Studierenden und der Fachverband Sucht haben jeweils eine Umfrage zu diesem Thema durchgeführt. Dieses Kapitel wird die Ergebnisse dieser Umfragen zur Umsetzung der BORA-Empfehlungen erläutern, analysieren und anschließend miteinander vergleichen, um einen Einblick in den Stand der Umsetzung zu geben.

³⁹ Ebd. S. 28 ff.

⁴⁰ Ebd. 30 f.

3.1. Forschungsprojekt von Studierenden

An der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg (HBRS) wurde von insgesamt sechs Studierenden ein Forschungsprojekt zum Thema BORA durchgeführt. Überprüft wurde der Stand der Umsetzung in den Mitgliedseinrichtungen des buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss). Anlass der Befragung war die bundesweit uneinheitliche Umsetzung der BORA-Empfehlungen. Mittels eines zuvor entwickelten Fragebogens wurden Mitte November 2017 ca. 160 Einrichtungen befragt. Insgesamt 70 Einrichtungen beantworteten die Fragen der Studierenden. Die Daten der Fragebögen wurden zunächst in einer Excel-Auswertungstabelle erfasst. Mithilfe dieser Tabelle wurden die Ergebnisse dann auf einer Power-Point-Präsentation zusammengetragen.⁴¹ Sowohl der versandte Fragebogen, als auch die Power-Point-Präsentation sind im Anhang beigelegt.⁴² Die Inhalte der Präsentation werden im Folgenden beschrieben.

Die meistgenannten federführenden Leistungsträger waren die DRV Baden-Württemberg, dicht gefolgt von der DRV Bund, Braunschweig-Hannover, Nord und Westfalen.⁴³ Die DRV Nordbayern wurde lediglich einmal als Federführer angegeben.⁴⁴

Knapp 90 % der Einrichtungen verfügen über ein BORA-Konzept als Teil des Therapiekonzeptes oder als eigenes Ergänzungskonzept. Auffällig ist, dass über 10 % der Beteiligten kein schriftliches BORA-Konzept vorweisen können.⁴⁵ Der Umfang des BORA-Konzeptes ist bei den Einrichtungen sehr unterschiedlich. In den meisten Kliniken umfasst das Konzept bis zu 10 Seiten. Eine Klinik gab sogar an, dass das Konzept 80 Seiten umfassen würde, eine andere Klinik jedoch einen Umfang von lediglich zwei Seiten.⁴⁶ Die Vermutung liegt jedoch nahe, dass die Frage nicht richtig verstanden wurde

⁴¹ Siehe Anhang 2, Ergebnispräsentation der Studierenden, S. 52.

⁴² Siehe Anhänge 1 und 2, Fragebogen und Ergebnispräsentation der Studierenden, S. 48-72.

⁴³ Siehe Anhang 2, Ergebnispräsentation der Studierenden, S. 54.

⁴⁴ Ebd. S. 55.

⁴⁵ Ebd. S. 55 f.

⁴⁶ Ebd. S. 57.

und einige Einrichtungen die Zahl ihres gesamten Therapiekonzeptes angegeben haben. Das BORA-Konzept ist bei über der Hälfte der Einrichtungen anerkannt, jedoch bei knapp 30 % nicht.⁴⁷ Die Einrichtungen die keine Angaben diesbezüglich machten, stehen höchstwahrscheinlich noch in Verhandlung mit ihrem Leistungsträger oder haben bislang noch kein Konzept.

Fast alle Einrichtungen führen eine BORA-Eingangsdagnostik durch und teilen die Rehabilitanden in die jeweiligen BORA-Zielgruppen ein.⁴⁸ Zur Durchführung des BORA-Konzeptes ist in knapp $\frac{3}{4}$ der Einrichtungen die Anschaffung von zusätzlichen Ausstattungen notwendig gewesen.⁴⁹ Insbesondere die Weiterbildung von Mitarbeitern und Einstellung von zusätzlichem Personal waren nötig.⁵⁰ Ein Ausbau der Kooperationsverträge zu externen Partnern, wie beispielsweise die Arbeitsagentur, wurde von 46 Kliniken durchgeführt.⁵¹

Interessant sind vor allem die Ergebnisse in Bezug auf die zusätzliche Vergütung. Nur etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die ein anerkanntes BORA-Konzept haben, erhalten eine zusätzliche Vergütung. Der größte Teil davon hat die DRV Braunschweig-Hannover bzw. DRV Nord als Federführer.⁵² Es stellt sich die Frage, wie es zu diesen (auch regionalen) Unterschieden kommt, denn auch die Höhe der Vergütung variiert in den Regionen. Im Vergleich sind die Vergütungen im Norden höher. Der Durchschnitt liegt bei 3 EUR pro Belegungstag.⁵³

Insgesamt konnten die Einrichtungen bislang nur eine mittelmäßige Verbesserung der beruflichen Integration feststellen.⁵⁴ Knapp 13 % empfinden die BORA-Empfehlungen sogar als sinnlos.⁵⁵ Der Erfolg bzw. Misserfolg wird von den Einrichtungen an folgenden Parametern gemessen:

- Verbesserung der Vermittlung und Integration in den Arbeitsmarkt
- Individueller Verlauf der Therapie

⁴⁷ Ebd. S. 58 f.

⁴⁸ Ebd. S. 60.

⁴⁹ Ebd. S. 61.

⁵⁰ Ebd. S. 62.

⁵¹ Ebd. S. 64.

⁵² Ebd. S. 67.

⁵³ Ebd. S. 67 f.

⁵⁴ Ebd. S. 69.

⁵⁵ Ebd. S. 70.

- Verbesserung der internen Strukturen und externen Kooperationen⁵⁶

Die Ergebnisse der Umfrage der Studierenden lassen vermuten, dass sich die Umsetzung der BORA-Empfehlungen zurzeit noch in einem Prozess befinden, da die meisten Befragten zwar ein Konzept vorzeigen können, dies jedoch noch nicht vom Federführer anerkannt wurde. Außerdem sollte die unterschiedliche regionale Verteilung der Mitgliedseinrichtungen des buss bedacht werden.

3.2. Umfrage des Fachverbandes Sucht e.V.

Der Fachverband Sucht e.V. hat im August 2017 ebenfalls eine Umfrage an seinen Mitgliedseinrichtungen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragung sind in einem Fachbeitrag in der Zeitschrift „Sucht aktuell“ veröffentlicht worden und werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Die Auswertung der Ergebnisse beschränkt sich auf die Ergebnisse der Fachkliniken, anders als bei der Ergebnisdarstellung des buss. Die Adaptionsseinrichtungen wurden ausgenommen, da dort bereits ein wesentlicher Fokus auf der Berücksichtigung von BBPL lag und daher aus deren Sicht kein nennenswerter inhaltlicher Nutzen durch BORA erkennbar war.⁵⁷ Dies muss bei einem anschließenden Vergleich mit den Umfrageergebnissen der Studierenden berücksichtigt werden.

Insgesamt wurden 48 Fachkliniken angeschrieben, wovon 39 an der Befragung teilnahmen. Davon haben 19 die DRV Bund als Federführer und 20 einen regionalen RV-Träger. Die Verteilung auf die einzelnen RV-Träger ist nicht angegeben.⁵⁸

Die Ergebnisse sind in fünf Bereiche untergliedert:

1. Konzeptionelle Umsetzung
2. Erforderlicher Mehrbedarf
3. Einführung zusätzlicher Leistungen

⁵⁶ Ebd. S. 71.

⁵⁷ Kreutler/Weissinger, „BORA-Empfehlungen“, in Sucht Aktuell 2-2017, S. 40.

⁵⁸ Ebd.

4. Anpassung der Vergütung
5. Zusatznutzen aus Sicht der Einrichtungen

Alle Kliniken haben ein BORA-Konzept entwickelt. Knapp 40 % haben die BORA-Empfehlungen jedoch in das Gesamtkonzept integriert. In Bezug auf den erforderlichen Mehrbedarf wurde von knapp der Hälfte (19) der Einrichtungen angegeben, diesen konzeptionell beschrieben zu haben. Davon haben insgesamt 15 Fachkliniken konkrete Angaben zur Anzahl der erforderlichen Personalstellen gemacht. Die Zahl war dabei abhängig von der Einrichtungsgröße.⁵⁹ Für den Mehrbedarf an Ausstattung wurden insbesondere Materialien für Diagnostik, Testung und Therapie, Anschaffung neuer Hard- und Software, Erweiterung der Räumlichkeiten und der Ausbau von Kooperationen genannt. Die Weiterbildung von Mitarbeitern wurde ebenfalls vereinzelt erwähnt.⁶⁰

Zu der Einführung von zusätzlichen Leistungen auf Grund von BORA haben 31 Fachkliniken Angaben gemacht. Vier Einrichtungen führten keine zusätzlichen Leistungen ein, da diese bereits vorher schon vorhanden waren. Somit sehen 27 Fachkliniken (knapp 70 %) die Notwendigkeit zusätzliche Leistungen einzuführen. Über die Hälfte sehen vor zusätzliche Therapieangebote (Trainings, Vorträge, Indikativgruppen) und berufsbezogene Diagnostik einzuführen. Um die 20 % wollen interne Praktika und Arbeitserprobungen ermöglichen. Ein Ausbau der Kooperation zu Arbeitgebern und Arbeitsagenturen ist ebenfalls vorgesehen. Externe Praktika werden nur von 5 Einrichtungen für erforderlich gehalten. Die Umsetzung dieser zusätzlichen Leistungen ist bislang noch nicht in allen Fachkliniken erfolgt. Insgesamt 12 Einrichtungen haben die Umsetzung noch nicht abgeschlossen.⁶¹

Die Ergebnisse in Bezug auf die zusätzliche Vergütung sind sehr unterschiedlich. Nur 4 von 35 Fachkliniken erhalten eine zusätzliche Vergütung vom Federführer. Welche Leistungsträger diese Vergütung zahlen ist jedoch nicht ersichtlich. Immerhin standen zum Umfragezeitpunkt noch 8

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ Ebd. S. 41.

⁶¹ Ebd.

Fachkliniken mit ihren Leistungsträgern in Verhandlung. Die Mehrheit (23) erhält jedoch keine zusätzliche Vergütung.⁶²

Zu der Frage, welcher Zusatznutzen durch BORA entstanden sei, machten knapp 80 % Angaben (30). Die Mehrheit nannte:

- Verbesserung der Diagnostik und Behandlungsplanung
- Verbesserung der Konzepte
- Förderung der beruflichen Wiedereingliederung

Daneben gab es noch einzelne Äußerungen zu Förderung der Patientenwahrnehmung und Motivation, Vernetzung/ Kooperation, sowie Verbesserung der Mitarbeiterorientierung. Für 4 Einrichtungen brachte BORA keinen Zusatznutzen.⁶³

Insgesamt zeigt sich, dass die Umsetzung der BORA-Empfehlungen zum Umfragezeitpunkt noch in einem Prozess war, sodass derzeit keine abschließende Äußerung getroffen werden kann. Der Fachverband kommt jedoch zu der Erkenntnis, dass die BORA-Empfehlungen einen „empfehlenden und anregenden Charakter“ aufweisen.⁶⁴ Den Einrichtungen wird durch das BORA Konzept ermöglicht, die bisherigen Therapieansätze zu überprüfen und ggf. zu verändern bzw. zu erweitern. Dies bestätigen die Ergebnisse, da die meisten Fachkliniken einen Zusatznutzen durch BORA feststellen konnten. Wichtig ist dabei, dass der zusätzliche Mehraufwand auch von den Leistungsträgern entsprechend vergütet wird.

3.3. Vergleich der Umfrageergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der oben beschriebenen Umfragen der Studierenden und des Fachverbands Sucht e.V. nochmal kurz zusammengefasst und anschließend miteinander verglichen.

⁶² Ebd.

⁶³ Ebd. S. 42.

⁶⁴ Ebd. S. 39.

Die Beteiligungsquote bei der Umfrage der Studierenden war deutlich geringer, als beim Fachverband Sucht. Von allen angeschriebenen Mitglieds-einrichtungen antworteten weniger als die Hälfte der Befragten, während beim Fachverband Sucht fast alle Einrichtungen an der Umfrage teilnahmen. Auch bei der Ergebnisdarstellung gibt es einen großen Unterschied. Die Studierenden bilden in Ihrer Präsentation die Antworten von allen Einrichtungstypen ab, wohingegen sich der Fachverband nur auf die Ergebnisse der Fachkliniken beschränkt. Dennoch ist es sinnvoll die Ergebnisse miteinander zu vergleichen, da auch bei den Ergebnissen der Studierenden die Fachkliniken die Mehrheit ausmachen.⁶⁵

Die Einrichtungen des Fachverbands Sucht haben bereits alle ein BORA-Konzept vorliegen, wohingegen über 10 % der Einrichtungen des buss noch kein Konzept besitzen. Bei 30 % ist das Konzept vom Federführer nicht anerkannt worden, bzw. liegt noch keine Rückmeldung vor. Wie diesbezüglich der Stand beim Fachverband aussieht, ist nicht nachvollziehbar.

Ein Mehrbedarf, zum einen personell und zum anderen organisatorisch, wurde von knapp der Hälfte der Fachkliniken des Fachverbandes Sucht beschrieben, sowie von knapp 75% der Einrichtungen des buss. Beide Umfragen zeigen, dass besonders der personelle Mehrbedarf und die Weiterbildung von Mitarbeitern eine große Rolle bei der Umsetzung spielen. Ferner werden von beiden Seiten zum einen zusätzliche Therapiegeräte (für Diagnostik und Testungen) und zum anderen der Ausbau der Infrastruktur (u.a. Räumlichkeiten, Kooperationen) benannt. Bezüglich der Einführung von zusätzlichen Leistungen auf Grund von BORA wurde bei der Umfrage der Studierenden keine isolierte Betrachtung vorgenommen. Bei den Fachkliniken des Suchtverbandes äußerten sich dazu ca. 80 %. Am häufigsten wurde die Einführung von zusätzlichen Therapieangeboten und einer berufsbezogenen Diagnostik genannt. Vier Einrichtungen äußerten sogar, dass keinerlei zusätzliche Leistungen notwendig wurden, da diese bereits erbracht werden.

Auffällig sind die Ergebnisse bezüglich der zusätzlichen Vergütung. Bei beiden Umfragen zeigte sich, dass die Mehrheit keine zusätzliche Vergütung

⁶⁵ Siehe Anhang 2, Ergebnispräsentation der Studierenden, S. 54.

vom Federführer erhält. Beim Fachverband Sucht waren es lediglich 4 von 35 Fachkliniken, obwohl doch alle Fachkliniken zuvor angaben ein BORA-Konzept zu besitzen und vereinzelt Mehrbedarfe konzeptionell festgehalten wurden. Ebenfalls verwunderlich ist, dass bei den Einrichtungen vom buss die Federführer im Norden Deutschlands am meisten genannt wurden. Es stellt sich die Frage, wodurch diese regionalen Unterschiede entstehen und warum so wenig Einrichtungen eine zusätzliche Vergütung erhalten. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die Verteilung der Mitgliedseinrichtungen des buss in den einzelnen Regionen Deutschlands unterschiedlich ist. Man könnte jedoch auch unterstellen, dass die Leistungsträger im Norden ein größeres Interesse an der Umsetzung der Empfehlung verfolgen als die Federführer in anderen Regionen.

In Bezug auf den Zusatznutzen durch die BORA-Empfehlungen kommen beide Umfragen zu ähnlichen Ergebnissen. Die Einrichtungen des buss sehen durch BORA vor allem eine Verbesserung der Vermittlung in den Arbeitsmarkt, eine Verbesserung der internen Strukturen und einen Ausbau externer Kooperationen. Der individuelle Therapieverlauf sei ebenfalls ein Indiz für den Erfolg bzw. Misserfolg von BORA. Die Kliniken des Fachverbandes Sucht nannten die Verbesserung der Diagnostik und der Konzepte. Bei beiden Verbänden gab es vereinzelt Einrichtungen, die keinen Zusatznutzen durch BORA erkennen konnten. Da im Bereich der Suchtrehabilitation bereits vorher schon der arbeitsbezogene Aspekt im Mittelpunkt stand, liegt die Vermutung nahe, dass lediglich eine mittlere Verbesserung der beruflichen Integration verspürt wurde und einige Einrichtungen die BORA-Empfehlungen sogar als sinnlos empfinden. Dies würde zumindest erklären warum ca. 13 % der Einrichtungen des buss die Sinnlosigkeit von BORA konkret äußerten und 4 Fachkliniken des Fachverbandes Sucht keine zusätzlichen Leistungen einführen mussten.

Man könnte vorerst zu dem Schluss kommen, dass sich die Umsetzung der BORA-Empfehlungen noch in einem Entwicklungsprozess befinden. Viele Einrichtungen haben noch keine abschließende Rückmeldung von ihren Federführern bezüglich der eingereichten Konzepte bzw. stehen noch mit diesen in Verhandlungen. Wie es zu den regionalen Unterschieden kommt

bleibt offen. Auch wenn vereinzelte Einrichtungen BORA als sinnlos empfinden, werden die Empfehlungen von der Mehrheit als positiv angesehen. Festzuhalten bleibt, dass die BORA-Empfehlungen kein Rahmenkonzept sind und somit lediglich als Impuls, u.a. zur Überprüfung der bisherigen Aktivitäten und ggf. Ergänzung verstanden werden.

Um diese Ergebnisse und die Bedeutung von BORA zu hinterfragen, wurden Experteninterviews durchgeführt. Die weitere Vorgehensweise wird im nächsten Kapitel erläutert.

4. Methodik

In dieser Arbeit wird die Methodik der qualitativen Interviewforschung genutzt. Dieses Kapitel erläutert zunächst diese angewandte Methodik, um im Folgenden den detaillierten Ablauf der Experteninterviews zu beschreiben.

4.1. Interview

Wie bereits mehrfach erwähnt, liegen auf Grund der kurzen vergangenen Zeit, bislang keine ausreichenden Daten zur Beantwortung der Forschungsfragen vor, sodass eine eigene empirische Untersuchung notwendig war. Die Wahl der Methode fiel auf das qualitative leitfadenorientierte Experteninterview. Hierbei handelt es sich um eine Art Mischform aus einem Leitfadeninterview und einem Experteninterview.

Die Form des leitfadengestützten Interviews ist eine gut ausgearbeitete Methode um qualitative Daten zu erzeugen. Der Leitfaden als Erhebungsinstrument dient dabei zur Führung des Interviews.⁶⁶ Die Experten stellen daneben eine spezielle Zielgruppe dar, die über eine besondere Art von Wissen verfügen.⁶⁷ Der vorab erstellte Leitfaden wird allen Interviews zugrunde gelegt, sodass eine gute Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews gewährleistet ist.⁶⁸

Um mögliche Hypothesen zu entwickeln, Probleme aufzuzeigen und Erklärungen für bestimmte Situationen zu finden, eignet sich das Interview von Einzelpersonen oder Gruppen besonders.⁶⁹ Die Befragung von Experten wird u.a. verwendet, um bereits gewonnene Ergebnisse zu interpretieren und Einschätzungen zu Sachverhalten zu bekommen, die schwer strukturierbar sind.⁷⁰

Diese Arbeit möchte zum einen die Ergebnisse des Studentenprojekts interpretieren und zum anderen neue Erkenntnisse über die BORA-Empfehlungen liefern. Um an spezielles Wissen und Erfahrungen zu kommen, erschien der Autorin daher die Durchführung von Experteninterviews am sinnvollsten.

4.1.1. Leitfaden für Expertenbefragung

Zur Vorbereitung der Interviews ist vorab ein Interviewleitfaden zu erstellen. Dieser befindet sich im Anhang 4. Er dient der Gestaltung des Interviewablaufs und enthält vorformulierte Fragen. Dabei ist darauf zu achten, dass eine maximale Offenheit aufgrund des Forschungsinteresses einzuschränken ist. Es gilt das Prinzip „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“.⁷¹

⁶⁶ Vgl. Baur N./Blasius J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, S.559.

⁶⁷ Ebd. S. 560.

⁶⁸ Ebd. S. 565.

⁶⁹ M. Karmasin (Hrsg.): Die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten, S: 110 f.

⁷⁰ Ebd. S. 113.

⁷¹ Vgl. Baur N./Blasius J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, S. 560.

Im Folgenden wird das angewandte Verfahren von Cornelia Helfferich, zur Erstellung eines Leitfadens vorgestellt:

1. Als erstes wird den Befragten die Möglichkeit gegeben sich komplett frei zu äußern, in Form einer Erzählaufforderung.
2. Im Zweiten Schritt werden die Aspekte nachgefragt, zu denen keine Texte bzw. Quellen, existieren.

Schritt 1 und 2 können wiederholt werden.

3. Der dritte Schritt gibt im abschließenden Teil strukturierte und vorformulierte Fragen vor.

Um das eigene Forschungsinteresse zu realisieren und sich von Fixierungen auf Detailfragen zu lösen, dient eine sogenannte SPSS-Formel:

- S = Sammeln von Fragen, um möglichst viele Teilaspekte zusammenzutragen
- P = Prüfen dieser Fragen, mit Rückbezug auf das Forschungsinteresse und die einzelnen Forschungsfragen
- S = Sortieren, nach Inhalt, Frageform und zeitlicher Abfolge
- S = Subsumieren, um für jedes Fallbündel einen vorherigen Impuls zu geben

An dieser Stelle ist zu betonen, dass bei Experteninterviews eher eine Form mit mehr Struktur und weniger mit Erzählaufforderungen genutzt wird.⁷²

Unter Beachtung dieser angeführten Aspekte wurden von der Autorin zunächst sämtliche Fragen zum Thema BORA gesammelt. Als Hilfsmittel diente eine Mindmap. Im zweiten Schritt wurden die Fragen selektiert, die der Beantwortung der Forschungsfragen dienen und ähnliche Fragen zusammengefasst. Anschließend erfolgte eine Sortierung entsprechend der einzelnen Forschungsfragen. Für jede Forschungsfrage wurde ein eigenes Fragenkapitel angelegt. Die konkrete Gestaltung wird im Folgenden erläutert:

Der Leitfaden besteht aus insgesamt 5 Teilen⁷³:

⁷² Ebd. S: 566 ff.

⁷³ Siehe Anhang 4, Interviewleitfaden, S.75-76.

1. Einleitung: Hierbei erfolgt eine Erzählaufforderung über die eigene Person und die bisherigen Erfahrungen mit BORA.
2. Im zweiten Kapitel geht es um die Ergebnisse des Studentenprojektes. Durch vorgegebene Fragen soll die Meinung der Experten zu den Ergebnissen veranschaulicht werden.
3. Der dritte Teil knüpft an die Ergebnisse des Studentenprojektes an und hinterfragt zudem die eigenen Erfahrungen bei der Umsetzung der BORA-Empfehlungen.
4. Im vierten Teil des Leitfadens wird speziell auf die Veränderungen bzw. Fortschritte durch BORA eingegangen. Ziel ist es, herauszufinden, ob es überhaupt zu wesentlichen Veränderungen durch die BORA-Empfehlungen kam.
5. Zum Schluss wird den Experten die Möglichkeit eingeräumt weitere Aspekte anzusprechen. Außerdem wird nach möglichen Perspektive und/ oder Entwicklungspotential gefragt.

Die Fragen des Leitfadens wurden überwiegend strukturierend vorformuliert, um möglichst vergleichbare Aussagen von den Experten zu erhalten. Eine freie erzählgenerierende Gestaltung birgt die Gefahr, zu weit von der Thematik und den wichtigsten Aspekten abzuschweifen, sodass die Autorin sich für einen strukturierten Leitfaden entschieden hat.

4.1.2. Ablauf der Interviews

Die Experten wurden vorab, in Absprache mit dem Erstprüfer dieser Arbeit, ausgewählt, um einen möglichst breiten Überblick in die Thematik zu erhalten, da keine repräsentativen Ergebnisse zur Verfügung stehen. Es wurden insgesamt vier Fachkliniken, zwei Mitverfasser der Empfehlungen und eine Adaptionseinrichtung ausgewählt. Die Kontaktaufnahme erfolgte zunächst per E-Mail mit einem kurzen Informationsblatt⁷⁴ und dem Interviewleitfaden.⁷⁵ Im Anschluss fand die Terminierung der Interviews statt. Insgesamt

⁷⁴ Siehe Anhang 3, Informationsschreiben, S. 73-74.

⁷⁵ Siehe Anhang 4, Interviewleitfaden, S. 75-76.

wurden sieben Interviews geführt, wovon vier telefonisch und drei persönlich vor Ort in der jeweiligen Einrichtung erfolgten. Die Experten setzen sich wie folgt zusammen:

- Experteninterview 1: Leiter einer Fachklinik im Raum Berlin
- Experteninterview 2: Therapeutischer Gesamtleiter einer Fachklinik im Raum Baden-Württemberg
- Experteninterview 3: Therapeutischer Leiter einer Adaptionseinrichtung im Raum Hamburg
- Experteninterview 4: Chefarztin einer Fachklinik im Raum Nordrhein-westfalen
- Experteninterview 5: Leiterin einer Fachklinik im Raum Niedersachsen
- Experteninterview 6: Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V. und gleichzeitig Mitverfasser der Empfehlungen
- Experteninterview 7: Vertreter der DRV und ebenfalls Mitverfasser der Empfehlungen.

Zu Beginn fand eine kurze Begrüßung statt und eine kurze Erläuterung bezüglich des Zwecks des Interviews. Die Gespräche wurden mithilfe eines Smartphones aufgezeichnet, um eine spätere Verschriftlichung zu vereinfachen. Die Audioaufzeichnungen wurden direkt nach der Verschriftlichung gelöscht. Schriftliche Notizen wurden ebenfalls geführt. Nach Rückfrage, ob der Leitfaden vorliegt begann das Interview.

Die Fragen im Leitfaden wurden der Reihe nach beantwortet. Bei unklaren Aussagen fand eine Rückfrage statt. Nachdem alle Fragen des Leitfadens beantwortet waren bedankte sich die Interviewführerin. Es wurde das weitere Vorgehen erläutert und die Interviewführerin verabschiedete sich.

Die Interviews wurden im Rahmen eines Gedächtnisprotokolls verschriftlicht und dem jeweiligen Interviewpartner per Mail zugesandt. Dabei wurden sowohl die Audioaufnahmen, als auch die schriftlichen Notizen genutzt. Nach erfolgter Korrektur wurde mit einer Unterschrift, die Richtigkeit der Angaben bestätigt und einer anonymisierten Veröffentlichung im Rahmen dieser Arbeit zugestimmt.

Aufgrund des Datenschutzes wurden weder die Namen der Interviewpartner genannt, noch der Name oder der Ort der Einrichtung. Lediglich eine übergeordnete regionale Einordnung wurde vorgenommen. Somit können Rückschlüsse auf regionale Unterschiede gezogen werden, jedoch nicht auf eine konkrete Einrichtung bzw. Person.

4.2. Auswertung des Untersuchungsmaterials

Qualitative Interviews werden in den meisten Fällen als Audioaufzeichnung festgehalten. Ausgewertet werden jedoch nicht die Rohdaten, sondern deren Verschriftlichung. Audioaufnahmen zu transkribieren ist eine sehr zeitaufwändige Angelegenheit, zudem existieren dazu zahlreiche Transkriptionssysteme.⁷⁶ Nach Rücksprache mit dem Erstprüfer dieser Arbeit wurde auf eine wortwörtliche Transkription der Interviews verzichtet, um u.a. den Zeitplan dieser Abschlussarbeit einhalten zu können. Die Interviews wurden daher in Form von Gedächtnisprotokollen verschriftlicht. Zur Unterstützung dienten Audioaufzeichnungen und Mitschriften der Interviewerin.

Eine häufig angewandte Auswertungsmethode von offenen Interviews ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.⁷⁷ Hierbei werden anhand der Textinhalte Kategorien gebildet, denen die einzelnen Aussagen der Interviews zugeordnet werden. Dieses Kategoriensystem stellt damit das Instrument der Analyse dar.⁷⁸ Diese Methode wurde in den 1980ern entwickelt um eine erhebliche Menge an Daten mit interpretativen Zügen auswerten zu können. Dazu dienen mehrere Techniken.⁷⁹

Da im Rahmen dieser Arbeit lediglich sieben Interviews zu analysieren sind, wird auf eine umfängliche Anwendung dieser Methode verzichtet und auch weitere detaillierte Erläuterungen an dieser Stelle ausgelassen.

⁷⁶ Vgl. Baur N./Blasius J. (Hrsg.), Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, S.390.

⁷⁷ Ebd. S. 543.

⁷⁸ Ebd. S. 544.

⁷⁹ Ebd. S. 545 ff.

Nachdem alle Interviews transkribiert und von den Experten autorisiert waren, fand eine genaue Analyse des Datenmaterials statt. Es liegen vier Interviews mit Fachkliniken vor, ein Interview mit einer Adaptionseinrichtung und zwei Interviews mit Mitverfassern der BORA-Empfehlungen. Diese Gedächtnisprotokolle werden nun mithilfe einer sogenannten vergleichenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Dazu werden jeweils die Aussagen der Einrichtungen und die der Mitverfasser gegenübergestellt. Es werden zwar keine konkreten Kategorien gebildet, jedoch werden Aussagen mit den gleichen Aspekten zusammengefasst. Auf diese Weise werden sowohl Unterschiede, als auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt.

Im nächsten Kapitel erfolgt nun die vergleichende Inhaltsanalyse.

5. Ergebnisdarstellung und Analyse

Das folgende Kapitel beschreibt und analysiert die einzelnen Aussagen der befragten Experten. Dabei wird sich am Interviewleitfaden orientiert.⁸⁰ Es wird darauf hingewiesen, dass nur die Inhalte thematisiert werden, die für die Zielsetzung dieser Arbeit erforderlich sind. Am Ende eines jeden Unterkapitels werden die Ergebnisse kurz zusammengefasst, um einen besseren Überblick zu gewährleisten.

5.1. Aussagen zu den Einleitungen

Zu Beginn des Interviews sollten die Experten ihre Rolle im BORA-Prozess beschreiben und von ihren bisherigen Erfahrungen bzw. dem aktuellen Stand in ihren Einrichtungen berichten.

⁸⁰ Siehe Anhang 4, Interviewleitfaden, S.75-76.

Zwei der Interviewpartner sind Mitverfasser der BORA-Empfehlungen. Die restlichen fünf sind Einrichtungsleiter bzw. therapeutische Leiter in den jeweiligen Einrichtungen. Die Leiter der Fachkliniken haben alle ein Konzept verfasst und tragen die Verantwortung für die Umsetzung. In der Adaptionseinrichtung liegt kein BORA Konzept vor, die Begründung des Experten: „Adaption ist BORA“.⁸¹

Die bisherigen Erfahrungen zeigen keine großartigen Veränderungen durch die Umsetzung der BORA-Empfehlungen, da viele Inhalte der Empfehlung bereits vorher umgesetzt wurden. Diese Meinung wird von drei Fachkliniken und dem Vertreter des Suchtverbandes geteilt. Die Adaptionseinrichtung konnte auch keine wesentliche Veränderung durch die Einführung von BORA feststellen, obwohl dies nach Einführung in den Fachkliniken zu erwarten gewesen wäre.⁸²

Zwei der vier Fachkliniken bekamen vom Federführer eine Aufforderung ein BORA-Konzept einzureichen. Die Aufforderungen kamen von der DRV Bund und Baden-Württemberg. Die DRV Bund hat bislang jedoch keine Rückmeldung gegeben, ob das Konzept anerkannt wird.⁸³ In den anderen Fachkliniken (drei) ist das Konzept vom Federführer anerkannt (DRV Rheinland, DRV Braunschweig-Hannover und DRV Baden-Württemberg).⁸⁴

Der Vertreter des Suchtverbandes sieht BORA als spezielle Entwicklung für die Suchtrehabilitation, da im Bereich der somatischen Rehabilitation die MBOR entwickelt wurde. Die BORA-Empfehlungen bewirken eine systematischere Weiterentwicklung in Form von Präzision der bereits bestehenden Prozesse und Interventionen. Eine individuellere Gestaltung der Therapie wird ermöglicht.⁸⁵

Ein ähnlicher Eindruck zeichnet sich beim anderen Mitverfasser der BORA-Empfehlung ab. Die Einrichtungen haben Schwierigkeiten die individuellen BORA-Prozesse der einzelnen Patienten konsequent durchzuführen und bislang erfolgt noch zu wenig Praxisorientierung. Aber es zeigten sich gute

⁸¹ Siehe Anhang 7, Interview Experte 3, S. 83.

⁸² Ebd.

⁸³ Siehe Anhang 5+6, Interviews Experten 1+2, S. 77, 80.

⁸⁴ Siehe Anhang 6-9, Interviews Experten 2-5, S. 80, 83, 86, 89.

⁸⁵ Siehe Anhang 10, Interview Experte 6, S.92.

Erfahrungen, wenn eine konsequente Umsetzung der BORA-Konzeption stattfand.⁸⁶

Es wird deutlich, dass die BORA-Empfehlungen keine komplett neuen Erkenntnisse liefern, jedoch deutliche Impulse zur weiteren Entwicklung im Bereich der Suchtrehabilitation geben, die auch effektiv von den Fachkliniken genutzt werden.

Mit Ausnahme der Adaptionseinrichtung beschreiben somit alle Experten ihre Erfahrungen mit den BORA-Empfehlungen insgesamt als positiv. Das Konzept ist aber nicht in allen Fachkliniken anerkannt und lediglich eine Klinik im Raum Niedersachsen erhält eine zusätzliche Vergütung von ihrem Federführer (DRV Braunschweig/Hannover).⁸⁷

5.2. Erläuterungen zum Forschungsprojekt von Studierenden

5.2.1. Eindrücke zu den Ergebnissen des Projekts

Dieses Unterkapitel beschreibt und analysiert die Ergebnisse zu den Fragen 2.1 und 2.2 des Interviewleitfadens. Die Interviewpartner sollten erläutern, ob die Ergebnisse des Studentenprojekts für sie nachvollziehbar sind und ob es aus ihrer Sicht überraschende Ergebnisse gibt.

Die beiden Mitverfasser der BORA-Empfehlungen finden die Ergebnisse plausibel und nachvollziehbar, da diese die eigenen Erfahrungen wieder spiegeln. Überraschende Ergebnisse gab es demnach für die beiden Experten nicht. Auffällig waren nur die geringe Teilnahme-Quote von 44 % und die teilweise zurückhaltenden Formulierungen der Einrichtungen.⁸⁸

Insgesamt drei von fünf Einrichtungen äußerten klar, dass die Ergebnisse für sie ebenfalls nachvollziehbar seien und keine besonderen Überraschungen zeigen. Dazu gehörte auch die Adaptionseinrichtung, die jedoch die

⁸⁶ Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.96.

⁸⁷ Siehe Anhang 9, Interview Experte 5, S.89.

⁸⁸ Siehe Anhang 10 - 11, Interviews Experten 6+7, S.92, 96.

unterschiedliche Vergütung als auffällig empfand.⁸⁹ Eine Fachklinik machte durch ihre Aussagen auch ihre Nachvollziehbarkeit deutlich. Die andere Fachklinik fand nicht alles plausibel. Diese beiden Kliniken äußerten ihre Verwunderung über die Angaben bezüglich der Länge des BORA-Konzepts bzw. bezüglich des Aufwands für die Erstellung.⁹⁰

Zudem äußerte ein Experte einer Fachklinik, dass er kein Verständnis dafür habe, dass BORA von manchen Einrichtungen als sinnlos empfunden wird, da es keine „perfekte Einrichtung“ gäbe und somit alle von BORA profitieren würden.⁹¹

Es wird deutlich, dass die Ergebnisse der Umfrage der Studierenden im Großen und Ganzen für die Experten plausibel und nachvollziehbar sind. Die Ergebnisse spiegeln die Erfahrungen der Szene wieder und machen deutlich, dass sich die Umsetzung der Empfehlungen noch in einem Prozess befindet, der sich stetig weiterentwickelt.

Das nächste Unterkapitel stellt nun die persönlichen Erfahrungen der Experten zu den einzelnen Ergebnissen dar.

5.2.2. Persönliche Erfahrungen zu den Ergebnissen

Die Antworten zu der Frage 2.3 werden zusammengefasst.

Im Interview mit dem Vertreter des Suchtverbandes wurde bei dieser Frage auf die Ergebnisse der eigenen Umfrage verwiesen. Da diese ausführlich im Kapitel 3.2. dieser Arbeit beschrieben wurden, wird an dieser Stelle darauf verzichtet.

Vom anderen Mitverfasser wurde auf die sparsame Nutzung der zusätzlichen Finanzierung, sowie der unterschiedlichen Förderung der Konzepterstellung der einzelnen Leistungsträger hingewiesen.⁹²

⁸⁹ Siehe Anhang 7-9, Interviews Experten 3-5, S.83, 86, 89.

⁹⁰ Siehe Anhang 5-6, Interviews Experten 1-2, S.77, 80.

⁹¹ Siehe Anhang 6, Interview Experte 2, S.80.

⁹² Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.96.

„BORA ist für die Adaption inhaltlich keine Neuigkeit“ äußert sich der Experte der Adaptionseinrichtung zu dieser Frage. Arbeitsbezogene Fragestellungen und Maßnahmen waren schon immer ein Schwerpunkt des Angebots in der Adaption.⁹³

Die vier Fachkliniken sind sich einig, dass BORA eher einen Ausbau vorhandener Strukturen und Instrumente bewirkt. Personalerweiterungen waren ebenfalls bei allen Fachkliniken notwendig. Die Anschaffung von zusätzlicher Ausstattung bzw. der Ausbau von Kooperationsstrukturen war jedoch nicht erforderlich. Insgesamt wird BORA von allen vier Fachkliniken als sinnvoll empfunden, da der Fokus stärker auf Themen der Teilhabe bzw. auf das Thema Arbeit gerichtet wird.

Nur eine der vier Einrichtungen erhält eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 4 EUR pro Behandlungstag.⁹⁴ Zwei Einrichtungen erhalten keine und eine hat eine Zusatzvergütung beantragt, wartet aber noch auf das Ergebnis.

Es wird deutlich, dass BORA für die Adaption bislang keine spürbaren Veränderungen gezeigt hat. Zwar gibt es auch in den Fachkliniken keine wesentlichen Änderungen in den bisherigen Strukturen, jedoch sind sich alle Experten einig, dass BORA einen Ausbau ermöglicht und den Fokus mehr auf das Thema Arbeit lenkt. Die Möglichkeit der zusätzlichen Vergütung wird noch nicht von allen Leistungsträgern gewährt bzw. scheint die Umsetzung problematisch. Interessant wäre herauszufinden, woran dies genau liegt. Insgesamt zeigen die bisherigen Erfahrungen der Experten zu den Ergebnissen der Studierenden, jedoch eine positive Haltung gegenüber den BORA-Empfehlungen.

5.3. Erfahrungen zur Umsetzung der Empfehlungen

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit den Fragen 3.1. bis 3.3. des Interviewleitfadens.

⁹³ Siehe Anhang 7, Interview Experte 3, S.83 f.

⁹⁴ Siehe Anhang 9, Interview Experte 5, S.89 f.

Zunächst sollten die Experten ihre mögliche Erklärung zur unterschiedlichen (regionalen) Umsetzung der BORA-Empfehlungen kundtun.

Die Mitverfasser der Empfehlungen benennen vor allem die Unterschiedlichkeit der einzelnen Leistungsträger. Der jeweilige Fokus bzw. die Priorität sind regional sehr unterschiedlich. Außerdem spielt es auch eine Rolle, inwieweit die jeweiligen Einrichtungen bereits vorher Teile der Empfehlungen umgesetzt haben. Der Vertreter der DRV führt noch an, dass die finanzielle Ausstattung und der Ausbau der Netzwerke regional unterschiedlich sind.⁹⁵

Die Meinung der unterschiedlichen Herangehensweise der Leistungsträger wird von der Adaptionseinrichtung und zwei weiteren Einrichtungen geteilt. Es gäbe kein einheitliches System bei den unterschiedlichen Leistungsträgern.

Eine Fachklinik begründet den regionalen Unterschied damit, dass der buss-Verband nicht in allen Regionen gleich viele Mitgliedseinrichtungen hat.⁹⁶ Eine andere Fachklinik sieht die Begründung innerhalb der deutschen Systeme. Es gäbe keine einheitlichen Systeme in Deutschland.⁹⁷

Zwei von fünf Einrichtungen waren jedoch ebenfalls der Meinung, dass eine genaue Beurteilung generell schwierig sei.⁹⁸

Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die meisten Experten die Unterschiedlichkeit sowie die verschiedenen Herangehensweisen der einzelnen Leistungsträger für die ungleichmäßige (regionale) Umsetzung verantwortlich machen.

Bei der nächsten Frage ging es um die Bedeutung der einzelnen Elemente zur erfolgreichen Umsetzung der BORA-Empfehlungen.

Zwei Einrichtungen empfinden alle Elemente als wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung. Die Elemente hängen alle zusammen, sodass keines allein als wichtigstes zu kennzeichnen wäre.

⁹⁵ Siehe Anhang 10-11, Interviews Experten 6-7, S.93, 97.

⁹⁶ Siehe Anhang 6, Interview Experte 2, S.81.

⁹⁷ Siehe Anhang 9, Interview Experte 5, S.90.

⁹⁸ Ebd. Und Interview Experte 1, S.78.

Weitere zwei Einrichtungen (u.a. die Adaption) sind der Meinung, dass Diagnostik und Assessmentverfahren von besonderer Bedeutung sind.

Die letzte der fünf Einrichtungen sieht die personellen und strukturellen Voraussetzungen als wichtigstes Element. Eine Person, die für die Umsetzung verantwortlich ist, wäre sinnvoll.⁹⁹

Die beiden Mitverfasser teilen die Meinungen der Einrichtungen. Der Experte des Suchtverbandes sieht die BORA-Empfehlungen ebenfalls als Gesamtkonzept, bei dem kein Element ein Alleinstellungsmerkmal besitzen kann. Außerdem sei gesagt, dass den Einrichtungen nicht das Arbeitsmarktrisiko übertragen werden könne.¹⁰⁰

Dem gegenüber steht die Meinung des Vertreters der DRV. Für ihn sind Diagnostik und Netzwerkarbeit besonders wichtig. Der Fokus müsse stärker auf die Arbeitsfähigkeit gerichtet werden, da das Ziel die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Blick sein sollte. Die Psychotherapie solle außerdem konkret den BORA-Empfehlungen dienen.¹⁰¹

Es lässt sich festhalten, dass die Experten unterschiedliche Meinungen vertreten. Die einen sehen BORA als Gesamtkonzept bei dem alle Elemente von Bedeutung sind, die anderen empfinden insbesondere die Diagnostik und strukturellen Voraussetzungen als bedeutungsvoll.

Im weiteren Verlauf wurden die Experten bezüglich der Unterstützung bei der Umsetzung befragt. Im Interview mit der Adaptionseinrichtung und dem Suchtverband wurde diese Frage jedoch ausgelassen. Die Adaption hat kein BORA-Konzept, weshalb dazu keine Aussage gemacht werden konnte und der Suchtverband ist an der Umsetzung in den Einrichtungen nicht beteiligt.

Zwei von vier Einrichtungen erhielten bislang keinerlei Unterstützung bei der Umsetzung. Eine Einrichtung erhielt ebenfalls keine Unterstützung seitens

⁹⁹ Siehe Anhang 8, Interview Experte 4, S.87.

¹⁰⁰ Siehe Anhang 10, Interview Experte 6, S.93.

¹⁰¹ Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.97.

der DRV, aber von ihrer übergeordneten Organisation. Die andere Fachklinik hat im gemeinsamen Dialog mit der DRV Braunschweig/ Hannover das BORA-Konzept erstellt und erhält sogar eine zusätzliche Vergütung.

Der Vertreter der DRV bietet den Einrichtungen in seinem Gebiet viele Unterstützungsmöglichkeiten: gemeinsamer Dialog, Prüfung der Konzepte, zusätzliche Vergütung bei erkennbarem Mehraufwand, Fachberatung und Initiierung von Qualitätszirkeln.¹⁰²

Somit erhielt lediglich eine von vier befragten Fachkliniken Unterstützung bei der Umsetzung der BORA-Empfehlungen. Die anderen waren auf sich alleine gestellt.

Aus diesem Unterkapitel lässt sich Schlussfolgern, dass die Umsetzung der BORA-Empfehlungen sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Erkennbar ist, dass zu wenig Unterstützung seitens der Leistungsträger erfolgt und die einzelnen Träger zu unterschiedlich agieren. Eine einheitliche Vorgehensweise wäre wünschenswert, um auch eine einheitliche Umsetzung gewährleisten zu können.

5.4. Veränderungen und Fortschritte durch BORA

5.4.1. Allgemeine Veränderungen

Dieses Unterkapitel fasst die Antworten der Experten zu den Fragen 4.1. bis 4.3. zusammen.

Die beiden Mitverfasser der Empfehlungen sind sich einig, dass durch die BORA-Empfehlungen bei allen Beteiligten eine Fokussierung auf das

¹⁰² Ebd.

Thema Arbeit, mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung, stattgefunden hat.¹⁰³ Diese Meinung wird auch von allen vier Experten der Fachkliniken vertreten.¹⁰⁴ Für die Adaption gab es bislang nach der Meinung des Experten keine spürbaren Veränderungen oder Fortschritte.¹⁰⁵

In Bezug auf Veränderungen im Reha-Prozess äußern die Mitverfasser unterschiedliche Dinge. Der Experte des Suchtverbands weist darauf hin, dass dies von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich sei, jedoch prinzipiell ein strukturiertes Vorgehen das Ziel der Empfehlungen darstellt.¹⁰⁶ Der Vertreter der DRV sieht Veränderungen besonders in der präziseren sozialmedizinischen Beschreibung im Entlassungsbericht. Der sogenannte „BORA-Gedanke“ sei bei den Einrichtungen in den Vordergrund gerückt.¹⁰⁷

Zwei von vier Fachkliniken haben keine wesentliche Veränderung im Reha-Prozess bemerkt, jedoch empfindet eine den Prozess als strukturierter.¹⁰⁸ Die anderen beiden Fachkliniken sehen deutliche Veränderungen durch die Berufsorientierung als zentrale Rolle, wodurch ein höheres Therapieangebot und Transparenz der einzelnen Therapieschritte ermöglicht wird.¹⁰⁹

Die Frage nach den konkreten Veränderungen innerhalb der Einrichtung konnten vom Vertreter des Suchtverbands und der Adaptionseinrichtung nicht beantwortet werden.

Der Vertreter der DRV hat in seinen Einrichtungen insbesondere eine Veränderung im Bereich Diagnostik und Anamnese wahrgenommen, hauptsächlich durch die Einführung der BORA-Zielgruppen. Außerdem kam es zu einem Kooperationsausbau mit der Arbeitsagentur.¹¹⁰

Die Fachkliniken sind sich einig, dass BORA eine gewisse Struktur vorgibt, insbesondere innerhalb der Diagnostik und Therapieplanung. Es wird eine

¹⁰³ Siehe Anhang 10-11, Interviews Experten 6+7, S.93 f., 97 f.

¹⁰⁴ Siehe Anhang 5-6 und 8-9, Interviews Experten 1-2 und 4-5, S.78 f., 81 f., 87, 90 f.

¹⁰⁵ Siehe Anhang 7, Interview Experte 3, S.84.

¹⁰⁶ Siehe Anhang 10, Interview Experte 6, S.93 f.

¹⁰⁷ Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.97 f.

¹⁰⁸ Siehe Anhang 5+9, Interviews Experten 1+5, S.78, 90.

¹⁰⁹ Siehe Anhang 6+8, Interviews Experten 2+4, S.82, 87.

¹¹⁰ Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.98.

individuellere Gestaltung ermöglicht. Zudem verzeichneten alle Einrichtungen neue Therapieangebote.¹¹¹ Eine Klinik ermöglicht sogar eine Arbeits- und Belastungserprobung unter therapeutischer Begleitung.¹¹² Eine weitere Klinik konnte ihre Kooperation mit dem Jobcenter ausbauen.¹¹³

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch BORA folgende Veränderungen und Fortschritte erzielt wurden:

- Fokussierung auf das Thema Arbeit
- Strukturierte Prozesse innerhalb der Einrichtungen
- Diagnostikverfahren (individuellere Therapiegestaltung)

5.4.2. Erfolgsmessung

Die Meinungen der Experten zum Thema Erfolgsmessung und deren Umsetzung zeichnen sich ziemlich unterschiedlich ab.

Der Vertreter der DRV ist der Meinung, dass eine präzise Gegenüberstellung des Bedarfs bei Aufnahme und Entlassung Aufschluss über die erreichten Ziele geben kann. Die Leistungsträger können dies anhand der Zahlen der betrieblichen Wiedereingliederung prüfen. Der Zusammenhang mit BORA muss dabei allerdings untersucht werden. Außerdem könne man die Einrichtungen nach 2-3 Jahren konkret nach ihrer Zufriedenheit befragen.¹¹⁴

Dem gegenüber äußert sich der Vertreter des Suchtverbandes zu dieser Thematik sehr skeptisch, da seiner Meinung nach eine Erfolgsmessung sehr schwierig sei. Es spielen zu viele andere Faktoren, wie beispielsweise die Arbeitsmarktsituation in den jeweiligen Regionen, eine zu große Rolle.

¹¹¹ Siehe Anhang 5-6 und 8-9, Interviews Experten 1-2 und 4-5, S.79, 82, 87, 91.

¹¹² Siehe Anhang 5, Interview Experte 1, S.79.

¹¹³ Siehe Anhang 9, Interview Experte 5, S.91.

¹¹⁴ Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.98.

Es bestehe jedoch die Möglichkeit mittels Patientenbefragungen die Zufriedenheit der Rehabilitanden abzufragen.¹¹⁵ Das Instrument der Befragung wird auch von einer Fachklinik vorgeschlagen.¹¹⁶

Die Skepsis eine Erfolgsmessung zu ermöglichen äußerten ebenfalls zwei der Fachkliniken. Es mangelt zum einen an geeigneten Messinstrumenten und zum anderen an konkret messbaren Parametern.¹¹⁷ Die betriebliche Integration könne nur als Indiz gesehen werden, da dabei ebenfalls zu viele andere Faktoren mit einfließen.¹¹⁸ Wichtig in den Augen der Adaptionseinrichtung und einer weiteren Klinik wäre jedoch, die Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation mit einem möglichst klaren Bild ihrer beruflichen Kompetenzen und Zielsetzungen zu entlassen.¹¹⁹

Festzuhalten ist, dass eine konkrete Erfolgsmessung der BORA-Empfehlungen scheinbar zurzeit nicht möglich ist, da es an den passenden Messinstrumenten fehlt. BORA wird von vielen Faktoren, die außerhalb der Rehabilitation liegen, beeinflusst. Die Befragung der Patienten bzw. der Therapeuten könnte jedoch ein Ansatz sein, um zumindest einen kleinen Einblick zu erhalten.

5.5. Weitere Aspekte und Ausblick der Experten

Die Antworten zu den letzten beiden Fragen des Interviewleitfadens werden erläutert.

Die beiden Mitverfasser der BORA-Empfehlungen sind sich einig, dass die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung als eine Gemeinschaftsaufgabe zu sehen sei, sodass die Fachkliniken nicht die alleinige Verantwortung tragen.¹²⁰ Der Vertreter der DRV ergänzt noch, dass es bei den BORA-Empfehlungen zwei zentrale Ziele gibt:

¹¹⁵ Siehe Anhang 10, Interview Experte 6, S.94.

¹¹⁶ Siehe Anhang 6, Interview Experte 2, S.82.

¹¹⁷ Siehe Anhang 8+9, Interviews Experten 4+5, S.87, 91.

¹¹⁸ Siehe Anhang 5+8, Interviews Experten 1+4, S.79, 87.

¹¹⁹ Siehe Anhang 6+7, Interviews Experten 2+3, S.82, 84 f.

¹²⁰ Siehe Anhang 10+11, Interviews Experten 6,7, S.94, 98.

1. Vernetzung nach außen in die Betriebe und zur Arbeitsagentur
2. Engere Vernetzung intern von Psycho- und Arbeitstherapie.

Seiner Meinung nach wäre es sinnvoll, nach ca. 2-3 Jahren diese Ziele zu überprüfen.¹²¹

Für die weitere Zukunft von BORA sehen beide Experten die Notwendigkeit, dass die Einrichtungen zum einen mit ihren Leistungsträgern in Verhandlungen treten und zum anderen die Kooperationsstrukturen weiter ausbauen. Die Umsetzung der BORA-Empfehlungen befände sich zurzeit in einem Prozess mit stetiger Weiterentwicklung, sodass eine Überprüfung, nachdem eine weitläufige Umsetzung stattgefunden hat, sinnvoll erscheine. Interessant wäre außerdem herauszufinden, ob sich die Zielgruppenarbeit bewährt habe.¹²²

Für alle Einrichtungen ist der Aspekt, dass BORA das Thema Arbeit in den Mittelpunkt rückt, von großer Bedeutung. Auch sehen alle für die Zukunft noch Potential zur Weiterentwicklung.¹²³ Drei der fünf Einrichtungen sehen die Notwendigkeit von finanziellen Ressourcen ebenfalls als sehr wichtig an. Für sie ist sowohl eine allgemeine Pflegesatzerhöhung, als auch eine zusätzliche BORA-Vergütung denkbar.¹²⁴

Die Adaptionseinrichtung sieht die Gefahr, dass der Rehabilitand nur noch als Objekt gesehen wird, an dem die Anforderungen der DRV abgearbeitet werden müssen. Prinzipiell sei es gut und richtig das Thema Arbeit durch BORA in den Mittelpunkt zu rücken, man müsse nur darauf achten sich nicht in zu vielen Vorgaben zu verlieren.¹²⁵

Eine andere Einrichtung gibt zu bedenken, dass die Ausgangssituationen der Einrichtungen unterschiedlich seien, weil die berufliche Integration bereits vor BORA bei vielen Kliniken Bestandteil war. Eine erneute Umfrage

¹²¹ Siehe Anhang 11, Interview Experte 7, S.98.

¹²² Siehe Anhang 10+11, Interviews Experten 6+7, S.94, 98.

¹²³ Siehe Anhang 5-9, Interviews Experten 1-5, S.79, 82, 85, 87 f., 91.

¹²⁴ Siehe Anhang 5+6+8, Interviews Experten 1+2+4, S.79, 82, 87 f.

¹²⁵ Siehe Anhang 7, Interview Experte 3, S.85.

in der Zukunft wäre sinnvoll, da sich die Umsetzung von BORA zurzeit in einem Prozess befände.¹²⁶

Die Kontextfaktoren der Rehabilitanden dürfen auch nicht außer Acht gelassen werden. Insbesondere die familiäre Situation spiele eine große Rolle für den Erfolg der Rehabilitation. Diese Einrichtung findet auch die Einführung von BORA im ambulanten Bereich denkbar.¹²⁷

Eine weitere Fachklinik weist darauf hin, dass bei dem ganzen „BORA-Hype“ nicht vergessen werden darf, dass Suchtrehabilitation nicht nur BORA ist. Ein Gleichgewicht zwischen Psychotherapie, BORA und der Gesundheit seien wichtig.¹²⁸

6. Diskussion und Handlungsempfehlung

Als Basis für die folgende Diskussion dient zum einen der Grundlagenteil aus Kapitel zwei und zum anderen der Vergleich der Umfrageergebnisse aus Kapitel drei dieser Arbeit. Neben einem Abgleich zwischen den Ergebnissen der Studierenden und den Antworten der Experten sollen anhand der Erkenntnisse mögliche Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der einheitlichen Umsetzung der BORA-Empfehlungen aufgezeigt werden. Die Interviews wurden sowohl mit Einrichtungen aus verschiedenen Regionen Deutschlands, als auch mit Mitverfassern der Empfehlungen geführt, so dass zwar keine repräsentativen Ergebnisse abgebildet werden können, jedoch zumindest ein guter Überblick geschaffen wird. Anhand der Interviewergebnisse wird die generell positive Haltung gegenüber den BORA-Empfehlungen deutlich. Daher sollen die in der Diskussion gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviews dazu genutzt werden, um mögliche Verbesserungsvorschläge für die Zukunft aufzuzeigen und zu formulieren.

¹²⁶ Siehe Anhang 6, Interview Experte 2, S.82.

¹²⁷ Siehe Anhang 5, Interview Experte 1, S.79.

¹²⁸ Siehe Anhang 9, Interview Experte 5, S.91.

Die Ergebnisse der Studierenden der HBRS stimmen im größten Teil mit den Eindrücken der Experten überein, da die eigenen Erfahrungen aus der Szene wiedergespiegelt werden. Daher scheinen die Ergebnisse der Studierenden nachvollziehbar und plausibel zu sein. Eine konkrete Erklärung für die Unterschiedlichkeit der Umsetzung und dem Umgang mit den Empfehlungen seitens der Federführer zu finden bzw. zu formulieren, scheint schwierig. Als Hauptgrund werden jedoch die fehlenden finanziellen Ressourcen benannt. Die Ausgangssituationen der einzelnen Einrichtungen sind unterschiedlich, sodass auch der Bedarf an finanziellen Ressourcen unterschiedlich ist. Es ist zu erkennen, dass vor allem im Norden Deutschlands die Umsetzung der BORA-Empfehlungen weit fortgeschritten ist und die DRV Braunschweig/Hannover verhältnismäßig oft, auch im Zusammenhang mit einer zusätzlichen Vergütung, genannt wurde. Demnach existiert eine Art Nord-Süd-Gefälle. Wenn man die Anforderungen an ein BORA Konzept aus Kapitel 2.4 dieser Arbeit genauer betrachtet wird deutlich, dass die Einrichtungen, die bislang nur einen geringen Therapieschwerpunkt auf das Thema Arbeit gesetzt hatten, höchstwahrscheinlich mehr finanzielle Ressourcen benötigen werden um den Anforderungen der Empfehlungen gerecht zu werden, als andere. Insbesondere Instrumente für das erwerbsbezogene Screening- und Assessmentverfahren werden benötigt, sowie die Weiterbildung von Mitarbeitern bzw. die Einstellung von zusätzlichem Personal. Um diesen Mehrbedarf abdecken zu können sind zusätzliche Vergütungen unumgänglich. Weitere Gründe für das auffällige Nord-Süd-Gefälle sind fehlende Kooperationen und generell ein unterschiedlicher Fokus bei den einzelnen Einrichtungen. Da kein einheitliches System existiert, kann und will auch jeder seine eigenen Vorstellungen von BORA verwirklichen. Die fehlende Vergütung in einzelnen Regionen scheint jedoch der ausschlaggebende Punkt für den unterschiedlichen Grad der Umsetzung zu sein. Daher werden zusätzliche Fragen aufgeworfen und diskutiert:

- Wie kann man diese finanziellen Unterschiede in den einzelnen Regionen überwinden?
- Gibt es Möglichkeiten, beispielsweise durch allgemeine Budgetierungen, finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen?

- Wie können neue Anreize geschaffen werden, um eine einheitliche Umsetzung zu verwirklichen?
- Sollten die Empfehlungen in ein konkretes Konzept umgewandelt werden?

Würde man die BORA-Empfehlungen als ein konkretes Rahmenkonzept einpflegen, gäbe es eine bundesweite einheitliche Vorgabe. Dadurch könnte wiederum der allgemeine Pflegesatz angepasst werden, sodass mehr finanzielle Ressourcen für alle Einrichtungen zur Verfügung stehen würden. Es entstehen neue Anreize BORA konkret umzusetzen, sodass der Prozess der Umsetzung durchaus positiv beeinflusst werden kann. Selbstverständlich darf das Engagement der Einrichtungen nicht außer Acht gelassen werden. Das vorgegebene Konzept kann die besten Strukturen und Rahmenbedingungen vorgeben, jedoch wird auch dies ohne den Einsatz und Willen der Einrichtungen nicht zum gewünschten Erfolg führen. Wichtig wäre deshalb, dass die Federführer mit Ihren Einrichtungen in den Dialog treten und gemeinsam an der Umsetzung arbeiten. Viele Einrichtungen haben entweder keine Rückmeldung vom Federführer erhalten oder aber sind selbst nicht mit ihnen in Verhandlung getreten. Beide Seiten müssen mehr miteinander arbeiten, als nebeneinander. Für eine einheitliche Umsetzung müsste demnach neben den benötigten finanziellen Ressourcen ein einheitliches Rahmenkonzept mit bundesweiter Gültigkeit zur Verfügung stehen. Somit könnte keiner mehr nur seine eigenen Interpretationen verfolgen, sondern es würde ein einheitlicher Konsens geschaffen werden.

Den Antworten der Experten zufolge haben sich in Bezug auf den Rehabilitationsprozess und den Bereich Strukturen und Prozesse, keine wesentlichen Änderungen ergeben. Die BORA-Empfehlungen werden prinzipiell eher als eine Art Ergänzung gesehen. Viele Dinge, die in den Empfehlungen beschrieben werden, wie beispielsweise erwerbsbezogene Diagnostik und Arbeitstherapie, waren bereits vor BORA ein fester Bestandteil der Suchtrehabilitation. Insbesondere bei einer Suchterkrankung haben fast alle Rehabilitanden BBPL, sodass eine berufliche Orientierung schon immer eine Komponente im Rehabilitationsprozess war. Daher scheint es naheliegend, dass es vermeidlich zu keinen großartigen Veränderungen gekommen ist.

Auf der anderen Seite werden von den Experten jedoch jede Menge Fortschritte, die durch die Einführung der Empfehlungen gemacht wurden, benannt. Dazu gehören die Erweiterung der Therapieangebote, der Ausbau der vorhandenen Strukturen und Kooperationen und die Verschärfung des Fokus auf die Arbeitsfähigkeit des Rehabilitanden. Generell ist der Rehabilitand stärker in den Mittelpunkt gerückt, da durch BORA eine individuellere Therapiegestaltung ermöglicht wird. Einerseits sagen die Experten es gäbe keine Veränderungen im Bereich der Strukturen und Prozesse, aber andererseits wird eine Vielzahl von Fortschritten benannt. Dies könnte als ein Indiz gedeutet werden, dass bei den Experten nur ein sehr geringes Bewusstsein über die stattgehabten Veränderungen durch die BORA-Empfehlungen existiert. Man könnte sogar behaupten, dass nicht klar ist, welche konkreten Fortschritte durch BORA erzielt wurden. Es ist aber festzuhalten, dass definitiv eine Verschiebung im Reha-Prozess erkennbar ist, da ganz klar Fortschritte beschrieben werden. Dies zeigt wiederum, wie wichtig die BORA-Empfehlungen für die Suchtrehabilitation zu sein scheinen.

Ein weiterer Widerspruch ist in Bezug auf den Ausbau der Kooperationen erkennbar. Auf der einen Seite wurden fehlende Kooperationen als Mitursache für den unterschiedlichen Grad der Umsetzung benannt, demgegenüber steht der Kooperationsausbau als formulierter Fortschritt. Dies unterstreicht nochmal die oben aufgezeigte Meinung, dass anscheinend keine konkrete Vorstellung über die positiven Auswirkungen der BORA-Empfehlungen existiert.

Die Annahme, dass die Adaptionseinrichtungen einen Nutzen durch BORA verzeichnen können, hat sich nicht bestätigt. Anhand der Aussagen des Experten wurde deutlich, dass BORA quasi Adaption ist. Demnach hätte man sich positive Auswirkungen in der Adaption gewünscht, weil die Rehabilitanden schon erwerbsbezogene Therapien erhalten haben und zumindest eine ausreichende berufsbezogene Handlungsmotivation entwickelt haben sollten. Diese Erwartungen blieben jedoch bislang unerfüllt. Eine abschließende Beurteilung, ob BORA ein Gewinn für die Adaption darstellt, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Die Umsetzung der Empfehlungen ist noch nicht abgeschlossen, sodass eine Auswirkung in der Adaption wahrscheinlich erst in ein paar Jahren spürbar sein wird.

Eine konkrete Erfolgsmessung der BORA-Empfehlungen scheint schwierig. Wie die Meinungen der Experten zeigen, gibt es bisher keine passenden Instrumente, die den Erfolg bzw. Misserfolg messen können. Außerdem spielen zu viele äußerliche Faktoren, wie die regionale Arbeitsmarktsituation und das persönliche Umfeld, eine große Rolle. Es sollte daher bedacht werden, dass das Arbeitsmarktrisiko nicht den Einrichtungen übertragen werden darf. Eine möglichst gute Schnittstellenarbeit, insbesondere zu Arbeitgebern oder Arbeitsagenturen scheint wichtig, jedoch können in Regionen in denen keine Stellenangebote existieren auch durch BORA keine neuen Jobangebote geschaffen werden. Dies darf nicht vergessen werden. Somit ist die Beurteilung, ob BORA erfolgreich ist, schwierig zu verallgemeinern. Ein mögliches geeignetes Mittel, um zumindest die Erfahrungen und Meinungen der Patienten und Therapeuten zu BORA abzubilden, scheinen Fragebögen zu sein. Anhand dessen könnte zumindest beurteilt werden, wie der Therapieablauf nach Einführung von BORA empfunden wurde und wie die Fokussierung auf das Thema Arbeit wahrgenommen wird.

Ob letztlich die einzelnen Ziele der BORA-Empfehlungen, wie in Kapitel 2.4 genannt, erreicht wurden, war nicht das Ziel dieser Arbeit. Vielmehr bilden die Forschungsergebnisse nur den derzeitigen Stand der Umsetzung der BORA-Empfehlungen in Deutschland ab und diese zeigen, dass der Prozess der Umsetzung noch nicht abgeschlossen ist. Prinzipiell wurde der BORA-Gedanke in den Einrichtungen verschärft und das Ziel der beruflichen Wiedereingliederung ist stärker in den Fokus aller Beteiligten gerückt. Für die Zukunft ist es jedoch empfehlenswert weiter an der Umsetzung zu arbeiten und ggf. durch Erstellung eines konkreten verpflichtenden Konzeptes einen einheitlichen Rahmen zu schaffen. Wichtig dabei sind vor allem die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Förderführer.

Durch den vorherrschenden Entwicklungsprozess ist davon auszugehen, dass in ein paar Jahren eine erneute Erhebung wahrscheinlich zu anderen Ergebnissen führen würde. Die Empfehlung für die weitere Forschung ist daher, in 3-4 Jahren eine erneute Umfrage zur Umsetzung der BORA-Empfehlungen an Einrichtungen in Deutschland durchzuführen. Als Methode wären sowohl eine schriftliche Umfrage an alle Einrichtungen, als auch die

erneute Durchführung von Experteninterviews mit Personen aus verschiedenen Regionen geeignet. Am Rande sei jedoch erwähnt, dass eine detailliertere Befragung sinnvoller wäre. Dadurch könnte festgestellt werden, ob sich die einzelnen Bestandteile der BORA-Empfehlungen, wie bspw. die Zielgruppenarbeit, bewährt haben. Interessant wäre außerdem herauszufinden, ob die Empfehlungen weiterentwickelt wurden und wenn ja wie schließlich eine einheitliche Umsetzung erreicht wurde.

7. Fazit

Mit dieser Arbeit wurde versucht, die Bedeutung der BORA-Empfehlungen für die Suchtrehabilitation aufzuzeigen und darzulegen, welche Probleme und Schwierigkeiten bei der Umsetzung überwunden werden mussten bzw. müssen. Zu diesem Zweck wurde eine qualitative Analyse von Experteninterviews durchgeführt.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass sich die Umsetzung der BORA-Empfehlungen weiterhin in einem Entwicklungsprozess befindet. Es werden, wie von der BORA-AG vorgesehen, wichtige Impulse und anregende Hinweise gegeben, um die bisherigen Strukturen und Prozesse innerhalb der Einrichtungen zu überprüfen und ggf. zu erweitern bzw. ergänzen. Die Resultate der Studierenden sind daher für die Experten absolut nachvollziehbar und plausibel.

Für den unterschiedlichen Grad der Umsetzung werden vor allem fehlende finanzielle Ressourcen, fehlende Kooperationen und ein generell unterschiedlicher Fokus der Federführer verantwortlich gemacht. Auffällig war dabei, dass sich ein klares Nord-Süd-Gefälle abgezeichnet hat. Um eine bundesweite einheitliche Umsetzung zu ermöglichen scheint es sinnvoll ein konkretes Konzept zu BORA zu verfassen. Damit würde ein einheitlicher Rahmen für die Umsetzung geschaffen werden. Zudem bestehe dadurch die Möglichkeit, eine allgemeine Pflegsatzerhöhung einzufordern.

Außerdem waren deutliche positive Veränderungen im Rehabilitationsprozess erkennbar. BORA gibt den Einrichtungen mehr Struktur und ermöglicht einen verschärften Blickpunkt auf das Thema Arbeit. Die Teilhabeplanung kann viel individueller gestaltet werden, da der Rehabilitand und das Ziel der betrieblichen Wiedereingliederung deutlich mehr in den Fokus gerückt sind, als in der Vergangenheit. Alle Beteiligten der Rehabilitation erfahren eine Verschärfung auf die Arbeitsfähigkeit. Somit haben durch diese positiven Veränderungen auch gleichzeitig Fortschritte stattgefunden.

Die Ergebnisse haben schließlich gezeigt, dass BORA eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung im Bereich der Suchtrehabilitation darstellt, jedoch ein gewisses Entwicklungspotential vorhanden ist. Es bleibt daher abzuwarten, wie sich der weitere Prozess gestalten wird. Sinnvoll erscheint in 3-4 Jahren eine erneute Umfrage durchzuführen, weil dann davon auszugehen ist, dass der Umsetzungsprozess abgeschlossen ist und eine abschließende Beurteilung vorgenommen werden kann. Am Ende sollte jedoch die Frage diskutiert werden, ob es nicht sinnvoller wäre BORA als ein verbindliches Rahmenkonzept einzuführen.

Anhang 1: Fragebogen der Studierenden



**Hochschule
Bonn-Rhein-Sieg**
*University
of Applied Sciences*

**BUNDESVERBAND
FÜR STATIONÄRE
SUCHTKRANKENHILFE**
eingetragener Verein



Fragebogen zum Stand der Umsetzung der BORA-Empfehlungen in den
Mitgliedeinrichtungen des buss - Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

I. Identifikation

1. Welcher Einrichtungstyp sind Sie?

☐

Fachklinik Alkohol

☐

Fachklinik Drogen

☐

Tagesklinik

☐

Adaption

2. Nennen Sie uns bitte Ihren federführenden Leistungsträger.

--

II. Allgemeine Fragen

3. Ist ein schriftliches BORA-Konzept in Ihrer Einrichtung vorhanden?

Ja als,

☐

Ergänzungskonzept

☐

Teil des Therapiekonzeptes

Nein

☐

4. Welchen Umfang hat das BORA-Konzept? (Bitte geben Sie die Seitenzahl an)

--

5. Welcher Aufwand war für die Erstellung nötig? (Bitte geben Sie die Personentage an)

--

6. Ist das BORA-Konzept vom federführenden Leistungsträger anerkannt? Wenn ja, seit wann (Monat/Jahr)?	
Ja <input type="checkbox"/> seit:	Nein <input type="checkbox"/>
7. Wurden Änderungen des Konzeptes seitens der DRV gefordert?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

III. Ziele

8. Wird eine ausführliche beruflich orientierte Eingangsdiagnostik durchgeführt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Werden die Rehabilitanden in die fünf BORA-Zielgruppen eingeteilt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Werden die Therapiepläne anhand der jeweiligen Zielgruppe erstellt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

IV. Maßnahmen

11. Sind seit der Einführung zusätzliche Ausstattungen zur Umsetzung notwendig?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Zusätzliches Personal	Weiterbildung von Mitarbeitern	Infrastruktur (zusätzliche Räumlichkeiten)	Zusätzliche Therapiegeräte	Sonstiges	Gar keine
12. Um wieviel Personal wurde erweitert (Wochenstunden)?						

13. Bestehen Kooperationsverträge mit Kooperationspartnern (bspw. Jobcenter, Integrationsämter, Einrichtungen der beruflichen Reha, Industriebetriebe oder Ähnliches)?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
14. Werden aufgrund des BORA-Konzeptes bestehende Kooperationsstrukturen weiter ausgebaut?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
15. Welche Instrumente werden zur erwerbsbezogenen Analyse verwendet?	
Assesment Verfahren (z.B. EFL-Test, MELBA, IMBA)	<input type="checkbox"/>
Screening Verfahren (z.B. Würzburger Screening, SIMBO-C, SIBAR)	<input type="checkbox"/>
Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten (z.B. AVEM, DIAMO)	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Module (z.B. WAI, RMK)	<input type="checkbox"/>
16. Findet ein ständiger Austausch im gesamten therapeutischen Team über den bisherigen Therapieverlauf statt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

V. Finanzierung

17. Gibt es eine zusätzliche Vergütung?	
Ja <input type="checkbox"/> Höhe _____	Nein <input type="checkbox"/>
18. Reicht diese Vergütung der DRVTräger aus, um die Rahmenbedingungen zu erfüllen?	
Trifft zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu <input type="checkbox"/>	

VI. Erfolgsmessung

19. In wie weit hat sich die berufliche Integration durch die Einführung des BORA-Konzeptes verbessert?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr stark	Stark	Mittel	Wenig	Überhaupt nicht

20. Woran messen Sie den Erfolg bzw. Misserfolg?

**Rückmeldung bitte bis zum 1. Dezember 2017
per Fax (0561 102883) an die Geschäftsstelle!**

Vielen Dank!

Anhang 2: Ergebnispräsentation der Studierenden

30.05.2018

Umfrage zum Stand der Umsetzung der
BORA-Empfehlungen
in den Mitgliedseinrichtungen des
buss - Bundesverband für stationäre
Suchtkrankenhilfe e.V.

 Hochschule
Bonn-Rhein-Sieg
*University
of Applied Sciences*

 **buss**
BUNDESVERBAND
FÜR STATIONÄRE
SUCHTKRANKENHILFE
eingetragener Verein

30.05.2018 Valentina Cardia, Natascha Ottner, Daniel Schiller, Susanna Schwallier, Cornelia Steiner, Johannes Tittel 5

Einführung

- Anlass der Befragung ist die bundesweit uneinheitliche Umsetzung des BORA-Konzeptes:
 - In einigen Regionen wurden frühzeitig Ergänzungskonzepte entwickelt und eine Zusatzvergütung dafür vereinbart.
 - Andere DRV-Träger legten erst später oder kaum Wert auf die Umsetzung und zahlen keine zusätzliche Vergütung.
- Zeitrahmen:
 - Anfang November 2017
Entwicklung Fragebogen und Auswertungstabelle
 - 13.11.2017 Versand der Fragebögen (ca. 160)
 - bis 27.11.2017 Rücklauf der Fragebögen (70 = 44%)
 - Anfang Dezember 2017
Dateneingabe und Auswertung
 - Ende Dezember 2017
Zusammenfassung der Ergebnisse

30.05.2018 Valentina Cardia, Natascha Ottner, Daniel Schiller, Susanna Schwallier, Cornelia Steiner, Johannes Tittel 3

Gliederung

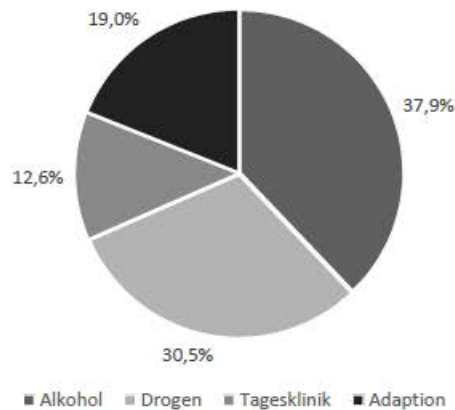
- Verteilung der Einrichtungstypen
- Federführender Leistungsträger
- Schriftliches BORA-Konzept
- Umfang BORA-Konzept
- Aufwand für die Erstellung des BORA-Konzeptes
- Anerkennung BORA-Konzept
- Implementierung BORA-Konzept
- Zusätzliche Ausstattung
- Verteilung der zusätzlichen Ausstattung
- Personalerweiterung
- Kooperationsstrukturen
- Instrumente der erwerbsbezogenen Analyse
- Austausch im therapeutischen Team
- Zusätzliche Vergütung
- Höhe der zusätzlichen Vergütung
- Ausreichende Vergütung der DRV-Träger
- Verbesserung der beruflichen Integration
- Messparameter Erfolg/Misserfolg

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tost

3

Verteilung der Einrichtungstypen



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tost

4

Verteilung der Einrichtungstypen

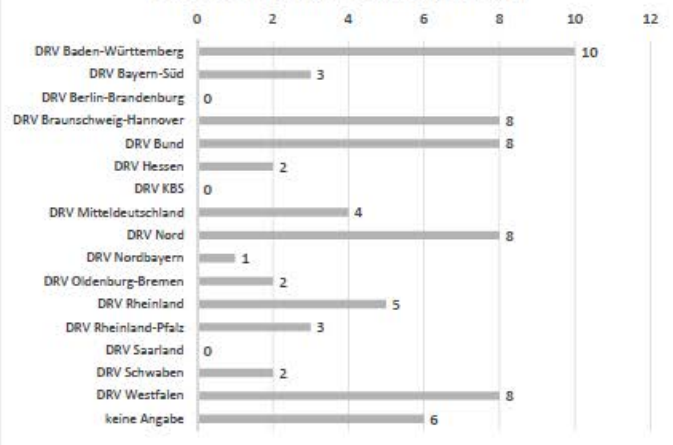
- **36** Antwortter ordneten sich als Alkoholeinrichtung,
29 als Drogeneinrichtung,
18 als Adaption und
12 als Tagesklinik ein.
- Bei dieser Frage war eine Mehrfachnennung (Einrichtungen mehreren Angeboten) möglich, deshalb liegt hier eine größere Grundgesamtheit vor (70 Fragebögen, 95 Antworten)

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tross

5

Federführender Leistungsträger



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tross

6

Federführender Leistungsträger

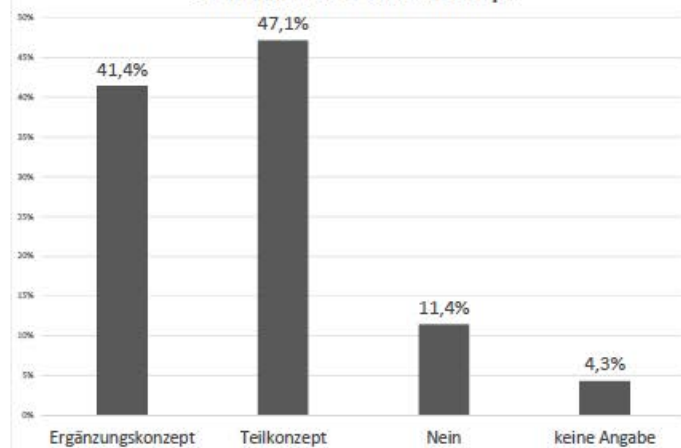
- Die DRV Baden-Württemberg gaben die meisten als Federführer an, insgesamt **10** Kliniken
- Die DRV Nordbayern wurde lediglich von **einer** Klinik als Federführer genannt
- Die DRVen Berlin-Brandenburg, Knappschaft-Bahn-See und Saarland wurden nicht genannt, weil keine Mitgliedseinrichtung des buss in deren Federführerschaft ist.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwabe, Cornelia Steiner, Johannes Tröstl

7

Schriftliches BORA-Konzept



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwabe, Cornelia Steiner, Johannes Tröstl

8

Schriftliches BORA-Konzept

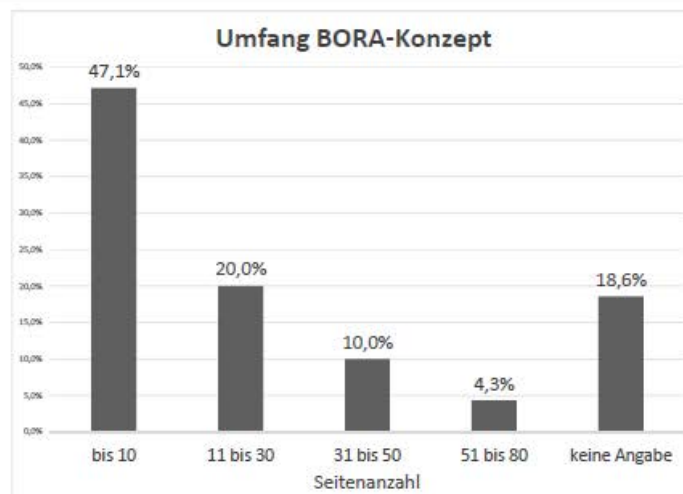
- Bei **33** von insgesamt 70 Einrichtungen liegt das BORA-Konzept als Teil des Therapiekonzeptes vor.
- **29** Einrichtungen verfügen über ein eigenes Ergänzungskonzept.
- **8** Kliniken geben an, kein schriftliches BORA-Konzept zu besitzen.
- **3** Kliniken machten keine Angaben dazu

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Orlan, David Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Treut

9

Umfang BORA-Konzept



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Orlan, David Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Treut

10

Umfang BORA-Konzept

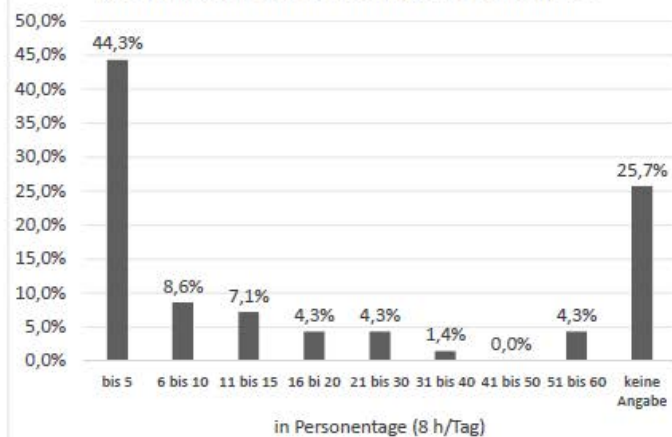
- In **33** von insgesamt 70 Kliniken umfasst das BORA-Konzept bis zu 10 Seiten, in **14** Einrichtungen bis zu 30 Seiten, **7** Kliniken haben ein bis zu 50-seitiges BORA-Konzept und in **3** Kliniken liegt der Umfang bei bis zu 80 Seiten.
- **13** Einrichtungen machten diesbezüglich keine Angaben.
- Der Maximalwert beträgt 80 Seiten (**eine** Klinik).
- Der Minimalwert beträgt 2 Seiten (**eine** Klinik).

30.05.2018

Valentina Cardia, Walchur Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwabert, Cornelia Stalmer, Johannes Tross

11

Aufwand für die Erstellung des Konzeptes



30.05.2018

Valentina Cardia, Walchur Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwabert, Cornelia Stalmer, Johannes Tross

12

Aufwand für die Erstellung des Konzeptes

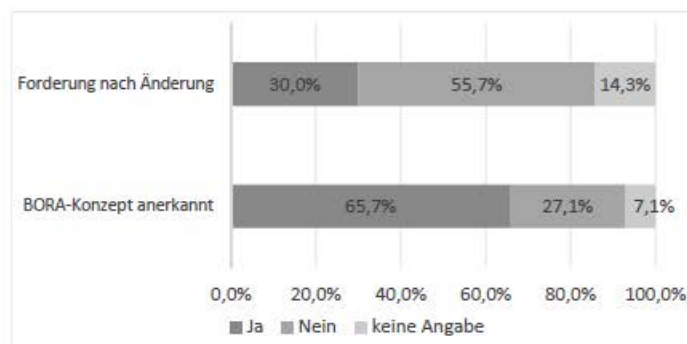
- Für die Erstellung des Konzeptes benötigten von insgesamt 70 Einrichtungen **31** bis zu 5 Tage und **7** Einrichtungen mehr als 30 Tage.
- **18** Kliniken machten keine Angabe
- Der Maximalwert beträgt bei **zwei** Kliniken 60 Tage
- Der Minimalwert bei **6** Kliniken 1 Tag
- Einrichtungen mit mehr als 30 Tagen könnten eventuell nicht nur das reine Schreiben, sondern auch die Implementierung des Konzeptes in ihren Tagesablauf meinen.

30.05.2018

Valentina Candia, Natascha Ottens, David Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Trösel

13

Anerkennung BORA-Konzept



30.05.2018

Valentina Candia, Natascha Ottens, David Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Trösel

14

Anerkennung BORA-Konzept

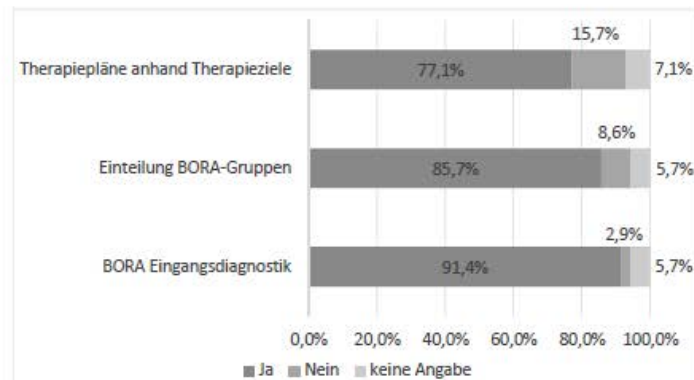
- Bei **46** von insgesamt 70 Kliniken ist das BORA-Konzept vom federführenden Leistungsträger anerkannt, bei **19** Kliniken nicht und **5** Einrichtungen machten keine Angaben.
- Bei **21** Einrichtungen wurden Änderungen des BORA-Konzepts seitens der DRV gefordert, bei **39** Einrichtungen nicht und **10** machten keine Angaben.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tietz

15

Implementierung BORA-Konzept



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tietz

16

Implementierung BORA-Konzept

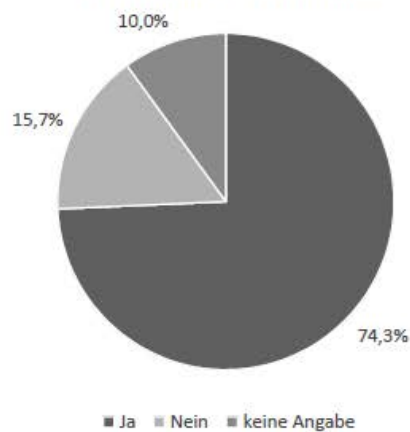
- Eine BORA-Eingangsdagnostik wird in **64** von insgesamt 70 Kliniken durchgeführt, in **2** Einrichtungen nicht und **4** Kliniken machten keine Angaben.
- **60** Kliniken teilen die Rehabilitanden in die 5 BORA-Zielgruppen ein, **6** Einrichtungen nicht und **4** Kliniken machten keine Angaben.
- **54** Einrichtungen erstellen die Therapiepläne anhand der jeweiligen Zielgruppe, **11** Kliniken tun dies nicht und **5** machten keine Angaben.

30.05.2018

Valentina Carbia, Natascha Ottens, Daniel Schäfer, Susanna Schwabert, Cornelia Stahmer, Johannes Treut

17

Zusätzliche Ausstattung



30.05.2018

Valentina Carbia, Natascha Ottens, Daniel Schäfer, Susanna Schwabert, Cornelia Stahmer, Johannes Treut

18

Zusätzliche Ausstattung

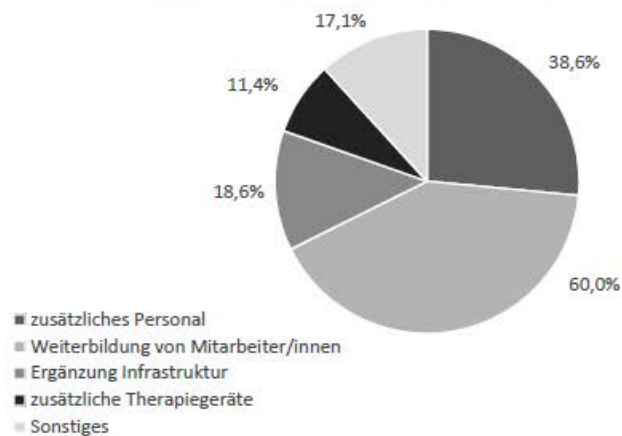
- Mit der Einführung des BORA-Konzeptes sind in **52** von insgesamt 70 Kliniken zusätzliche Ausstattungen notwendig geworden.
- **11** Einrichtungen benötigten keine zusätzlichen Ausstattungen.
- **7** Kliniken machten keine Angaben.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwider, Cornelia Steiner, Johannes Treut

29

Verteilung der zusätzlichen Ausstattung



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwider, Cornelia Steiner, Johannes Treut

30

Verteilung der zusätzlichen Ausstattung

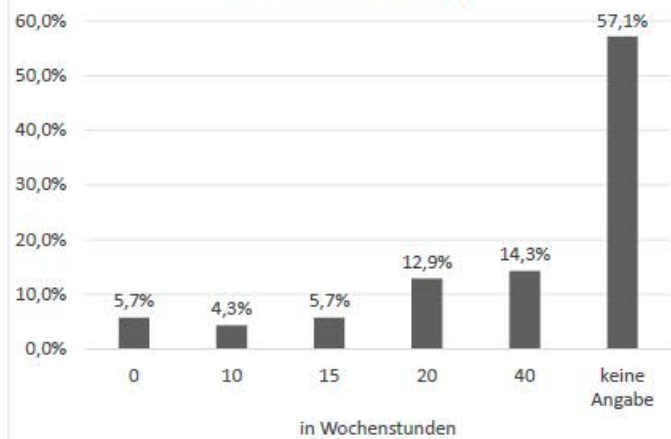
- Eine Mehrfachnennung war bei dieser Frage möglich, weshalb eine größere Grundgesamtheit vorliegt.
- Die größte Gruppe mit **42** Nennungen stellt hierbei die Weiterbildung von Mitarbeiter/innen dar.
- **27** Kliniken benötigten zusätzliches Personal.
- **13** Einrichtungen gaben Erweiterungen in der Infrastruktur an.
- **8** Kliniken sahen die Notwendigkeit für zusätzliche Therapiegeräte.
- **12** Einrichtungen gaben sonstige zusätzliche Ausstattungen an.

30.05.2018

Valentina Cordis, Natascha Ottens, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tröst

21

Personalerweiterung



30.05.2018

Valentina Cordis, Natascha Ottens, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tröst

22

Personalerweiterung

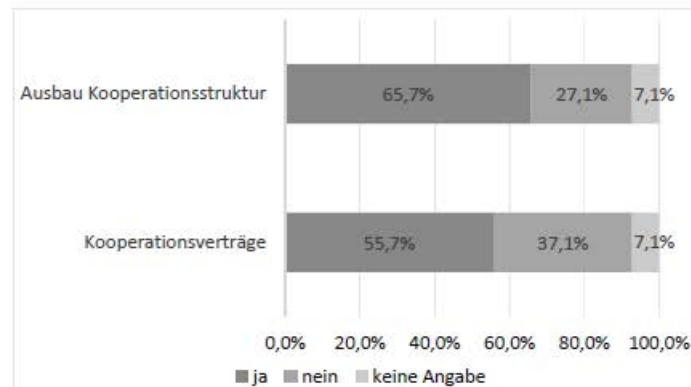
- **4** von insgesamt 70 Kliniken erweiterten ihr Personal aufgrund der Einführung des BORA-Konzepts nicht.
- Die **5** Kliniken die ihr Personal um 39/40 oder mehr Wochenstunden erweiterten, haben im Zusammenhang mit der Einführung von BORA eine neue Vollzeitstelle geschaffen.
- Über die Hälfte der befragten Kliniken machten keine Angaben.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schweizer, Cornelia Steiner, Johannes Treut

23

Kooperationsstrukturen



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schweizer, Cornelia Steiner, Johannes Treut

24

Kooperationsstrukturen

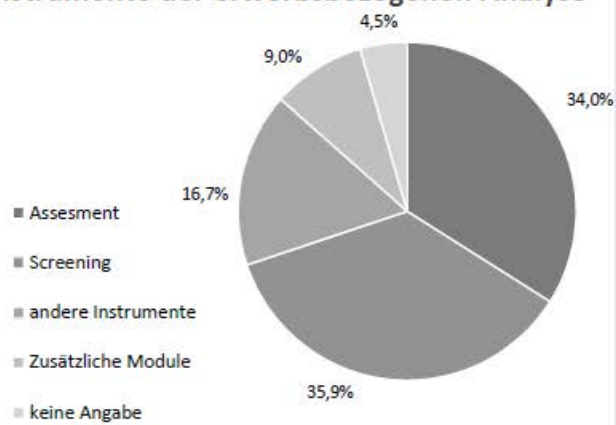
- Bei **39** von insgesamt 70 Kliniken bestehen Kooperationsverträge zu externen Partnern.
- **26** haben keine schriftlichen Kooperationsverträge.
- **46** Kliniken geben an, dass durch das BORA-Konzept Kooperationsstrukturen ausgebaut werden bzw. wurden.
- **19** Einrichtungen sehen keinen Bedarf die Kooperationsstrukturen weiter auszubauen.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Ottens, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tross

25

Instrumente der erwerbsbezogenen Analyse



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Ottens, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tross

26

Instrumente der erwerbsbezogenen Analyse

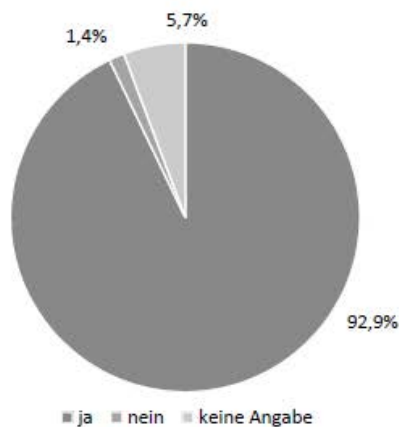
- Eine Mehrfachnennung war bei dieser Frage möglich, weshalb eine größere Grundgesamtheit vorliegt.
- Anzahl der Kliniken, die das jeweilige Instrument zur erwerbsbezogenen Analyse verwenden:
 - **53** = Assessment Verfahren (z.B. EFL-Test, MELBA, IMBA)
 - **56** = Screening Verfahren (z.B. Würzburger Screening, SIMBO-C, SIBAR)
 - **26** = Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten (z.B. AVEM, DIAMO)
 - **14** = Zusätzliche Module (z.B. WAI, RMK)

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Stalner, Johannes Tröstl

27

Austausch im therapeutischen Team



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Stalner, Johannes Tröstl

28

Austausch im therapeutischen Team

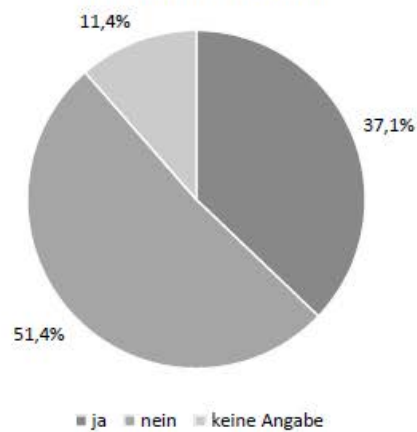
- Bei **65** der insgesamt 70 Kliniken findet ein ständiger Austausch innerhalb des gesamten therapeutischen Teams statt.
- Dieser intensive Austausch stellt aufgrund der multiprofessionellen Suchttherapie keine Überraschung dar.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tost

29

Zusätzliche Vergütung



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Tost

30

Zusätzliche Vergütung

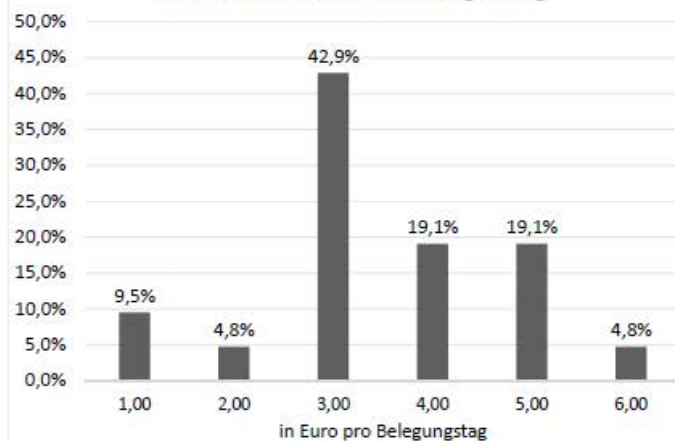
- **26** von insgesamt 70 Kliniken erhalten eine zusätzliche Vergütung.
- **46** Einrichtungen hatten angegeben, dass sie ein durch die federführende DRV anerkanntes BORA-Konzept haben. **26** Einrichtungen erhalten eine zusätzliche Vergütung (also nur etwas mehr als die Hälfte).
- Der größte Teil der Einrichtungen die eine zusätzliche Vergütung erhalten, sind bei einem Federführer in Norddeutschland (**7mal** DRV Braunschweig-Hannover, **4mal** DRV Nord).

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Ottner, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Trosel

31

Höhe der zusätzlichen Vergütung



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Ottner, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Trosel

32

Höhe der zusätzlichen Vergütung

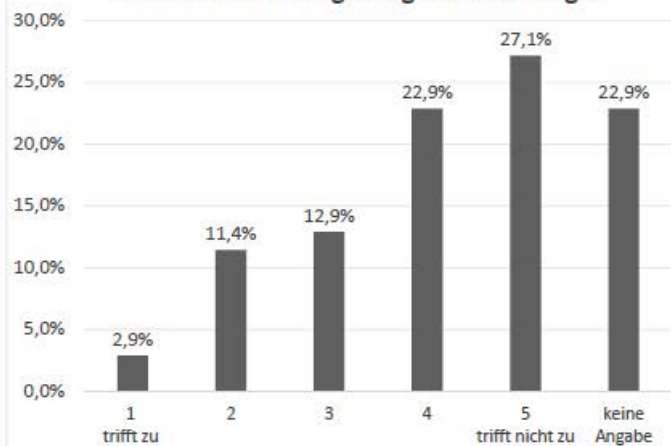
- **2** Einrichtungen erhalten eine zusätzliche Vergütung von weniger als 1€ pro Belegungstag.
- **10** Kliniken erhalten zwischen 2€ und 4€.
- **4** Einrichtungen erhalten eine zusätzliche Vergütung von mindestens 5€ (Federführer sind **zweimal** DRV Nord, jeweils **einmal** DRV Baden-Württemberg und DRV Braunschweig-Hannover).
- Der Minimalwert beträgt 0,60€ (2 Kliniken, keine Angaben zum Federführer).
- Der Maximalwert beträgt 6€ (**eine** Klinik der DRV Nord).
- Im Vergleich ist in Norddeutschland eine höhere BORA-Vergütung festzustellen.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, David Schiller, Susanna Schwabe, Cornelia Stalmer, Johannes Tröst

33

Ausreichende Vergütung der DRV-Träger



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, David Schiller, Susanna Schwabe, Cornelia Stalmer, Johannes Tröst

34

Ausreichende Vergütung der DRV-Träger

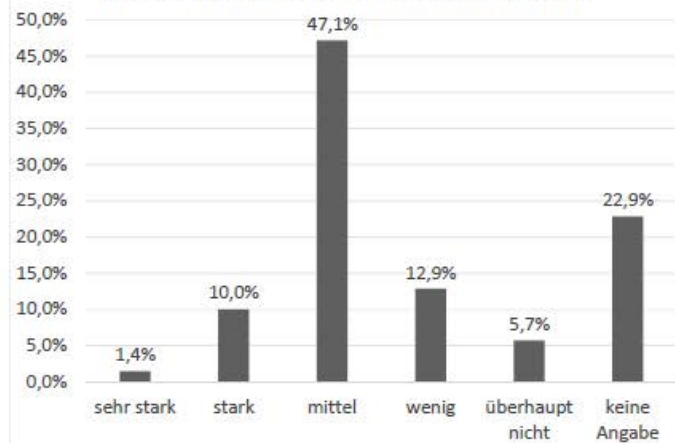
- Für nur **2** von insgesamt 70 Klinken reicht die Vergütung zur Erfüllung der Rahmenbedingungen aus.
- **9** Einrichtungen sehen die Vergütung als mittelmäßig ausreichend an.
- **19** Einrichtungen halten die Vergütung für überhaupt nicht ausreichend, um die Rahmenbedingungen zu erfüllen.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Othens, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Trett

85

Verbesserung der beruflichen Integration



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Othens, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Steiner, Johannes Trett

86

Verbesserung der beruflichen Integration

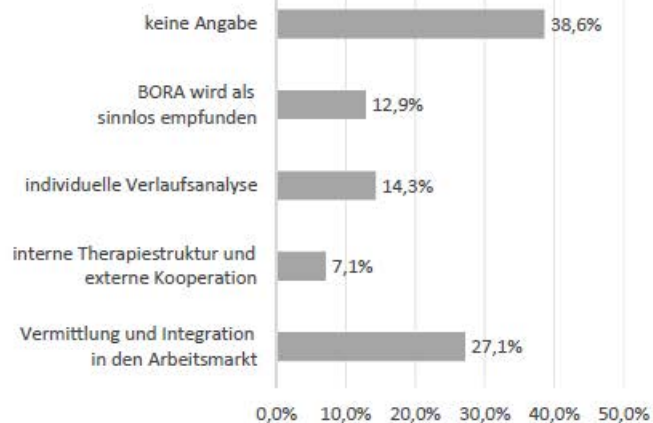
- Nur **eine** von insgesamt 70 Kliniken stellt durch die Einführung des BORA-Konzeptes eine sehr starke Verbesserung der beruflichen Integration für die Rehabilitanden fest.
- **49** Kliniken sehen eine mehr oder weniger starke Verbesserung der beruflichen Integration.
- **4** Einrichtungen sehen durch die Einführung des BORA-Konzeptes überhaupt keine Verbesserung.
- **16** Kliniken haben keine Angaben gemacht.

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Stalder, Johannes Trost

37

Messparameter Erfolg/Misserfolg



30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, Daniel Schiller, Susanna Schwab, Cornelia Stalder, Johannes Trost

38

Messparameter Erfolg/Misserfolg

- **19** Einrichtungen messen den Erfolg des BORA-Konzepts an einer Verbesserung der Vermittlung und Integration in den Arbeitsmarkt:
„Erhöhung realistischer Chancen, einen Arbeitsplatz zu erhalten sowie Selbsteinschätzung der Patienten.“
- **10** Kliniken messen den Erfolg bzw. Misserfolg an dem individuellen Verlauf der Therapie:
„Rückfälle der Rehabilitanden, Vermittlung in Arbeit über die Reha/Adaptionszeit hinaus.“

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, David Schäfer, Susanna Schwab, Cornelia Stalder, Johannes Trutz

29

Messparameter Erfolg/Misserfolg

- **5** Kliniken bewerten den Erfolg durch die Verbesserung bei der internen Therapiestruktur und externen Kooperationen:
„bessere, strukturierte Abläufe zielgerichtetes vorgehen, auch poststationär“
- **9** Einrichtungen sehen keine Effekte durch die Einführung des BORA-Konzepts:
„die berufliche Orientierung ist seit langem bewährte Praxis in der Entwöhnungsbehandlung in unserer Einrichtung. Die formulierten zielgruppenorientierten Leistungen in BORA halten wir schon länger vor.“

30.05.2018

Valentina Cardia, Natascha Otten, David Schäfer, Susanna Schwab, Cornelia Stalder, Johannes Trutz

40

Projektteam

- Valentina Cardia
- Natascha Otten
- Daniel Schäfer
- Susanna Schwaier
- Cornelia Steiner
- Johannes Trost
- Projektleitung:
Natascha Otten
- Entwicklung Fragebogen:
gesamtes Team
- Layout Fragebogen (DOC):
Susanna Schwaier, Cornelia Steiner
- Auswertungstabelle (XLS),
Dateneingabe, Diagramme:
Valentina Cardia, Natascha Otten
- Präsentation (PPT):
Daniel Schäfer, Johannes Trost

Anhang 3: Informationsschreiben

Informationsblatt

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Natascha Otten, ich bin duale Studentin an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg und arbeite bei der BGHW (Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik) in Essen.

Meine Abschlussarbeit beschäftigt sich mit der Umsetzung der BORA-Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung im Bereich der Suchtrehabilitation. Bereits im vergangenen Jahr habe ich als Projektleitung ein Studentenprojekt zu diesem Thema begleitet. Dort wurde eine Umfrage zum aktuellen Stand der Umsetzung an die Mitgliedereinrichtungen des buss – Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. durchgeführt. Das Ziel meiner Arbeit ist es u.a. herauszufinden, ob diese Ergebnisse nachvollziehbar und plausibel sind. Die Arbeit wird von Prof. Dr. Andreas Koch betreut.

Die BORA-Empfehlungen sind, wie der Name schon sagt, bisher lediglich eine Empfehlung der Deutschen Rentenversicherung, zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Suchtrehabilitation. Die Umsetzung erfolgte, wie auch die ersten Umfrageergebnisse zeigen, bislang sehr unterschiedlich. Daher ist es interessant zu analysieren, welche Gründe es dafür gibt und ob es bislang zu einer positiven Entwicklung im Rehabilitationsprozess seit Einführung von BORA kam.

Mit meiner Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Vor- bzw. Nachteile diese Empfehlungen bieten und wie die Perspektiven aussehen. Aufgrund der stetigen Weiterentwicklung in diesem ist es zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich repräsentative Ergebnisse erheben zu können. Daher möchte ich zumindest einen guten Überblick geben, indem Experten und Expertinnen aus verschiedenen Regionen und von verschiedenen Institutionen befragt werden sollen. Aus diesem Grund habe ich mich zur Durchführung von Experteninterviews entschieden. Dafür bin ich auf Ihre Unterstützung, Ihr spezielles Wissen und Ihre persönlichen Erfahrungen mit den BORA-Empfehlungen angewiesen.

Anbei finden Sie einen von mir konzipierten Interview Leitfaden. Anhand dessen sollen die Gespräche (persönlich oder telefonisch) geführt werden. Das Interview sollte in der

Regel ca. 60 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Grundsätzlich soll ein interaktives Gespräch stattfinden mit freier Gestaltungsmöglichkeit. Zum besseren Verständnis und als weitere Vorbereitung dient die Ergebnispräsentation zu den Umfrageergebnissen aus dem Studentenprojekt, die ebenfalls als Anlage beigefügt ist.

Ich hoffe sehr Ihr Interesse geweckt zu haben und freue mich daher über eine zeitige positive Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen

Natascha Otten

Essen den 20. April 2018

Anhang 4: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

1. Einleitung
1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein? (Beschreiben Sie kurz Ihre Person und Ihre Funktion im Bezug auf BORA)
1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung/Institution
2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)
2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?
2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?
2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen oder Eindrücke?
3. Umsetzung der Empfehlungen
3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?
3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen (bspw. Personalausstattung, Therapieabläufe, Diagnostik, Kooperationen, zusätzliche Finanzierung)?
3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

4. Veränderungen und Fortschritte
4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?
4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?
4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung/ in Ihrem Bereich insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?
4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?
5. Schluss
5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?
5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

Anhang 5: Interview Experte 1

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 1

Datum des Interviews: 24.04.2018

Ort des Interviews: per Telefon in den Räumen der BGHW in Essen

Dauer des Interviews: 13:00 Uhr bis 14:10 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Chefarzt und Klinikleiter einer Fachklinik in Berlin
- DRV Bund ist Federführer
- Aufforderung der DRV bis Ende 2015 ein Konzept einzureichen, dieser Aufforderung nachgekommen
- Fraglich ob Konzept anerkannt ist, da keine Rückmeldung der DRV vorliegt

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Positive Erfahrungen
- Therapieziele werden besser im Blick behalten
- Jedoch keine großen Veränderungen im Vergleich zum vorherigen Konzept
- BORA wird komplett umgesetzt
- Keine zusätzliche Vergütung

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- Aufwand für die Erstellung nachvollziehbar
- Verteilung der zusätzlichen Ausstattung plausibel
- Kooperationsstrukturen waren bereits vor BORA von großer Bedeutung, daher nachvollziehbar

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Die Länge des Konzeptes bei einigen Einrichtungen
- Einrichtungen die noch kein Konzept haben
- Das 15,7 % die Therapiepläne nicht anhand der Therapieziele erstellen, da dies von sehr großer Bedeutung ist – skeptisch ob die Frage richtig verstanden wurde

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- Eigenes Konzept umfasst 12 Seiten
- Aufwand für die Erstellung lag bei 5 Personentage
- BORA-Pauschale von 4,92 EUR gefordert, jedoch lediglich die Erhöhungen im Rahmen der Inflation und Personalkostensteigerung erhalten, also keine zusätzliche Vergütung für BORA

- Personalerweiterungen und einzelne zusätzliche Instrumente waren nötig
- Weiterbildungen von der DRV für Personal, auch sozialmedizinische
- Kooperationsausbau war nicht notwendig, da eine Adaptionsgruppe besteht
- Strukturen und Instrumente waren vor den BORA-Empfehlungen schon da und wurden nur teilweise ergänzt
- Starke Verbesserung der beruflichen Integration durch BORA-Instrumente erkennbar, da diese jedoch bereits vorher angewandt wurden nicht allein seit Einführung des Konzeptes
- Zur beruflichen Integration: die Arbeitsmarktsituation hat sich insbesondere im Beruf Pflege verändert (durch demografische Faktoren bekommt fast jeder Praktikant eine Stelle angeboten)
- BORA wird als total sinnvoll empfunden, da die Themen der Teilhabe mehr im Fokus stehen (Konzept und Thema greifen ineinander)

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- Die einzelnen Träger bewegen sich nicht auf einer Linie
- Aus eigener Erfahrung gibt es Unterschiede zwischen den einzelnen Trägern obwohl es eigentlich nur eine RV geben sollte
- Anhand der Zahlen schwierig genaue Beurteilung abzugeben
- Vermutlich haben kleinere Einrichtungen größere Schwierigkeiten mit der Umsetzung, da die Ressourcen fehlen

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Von allem etwas
- Bei den Strukturen sowohl persönliche als auch räumliche Elemente
- Finanzielle Ressourcen
- Kooperationsausbau für die Schnittstellenarbeit

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

- Es gab keine Reaktionen seitens der DRV nach Einreichung des Konzeptes

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Keine großen Veränderungen, da bereits Instrumente vorhanden waren
- Der Fokus auf die Teilhabe wurde jedoch verschärft

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- Keine wesentlichen Veränderungen im Ablauf, da bereits vorher schon vorhanden

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

- Die Systematik wurde verbessert indem eine Tabelle in die Epikrise für Teilhabe-Ziele eingebaut wurde -> Therapeut kann besser beurteilen, ob die einzelnen Ziele erreicht wurden
- Rückkehrgespräch und Hospitationen während der Therapie am eigenen Arbeitsplatz wurden eingeführt (2-3 Wochen am Ende der Therapie), Therapeutische Begleitung und eine Arbeitsbelastungserprobung am eigenen Arbeitsplatz wird ermöglicht
- BORA gibt Struktur im Reha-Prozess
- Reha Potential wird beibehalten und steht im Vordergrund, nicht mehr der Reha Bedarf

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

- Betriebliche Integration als Indiz
- Austausch mit Berufsförderungswerken wegen konkreten Leistungen zur Teilhabe
- DRV sollte mehr finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen
- Insbesondere Schnittstellenarbeit und betriebliche Suchtprävention fördern
- Rahmen schaffen um Übergänge leichter zu machen

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- Ressourcen spielen eine wichtige Rolle
- Weiterentwicklung unter dem Aspekt der Mehrfachbelastung (Familie und Beruf)
- Familiäre Situation sollte mitberücksichtigt werden, da Gefährdung von Kindern bei suchtkranken Eltern
- Instrumente ergänzen: in welchem Spannungsfeld steht der Mensch

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- Einführung auch für den ambulanten Bereich, da positive Erfahrungen im stationären Bereich
- Mittel müssen zur Verfügung gestellt werden um bessere Instrumente verwenden zu können

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang 6: Interview Experte 2

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 2

Datum des Interviews: 03.05.2018

Ort des Interviews: per Telefon in den Räumen der BGHW in Essen

Dauer des Interviews: 11:10 Uhr bis 12:00 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Therapeutischer Gesamtleiter einer Rehaklinik in Freilshausen
- Drogentherapieeinrichtung
- Verantwortlich für die Umsetzung der BORA-Empfehlung

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Positive Erfahrungen
- BORA wird als wichtige Ergänzung zum bisherigen Konzept empfunden
- Bereits vorher wurden große Teile von BORA „gelebt“
- BORA wird also komplett umgesetzt
- DRV Baden-Württemberg ist Federführer
- Aufforderung der DRV bis Ende 2017 ein Konzept einzureichen, dieser Aufforderung nachgekommen
- Rückmeldung erhalten, dass das Konzept anerkannt ist
- Keine zusätzliche Vergütung

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- In Baden-Württemberg gibt es sehr viele Suchtkliniken und der buns-Verband hat in Baden-Württemberg sehr viele Mitglieder, daher ist DRV Baden Württemberg so stark vertreten
- Aufwand für die Erstellung von 6-10 Personentage nachvollziehbar, darüber hinaus wahrscheinlich Frage falsch verstanden
- Bei vielen Einrichtungen gibt es noch Korrekturschleifen, sodass der Prozess der Anerkennung noch nicht abgeschlossen ist
- Verteilung der zusätzlichen Ausstattung plausibel
- Kooperationsstrukturen waren bereits vor BORA von großer Bedeutung, daher nachvollziehbar
- Verbesserung der beruflichen Integration kann nur mittel sein, da bei den meisten Einrichtungen bereits vorher schon nach BORA gearbeitet wurde und dieses Ergebnis ist nicht so schlecht

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Der Aufwand für die Erstellung des Konzeptes in einigen Einrichtungen
- Einrichtungen die gar keine Verbesserung durch BORA feststellen

- BORA kann nicht sinnlos sein, da es keine „perfekte Einrichtung“ gibt und jeder von dieser Empfehlung profitiert

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- Aufwand für die Erstellung lag bei 6-10 Personentage
- Die DRV B Baden-Württemberg hat beschlossen, dass keine zusätzliche Vergütung für BORA gezahlt wird
- Die DRV sieht BORA nur als Ergänzung des allgemeinen Therapiekonzeptes und daher mit den allgemeinen Pflegesätzen abgegolten
- BORA-Zuschläge in Norddeutschland sind vermutlich versteckte Pflegesatzerhöhungen
- Mehr Investition in die Diagnostik als vorher
- Personalerweiterungen und einzelne zusätzliche Instrumente waren nötig
- Kooperationsausbau war nicht notwendig, da bereits vorher schon Verträge bestanden
- Strukturen und Instrumente waren vor den BORA-Empfehlungen schon da und wurden nur teilweise ergänzt
- Sehr positive Haltung gegenüber BORA, wird als wichtig und gut empfunden
- Die Empfehlung bietet eine gute Vorbereitung, sozusagen eine systematisierte Einleitung der Rehabilitation

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- Der buss-Verband hat in den einzelnen Regionen unterschiedlich viele Mitgliedseinrichtungen

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Berufsbezogene Diagnostik
- Assessmentverfahren
 - ➔ Einfluss auf die Therapieabläufe

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

- Nur die BORA-Empfehlung an sich, sonst keinerlei Unterstützung, weder finanziell noch personell

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Der Blickpunkt wird viel stärker auf die berufliche Integration gelenkt
- Keine großen Veränderungen, da bereits zuvor der Schwerpunkt bei der beruflichen Integration lag
- Lediglich Ergänzungen haben stattgefunden
- Mehr Diagnostik und bessere Strukturen (Gestaltung der Therapiepläne)

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- Ja, indem bereits in der Diagnostik und Therapieplanung die Berufs Orientierung eine zentrale Rolle einnimmt

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

- Diagnostik und Therapieplanung wurden verbessert
- Erweiterung der Therapieangebote (neue Entwicklung von Therapiegruppen)

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

- Rehabilitanden sollten am Ende der Reha mit klaren beruflich orientierten Zielsetzungen entlassen werden
- Umfragen am Ende der Behandlung könnten helfen, den Erfolg zu messen

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- Die Ausgangssituationen der Einrichtungen sind unterschiedlich
- Berufliche Integration war bei den meisten Einrichtungen bereits vor BORA ein fester Bestandteil

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- Erneute Umfrage an die Mitgliedseinrichtungen zum Ende dieses Jahres, da zur Zeit ein Prozess stattfindet (viele Einrichtungen sind noch im Anerkennungsprozess)
- Zur Umsetzung sollte eine allgemeine Pflegesatzerhöhung erfolgen, da ein gesonderter BORA-Zuschlag zu Problemen mit den unterschiedlichen Leistungsträgern führen könnte (bspw. Krankenkasse)
- BORA führt dazu, dass die medizinische Reha Suchtkranker wieder viel stärker im Blickpunkt der beruflichen Integration gesehen wird

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang 7: Interview Experte 3

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 3

Datum des Interviews: 04.05.2018

Ort des Interviews: per Telefon in den Räumen der BGHW in Essen

Dauer des Interviews: 13:00 Uhr bis 13:35 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Therapeutischer Leiter einer Adaptionseinrichtung im Raum Hamburg
- Konzeptentwicklung und Steuerung therapeutischer Prozesse
- Adaption ist 2. Teil der medizinischen Reha und schließt an die Behandlung in der Fachklinik an
- Berufliche Themen sind in der Adaption schon immer und in viel stärkerem Maße als in der Fachklinik (auch mit BORA) ein Arbeitsschwerpunkt

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Keine extra Konzeption, „Adaption ist BORA“
- keine spürbaren Veränderungen im Vergleich zu „vor BORA“, obwohl dies durch die Umsetzung in den Fachkliniken zu erwarten gewesen wäre (mögliche Erklärung: die in vielen Lebensbereichen, u.a. durch langjährige Arbeitslosigkeit, überproportional belastete Klientel der Adaption profitiert nicht so von BORA wie die weniger belastete sonstige Klientel der Fachklinik, die keine anschließende Adaptionsbehandlung in Anspruch nimmt)

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- Im großen und ganzen nachvollziehbar
- Einteilung der Einrichtungstypen auf Folie 4 Verteilung der Einrichtungstypen jedoch unlogisch (Alkohol/Drogen = nach Suchtmittel gruppiert, Tagesklinik = nach Behandlungsform gruppiert, Adaption = nach Behandlungssegment gruppiert, Adaption findet z.B. sowohl für Alkohol- als auch für Drogenabhängige statt), Art der Unterteilung macht keinen Sinn

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Keine besondere Überraschung
- Unterschiedliche Vergütung durch die Rentenversicherung aber auffällig

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- BORA ist für die Adaption inhaltlich keine Neuigkeit, direkt arbeitsbezogene Fragestellungen und Maßnahmen sowie ein mehrwöchiges Praktikum in betrieblichen Zusammenhängen bildeten hier immer schon einen Schwerpunkt des Angebots

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- Vereinbarungen und Konzepte auf Bundesebene sind oftmals ein Minimumkonsens
- Die einzelnen Leistungsträger auf Länderebene der Deutschen Rentenversicherung haben unterschiedliche Herangehensweisen und ergänzende eigene Vorstellungen

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Gute Diagnostik und deren zeitnahe Vermittlung an die nachbetreuende Adaptionseinrichtung
- Therapieverlaufsbasierte Empfehlungen für die weitergehende Betreuung in der Adaption mitgeben
- Der Rehabilitand sollte für die Adaption im Hinblick auf Grundlagen wie z.B. Bewerbungsunterlagen, Bewerbungstraining oder realistische Selbsteinschätzung bezüglich beruflicher Kompetenzen besser vorbereitet sein

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

Ausgelassen

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Keine wesentlichen Veränderungen oder Fortschritte für die Adaption spürbar

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- Für die Adaptionseinrichtungen ist der Ablauf gleichgeblieben

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

Ausgelassen

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

Aus Sicht der Adaption:

- Sollten die Rehabilitanden bei Entlassung aus der Fachklinik ein möglichst klares Bild ihrer beruflichen und berufsbezogenen sozialen Kompetenzen entwickelt haben und in die Adoptionsbehandlung mitbringen

- Sollte in den Fachkliniken eine ausreichende berufsbezogene Handlungsmotivation entwickelt worden sein
- sollten Rehabilitanden am Ende der fachklinischen Behandlung mit klaren beruflich orientierten Zielsetzungen entlassen werden
- sollten in der Fachklinik Bewerbungsunterlagen erstellt sein

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- BORA-Leistungen als Element im Qualitätsmanagement der DRVen/der Reha-Therapiestandards könnten zukünftig aus Sicht der Fachkliniken weitere zu erfüllende Anforderungen sein, die man zwangsläufig bedient um die nötigen Qualitätspunkte für die Einrichtung zu sichern
- Wie vielleicht auch bei anderen Angebotsselementen könnte das dazu führen, dass der Rehabilitand das Objekt ist, an dem die Anforderungen abgearbeitet werden ohne dass die tatsächlichen individuellen Notwendigkeiten noch ausreichend beachtet werden können

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- Für die Adaption Klientel (ein kleiner Teil des Fachklinik Klientel) ist die Idee, das Thema Arbeit in den Mittelpunkt zu rücken, auf jeden Fall gut, aber an der Umsetzung im Sinne des oben gesagten muss weiter gearbeitet werden
- Eine auf den einzelnen Rehabilitanden bezogene Umsetzung wäre wünschenswert

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang 8: Interview Experte 4

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 4

Datum des Interviews: 09.05.2018

Ort des Interviews: Persönlich vor Ort in der Fachklinik

Dauer des Interviews: 16:15 Uhr bis 17:00 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Chefärztin und Verfasserin des BORA-Konzeptes
- Weiterhin an der Umsetzung beteiligt, Hauptverantwortung liegt jedoch bei der therapeutischen Leitung

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Langjährige positive Erfahrungen (zuvor in einer Klinik im Norden tätig gewesen, die BORA bereits umgesetzt hatte)
- BORA Konzept ist geschrieben und von der DRV Rheinland anerkannt
- Der „BORA-Prozess“ läuft zu ca. 90 %, an der vollständigen Umsetzung wird gearbeitet
- zusätzliche Vergütung beantragt bei der DRV Rheinland

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- Grundsätzlich plausibel und nachvollziehbar
- Erkennbar das BORA in den unterschiedlichen Bundesländern unterschiedlich stark umgesetzt wird
- Die Leistungsträger in den verschiedenen Regionen unterschiedliche Bereitschaft auch zusätzliche Vergütungen zu zahlen

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Nein, da dies die Erfahrungen aus der „Szene“ widerspiegeln

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- BORA-Zuschläge im Norden, da die DRV dort vermutlich ein größeres Interesse an der Umsetzung von BORA hat, als in anderen Regionen
- Zusätzliche Ausstattung im Sinne von neuen Instrumenten/ Geräten waren nicht notwendig
- Personalerweiterungen und einzelne Materialien für die Diagnostik waren nötig
- In den Suchtkliniken gab es schon immer einen Schwerpunkt auf Arbeitstherapie, deswegen eher ein Ausbau vorhandener Strukturen als neue Anschaffungen
- BORA wurde durch die neue Leitung eingeführt, obwohl es zu diesem Zeitpunkt noch kein Konzept dazu gab

- Umbauarbeiten waren notwendig
- Die DRV im Rheinland ist quasi „zu spät“ mit der Umsetzung

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- Die Deutsche Rentenversicherung ist sehr langsam und unterschiedlich organisiert – überhaupt kein einheitliches System

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Personellen und strukturellen Voraussetzungen
- Eine Person, die all das verantwortungsvoll umsetzt

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

- Finanzielle Ressourcen von der übergeordneten Organisation, allerdings nicht von der DRV

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Strukturierte Erfassung von Arbeitsdefiziten und Ressourcen, sowie eine gezieltere Förderung der Arbeitsfähigkeit

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- Ja, eindeutig verbessert
- Höheres Therapieangebot
- Therapieschritte zur Erlangung der Arbeitsfähigkeit werden klarer
- Verbesserung der sozialmedizinischen Beurteilung

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

- Mehr Personal, Räumlichkeiten und Indikationsgruppen
- Therapieplanungsprogramm zur individuellen Therapiegestaltung

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist besser geworden
- Ressourcen und Defizite stehen viel mehr im Fokus
- Beurteilung anhand der beruflichen Integration schwierig, da zu viele andere Faktoren (Region, Arbeitsmarkt) mitspielen
- Schwierig konkret an einem bestimmten Faktor bzw. Parameter zu messen

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- Alle Mitarbeiter im System müssen die Arbeitsfähigkeit mehr im Blick haben, dies wird durch BORA definitiv gefördert

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- BORA gehört zur medizinischen Rehabilitation, daher als fester Bestandteil in der Sucht Reha absolut notwendig
- Eventuell gesetzliche Regelung aber dann mit zwingender Finanzierung

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang 9: Interview Experte 5

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 5

Datum des Interviews: 17.05.2018

Ort des Interviews: Persönlich vor Ort in der Fachklinik

Dauer des Interviews: 09:20 Uhr bis 10:40 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Leiterin der Einrichtung und verantwortlich für die Umsetzung des BORA-Konzeptes
- In Zusammenarbeit mit anderen Kollegen das Konzept verfasst
- Koordination der Prozesse

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Verwundert über Empfehlung der DRV, da bereits vorher nach BORA gearbeitet wurde
- Empfehlung als Anlass genommen um vorhandene Prozesse zu überprüfen und Angebote zu ergänzen
- Prozesse werden bewusster und nachhaltiger
- Arbeitsbezogenen Therapien sind weiterentwickelt und ergänzt worden
- BORA Konzept ist geschrieben und von der DRV Braunschweig/Hannover anerkannt
- zusätzliche Vergütung in Höhe von 4 EUR pro Behandlungstag vom Federführer

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- Umfrage ist von den Ergebnissen nachvollziehbar
- Entspricht den eigenen Erfahrungen
- Zu dem Punkt Verbesserung der beruflichen Integration: zeigt genau dass die Einrichtungen vorher schon nach BORA gearbeitet haben und jetzt mehr im Fokus geraten ist

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Nein

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- Beurteilung für den Aufwand der Erstellung des Konzepts schwierig, da man immer mal zwischendurch für ein-zwei Stunden daran arbeitet – trotzdem überschaubarer Aufwand
- Fachklinik relativ neu, daher vor der Einführung von BORA auf einem guten Stand gewesen und keine großartigen Veränderungen notwendig gewesen

- Zusätzliche Ausstattung im Sinne von neuen Instrumenten/ Geräten waren nicht notwendig
- In den Suchtkliniken gab es schon immer einen Schwerpunkt auf Arbeitstherapie, deswegen eher ein Ausbau vorhandener Strukturen als neue Anschaffungen
- Die DRV Braunschweig/ Hannover zahlt eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 4 EUR pro Belegungstag
- Weiterbildung von Personal (nicht mehr als zuvor) und Personalerweiterung (eher durch die zusätzliche Vergütung)
- Schwierig zu unterscheiden ob Kooperationen wegen BORA oder aufgrund des jungen Alters der Fachklinik ausgebaut werden
- BORA fördert generell die Aufmerksamkeit im Bezug auf Arbeit
- Eigenes Messinstrument zur Überprüfung von BORA in Form einer Umfrage am Ende der Reha an die Therapeuten

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- In Deutschland existieren generell keine einheitlichen Systeme
- Eine eindeutige schlüssige Erklärung gibt es nicht

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Personalausstattung, Therapieabläufe, Diagnostik, Kooperationen und zusätzliche Finanzierung sind alle gleichermaßen wichtig weil sie zusammenhängen
- Diagnostik ist gerade am Anfang besonders wichtig
- Finanzierung und Personalausstattung stehen vorne, da sie die anderen Bereiche erst möglich machen

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

- Konzepterstellung im Dialog mit der DRV Braunschweig/Hannover, auch wenn der Dialog meist von der Fachklinik ausging
- Vorlage der DRV für die Gliederung des Konzepts
- festen Ansprechpartner für die Fachklinik bei der DRV

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Therapieabläufe bezüglich der arbeitsbezogenen Maßnahmen bzw. die gesamten Strukturen innerhalb der Klinik sind deutlich verbessert worden und verbindlicher gemacht worden
- Jeder Rehabilitand hat am Ende mindestens einen Termin beim Sozialdienst
- Verstärkter Fokus auf Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung in den Beruf

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- Vieles gab es vorher schon, daher keine großartige Veränderung
- Der Prozess ist strukturierter geworden

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

- individuelle Therapieplanung
- Entwicklung neuer Arbeitstherapiegruppen
- Verbindliche Kooperation mit dem Job Center überarbeitet worden

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

- Schwierig zu messen, da keine passenden Messinstrumente zur Verfügung stehen
- KTL Kodierung ermöglicht Darstellung der gewissen Leistungen erbracht worden sind (jedoch nur Leistungen in Zusammenarbeit mit dem Patienten)
- Praktika werden gar nicht abgebildet (dort ist der Patient auf sich gestellt)
- Individuelle Maßnahmen und Fortschritte werden statistisch nicht erfasst, lediglich im Entlassungsbericht
- Abfrage des Deutschen Kerndatensatzes anpassen

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- Der sogenannte „BORA-Hype“ hat sich normalisiert
- Die RV-Träger haben eingesehen, dass Suchtrehabilitation nicht nur BORA, sondern auch Psychotherapie und Gesundheit ist
- Ein Gleichgewicht von allen 3 Elementen ist wichtig

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- BORA wird nicht als Empfehlung, sondern jetzt schon als konkrete Forderung der DRV empfunden
- Dialog mit der DRV wünschenswert um BORA weiterzuentwickeln
- Blick auf Arbeit gut und richtig, aber es gibt Potential zur Weiterentwicklung

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang 10: Interview Experte 6

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 6

Datum des Interviews: 22.05.2018

Ort des Interviews: Persönlich vor Ort beim Fachverband Sucht e.V.

Dauer des Interviews: 13:50 Uhr bis 14:45 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Geschäftsführer Fachverband Sucht e.V.
- Mit der DRV und Suchtverbänden (DHS, FVS) gemeinsam BORA-Empfehlungen entwickelt
- Arbeitsgruppen zu der Thematik in Kooperation mit der DRV koordiniert und Gesamtentwicklung mit vorangebracht

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Im Bereich somatischer Reha wurde MBOR entwickelt, daher BORA speziell für Sucht Reha, um deren spezifischen Belange zu berücksichtigen
- Sucht Reha hat bereits vorher viel zum Thema Arbeitslosigkeit und Förderung der Teilhabe gemacht (z.B. Arbeitstherapie, Ergotherapie) („Welt ist nicht neu erfunden worden“)
- Systematische und Einrichtungsübergreifende Konzeptualisierung hat stattgefunden
- Die BORA-Zielgruppen ermöglichen eine individuellere Gestaltung, da die verschiedenen Zielgruppen mit Ihren spezifischen Problemlagen stärker im Fokus stehen
- Systematischere Weiterentwicklung in Form von Präzision der Prozesse und Interventionen, sowie neue Impulse
- Eine Zusammenfassung der Erfahrungen von Mitgliedseinrichtungen stellt der eigene Fachbeitrag in der Zeitschrift Sucht Aktuell 2/17 dar

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- Umfrage ist von den Ergebnissen nachvollziehbar und plausibel
- Spiegelt die eigenen Erfahrungen wieder

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Ergebnisse an sich nicht sonderlich überraschend
- Allerdings ist die Interpretation schwierig aufgrund der geringen Teilnahme Quote der buss-Mitgliedseinrichtungen (nur 44 %)
- Interessant wäre herauszufinden warum die anderen Mitgliedseinrichtungen des buss-Verbandes nicht geantwortet haben

- Hinweis: Differenzierung, welche Art von Einrichtungen die BORA-Empfehlungen als sinnlos erachtet haben (Hinweis, dass beispielsweise Adaptionseinrichtungen den Fokus auf berufliche Reintegration immer als festen Bestandteil des Konzepts legen)

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- Ergebnisse der eigenen Umfrage des FVS waren ziemlich ähnlich (siehe Fachbeitrag in Sucht aktuell 2/17) wie die des buss-Verbands

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- Jeder Federführer bzw. Leistungsträger entscheidet in seiner Hoheit für sich selbst und wie schnell eine Umsetzung der Empfehlungen erfolgt – Zeitversetzung daher nicht unüblich
- Die Empfehlung stellt lediglich einen Rahmen dar, daher einrichtungsbezogene Gestaltungsmöglichkeit
- Abhängig davon, was bereits vorher in den Einrichtungen gemacht wurde (nicht bei allen Einrichtungen ist ein Mehrbedarf deutlich erkennbar, wenn bereits umfassend berufliche Belange berücksichtigt wurden)
- Einrichtungen sind zum Teil noch nicht in Verhandlungen mit Ihren Leistungsträgern und sollten dies nachholen (besonders im Bezug auf die zusätzliche Vergütung für einen Mehraufwand)
- Es gibt keine einheitlichen trägerübergreifenden Regelungen in Deutschland, hier gilt das Federführungsprinzip

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Die Empfehlungen sind als Gesamtkonzept zu betrachten und stellen einen Gesamtblick auf berufsbezogene Problemlagen dar
- Es gibt kein Element mit Alleinstellungsmerkmal, vielmehr ist es ein Gesamtkonzept, bei dem die Individualität der Zielgruppen und Personen beachtet werden muss
- Arbeitsmarktrisiko kann nicht den Einrichtungen übertragen werden
- Netzwerkarbeit ist sehr wichtig (z.B. Kooperation mit Jobcentern, Agenturen für Arbeit)

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

Ausgelassen

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Verweis auf die Ergebnisse der Befragung (Fachbeitrag in Sucht aktuell 2/17)
- Verbesserung der Diagnostik und Behandlungsplanung

- Schärfung und Verbesserung der Konzepte, insbesondere für die Zielgruppen 2 + 5
- Förderung der beruflichen Wiedereingliederung, Förderung der Kooperation, wobei die Bereitschaft der „Mitplayer“ eine wichtige Rolle spielt
- Fokussierung des Arbeitsbezugs für alle Beteiligten (Patienten, Mitarbeiter)

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- Von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich
- Zielsetzung der Empfehlungen waren schon, ein strukturierteres Vorgehen zu erreichen
- Empfehlungen wurden anhand des Reha-Prozess gestaltet, um eine Praxisnähe zu gewährleisten

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

Ausgelassen

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

- Schwierig Erfolg konkret auf BORA zurückzuführen da auch viele andere Faktoren mit einfließen (z.B. Arbeitsmarktsituation, Ausbildung des Rehabilitanden)
- Bezogen auf die berufliche Wiedereingliederung/ Fähigkeit kann man lediglich messen wie der Stand der Arbeitsfähigkeit/ Erwerbsfähigkeit vor bzw. nach der Reha war
- Patientenbefragung, um Zufriedenheit mit Berücksichtigung beruflicher Problemlagen in der Behandlung abzufragen, als mögliches Instrument
- Überprüfung des sozialmedizinischen Reha Erfolgs (Welchen Verlauf gab es hinsichtlich der beruflichen Teilhabe in der Zeit nach der Reha?); Problem: Risikoadjustierung und weitere Interventionen nach der Entwöhnungsbehandlung

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- Die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung ist eine Gemeinschaftsaufgabe über die Fachklinik hinaus, dies darf nicht vergessen werden

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- Die Einrichtungen müssen mit Ihren Leistungsträgern in Verhandlung gehen
- Überprüfung ob sich die Zielgruppenorientierung bewährt hat (Evaluation jedoch schwierig)
- Kooperationsnetzwerk muss weiter ausgebaut werden

- Erneute Umfrage mit Experteninterviews nachdem eine weitläufige Umsetzung stattgefunden hat, ist denkbar
- Beispiel: durch die Digitalisierung mögliche Weiterentwicklung – ständiger Entwicklungsprozess der Empfehlungen

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Anhang 11: Interview Experte 7

Gedächtnisprotokoll – Experteninterview 7

Datum des Interviews: 23.05.2018

Ort des Interviews: telefonisch in den Räumen der BGHW in Essen

Dauer des Interviews: 10:00 Uhr bis 10:30 Uhr

1. Einleitung

1.1 Welche Rolle nehmen Sie im BORA-Prozess ein?

- Mitverfasser der BORA-Empfehlung
- Initiator und Begleiter bei einem anderen BORA-Konzept in jeweils einer Klinik mit Federführung der DRV Schwaben

1.2 Beschreiben Sie Ihre bisherigen Erfahrungen mit BORA bzw. den aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung

- Zunächst holpriger Beginn
- Schwierige Vernetzung
- Unterschiedliches Verständnis der Reha externen Partner
- Schwierigkeiten die individuellen BORA-Prozesse einzelner Patienten innerhalb einer Einrichtung konsequent durchzuführen
- Übernahme von Verantwortlichkeiten, die eigentlich in die Zuständigkeit der Arbeitsagentur gehören
- Bislang zu wenig Praxisorientierung in Form von Praktika, Betriebsbesuchen, Einladungen von Agenturen und Betrieben in die Reha-Einrichtung etc.
- Gute Erfahrungen durch konsequente Umsetzung und Integration der BORA-Konzeption in den Therapie Prozess
- Psychotherapie fördert und dient den BORA-Prozessen

2. Ergebnisse des Studentenprojektes (Umfrage)

2.1 Sind die Ergebnisse des Forschungsprojektes der Studierenden für Sie plausibel und nachvollziehbar?

- Umfrage ist von den Ergebnissen nachvollziehbar und plausibel
- Darstellung und Inhalt der Ergebnisse ist verständnisvoll
- Spiegelt die eigenen Erfahrungen auf Basis der Rentenversicherung wieder

2.2 Gibt es Ergebnisse, die aus Ihrer Sicht überraschend sind?

- Keine Überraschungen
- Zurückhaltende Formulierung seitens der Einrichtungen, vermutlich dem Zeitpunkt der Umfrage (Herbst 2017) geschuldet

2.3 Zu welchen Ergebnissen haben Sie persönliche Erfahrungen und Eindrücke?

- Möglichkeit der zusätzlichen Finanzierung wird sparsam genutzt (von Seiten der Kliniken müssen deutlichere Vorschläge kommen)

- Konzeptforderung der einzelnen Leistungsträger sehr unterschiedlich, auch in Bezug auf das Engagement

3. Umsetzung der Empfehlungen

3.1 Wie erklären Sie sich den unterschiedlichen Grad der (regionalen) Umsetzung der Empfehlungen?

- Unterschiedliche Kommunikationskulturen, Begegnungsmöglichkeiten und Prioritätensetzung bei den einzelnen Leistungsträgern
- Fokus auf Arbeitsorientierung der Leistungsträger regional unterschiedlich
- Quantitative Überforderung und die Größe der Leistungsträger
- Geringe finanzielle Ausstattung
- Schwierigkeiten bei der Vernetzung
- Parallelität der verschiedenen Konzeptanteile in den Kliniken (Psychotherapie läuft neben Arbeitstherapie, nicht ineinandergreifend)

3.2 Welche Elemente sind aus Ihrer Sicht besonders wichtig für die erfolgreiche Umsetzung der BORA-Empfehlungen?

- Spaltung zwischen Psychotherapie und Arbeitstherapie ist traditionell und immer noch sehr stark, die Psychotherapie soll aber konkret den BORA-Empfehlungen „dienen“
- Fokus stärker auf Arbeitsfähigkeit richten
- Netzwerkarbeit spielt eine große Rolle (besonders mit Agentur und Betrieben)
- Therapeuten sollen keine Krankheit behandeln sondern das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Fokus haben
- Arbeitsspezifische Diagnostik und Anamnese
- Zusätzliche Finanzierung
- Case-Management

3.3 Erhalten bzw. bieten Sie Unterstützung bei der Umsetzung? Wenn ja, in welcher Form?

- Unterstützung und Ermunterung bei der Umsetzung der Empfehlungen
- Gemeinsamer Dialog mit den Fachkliniken
- Für ein System wurde sogar ein halbes Konzept erstellt, mit der Bitte dies dann umzusetzen
- Anregung und Hinweis an kleinere Einrichtungen sich zusammenzuschließen
- Prüfung von Konzepten
- Zusätzliche Vergütung für erkennbaren Mehraufwand
- Fachberatung
- Prüfung Entlassungsberichte auf BORA-Elemente
- Initiierung von Qualitätszirkeln

4. Veränderungen und Fortschritte

4.1 Welche Veränderungen ggf. Fortschritte sind Ihrer Meinung nach bislang durch die BORA-Empfehlungen erzielt worden?

- Verändertes Denken innerhalb der Reha Einrichtungen
- „Schauen über den Tellerrand der Reha in die Arbeitswelt“
- Fokussierung der Arbeitsfähigkeit für alle Beteiligten

4.2 Würden Sie sagen, der Ablauf der Reha (Reha-Prozess) hat sich durch BORA verändert? Wenn ja, inwiefern?

- An den Stellen wo die Reha Prozesse integriert wurden ist eine deutliche Änderung erkennbar
- Präzisere sozialmedizinische Beschreibung im Entlassungsbericht
- Dominanz des „BORA-Gedankens“ in den Einrichtungen

4.3 Welche Veränderungen haben sich in Ihrer Einrichtung insbesondere in den Bereichen Strukturen und Prozesse ergeben?

- Etablierung der Diagnostik und Anamnese, zur Einteilung in die BORA-Gruppen
- Zunahme terminlicher Verzahnung mit der Agentur
- Umfänglichere Beschreibung arbeitsmarktorientierter Prozesse in den Schlussberichten

4.4 Woran kann der Erfolg von BORA gemessen werden und wie könnte das konkret im klinischen Alltag oder durch die Leistungsträger umgesetzt werden?

- Präzise Gegenüberstellung des Bedarfs bei Aufnahme und bei Entlassung mit Beschreibung der erreichten Ziele (bezogen auf die BORA-Prozesse)
- Leistungsträger können prüfen ob sich die Zahl, der in den Arbeitsprozess integrierten Versicherten, nach Abschluss der Reha erhöht hat – Zusammenhang mit BORA überprüfen
- Nach 2-3 Jahren die Einrichtungen konkret befragen wie die Wiedereingliederung aussieht und ob Veränderungen im inneren Prozess stattgefunden haben und zufrieden sind, nachdem es das BORA-Konzept gibt (extrem aufwändig aber sinnvoll)

5. Schluss

5.1 Gibt es noch weitere Aspekte die wir bisher nicht angesprochen haben und die aus Ihrer Sicht wichtig im Zusammenhang mit BORA sind?

- Überprüfung der zentralen Ziele nach 2-3 Jahren sinnvoll (1. Ziel: Vernetzung nach außen in die Betriebe und in die Arbeitsagentur 2. Ziel: Engere Vernetzung intern von Psycho- und Arbeitstherapie)
- Die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung ist eine Gemeinschaftsaufgabe über die Fachklinik hinaus, dies darf nicht vergessen werden

5.2 Was ist Ihrer Meinung nach die Perspektive für die BORA-Empfehlungen?

- Die Einrichtungen müssen mit Ihren Leistungsträgern in Verhandlung gehen
- Überprüfung ob sich die Zielgruppenarbeit bewährt hat (Evaluation jedoch schwierig)
- Kooperationsnetzwerk muss weiter ausgebaut werden

- Erneute Umfrage mit Experteninterviews nachdem eine weitläufige Umsetzung stattgefunden hat denkbar
- Durch die Digitalisierung mögliche Weiterentwicklung – ständiger Entwicklungsprozess

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, die Richtigkeit der Angaben im oben aufgeführten Interview und gebe meine Erlaubnis zur Verwendung und zum Abdruck des Interviews im Rahmen dieser Arbeit.

Ort

Datum

Unterschrift

Erklärung (Einzelarbeit):

Ich versichere an Eides statt, die von mir vorgelegte Arbeit selbständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer entnommen sind, habe ich als entnommen kenntlich gemacht. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit benutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt bzw. in wesentlichen Teilen noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Essen

Ort

30.07.2018

Datum

Unterschrift