

Saxion Hogeschool Enschede  
Academie Mens en Maatschappij  
Fachbereich Sozialwesen

Community Reinforcement Approach in der stationären  
Eingliederungshilfe

Chancen und Grenzen für Mitarbeiter und Klienten mit Chronisch  
Mehrfachgeschädigter Abhängigkeit

Bachelor-Thesis  
Freya-Amelie Höner 344450

# Community Reinforcement Approach in der stationären Eingliederungshilfe

Chancen und Grenzen für Mitarbeiter und Klienten mit Chronisch  
Mehrfachgeschädigter Abhängigkeit

Freya-Amelie Höner  
Bachelorbegleiter: Lutz Siemer  
Fachbereich Sozialwesen / AMM  
Studiengang Sozialpädagogik Euregional  
Prüfungscode T.AMM.46466

Schloß Holte-Stukenbrock, 04. September 2017

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Einführung</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>1.1. Anlass der Forschung</b> .....                                   | <b>3</b>  |
| <b>1.2. Vorstellung der von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel</b> ..... | <b>6</b>  |
| <b>1.3. Beschreibung der Praxiseinrichtung „Schillingshof“</b> .....     | <b>7</b>  |
| <b>1.4. Zielsetzung</b> .....  | <b>8</b>  |
| 1.4.1. Forschungsziel 1 .....  | 8         |
| 1.4.2. Forschungsziel 2 .....  | 8         |
| <b>1.5. Forschungsfragen</b> .....                                       | <b>9</b>  |
| <b>2. Theoretischer Rahmen</b> .....                                     | <b>10</b> |
| <b>2.1. Alkoholabhängigkeit nach dem ICD10</b> .....                     | <b>10</b> |
| <b>2.2. Definition Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängige</b> .....     | <b>11</b> |
| <b>2.3. Folgen der chronischen Abhängigkeit</b> .....                    | <b>13</b> |
| <b>2.4. Definition Community Reinforcement Approach</b> .....            | <b>14</b> |
| 2.4.1. Modul 1 - Behandlungsplan .....                                   | 15        |
| 2.4.2. Modul 2 - Verhaltensanalyse .....                                 | 16        |
| 2.4.3. Modul 3 - Abstinenz-Konto .....                                   | 17        |
| 2.4.4. Modul 4 - Einsatz von Disulfiram mit einem Antabus-Coach.....     | 17        |
| 2.4.5. Modul 5 - Verhaltenstherapeutisches Skills-Training.....          | 18        |
| 2.4.6. Modul 6 - Arbeitsberatung für den Klienten.....                   | 18        |
| 2.4.7. Modul 7 - Beratung im sozialen und Freizeitbereich.....           | 18        |
| 2.4.8. Modul 8 - Paartherapie .....                                      | 19        |
| 2.4.9. Modul 9 - Rückfallprävention .....                                | 19        |
| <b>2.5. Bisherige Forschungsergebnisse im stationären Setting</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>2.6. Bisherige Forschungsergebnisse im ambulanten Setting</b> .....   | <b>20</b> |
| <b>2.7. Relevanz für die Soziale Arbeit</b> .....                        | <b>22</b> |
| <b>3. Forschungsrahmen</b> .....   | <b>23</b> |
| <b>3.1. Art der Untersuchung</b> .....                                   | <b>23</b> |
| <b>3.2. Gewählte Untersuchungsmethode</b> .....                          | <b>23</b> |
| <b>3.3. Empirische Sozialforschung</b> .....                             | <b>26</b> |
| <b>3.4. Querschnittsstudie</b> .....                                     | <b>27</b> |
| <b>3.5. Forschungsinstrument</b> .....                                   | <b>27</b> |
| <b>3.6. Gütekriterien qualitativer Forschung</b> .....                   | <b>28</b> |
| <b>3.7. Forschungsethik</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>4. Datenerhebung</b> .....  | <b>31</b> |
| <b>4.1. Population und Stichprobe</b> .....                              | <b>31</b> |
| <b>4.2. Transkription</b> .....  | <b>32</b> |
| <b>5. Ergebnisse der Forschung</b> .....                                 | <b>34</b> |
| <b>5.1. Auswertungsverfahren</b> .....                                   | <b>34</b> |
| <b>5.2. Auswertung der Interviews</b> .....                              | <b>37</b> |
| 5.2.1. Kategorie 1: Bisherige Suchtarbeit auf dem Schillingshof .....    | 37        |
| 5.2.2. Kategorie 2: Haltung der Mitarbeiter nach CRA .....               | 38        |
| 5.2.3. Kategorie 3: Mitarbeiter-Klienten-Beziehung .....                 | 38        |

|  |            |
|--|------------|
| 5.2.4. Kategorie 4: Die Zufriedenheit der Mitarbeiter .....  | 39         |
| 5.2.5. Kategorie 5: Bedürfnisse der Klienten .....   | 40         |
| 5.2.6. Kategorie 6: Konsumverhaltens der Klienten.....   | 41         |
| 5.2.7. Kategorie 7: Einfluss kognitiver Beeinträchtigungen auf CRA .....   | 42         |
| 5.2.8. Kategorie 8: Mitarbeit der Klienten.....  | 43         |
| 5.2.9. Kategorie 9: Implementierung von CRA.....   | 44         |
| <b>5.3. Gütekriterien der Ergebnisse .....</b>   | <b>46</b>  |
| 5.3.1. Verfahrensdokumentation .....   | 46         |
| 5.3.2. Argumentative Interpretationsabsicherung .....  | 46         |
| 5.3.3. Regelgeleitetheit .....   | 47         |
| 5.3.4. Nähe zum Gegenstand.....  | 47         |
| 5.3.5. Kommunikative Validierung .....   | 47         |
| <b>6. Schlussfolgerungen .....</b>   | <b>48</b>  |
| <b>6.1. Beantwortung der Teilfragen .....</b>  | <b>48</b>  |
| 6.1.1. Teilfrage 1: Welche Erfahrungen haben Mitarbeiter bisher mit CRA gemacht?.....                                    | 48         |
| 6.1.2. Teilfrage 2: Inwieweit ist CRA bereits in die täglichen Abläufe integriert?.....                                  | 50         |
| 6.1.3. Teilfrage 3: Welche Chancen ergeben sich für die Klienten und Mitarbeiter durch die Implementierung von CRA?..... | 51         |
| 6.1.4. Teilfrage 4: Wo liegen die Grenzen von CRA? .....   | 52         |
| <b>6.2. Beantwortung der Hauptfrage .....</b>  | <b>54</b>  |
| 6.2.1. Auswirkungen auf die Mitarbeiter.....   | 54         |
| 6.2.2. Auswirkungen auf die Klienten .....   | 54         |
| <b>6.3. Empfehlungen .....</b>   | <b>55</b>  |
| 6.3.1. Empfehlungen für die Praxis.....  | 55         |
| 6.3.2. Empfehlungen für Folgestudien.....  | 57         |
| <b>6.4. Diskussion .....</b>   | <b>57</b>  |
| <b>7. Fazit .....</b>  | <b>60</b>  |
| <b>8. Literaturverzeichnis .....</b>   | <b>61</b>  |
| <b>9. Anhang.....</b>  | <b>66</b>  |
| 9.1. Eidesstattliche Erklärung.....  | 66         |
| 9.2. Übereinkunft Untersuchungsauftrag.....  | 67         |
| 9.3. Evaluationsformular Praxis .....  | 69         |
| 9.4. Zustimmung Veröffentlichung .....   | 70         |
| 9.5. Interviewleitfaden.....   | 71         |
| 9.6. Transkription der Interviews.....   | 73         |
| 9.6.1. Interview I – Profession: Erzieher/in.....  | 73         |
| 9.6.2. Interview II – Profession: Heilerziehungspfleger/in .....   | 80         |
| 9.6.3. Interview III – Profession: Altenpfleger/in.....  | 87         |
| 9.6.4. Interview IV – Profession: Sozialarbeiter/in.....   | 92         |
| 9.6.5. Interview V – Profession: Heilerziehungspfleger/in .....  | 97         |
| <b>9.7. Kategoriensystem.....</b>  | <b>101</b> |
| 9.7.1. Kategorie 1: Bisherige Suchtarbeit auf dem Schillingshof .....  | 101        |
| 9.7.2. Kategorie 2: Haltung der Mitarbeiter .....  | 103        |
| 9.7.3. Kategorie 3: Mitarbeiter-Klienten-Beziehung .....   | 104        |
| 9.7.4. Kategorie 4: Die Zufriedenheit der Mitarbeiter .....  | 107        |
| 9.7.5. Kategorie 5: Bedürfnisse der Klienten .....   | 108        |
| 9.7.6. Kategorie 6: Konsumverhalten der Klienten.....  | 110        |
| 9.7.7. Kategorie 7: Beeinträchtigung durch die Sucht .....   | 112        |

|  |            |
|--|------------|
| 9.7.8. Kategorie 8: Mitarbeit der Klienten.....          | 115        |
| 9.7.9. Kategorie 9: Implementierung von CRA.....         | 120        |
| <b>9.8. Beispiel einer CRA-Zufriedenheitsskala .....</b> | <b>125</b> |
| <b>9.9. Feedbackformular Bachelor-Thesis .....</b>       | <b>126</b> |

## **Vorwort**

Im letzten Jahr des Studiums Sozialpädagogik an der Saxion Hogeschool in Enschede und nach erfolgreichem Abschluss aller anderen Prüfungen werde ich abschließend meine Bachelor-Thesis verfassen.

Ich arbeite seit zwei Jahren für die von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel; erst als Praktikantin in der Wohnungslosenhilfe und seit einem Jahr als Pflegehelferin in der stationären Eingliederungshilfe. Nach Abschluss meines Studiums und Erlangung des Titels „Bachelor of Arts“ werde ich weiterhin bei den von Bodelschwingsche Stiftungen beschäftigt bleiben. Aus diesem Grund habe ich mich dazu entschieden, meine Bachelor-Thesis auf mein aktuelles Arbeitsfeld auszurichten und mich mit aktuellen Entwicklungen auf dem Schillingshof zu beschäftigen. Das Thema der Bachelor-Thesis ist sowohl für meinen Arbeitsgeber als auch für meine Kollegen und für mich ein aktuelles und ansprechendes Thema und ich werde von allen Ebenen bei der Ausarbeitung unterstützt. Die Arbeit mit Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigen liegt mir sehr am Herzen, da diese Menschen einen hohen Hilfebedarf benötigen und es wichtig ist, dass dieser überprüft und eventuell optimiert wird. Aus diesem Grund möchte ich meine Bachelor-Thesis nutzen, um meine Unterstützung anzubieten und gegebenenfalls eine Veränderung für die Klienten und Mitarbeiter zu erreichen.

Ich möchte mich bei meiner Familie und meinem Partner, meinen Freunden und Arbeitskollegen bedanken, die mich in den letzten Monaten tatkräftig unterstützt haben und ihren Teil dazu beigetragen haben, diese Arbeit zu verwirklichen. Ein besonderer Dank geht an meine Eltern und meinen Bruder, dafür, dass sie immer an mich geglaubt haben. Julian, ich könnte nicht glücklicher sein, dich als Bruder und Weggefährten an meiner Seite zu haben.

Dankbarkeit entspringt nicht aus dem eigenen Vermögen des menschlichen Herzens, sondern aus dem Wort Gottes. Dankbarkeit muss darum gelernt und geübt werden.

(Dietrich Bonhoeffer)

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Bachelor-Thesis befasst sich mit den Chancen und Grenzen einer Implementierung von Community Reinforcement Approach in der stationären Eingliederungshilfe. Gegenstand dieser Untersuchung waren Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängige und Mitarbeiter der stationären Eingliederungshilfe. Die Ziele der wissenschaftlichen Arbeit sind, positive Veränderungen für Mitarbeiter und Klienten zu erhalten und der Bereichsleitung Empfehlungen auszusprechen. Aus der Formulierung der Ziele ergibt sich folgende Forschungsfrage: Welche Auswirkungen ergeben sich für Klienten und Mitarbeiter des Schillingshofs durch die Implementierung von CRA?

Um eine adäquate Beantwortung zu garantieren, wurde zuerst ein theoretischer Rahmen mit relevanten Fakten angelegt. Anschließend wurde herausgearbeitet, dass es sich um eine qualitative Forschung handelt, die als Querschnittsstudie durchgeführt wurde. Als Forschungsinstrument wurde ein teilstrukturiertes Interview gewählt, das den Befragten ermöglicht, möglichst frei zu antworten. Eine Stichprobe von fünf Mitarbeitern hat an den Interviews teilgenommen und die Grundlage für die Ergebnisauswertung geliefert. Die transkribierten Interviews wurden anschließend in Kategorien unterteilt. Dies ermöglichte es, wichtige Daten herauszufiltern und für die Auswertung zu nutzen. Basierend auf den Ergebnissen wurden anschließend die Teilfragen beantwortet, die wiederum die Grundlage für die Beantwortung der Hauptfrage bildeten. Anschließend wurden Empfehlungen für die Praxis und Folgestudien ausgesprochen. Die Verfasserin hofft, mit der wissenschaftlichen Arbeit eine Grundlage für eine positive Veränderung für Mitarbeiter und Klienten zu schaffen.

## Abkürzungsverzeichnis

|       |   |
|-------|---|
| CMA   | Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängige |
| CRA   | Community Reinforcement Approach        |
| vBSB  | von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel  |
| inkl. | inklusive                               |
| ca.   | circa                                   |
| ggfs. | gegebenenfalls                          |
| u.a.  | unter anderem                           |
| z.B.  | zum Beispiel                            |
| vs.   | versus                                  |
| d.h.  | das heißt                               |

## **Tabellenverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 1: Items der Braunschweiger Merkmalsliste nach (Dr. Reker, 2006)..... | 13 |
|---|----|

## **Abbildungsverzeichnis**

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Effekte des Community Reinforcement Approach bei<br>Alkoholabhängigkeit (Lange, Reker & Driessen, 2008) ..... | 21 |
|--|----|

# 1. Einführung

Die Erfolgsquote von bisherigen Therapien im Bereich der Suchtarbeit ist gering und die meisten Alkoholabhängigen werden nach wenigen abstinenten Tagen wieder rückfällig. Die Kritik an derzeitigen Behandlungsmethoden, die auf eine Abstinenzfixierung ausgerichtet sind, wird unter deutschen Wissenschaftlern und Therapeuten immer lauter und die Zweifel am kontrollierten Alkoholkonsum schrumpfen deutlich. Laut Thomas Hillemacher, Suchtforscher der Medizinischen Hochschule Hannover „ist das bisherige Konzept nicht ideal. 70% aller Alkoholabhängigen erleiden im ersten Jahr (...) einen Rückfall, im zweiten Jahr trinken sogar 90% wieder“ (in Hauschild , 2012).

In der Praxiseinrichtung, auf die sich diese Forschung bezieht, hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass viele Klienten weiter trinken wollen und ihnen keine Gründe bewusst sind, warum sie den Konsum einschränken sollten.

Behandlungsmethoden, welche ausschließlich eine Abstinenz anstreben, haben nicht zu den gewünschten Erfolgen geführt. Außerdem berichteten sowohl Mitarbeiter als auch Klienten von Störungen in der Beziehung untereinander. Es würde kein auf Vertrauen und Offenheit basierender Umgang herrschen. Diese Problematiken wurden auch in den transkribierten Interviews mit den Mitarbeitern deutlich. Das sind Gründe für den Paradigmenwechsel zu einer akzeptanzorientierten Suchtarbeit.

Der Schillingshof, eine stationäre Einrichtung für Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Erkrankungen arbeitet seit 2015 mit einem Konzept der akzeptanzorientierten Suchtarbeit. Die Einrichtung wird in dem Kapitel 1.3. Beschreibung der Praxiseinrichtung „Schillingshof“ näher beschrieben. Community Reinforcement Approach (CRA) kommt aus den Vereinigten Staaten und ist ein Konzept zur Behandlung von substanzbezogenen Problemen (Meyers & Smith, 2011).

Die vorliegende Bachelor-Thesis bezieht sich auf die Erforschung der Chancen und Grenzen der Community Reinforcement Approach-Methode für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängige und Mitarbeiter der stationären Eingliederungshilfe. Zudem werden die Auswirkungen der Implementierung von

CRA auf dem Schillingshof analysiert. Das Ziel des Forschungsauftrags ist es, eine positive Veränderung der aktuellen Situation für Klienten und Mitarbeiter zu erreichen und zu eruieren, unter welchen Gegebenheiten CRA für den Schillingshof geeignet ist.

Für die Untersuchung wurden professionelle Mitarbeiter des Schillingshofs befragt. Die Mitarbeiter haben unterschiedliche Qualifikationen und Berufsbezeichnungen, sie sind jedoch aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung und diversen Weiterbildungen alle Spezialisten auf dem Gebiet der Suchtarbeit. Zusätzlich wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage aktuelle Fachliteratur gesichtet. Das erste Kapitel dient zur Einführung in das Thema, der Anlass und die Motivation der Forschung werden beschrieben. Außerdem wird auf die Praxisstelle, sowie das Ziel der Forschung und die Forschungsfragen eingegangen.

In dem zweiten Kapitel wird der theoretische Hintergrund der Forschung dargestellt. Die Relevanz für die Soziale Arbeit und die wichtigen theoretischen Fakten werden ausgeführt.

Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Forschungsrahmen. Es wird differenziert auf die Art, die Methode und das Instrument der Untersuchung eingegangen. Zusätzlich werden die Querschnittsstudie, die Gütekriterien qualitativer Forschung und ethische Überlegungen dargelegt.

In dem vierten Kapitel wird auf die Datenerhebung eingegangen. Die Population sowie die gewählte Stichprobe der Forschung werden näher ausgeführt.

Außerdem werden die Definition und die Regeln der Transkription erörtert.

Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Forschung. Das gewählte Auswertungsverfahren der Forschung und die Auswertung der Ergebnisse werden dargestellt.

In dem sechsten Kapitel werden zuerst die zu Beginn der Forschung formulierten Teilfragen und anschließend die Hauptfrage beantwortet. Nachfolgend werden Empfehlungen für die Praxis und für Folgestudien ausgesprochen. Den Abschluss dieses Kapitels wird eine Diskussion über die Stärken und Schwächen der Untersuchung bilden.

In dem siebten Kapitel wird abschließend ein Fazit zur vorliegenden Arbeit erstellt.

## 1.1. Anlass der Forschung

In diesem Kapitel wird auf den Anlass und die Motivation der vorliegenden Untersuchung eingegangen. Im Jahr 2014 hat das Institut für Therapieforschung in München eine Erhebung zum aktuellen Alkoholkonsum durchgeführt. Daraus geht hervor, dass die Zahl der Alkoholabhängigen in Deutschland innerhalb weniger Jahre drastisch gestiegen ist – rund 1,8 Millionen Menschen gelten als alkoholabhängig. Weitere 1,6 Millionen Menschen konsumieren Alkohol missbräuchlich, gelten nach den offiziellen Kriterien jedoch nicht als alkoholabhängig (Deutscher Ärzteverlag GmbH, 2014). Missbrauch ist der Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht. Der Missbrauch von Alkohol ist häufig die Vorstufe einer Alkoholabhängigkeit (Badenschier, 2014).

Es gibt keine zuverlässigen Forschungen über die Zunahme von Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigen (CMA). Diese weisen zusätzlich zu ihrer langjährigen Alkoholabhängigkeit eine Vielzahl von weiteren Folgeschäden, wie physische und psychische Schädigungen inkl. Komorbidität auf. Schätzungen aus dem Jahr 2009 belaufen sich auf ca. 400.000 Betroffene in Deutschland, von denen ca. 75% Männer und 25% Frauen sind. Die Dunkelziffer ist jedoch um ein Vielfaches höher (Bergmann, 2009).

Bei der Arbeit mit CMA liegt der Schwerpunkt auf der Sicherung des Überlebens, Vermeidung einer Verschlechterung und einer mengenmäßigen Reduktion des Suchtmittelkonsums. Die Lebensqualität soll verbessert werden und suchtmittelfreie Phasen eingehalten werden (Fengler, 2002). Das Rückfallrisiko ist bei CMA aufgrund der Chronifizierung der Abhängigkeit um ein Vielfaches höher als bei anderen Abhängigen (Allgemeine Hospitalgesellschaft [AHG], 2016). Laut der Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik versteht man unter Chronifizierung „den Übergang von einer vorübergehenden zu einer dauerhaften Präsenz einer Erkrankung oder eines Symptoms (...)“ (Stangl, 2017).

Wie bereits in der Einführung erwähnt, ist die Erfolgsquote der bisherigen Therapien gering und ein Großteil der Alkoholabhängigen wird wieder rückfällig. In der Vergangenheit wurde auch das Klientel vom Schillingshof nach wenigen abstinenten Tagen oder Stunden wieder rückfällig (Transkription von Interview 3,

2017; Transkription von Interview 3, 2017). Betroffene Klienten äußern in Gesprächen mit den Mitarbeitern, dass es nicht ihrem Wunsch entspricht, abstinent zu leben. Der Alkoholkonsum ist ein Teil ihres Lebens und sie können und wollen diesen nicht aufgeben (Transkription von Interview 2, 2017). Die totale Abstinenz ist bei anderen Behandlungsansätzen, wie der akzeptanzorientierten Suchtarbeit, nicht zwingend notwendig. Auch immer mehr Spezialisten auf dem Gebiet der Suchtarbeit sprechen sich für veränderte Behandlungsstrategien aus. Bei diesen soll der Alkoholkonsum verringert werden, um ein für den Abhängigen leichter erreichbares Ziel anzusteuern (Tillmann, o.J.).

Die Debatte um angemessene Behandlungsansätze im Bereich der Suchtarbeit reicht weit über 40 Jahre zurück (Prof. Dr. Körkel, 2014). Suchtarbeit war über Jahrzehnte geprägt von Kontrolle, Misstrauen, defizitorientiertem Menschenbild und Abstinenzzwang (GK Quest Akademie, 2011). Um auf den aktuellen Paradigmenwechsel zu reagieren wurde die akzeptanzorientierte Methode Community Reinforcement Approach im Jahr 2015 auf dem Schillingshof implementiert. CRA genießt als evidenzbasiertes Konzept in der internationalen Literatur höchste Anerkennung (GK Quest Akademie, 2011).

Es basiert auf der Annahme, dass positive Verstärker einen starken Einfluss auf den Konsum eines Menschen haben können (Meyers & Smith, 2011). CRA wird jedoch auch angewendet, um positive Veränderungen zu erhalten, die sich nicht ausschließlich auf den Konsum beziehen. Bei CRA steht die Abstinenz nicht zentral, die Wertschätzung des Klienten mit seinen persönlichen Vorstellungen und Wünschen außerhalb der Sucht stehen im Mittelpunkt (GK Quest Akademie, 2011). Die akzeptanzorientierte Suchtarbeit geht davon aus, dass ein selbstbestimmtes Leben auch mit dem Konsum von Suchtmitteln möglich ist (Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein, o.J.).

Bei abstinenzenorientierten Behandlungskonzepten ist die Abstinenz jedoch das einzig anstrebenswerte Ziel (Prof. Dr. Körkel, 2014). Nie wieder Alkohol zu trinken, ist ein Kampf, den viele Alkoholiker verlieren (Ahlers, 2015). Der Alkoholkonsum ist ihr Lebensinhalt und abstinent zu leben stellt für viele eine zu große Hürde dar. Aufgrund dessen ist die Rückfallquote sehr hoch. Außerdem hat die Abstinenzfixierung auf dem Schillingshof zu Störungen in der Mitarbeiter-Klienten-Beziehung

geführt. Mitarbeiter berichteten der Verfasserin, dass Klienten nicht mehr offen über ihren Konsum gesprochen haben. Sie fühlten sich mit ihren persönlichen Wünschen und Zielen nicht akzeptiert und haben weiterhin heimlich Alkohol konsumiert. Die Situation erwies sich nach Gesprächen, welche die Verfasserin mit beiden Seiten geführt hat, sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Klienten als äußerst belastend. In den transkribierten Interviews berichteten Mitarbeiter außerdem von Frustrationen auf beiden Seiten (Transkription von Interview 4, 2017). Als Konsequenz aus dieser Problematik wurde vor zwei Jahren CRA auf dem Schillingshof implementiert. Durch eine neue Umgangsweise mit dem Thema Sucht sollen Frustrationen und Rückschläge abgebaut werden, um eine höhere Zufriedenheit für Klienten und Mitarbeiter zu schaffen.

Die Mitarbeiter des Schillingshofs werden seit 2015 in kleinen Gruppen zum CRA-Berater ausgebildet. Diese Ausbildung findet parallel zum Alltagsgeschäft statt. Für die Mitarbeiter ist es eine immense Herausforderung, die Ausbildung neben Früh- und Spätdiensten, sowie Diensten am Wochenende zu absolvieren. Das setzt ein hohes Maß an Motivation, Wissensdurst und Selbstständigkeit voraus. Die Teilnehmer müssen die Ausbildung aktiv an Modellen und Rollenspielen mit den Klienten üben (Meyers & Smith, 2011). Die Sitzungen werden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend mit dem Ausbilder supervidiert.

CRA wurde auf dem Schillingshof implementiert, ohne vorab Richtlinien festgelegt zu haben, an denen der Erfolg gemessen werden kann. Es wurden ebenfalls keine Erhebungen durchgeführt, um zu überprüfen, inwieweit die Methode geeignet für das Setting des Schillingshofs ist. Daraus können Probleme resultieren, sollte sich herausstellen, dass CRA bisher nicht den gewünschten Effekt hat oder auf dem Schillingshof nur eingeschränkt angewendet werden kann. Es können sich u.a. folgende Probleme ergeben: wirtschaftliche Probleme für die Einrichtung, welche die hohen Kosten trägt oder Überforderung und Frustration der Mitarbeiter und Klienten. Die nachstehende Untersuchung ist für alle Parteien des Schillingshofs wichtig; der tatsächliche Nutzen wird überprüft und es werden Empfehlungen für die Bereichsleitungen ausgesprochen. Diese können anschließend zur Optimierung genutzt werden.

Die Untersuchung ist ein Beitrag zur Professionalität der Sozialen Arbeit. Fachkräfte der Sozialen Arbeit haben stets das Bestreben, professionell und im Sinne des Klienten zu arbeiten. Die Arbeit an der Professionalität umfasst Aufgaben, die dazu geeignet sind, einen Beitrag zum Beruf oder zur Entwicklung des Berufes zu leisten. Dazu zählen Untersuchungen der Wirksamkeit des Handelns und die Entwicklung von verbesserten Angeboten und Methoden (Nationales Beratungsgremium Sozialpädagogik, 2009). Das eigene Handeln sollte kritisch betrachtet und gegebenenfalls Veränderungen vorgenommen werden. Dabei sollten die Fachkräfte stets um die Wahrung der Menschenwürde bemüht sein (Nationales Beratungsgremium Sozialpädagogik, 2009).

## **1.2. Vorstellung der von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel**

Die von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel (vBSB) wurde 1967 in Bielefeld gegründet (vBSB a), 2017). Fünf Jahre später übernahm Pastor Friedrich von Bodelschwingh die Leitung und baute sie zu einem differenzierten und weit verzweigten Hilfeangebot aus (vBSB b), 2017). Er prägte die Einrichtung entscheidend und unter der Leitung Bodelschwinghs und seiner Nachfolger entwickelte sich Bethel zum größten diakonischen Unternehmen in Europa (vBSB a), 2017). „Bethel“ kommt aus dem Hebräischen und bedeutet übersetzt „Haus Gottes“. Das christliche Gebot der Nächstenliebe ist ein wichtiger Bestandteil der Arbeit Bethels (vBSB b), 2017). Die Würde der Menschen ist nicht abhängig von ihren Fähigkeiten oder Leistungen. Sie ist gottgegeben und unantastbar. Friedrich von Bodelschwingh sagte einst: „Es geht kein Mensch über diese Erde, den Gott nicht liebt.“ Das ist einer der Leitgedanken der vBSB (vBSB e), 2017). In der 150-jährigen Geschichte Bethels steht die menschliche und fachliche Unterstützung kranker, behinderter und sozial benachteiligter Menschen stets im Mittelpunkt (vBSB c), 2017). Jedes Jahr werden über 230.000 Menschen durch Bethel behandelt, beraten, gefördert oder ausgebildet (vBSB d), 2017). Für diese Menschen engagieren sich rund 18.000 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (vBSB b), 2017). Bethel bietet in den unterschiedlichsten Bereichen Unterstützung. Die zentralen Arbeitsgebiete sind Menschen mit Epilepsie, Behindertenhilfe, Altenhilfe, Jugendhilfe, Unterstützung für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten,

Arbeit und Rehabilitation, Psychiatrie, Versorgung in Akutkrankenhäusern, Angebote für Menschen mit erworbenen Hirnschäden, Therapieangebote für Menschen mit autistischen Störungen und Hospizarbeit (vBSB b), 2017). Mit der Vielfalt der Arbeitsfelder ist Bethel wohl einzigartig (vBSB b), 2017).

### **1.3. Beschreibung der Praxiseinrichtung „Schillingshof“**

Die vorliegende Untersuchung bezieht sich auf den Schillingshof, eine Einrichtung der vBSB. Die Einrichtung besteht bereits seit mehr als 100 Jahren und wurde im Jahre 1914 in Bielefeld-Senne eingeweiht (vBSB f), 2014).

Der Schillingshof bietet Leistungen der Eingliederungshilfe nach §53 Sozialgesetzbuch XII an ("Schillingshof", o.J.). „Leistungsberechtigte sind Personen, die durch eine Behinderung (...) in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind (...)“ (Wasmund, 2016). Die besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, die beeinträchtigten Menschen in die Gesellschaft zu integrieren. Dazu gehört u.a., ihnen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern (Wasmund, 2016).

Das Angebot des Schillingshofs richtet sich an Personen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen, psychiatrischen Erkrankungen und komorbiden Störungen (vBSB f), 2014). Bei Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich um ein zwanghaftes Bedürfnis, eine bestimmte Substanz zu konsumieren (Ming, 2017). Von einer Abhängigkeitserkrankung spricht man, wenn mindestens drei der folgenden Symptome gleichzeitig vorliegen: starkes Verlangen nach dem Suchtmittel, Kontrollverlust bzgl. Menge und Dauer des Konsums, körperliche Entzugsbeschwerden, Toleranzentwicklung, Aufgabe ursprünglicher Interessen oder Aktivitäten und fortdauernder Konsum trotz negativer und gesundheitlicher Folgen (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bonn, o.J.).

Unter psychiatrischen Erkrankungen versteht man eine deutliche Abweichung von der gesellschaftlichen oder medizinischen Normvorstellung psychischer Funktionen. Betroffen sind das Denken, das Fühlen, das Verhalten und die Wahrnehmung (Groß, 2017). Die verschiedenen Krankheitsbilder können in unterschiedlichen Schweregraden auftreten (Dr. Tlach et al. , 2017). Eine

komorbide Störung bezeichnet eine psychische Störung, die neben einer anderen primären Störung vorhanden ist. Komorbide Störungen erschweren die Behandlung enorm und vergrößern das Risiko, dass sich die Störung chronifiziert (Merz, 2017).

Der Schillingshof bietet 32 stationäre Plätze. Die Klienten werden durch Fachpersonal aus pflegerischen und pädagogischen Berufsfeldern unterstützt ("Schillingshof", o.J.). Auf dem Schillingshof arbeiten Fachkräfte verschiedener Professionen: Pädagogen, Heilerziehungspfleger, Altenpfleger, Erzieher und Krankenpfleger / Krankenschwestern und Sozialpädagogen. Außerdem werden Praktikanten und Auszubildende beschäftigt.

## **1.4. Zielsetzung**

Aus dem oben beschriebenen Forschungsanlass und der dargestellten Problematik ergeben sich folgende zwei Forschungsziele.

### **1.4.1. Forschungsziel 1**

Das kurzfristige Ziel der Untersuchung (Ziel in der Untersuchung) ist es, Kenntnisse über die Auswirkungen von CRA auf dem Schillingshof zu erhalten. Es wird überprüft, wie effektiv und effizient die Methode in der Einrichtung ist.

### **1.4.2. Forschungsziel 2**

Das langfristige Ziel der Untersuchung (Ziel mit der Untersuchung) ist es, eine positive Veränderung der aktuellen Situation für Mitarbeiter und Klienten zu erhalten. Die Untersuchung soll dazu beitragen, der Bereichsleitung Empfehlungen darüber auszusprechen, unter welchen Gegebenheiten CRA optimaler eingesetzt werden kann.

## 1.5. Forschungsfragen

**Hauptfrage:** Welche Auswirkungen ergeben sich für Klienten und Mitarbeiter des Schillingshofs durch die Implementierung von CRA?

Um die Hauptfrage zufriedenstellend beantworten zu können, wurden vier Teilfragen formuliert:

- Welche Erfahrungen haben Mitarbeiter bisher mit CRA gemacht?
- Inwieweit ist CRA bereits in die täglichen Abläufe integriert?
- Welche Chancen ergeben sich für Klienten und Mitarbeiter durch die Implementierung von CRA?
- Wo liegen die Grenzen von CRA?

## **2. Theoretischer Rahmen**

Dieses Kapitel behandelt den theoretischen Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis. Zu Beginn werden die Alkoholabhängigkeit, Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeit und die Folgen der chronischen Abhängigkeit definiert. Anschließend wird das Konzept CRA mit den einzelnen Modulen vorgestellt. Im folgenden Verlauf werden bisherige Forschungsergebnisse über den Einsatz von CRA im stationären und ambulanten Setting beschrieben. Den Abschluss des Kapitels bildet die Beschreibung der Relevanz für die Soziale Arbeit.

### **2.1. Alkoholabhängigkeit nach dem ICD10**

Im nachfolgenden Kapitel wurde eine allgemein gültige Definition der Alkoholabhängigkeit zum besseren Verständnis für den Leser erarbeitet. Es gibt weltweit zwei Klassifikationssysteme, in denen Krankheiten beschrieben und eingruppiert werden. In dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems werden sämtliche medizinische Erkrankungen aufgeführt, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder klassifiziert ausschließlich psychische Störungen (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015). Der ICD wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet (Troost, 2016) und wird in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben ([DIMDI], 2017). Der ICD wird von 117 Ländern genutzt und wurde in 43 Sprachen übersetzt (World Health Organization, 2016). Das Abhängigkeitssyndrom wird bei dem ICD bei F10.2 Alkoholabhängigkeit eingruppiert. Drei oder mehr der folgenden diagnostischen Kriterien der Alkoholabhängigkeit sollten bestehen, um von einer Abhängigkeit nach F10.2 zu sprechen: Wunsch oder Zwang psychotrope Substanzen zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums, körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, Nachweis einer Toleranz, fortschreitende Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Interessen zugunsten des Konsums und anhaltender Konsum

trotz des Nachweises, dass eindeutige schädliche Folgen psychischer und körperlicher Art entstehen (Batra, Müller, Mann & Heinz, 2016).

Im weiteren Verlauf wird auf die Definition von Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigen eingegangen, da diese ein wesentlicher Bestandteil der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit sind.

## **2.2. Definition Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängige**

Laut der Allgemeinen Hospitalgesellschaft werden Personen als CMA bezeichnet, die eine langjährige Abhängigkeitserkrankung aufweisen, die zu einer Vielzahl von Folgeschäden geführt hat. Der langjährige chronische Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch führt zu gravierenden Schädigungen fast aller Organsysteme und Organfunktionen. Außerdem führen die körperlichen, seelischen und geistigen Beeinträchtigungen oft dazu, dass die betroffenen Menschen mittel- oder langfristig nicht in der Lage sind, alleine zu leben, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder ihre aktuelle Situation zu verändern. Die Betroffenen sind durch die Folgen ihrer Erkrankung meist beruflich und sozial desintegriert oder gar entwurzelt. Fähigkeiten, selbstständig alltäglichen Anforderungen nachzugehen, wie Orientierung in der Umwelt, Zeitstrukturierung, Selbstversorgung, Hygiene oder sich um eine Veränderung der Situation zu bemühen, fehlen einem Großteil der Betroffenen. Alter, Geschlecht, Trinkmenge, Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, sowie psychische und soziale Faktoren spielen eine Rolle für die Art und das Ausmaß der körperlichen und seelischen Schädigungen (Allgemeine Hospitalgesellschaft [AHG], 2016). Aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, dass das Durchschnittsalter von CMA zwischen 45 und 50 Jahren liegt. Die Wahrscheinlichkeit, den „Status“ eines CMA zu erreichen, steigt durch das Lebensalter und die Abhängigkeitsdauer. Es gilt als empirisch gesichert, dass der Großteil der CMA Population aus Männern besteht. Eine Erklärung könnte der Wirkung von geschlechterspezifischen Normen zugeschrieben werden. Frauen unterliegen einer stärkeren informellen Sozialkontrolle; ein hohes Maß an Alkoholverträglichkeit ist für Frauen kein Leistungsmerkmal und sie sind im Alter seltener in Gruppen integriert. Sie sind

dadurch keinem gruppenspezifischen Trinkwettbewerb ausgesetzt (Leonhardt & Mühler, 2007).

Es gibt bisher kein akzeptiertes und anerkanntes diagnostisches Instrument, welches die Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeit bestätigt. Es sollte bei der Feststellung der Krankheit immer zwischen vorbestehenden Behinderungen, Störungen, Erkrankungen oder Folgeerkrankungen, die sich durch den Suchtmittelkonsum ergeben haben, unterschieden werden (Fengler, 2002). Die Entwicklung zum CMA ist bei jedem Abhängigkeitserkrankten möglich (Dr. Härtel, 2013).

Der erste Versuch, die Erkrankung zu definieren, stammt aus dem Jahr 1994 von Prof. Albrecht, der an der Soziologischen Fakultät Bielefeld tätig war. Sein Mitarbeiter leistete die Vorarbeiten für die „Braunschweiger Merkmalsliste“, die im Jahr 1999 von Hilge und Schulz in der Fachzeitschrift „Sucht“ veröffentlicht wurde. Zu den Items der „Braunschweiger Merkmalsliste“ gehörten die Kriterien aus der nachstehenden Tabelle 1:

---

### **Kriterien zur Identifikation von CMA**

---

Alleinstehend

Wohnungslosigkeit

Lebensunterhalt durch Sozialhilfe

Langzeitarbeitslosigkeit

Institutionelles Wohnen

Vorstrafen

Mehr als zehn Entgiftungsbehandlungen

52 Wochen im Krankenhaus

Einweisung mit richterlichem Beschluss

Gesetzliche Betreuung

Heimunterbringung

Delir

Korsakow-Psychose

Chronisch alkoholbedingte Psychose

Polyneuropathie

---

---

Lebererkrankungen

Entzugskrampanfälle

Magenschleimhautentzündungen

---

**Tabelle 1: Items der Braunschweiger Merkmalsliste nach (Dr. Reker, 2006)**

Im gleichen Jahr wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine „Arbeitsgruppe CMA“ gegründet. Diese erstellen eine Checkliste, die als Definitionsvorschlag für CMA genutzt werden kann. Bei dieser Checkliste, die aus verschiedenen Elementen aufgebaut ist, werden Symptome gleichgewichtet aufaddiert. Die Elemente werden in vier Kategorien unterteilt: 1) Konsumverhalten, 2) Behandlungserfahrung, 3) gesundheitliche Situation und 4) soziale und rechtliche Situation. Wenn in mindestens drei dieser Kategorien mindestens ein Symptom zutrifft, wird von einer Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeit gesprochen (Dr. Reker, 2006).

Anknüpfend an diese Definition werden im nachstehenden Kapitel die Folgen der chronischen Abhängigkeit näher beschrieben.

### **2.3. Folgen der chronischen Abhängigkeit**

Die chronische Abhängigkeit führt zu einer Vielzahl von psychischen, sozialen und körperlichen Folgeschäden des Betroffenen. Häufig ist auch das direkte Umfeld von den Folgeschäden betroffen (Badenschier, 2014). Zu den gravierendsten psychischen Folgeerkrankungen zählen Entzugssyndrom mit oder ohne Alkoholdelir, Alkohol-Psychose, Affektive Störungen oder Angststörungen und alkoholbedingte Wesensveränderungen (Allgemeine Hospitalgesellschaft [AHG], 2016). Das Entzugssyndrom tritt bei teilweiser oder vollständiger Wegnahme des Suchtmittels auf. Es können Ängste, Depressionen, Zittern, Schweißausbrüche, Gliederschmerzen, Übelkeit, Herzrasen, Schlafstörungen oder Krampfanfälle auftreten. Die alkoholbedingte Psychose ist durch den vorübergehenden Verlust der Realität gekennzeichnet. Die Betroffenen leiden an Wahrnehmungsstörungen, die durch zusätzliche Symptome wie Unruhe, Euphorie oder Erregung verstärkt werden. Diese Art der Psychose kann wenige Wochen bis mehrere Monate andauern. Eine weitere Folge der chronischen Abhängigkeit sind Störungen der

Gefühle. Die Betroffenen fühlen sich traurig, niedergeschlagen, ängstlich, unsicher und kämpfen mit Selbstzweifeln. Die alkoholbedingte Wesensveränderung wird auch als Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Sie äußert sich auf der einen Seite mit aggressivem und dominantem Verhalten und auf der anderen Seite mit Stimmungsschwankungen, Anhänglichkeit und Ängstlichkeit. Die Persönlichkeitsstörung entwickelt sich meist schleichend und wird nicht sofort als diese erkannt. Durch die chronische Abhängigkeit entstehen häufig schwerwiegende somatische Folgeerkrankungen. Die somatischen Folgen sind gravierende Organschäden der Leber, der Bauchspeicheldrüse, des Magens und des Herzens. Zu den sozialen Folgen der chronischen Abhängigkeit zählen häufig die Vereinsamung der Betroffenen, gesellschaftliche Ausgrenzung und Verwahrlosung. Schon im frühen Stadium entstehen soziale Beeinträchtigungen; dazu gehören u.a. Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Desinteresse, Verschuldung, Trennungen, soziale Isolation und gesellschaftliche Ausgrenzung, Verlust der Wohnung und Konflikte mit dem Gesetz (Allgemeine Hospitalgesellschaft [AHG], 2016).

## **2.4. Definition Community Reinforcement Approach**

In diesem Kapitel wird auf das akzeptanzorientierte Konzept der Suchtarbeit eingegangen, das seit 2015 auf dem Schillingshof bei der Arbeit mit CMA angewendet wird.

Alle (...) werden feststellen, dass es sich nicht nur um eine Behandlungstechnik handelt, sondern um eine Behandlungsphilosophie, die den Blick nach vorne, den Blick auf das Positive und den Glauben an die Möglichkeit von Veränderung in den Mittelpunkt der Arbeit stellt. Das Konzept steht für Ressourcenorientierung, Personenzentrierung, Vernetzung, Interdisziplinarität und Gemeindenähe (...). (Reker, 2011)

Der verhaltenstherapeutische Ansatz des Community Reinforcement Approach (CRA) zur Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigkeit wurde 1973 von George Hunt und Nathan Azrin in den Vereinigten Staaten entwickelt (Badenschier, 2014). In Deutschland ist das Behandlungskonzept jedoch noch relativ unbekannt (Meyers & Smith, 2011). Verschiedene Einrichtungen der von

Bodenschwingsche Stiftungen Bethel wenden CRA bereits seit einigen Jahren an, auf dem Schillingshof wurde das Konzept erst im Jahr 2015 implementiert.

Bei CRA handelt es sich um ein verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von substanzbezogenen Problemen (Meyers & Smith, 2011). Es basiert auf der Grundannahme, dass die Verstärkung von alternativen Verhaltensweisen zum Alkoholkonsum einen immensen Einfluss auf den Suchtmittelkonsum einer Person nehmen können (Badenschier, 2014). Es werden Verstärker aus dem sozialen, familiären oder beruflichen Umfeld in den Behandlungsprozess integriert. Damit soll eine Motivation zur Verminderung des Alkoholkonsums oder Aufrechterhaltung der Abstinenz gefördert werden. CRA betrachtet den Konsum nicht als isoliertes Verhalten, das unabhängig vom Rest des Lebens betrachtet wird. Der Konsum ist eng mit vielen anderen Aspekten des täglichen Lebens verflochten (Meyers & Smith, 2011). Das Konzept basiert zu einem großen Teil auf Lernen an Modellen und Rollenspielen und erfordert eine aktive, direkte und engagierte Vorgehensweise des Beraters. Der Klient gestaltet seine Planung selbstständig und erhält dabei Unterstützung von dem Berater. Während des gesamten Prozesses unterstützt der Berater den Klienten dabei positive Verstärker in der Umgebung zu identifizieren und zu nutzen (Meyers & Smith, 2011).

In den folgenden Abschnitten werden die neun Behandlungsmodule vorgestellt, anhand deren eine Behandlung nach CRA erfolgt.

#### **2.4.1. Modul 1 - Behandlungsplan**

Die „Zufriedenheitsskala“ ist das Erste von zwei Instrumenten, welches die Basis für den CRA-Behandlungsplan darstellt (Meyers & Smith, 2011). Sie dient dazu, positive Verstärker zu ermitteln und in den Behandlungsprozess zu integrieren. Hierdurch soll die Motivation zur Abstinenz gefördert werden (Dr. med. Kunz, 2011). Der Klient wird gebeten, seine aktuelle Zufriedenheit auf einer Skala von eins bis zehn für verschiedene Lebensbereiche aufzuzeigen: Trinken / Abstinenz, Arbeit / Ausbildung, Umgang mit Geld, soziale Kontakte, persönliche Gewohnheiten, familiäre Beziehungen, juristische Angelegenheiten, Gefühlsleben, Kommunikation und allgemeine Zufriedenheit. Der Klient erhält somit einen

Überblick über seine aktuelle Gesamtzufriedenheit. Im Anhang ist ein Beispiel einer Zufriedenheitsskala nach CRA angefügt (9.8. Beispiel einer CRA-Zufriedenheitsskala).

Anschließend wird das Arbeitsblatt „Behandlungsziele“ von dem Berater und dem Klienten gemeinsam bearbeitet. Das Arbeitsblatt beinhaltet dieselben Lebensbereiche. Der Berater unterstützt den Klienten dabei, spezifische Ziele und Strategien zu definieren. Außerdem achtet der Berater darauf, dass das übergeordnete Ziel, die Zufriedenheit in nicht konsumassoziierten Lebensbereichen zu erhöhen, beachtet wird. Bei der Formulierung der Ziele müssen drei Grundregeln beachtet werden: Die Formulierung soll kurz, positiv und spezifisch sein. Jedes Ziel und jede Intervention wird mit einem Zeitfenster versehen, innerhalb dessen das Ziel erreicht oder die Intervention durchgeführt werden soll. Falls der Klient noch Unterstützung bei der Vermittlung von bestimmten Fähigkeiten benötigt, wird dies vermerkt (Meyers & Smith, 2011).

#### **2.4.2. Modul 2 - Verhaltensanalyse**

Die Verhaltensanalyse ist ein strukturiertes Interview zur Erarbeitung von „Triggern“ (Auslösern) und Konsequenzen des Konsumverhaltens. Die Auslöser werden in externe Auslöser (Menschen, Orte und Situationen) und interne Auslöser (Gedanken, körperliche Wahrnehmungen und Gefühle) gegliedert. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der Art und Menge des Konsums. Zuerst werden die kurzlebigen Konsequenzen, die für den Konsumenten jedoch als stark positiv empfunden werden, identifiziert. Im Anschluss werden die langfristigen Konsequenzen, die eher als negativ empfunden werden, erarbeitet. Dazu zählen u.a. Probleme in der Partnerschaft, Gesundheit, berufliche und finanzielle Situation, Wohnung. Klassische Verhaltensanalysen enden an diesem Punkt, CRA untersucht jedoch auch die Auslöser und Konsequenzen von verschiedenen angenehmen, nicht konsumbedingten Aktivitäten und Verhaltensweisen. Anschließend werden Strategien, welche die Häufigkeit dieser Aktivitäten und Verhaltensweisen erhöhen, erarbeitet und eingeführt (Meyers & Smith, 2011).

### **2.4.3. Modul 3 - Abstinenz-Konto**

Für viele Klienten scheint es weniger bedrohlich zu sein, wenn sie die Abstinenz für eine begrenzte Dauer erproben. Hat der Klient einer Abstinenzperiode zugestimmt, beginnen Berater und Klient über einen Zeitraum zu verhandeln. Unabhängig von dem Zeitraum, versucht der Berater mit dem Klienten einen Plan mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz, zu erarbeiten (Meyers & Smith, 2011).

### **2.4.4. Modul 4 - Einsatz von Disulfiram mit einem Antabus-Coach**

Disulfiram, besser bekannt als Antabus, ist ein Wirkstoff aus der Gruppe der Entwöhnungsmittel. Es wird unterstützend bei der Therapie von Alkoholabhängigen eingesetzt. Disulfiram blockiert in der Leber ein Enzym, das beim Alkoholabbau die Umwandlung von Acetaldehyd zu Essigsäure katalysiert. (Dr. Dörges, 2017). Bei fortgesetztem Alkoholkonsum und Einnahme von Disulfiram kann es nach einigen Minuten zu typischen Intoxikationserscheinungen, wie Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Atemnot, Blutdruckabfall oder Blutdruckanstieg kommen (Zagermann-Muncke, 2004). Häufig kommt es vor, dass der Einsatz von Disulfiram den Behandlungsprozess positiv beeinflussen kann. Bei gleichzeitiger Einnahme von Disulfiram und Alkohol kann es zu unangenehmen Symptomen kommen, die den Klienten abschrecken, Alkohol zu trinken (Meyers & Smith, 2011). Die Vorteile der Behandlung, zu denen die Reduktion von Rückfällen oder die Reduktion von Problemen in der Partnerschaft zählen können, werden herausgearbeitet. Eine wichtige Aufgabe des Beraters ist es, dem Klienten zu vermitteln, dass dies eine Unterstützung auf dem Weg zur Abstinenz ist und keine Kontrolle des Klienten. Dem Klienten wird außerdem ein unterstützend wirkender Antabus-Coach, z.B. ein Familienangehöriger oder Partner, zur Seite gestellt. Der Berater übernimmt einerseits die Aufgabe der täglichen Vergabe der Medikamente, andererseits die kontinuierliche positive Verstärkung der Medikamenteneinnahme (Meyers & Smith, 2011).

#### **2.4.5 Modul 5 - Verhaltenstherapeutisches Skills-Training**

Ein Großteil des CRA-Konzepts befasst sich mit der Vermittlung verschiedener Fähigkeiten (Skills), insbesondere dem Kommunikationstraining, Problemlösen und Ablehnungstraining. Das Kommunikationstraining ist auf drei Komponenten fokussiert: Äußerung von Verständnis, Übernahme einer teilweisen Verantwortung für ein Problem und Abgabe eines Hilfeangebots. Das Problemlösetraining ist ein Verfahren zur Lösung spezifischer Probleme, z.B. Auftreten von Suchtdruck, Erarbeitung von Entspannungsmöglichkeiten oder Aufbau von nicht konsumassoziierten Beziehungen. Das Verfahren beginnt mit einer differenzierten Problemdefinition und mit einem sich anschließenden Brainstorming. Anschließend identifiziert der Klient für ihn realisierbare Lösungen, die praktische Umsetzung und mögliche Hindernisse. Bei dem Ablehnungstraining werden Strategien zur Verbesserung der Durchsetzungsfähigkeit erarbeitet und im Rollenspiel erprobt (Meyers & Smith, 2011).

#### **2.4.6. Modul 6 – Arbeitsberatung für den Klienten**

Eine befriedigende Arbeit ist häufig eine Quelle für viele positive Verstärker, wie Selbstwertgefühl, soziale Beziehungen und finanzielle Aspekte. Bei dem Arbeitstraining werden Fähigkeiten vermittelt, die den Klienten dabei unterstützen sollen, eine Arbeit zu bekommen und diese zu behalten, um die Zufriedenheit der beruflichen Situation zu verbessern. Dabei werden überwiegend Techniken des Problemlösens angewendet (Meyers & Smith, 2011).

#### **2.4.7. Modul 7 - Beratung im sozialen und Freizeitbereich**

Häufig ist der Konsum von Alkohol oder Drogen der verbindende Faktor bei Freundschaften und Freizeitaktivitäten des Klienten. Sobald sie ihren Substanzkonsum einschränken oder einstellen, fühlen sie sich aus ihrem bisherigen Freundeskreis ausgeschlossen. Der soziale Druck ist ein starker Auslöser für einen Rückfall. Deswegen ist eine zentrale Aufgabe des CRA-Konzepts, dass der Berater und der Klient gemeinsam befriedigende, nicht konsumassoziierte soziale Aktivitäten erarbeiten. Diese Aktivitäten sollen die Abstinenz unterstützen und nicht mit dem Konsumverhalten konkurrieren. Auch

hier werden überwiegend Strategien des Problemlösens angewendet (Meyers & Smith, 2011).

#### **2.4.8. Modul 8 - Paartherapie**

Auch in Zeiten der Abstinenz können Schwierigkeiten in der Partnerschaft weiterhin bestehen. Der Berater versucht den Partner des Klienten mit in die Behandlung einzubeziehen. Dies bietet die Möglichkeit, partnerschaftliche Probleme anzusprechen und die Unterstützung des Partners für die Behandlung zu gewinnen. Während der Paartherapie werden dem Paar Kommunikationsfähigkeiten vermittelt, ergänzend dazu lernt das Paar mithilfe des Merkblatts „Liebevoller Umgang in der Partnerschaft“ im Alltag zugewandter und liebevoller miteinander umzugehen (Meyers & Smith, 2011).

#### **2.4.9. Modul 9 - Rückfallprävention**

Ein Schwerpunkt der Behandlung von alkoholabhängigen Menschen liegt in der Rückfallprävention. Diese beginnt bereits in der ersten Sitzung und stellt einen kontinuierlichen Prozess dar (Badenschier, 2014). Sobald ein Rückfall eintritt, wird eine Rückfallversion der CRA-Verhaltensanalyse ausgefüllt. (Meyers & Smith, 2011). Der Rückfall wird zeitlich sehr genau dargestellt und die Ursache des Rückfalls wird präzise erarbeitet. Mit der lösungsorientierten Gesprächsführung wird eine Verbindung zwischen Auslösern von Konsumverhalten und dem stattgefundenen Rückfall hervorgehoben. Anschließend werden passende alternative Verhaltensweisen entwickelt. Das Ziel von CRA ist es, die Fähigkeit zu vermitteln, Risikosituationen frühzeitig zu erkennen und somit Rückfälle zu vermeiden (Badenschier, 2014).

### **2.5. Bisherige Forschungsergebnisse im stationären Setting**

Die erste kontrollierte Studie zur Effektivität von CRA wurde vor mehr als 30 Jahren von George Hunt und Nathan Azrin in den Vereinigten Staaten durchgeführt. An der Studie haben 16 stationär behandelte Personen teilgenommen. Die Kontrollgruppe erhielt eine Standardbehandlung, die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich eine CRA-Behandlung. Bereits nach sechs

Monaten zeigten die Personen, bei denen zusätzlich CRA angewendet wurde, ein deutlich besseres Ergebnis hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl von Trinktagen (14% vs. 79%). Abbildung 1 veranschaulicht in einer tabellarischen Darstellung die Forschungsergebnisse, auf die in diesem und im nachfolgenden Abschnitt eingegangen wird. Ein deutlich besseres Ergebnis wurde ebenfalls bei den Tagen erreicht, die Patienten in einer institutionalisierten Umgebung verbrachten (2% vs. 27%). Im beruflichen und sozialen Bereich zeigten sich ebenfalls beträchtliche Unterschiede zugunsten der CRA-Behandlung. Eine zweite Untersuchung, an der insgesamt 18 Personen teilgenommen haben, wurde im Jahr 1976 von Nathan Azrin veröffentlicht. Bei dieser Untersuchung wurde die Behandlung um vier Interventionen ergänzt: Behandlung mit Disulfiram, Intervention zur Festigung der Einnahme-Compliance, ein Behandlungsmodul zur Erkennung von Frühwarnzeichen und ein intensives und kontinuierliches Coaching im sozialen Bereich. Wie bereits in der ersten Studie zeigte sich auch hier eine beachtliche Reduktion an Trinktagen bei den Personen, die eine CRA-Behandlung erhalten haben (2% vs. 55%). Eine deutliche Reduktion der Tage in institutionellen Einrichtungen wurde ebenfalls deutlich (0% vs. 45%) (Lange, Reker & Driessen, 2008).

## **2.6. Bisherige Forschungsergebnisse im ambulanten Setting**

Im Jahr 1982 wurde eine Studie von Azrin, Sisson, Meyers und Godley durchgeführt, an der 43 ambulant behandelte Personen teilgenommen haben. Im Fokus dieser Studie standen die Effekte von Disulfiram bei der Behandlung von alkoholabhängigen Personen. Alle Teilnehmer erhielten Disulfiram, die Patienten der ersten Gruppe erhielten zusätzlich lediglich eine Suchtberatung. Die Patienten der zweiten Gruppe erhielten zusätzlich ein Behandlungsmodul zur Verbesserung der Einnahme-Compliance. Die Patienten der dritten Gruppe erhielten darüber hinaus ein spezielles fünfstündiges CRA-Behandlungsmodul. Während des ersten Monats fanden sich in allen Gruppen sehr hohe Abstinenzraten. In den folgenden fünf Monaten zeigte sich in der ersten Gruppe jedoch ein deutlicher Rückgang bezüglich der Einnahme des Medikaments und der Abstinenzrate. Bereits nach drei Monaten nahm kein Patient mehr Disulfiram ein.

In der zweiten Gruppe zeigte sich ein langsamer und stetiger Rückgang der Medikamenteneinnahme und Abstinenzrate. Die dritte Gruppe, die zusätzlich eine CRA-Behandlung erhalten hat, zeigte über sechs Monate stabile Abstinenzraten und keine nennenswerten Änderungen bei der Medikamenteneinnahme (Lange, Reker & Driessen, 2008).

In der nachstehenden Abbildung sind die wichtigsten Forschungsergebnisse der Studien tabellarisch zusammengefasst.

| Studie                         | Design                 | Patienten  | Behandlungsgruppen  | Katamnese | Ergebnisse   |
|--------------------------------|------------------------|--|---|-----------|--|
| Hunt & Azrin (1973)            | randomisiert, gematcht | alkoholabhängig<br>N=16<br>100% männlich   | CRA (n=8)<br>vs.<br>TAU* (n=8)  | 6 Monate  | Proz. Trinktage: 14 % vs. 79 %<br>Proz. Tage in institutionalisierter Umgebung: 2 % vs. 27 %<br>Proz. Tage Arbeitslosigkeit: 5 % vs. 62 %<br>Proz. Tage ohne Kontakt zur Familie: 16 % vs. 36 %  |
| Azrin (1976)                   | randomisiert, gematcht | alkoholabhängig<br>N=18<br>100 % männlich  | CRA + Disulfiram (n=9)<br>vs.<br>TAU* (n=9)   | 6 Monate  | Proz. Trinktage: 2 % vs. 55 %<br>Proz. Tage in institutionalisierter Umgebung: 0 % vs. 45 %<br>Proz. Tage Arbeitslosigkeit: 20 % vs. 56 %<br>Proz. Tage ohne Kontakt zur Familie: 7 % vs. 67 %   |
| Azrin et al. (1982)            | randomisiert           | alkoholabhängig<br>N=43<br>83 % männlich   | Disulfiram + Suchtberatung (n=14)<br>vs.<br>Disulfiram + Suchtberatung + Compliance-Modul (n=15)<br>vs.<br>Disulfiram + Suchtberatung + Compliance-Modul + CRA (n=14) | 6 Monate  | Proz. Trinktage: 16,4 % vs. 7,9 % vs. 0,9 %<br>Proz. Tage in institutionalisierter Umgebung: 0,3 % vs. 0 % vs. 0 %<br>Proz. Tage Arbeitslosigkeit: 10,9 % vs. 3,2 % vs. 2,2 %<br>Proz. Tage ohne Kontakt zur Familie: 4,4 % vs. 0 % vs. 0 %  |
| Smith, Meyers & Delaney (1998) | randomisiert           | alkoholabhängig<br>obdachlos<br>N=106<br>86 % männlich   | CRA (n=64)<br>vs.<br>TAU* (n=42)  | 12 Monate | <u>Drinks pro Woche:</u><br>nach 6 Monaten: 38,9 vs. 49,5 Drinks<br>nach 12 Monaten: 35,6 vs. 46,7 Drinks<br><br><u>Trinktage pro Woche:</u><br>nach 6 Monaten: 0,98 vs. 2,29 Tage<br>nach 12 Monaten: 1,36 vs. 2,53 Tage<br><br>Keine Gruppenunterschiede nach 6 und 12 Monaten im Alcohol Severity Index (ASI) |
| Slesnick et al. (2006)         | randomisiert           | abhängig von Alkohol und/oder anderen Substanzen<br>obdachlos<br>Alter 14–22 Jahre<br>N=180<br>66 % männlich | CRA (n=96)<br>vs.<br>TAU* (n=84)  | 6 Monate  | Reduktion der Konsumtage: 37 % vs. 17 %<br>Reduktion depressiver Symptome (BDI): 40 % vs. 23 %<br>Verbesserung der Sozialen Stabilität: 58 % vs. 13 %  |

**Abbildung 1: Effekte des Community Reinforcement Approach bei Alkoholabhängigkeit (Lange, Reker & Driessen, 2008)**

## **2.7. Relevanz für die Soziale Arbeit**

Aufbauend auf den bisherigen Forschungsergebnissen wird auf die Relevanz der Forschung für die Soziale Arbeit eingegangen.

In den beiden vorherigen Kapiteln wurde aufgezeigt, dass die Implementierung von CRA signifikante Auswirkungen auf die durchschnittliche Anzahl der Trinktage hat. Ebenfalls wurden bei den Forschungen positive Veränderungen im beruflichen und sozialen Bereich festgestellt. Die Forschungen im ambulanten und stationären Bereich haben zwischen den Jahren 1973-1982 stattgefunden. In den Jahren 1998 und 2006 wurden weitere Forschungen über die Auswirkungen der Implementierung von CRA durchgeführt, diese beziehen sich jedoch auf obdachlose Menschen. Obwohl die Forschungen ein eindeutiges Ergebnis aufzeigen, bezweifeln einige Mitarbeiter die Effektivität und Effizienz von CRA bei der Arbeit mit CMA. CRA wird generell zwar als geeignetes Instrument in der Suchtarbeit angesehen, einige Mitarbeitern stellen jedoch die Eignung für Menschen mit starken chronischen Abhängigkeitserkrankungen in Frage. Laut einer Mitarbeiterin steht bei diesem Klientel der Konsum zentral und andere Wünsche und Ziele rücken stark in den Hintergrund. Das Interesse, Dinge zu verändern und eine bessere Lebensqualität zu erreichen ist nur eingeschränkt verfügbar (Transkription von Interview 3, 2017). Wenn eine Person keine Ziele mehr formulieren kann, gibt es für diese auch keinen Grund, an sich zu arbeiten (Transkription von Interview 4, 2017). CRA ist laut den vorab genannten Studien und den Autoren Meyers & Smith, die maßgeblich an der Entwicklung von CRA beteiligt waren, für die Suchtarbeit im stationären Bereich mehr als geeignet (Meyers & Smith, 2011). Nun gilt es zu überprüfen, wie und unter welchen Gegebenheiten CRA speziell bei der Arbeit mit CMA am effektivsten zum Einsatz gebracht werden kann. Die vorliegende Untersuchung schließt an den bisherigen Ergebnissen an und versucht einen Einblick in die Arbeit mit CMA zu bekommen. Anschließend kann die Untersuchung als Grundlage für weitere, längerfristige Studien genutzt werden.

### **3. Forschungsrahmen**

In dem Forschungsrahmen werden die Art der Untersuchung, die Untersuchungsmethode und die empirische Sozialforschung näher erläutert. Zusätzlich wird die Wahl der Querschnittsstudie legitimiert, sowie auf die Gütekriterien qualitativer Forschung eingegangen. Einen weiteren Bestandteil dieses Kapitels bildet die Forschungsethik.

#### **3.1. Art der Untersuchung**

In der Forschung wird zwischen sechs Untersuchungsformen unterschieden: beschreibende Untersuchung, vergleichende Untersuchung, definierende Untersuchung, evaluierende Untersuchung, erklärende Untersuchung und die Konzeptuntersuchung (van der Donk & van Lanen, 2016). Für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit wurde die beschreibende Untersuchung gewählt. Diese untersucht, wie Mitarbeiter und Klienten eine Situation einschätzen, wie Prozesse innerhalb einer Organisation ablaufen oder wie Erfahrungen mit bestimmten Entwicklungen sind. Das Ziel der Untersuchung ist, eine Beschreibung bzw. Übersicht über ein Thema oder eine Praxissituation zu erhalten. Die Resultate können als Empfehlungen genutzt werden und den Startpunkt für weitere Untersuchungen bilden (van der Donk & van Lanen, 2016).

#### **3.2. Gewählte Untersuchungsmethode**

In diesem Abschnitt wird auf die Definition der qualitativen und quantitativen Untersuchung eingegangen. Zusätzlich wird beschrieben, um welche Untersuchungsmethode es sich bei der vorliegenden Untersuchung handelt. Bei der qualitativen Untersuchung werden Probleme in und von Situationen, Vorfällen oder Personen beschrieben und interpretiert. Dies geschieht mit Hilfe von qualitativen Daten, wie Erfahrungen, die anhand von offenen Interviews, Observationen und bestehenden Dokumenten gesammelt werden (Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Peters, van der Velden & de Goede, 2013). Bei der quantitativen Untersuchung werden numerische Daten gesammelt. Diese werden anschließend in einen Datensatz importiert, um sie dann mit Hilfe von

statistischen Techniken zu analysieren. Die quantitative Methode wird häufig bei Umfragen, sekundären Analysen oder Beobachtungen angewendet (Verhoeven, 2016). Für die vorliegende Forschung wurden subjektive Daten anhand von Interviews gesammelt. Diese Daten beschreiben die in den vorherigen Kapiteln benannten Problematiken auf dem Schillingshof. Für die Datenerhebung werden die Mitarbeiter in ihrer alltäglichen Umgebung interviewt. Für diese Art der Untersuchung ist die qualitative Untersuchung am geeignetsten.

Im Folgenden wird zum Verständnis auf die Grundlagen qualitativen Denkens eingegangen. Diese setzen sich aus fünf Grundsätzen zusammen: a) die Förderung starker *Subjektbezogenheit* der Forschung, b) die Betonung der *Deskription (Beschreibung)* und der c) *Interpretation* der Forschungssubjekte, d) die Forderung, die Subjekte in ihrer natürlichen bzw. *alltäglichen* Umgebung zu untersuchen und e) die Auffassung von der Generalisierung der Ergebnisse als ein *Verallgemeinerungsprozess*. Diese fünf Grundlagen bilden das Grundgerüst qualitativen Denkens (Mayring, 2016).

Ausgehend von den fünf Grundlagen wurden 13 Säulen qualitativen Denkens abgeleitet:

- **Einzelfallbezogenheit:** Wissenschaftliches Denken versucht immer, über Einzelfälle hinauszugehen und allgemeinere Aussagen zu formulieren.
- **Offenheit:** Der Forschungsprozess muss dem Gegenstand der Forschung ein hohes Maß an Offenheit entgegenbringen, sodass Neufassungen, Ergänzungen und Revisionen möglich sind.
- **Methodenkontrolle:** Der Forschungsprozess muss trotz seiner Offenheit methodisch kontrolliert ablaufen. Einzelne Verfahrensschritte müssen expliziert, dokumentiert und nach begründeten Regeln ablaufen.
- **Vorverständnis:** Die Analyse sozialwissenschaftlicher Gegenstände ist immer von dem Vorverständnis des Analytikers geprägt. Es muss deshalb offen gelegt und schrittweise am Gegenstand weiterentwickelt werden.
- **Introspektion (Analyse eigenen Denkens, Handelns & Fühlens):** Es werden auch introspektive Daten als Informationsquelle zugelassen. Sie müssen jedoch ausgewiesen, begründet und überprüft werden.

- **Forscher-Gegenstands-Interaktion:** Forschung wird als Interaktionsprozess verstanden, in dem sich Gegenstand und Forscher verändern.
- **Ganzheit:** Eines der wichtigsten Merkmale qualitativen Denkens ist die Betonung der Ganzheitlichkeit des Menschen. Analytische Trennungen müssen immer wieder zusammengeführt, in einer ganzheitlichen Betrachtung interpretiert und korrigiert werden.
- **Historizität:** Die Gegenstandsauffassung muss immer primär historisch sein. Humanwissenschaftliche Gegenstände haben immer eine Geschichte, die sich verändern kann.
- **Problemorientierung:** Der Ansatz humanwissenschaftlicher Untersuchungen sollen primär konkrete, praktische Problemstellungen im Gegenstandsbereich sein.
- **Argumentative Verallgemeinerung:** Es muss explizit und argumentativ begründet werden, welche Ergebnisse auf welche Situationen, Bereiche oder Zeiten generalisiert werden können.
- **Induktion:** Induktive Verfahren zur Stützung und Verallgemeinerung der Ergebnisse stehen zentral, sie müssen jedoch kontrolliert werden.
- **Regelbegriff:** Gleichheiten werden nicht mit allgemein gültigen Gesetzen, sondern mit kontextgebundenen Regeln abgebildet.
- **Quantifizierbarkeit:** In qualitativ orientierten Untersuchungen können – mittels qualitativer Analyse – die Voraussetzungen für sinnvolle Quantifizierungen zur Absicherung und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse geschaffen werden (Mayring, 2016).

Nach der ausführlichen Darstellung der 13 Säulen qualitativen Denkens wird sich das nächste Kapitel mit der empirischen Sozialforschung befassen.

### **3.3. Empirische Sozialforschung**

Empirisch bedeutet direkt oder indirekt beobachtbar (messbar) und nicht-theoretisch. Bei der empirischen Sozialforschung werden Methoden und Verfahren zur systematischen Erfassung, Darstellung und Interpretation von Daten genutzt. Diese müssen mit dem Untersuchungsgegenstand übereinstimmen. Die empirische Sozialforschung bleibt auf die Wahrnehmbarkeit durch Hören, Sehen und Beobachten angewiesen. Die wissenschaftliche Wahrnehmung verläuft systematisch, d.h. sie folgt genauen Regeln. Der gesamte Verlauf der Untersuchung muss nach bestimmten Voraussetzungen geplant und in jeder Phase nachvollziehbar sein. Die empirische Forschung gliedert sich in Anwendungs- und Grundlagenforschung. Die anwendungsorientierte empirische Sozialforschung ist praxisbezogen und soll anschließend in die Praxis umgesetzt werden. Die Studien innerhalb dieser Forschung gehen von einem bestimmten sozialen Problem oder einer spezifischen sozialen Maßnahme aus, die es zu erforschen gilt. Über dieses Problem existieren entweder noch sehr wenige, widersprüchliche oder keine gesicherten Kenntnisse. Die Grundlagenforschung ist hingegen stärker theoretisch orientiert und bezieht sich nur nachrangig auf die praktische Verwertbarkeit der Ergebnisse. Sie strebt die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung neuer Methoden an. Die Unterscheidung zwischen den beiden Forschungen ist nicht immer gradlinig. Soziale Probleme haben ebenfalls schon den Ausgangspunkt der Grundlagenforschung gebildet, wie auch bestimmte Methoden im Bereich der Anwendungsforschung entwickelt wurden (Schaffer, 2009). Die vorliegende Untersuchung wird der anwendungsorientierten empirischen Sozialforschung zugeordnet. In der Praxiseinrichtung wird ein bestimmtes Problem, über das wenige, widersprüchliche Kenntnisse existieren, erforscht. Die Ergebnisse können anschließend als Empfehlungen für die Einrichtung genutzt werden.

Im nächsten Kapitel werden die Längsschnitt- und die Querschnittsstudie definiert. Zusätzlich wird ein Bezug zur vorliegenden Untersuchung hergestellt.

### **3.4. Querschnittsstudie**

Eine Untersuchung kann als Längsschnitt- oder Querschnittstudie durchgeführt werden. Untersuchungen mit mehreren Messzeitpunkten werden als Längsschnittstudien, Untersuchungen mit einem Messzeitpunkt als Querschnittstudien bezeichnet (Wirtschaftspsychologische Gesellschaft, 2017). Wenn die Untersuchung einen Prozess abbildet, analysiert oder begleitet, ist die Längsschnittstudie vorteilhaft. Ist sie jedoch lediglich auf eine Momentaufnahme gerichtet, wird die weitaus häufiger vorkommende Querschnittsstudie genutzt (Schaffer, 2009).

Bei der vorliegenden Untersuchung über Chancen und Grenzen von CRA auf dem Schillingshof wird eine Momentaufnahme erforscht. Es ist eine einmalige, den aktuellen Zustand festhaltende Erhebung (Häder, 2015).

### **3.5. Forschungsinstrument**

Das Forschungsinstrument der vorliegenden Untersuchung ist das problemzentrierte Interview. Unter diesen Begriff werden alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammengefasst. Der Befragte kann bei dieser Interviewform möglichst frei zu Wort kommen und es kommt so einem offenen Gespräch nah. Es ist jedoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, die der Interviewer einführt und auf die er immer wieder zurückgreift. Diese wurde vorab von dem Interviewer analysiert. Bestimmte Aspekte, die relevant für die Untersuchung sind, wurden erarbeitet und in einem Interviewleitfaden zusammengestellt (Mayring, 2016).

Es wurden vier wichtige Grundgedanken formuliert. Das Problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um die Fragestellung zu eruieren. Eine wichtige Basis bildet die Vertrauenssituation zwischen beiden Gesprächsteilnehmern. Die Forschung setzt an konkreten gesellschaftlichen Problemen an. Diese wurden vorab von dem Interviewer analysiert. Die Interviewten werden durch den Leitfaden gelenkt, sollen aber offen und ohne Antwortvorgaben darauf reagieren (Mayring, 2016).

Die Interviews werden auf einem Tonband festgehalten und anschließend wortwörtlich transkribiert. Die Transkriptionen sind im Anhang unter Kapitel 9.6.

Transkription der Interviews zu finden. Die Interviewten geben dazu zu Beginn des Interviews ihre Zustimmung. Das Forschungsinstrument wird anhand des ersten durchgeführten Interviews, dem Pretest, überprüft. Zu Beginn jedes Interviews werden die Untersuchungsabsicht sowie Besonderheiten der Erhebung erklärt.

Im Folgenden wird auf die verschiedenen Gütekriterien qualitativer Forschung eingegangen.

### **3.6. Gütekriterien qualitativer Forschung**

Gütekriterien sind ein wichtiger Standard empirischer Forschung. Es sind Maßstäbe, die entwickelt wurden, um die Qualität der Forschungsergebnisse zu messen. Die gängigen Gütekriterien befassen sich mit der Validität (Gültigkeit) und der Reliabilität (Zuverlässigkeit) einer Forschung. Die Validität misst die Gültigkeit der Ergebnisse. Sie schätzt ein, ob wirklich das untersucht wurde, was der Forschende erfassen wollte. Die Reliabilität behandelt die Genauigkeit und Exaktheit des Vorgehens, sowie die Zuverlässigkeit der Ergebnisse (Mayring, 2016). Die Zuverlässigkeit lässt sich durch den Untersucher, die Datenerfassungsmethode und die Untersuchungssituation beeinflussen. Eine hohe Zuverlässigkeit ist gegeben, wenn die Resultate der Untersuchung so wenig wie möglich vom Zufall abhängig sind (Baarda et al., 2013).

Es gibt weitere sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung, die zur Qualitätssicherung der Forschungsergebnisse genutzt werden können. Bei der *Verfahrensdokumentation* werden einzelne Schritte dargestellt und begründet. Dies muss bis ins Detail dokumentiert werden und dient dazu, den Prozess offen und nachvollziehbar zu gestalten. Dazu zählen das theoretische Vorverständnis, die Zusammenstellung des Analyseinstrumentes und die Durchführung und Auswertung der Datenerhebung. In der *argumentativen Interpretationsabsicherung* müssen Interpretationen argumentativ begründet werden. Eine Qualitätseinschätzung muss sich speziell auf interpretative Teile der Forschung richten. Alternative Deutungen müssen gefunden und überprüft werden. Ein weiteres Gütekriterium qualitativer Forschung ist die *Regelgeleitetheit*. Einzelne, vorgeplante Analyseschritte sind festgehalten worden. Dies darf nicht

unsystematisch geschehen, sondern von einer Einheit zur nächsten. Es muss sich nicht zwangsläufig an die Vorgaben gehalten werden, ohne Regeln ist eine qualitative Forschung jedoch wertlos. Die qualitative Forschung knüpft an die Alltagswelt, die natürliche Lebenswelt der Befragten an. Dies geschieht mit dem Gütekriterium *Nähe zum Gegenstand*. Die Gültigkeit der Ergebnisse kann ebenfalls anhand der *kommunikativen Validierung* gemessen werden. Die Ergebnisse können den Befragten erneut vorgelegt und anschließend diskutiert werden. Bei der *Triangulation* kann die Qualität der Forschung durch mehrere Analysegänge vergrößert werden. Dazu können verschiedene Datenquellen, Interpretieren, Theorieansätze und Methoden genutzt werden. Bei der Triangulation werden unterschiedliche Lösungswege für eine Fragestellung gesucht. Die Ergebnisse werden anschließend verglichen (Mayring, 2016). Abschließend zu dem Forschungsrahmen wird nun auf die Forschungsethik eingegangen.

### **3.7. Forschungsethik**

Ethik ist ein wichtiger Grundstein für das professionelle Arbeiten (van der Donk & van Lanen, 2016). Das ethische Bewusstsein ist ein grundlegender Teil der beruflichen Praxis jedes Professionellen der Sozialen Arbeit. Die Verpflichtung, ethisch zu handeln, ist ein wesentlicher Aspekt der Qualität der Dienstleistung (Lienkamp, 2006). In allen Bereichen der Sozialen Arbeit ist ein vertrauensvoller Umgang mit sensiblen Daten unverzichtbar. Eine Untersuchung ist ethisch verantwortbar, wenn sie bestimmte Vorgaben beachtet. Dazu zählen u.a. die freiwillige Mitarbeit, genaue Aufklärung, Anonymität und die Abwesenheit von negativen Effekten (Baarda et al., 2013). Die Untersuchung behandelt ein sensibles Thema, bei dem möglicherweise starke Gefühle und Emotionen auftreten können. Damit diese die Klienten nicht zu stark belasten und sich ihre Situation verschlechtert, werden die Interviews mit den professionellen Mitarbeitern der Einrichtung geführt. Einige emotionale Themen können bei den Klienten einen erheblichen Rückfall auslösen. Dies sollte unbedingt vermieden werden. Die Mitarbeiter haben sich freiwillig dazu bereit erklärt, an der Untersuchung teilzunehmen. Die genau Kontrolle und Anonymisierung von

persönlichen Daten der Interviewten, Klienten oder Einrichtung ist zu jedem Zeitpunkt gegeben.

## 4. Datenerhebung

In diesem Kapitel wird auf die Population und die gewählte Stichprobe der Untersuchung eingegangen. Zusätzlich werden der Begriff und die Regeln der Transkription erläutert.

### 4.1. Population und Stichprobe

Als Population versteht man Untersuchungseinheiten, wie Personen, Gruppen, Unternehmen, die sich in Merkmalen und Eigenschaften gleichen (Baarda et al., 2013). Sie sind die Domäne, auf die sich die Untersuchung bezieht. Das bedeutet, dass alle Personen, über die eine Untersuchung geführt wird, betroffen sind. Es werden jedoch nicht tatsächlich alle Personen befragt. Die Untersuchung kann sich auf eine Stichprobe beziehen, einen kleineren Personenkreis der Population (Verhoeven, 2016). „Die Elemente einer Stichprobe können Personen sein, aber je nach Untersuchungsdesign und Untersuchungsmethode auch Dinge, wie etwa Zeitungen und Zeitschriften, bildhauerische Darstellungen, Gemälde und sogar Grabsteine“ (Schaffer, 2009, S. 166).

Es gibt laut Schaffer drei gängige Stichprobenziehungsverfahren: die Zufallsstichprobe, die Quotenstichprobe und die willkürliche Auswahl. Die Zufallsstichprobe liegt vor, wenn theoretisch alle Elemente der Gesamtheit dieselbe Chance haben, in die Stichprobe einbezogen zu werden. Bei der Quotenstichprobe lassen sich die vorgefundenen Merkmale der Stichprobe auf die Gesamtheit übertragen. Willkürliche Stichproben bilden häufig die Basis von Untersuchungen. Die Aussagekraft der eruierten Daten einer willkürlich gezogenen Stichprobe müssen vorsichtig interpretiert werden (Schaffer, 2009). Bei der vorliegenden Untersuchung wurde die Quotenstichprobe gewählt. Es wird angenommen, dass die entsprechende Stichprobe ein verkleinertes Abbild der Gesamtheit darstellt (Schaffer, 2009).

Die Population der Untersuchung sind die professionellen Mitarbeiter des Schillingshofs. Sie tragen unterschiedliche Berufsbezeichnungen, sind durch ihre jahrelange Erfahrung in der Suchtarbeit jedoch alle Spezialisten.

Die Population setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

- Heilerziehungspfleger (drei Mitarbeiter)
- Altenpfleger (vier Mitarbeiter)
- Erzieher (drei Mitarbeiter)
- Pädagogen (zwei Mitarbeiter)
- Krankenpfleger / Krankenschwester (zwei Mitarbeiter)
- Sozialarbeiter (zwei Mitarbeiter)

Bei der Untersuchung wird nicht die gesamte Population, sondern eine Stichprobe an den Interviews teilnehmen. Zeitlich ist es nicht möglich, alle Mitarbeiter zu befragen, deswegen wurde eine Stichprobe von fünf Mitarbeitern ausgewählt. Ebenfalls haben noch nicht alle Mitarbeiter die Ausbildung zum CRA-Berater abgeschlossen. Es wurden nur Mitarbeiter ausgewählt, welche die Ausbildung erfolgreich absolviert haben und bereits mit CRA arbeiten.

Für die Untersuchung ist die gesamte Population mit ihren unterschiedlichen Berufszweigen von Bedeutung und trägt dazu bei, dass am Ende ein zuverlässiges Ergebnis erzielt wird. Deswegen werden Mitarbeiter aller Berufszweige an den Interviews teilnehmen.

## **4.2. Transkription**

Transkription bedeutet die Verschriftlichung von beispielsweise aufgenommenen Interviews oder Gruppendiskussionen. Für die Auswertung von Forschungsergebnissen ist die Herstellung von Transkription aufwendig, jedoch unverzichtbar. Die klassische Protokolltechnik ist die Übertragung in „normales Schriftdeutsch“ (Mayring, 2016).

Bei der Transkription nach Dresing & Pehl gilt es, unverzichtbare Regeln unbedingt zu beachten.

1. Es wird wörtlich transkribiert, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wort- und Satzabbrüche werden geglättet bzw. ausgelassen.
3. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert.
4. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) markiert.
5. Verständnissignale, wie „mhm“, aha, oder ähm“ werden nicht transkribiert. Außer, eine Antwort besteht nur aus „mhm“.

6. Besonders betonte Wörter oder Aussagen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.
7. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den sprechenden Personen gibt es eine freie, leere Zeile.
8. Unverständliche Worte werden mit (unv.) gekennzeichnet.
9. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet (Dresing & Pehl , 2013).

## 5. Ergebnisse der Forschung

In diesem Kapitel werden das angewendete Auswertungsverfahren sowie die Auswertung der Interviews dargestellt.

### 5.1. Auswertungsverfahren

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Das vorhandene Material wird bei dieser Form der Inhaltsanalyse streng methodisch kontrolliert und schrittweise analysiert. Es wird in Einheiten zerlegt und nacheinander bearbeitet. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitetes, am Material entwickeltes Kategoriensystem. Dabei werden Aspekte festgelegt, die aus dem vorhandenen Material herausgefiltert werden sollen (Mayring, 2016). Es gibt sechs Merkmale einer Inhaltsanalyse:

- die Inhaltsanalyse hat Kommunikation zum Gegenstand; es geht um die Übertragung von Symbolen in Form von Sprache, Musik, Bildern, etc.
- die Inhaltsanalyse arbeitet mit Texten, Bildern, Noten, etc., d.h. die Information liegt protokolliert vor (fixierte Kommunikation)
- das systematische Vorgehen ist von wesentlicher Bedeutung; die Untersucher wenden sich gegen freie Interpretation und impressionistische Deutung des Materials
- die Analyse läuft nach spezifischen Regeln ab
- die Inhaltsanalyse wird theoriegeleitet angewendet
- durch Aussagen über das analysierte Material werden Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation gezogen (Hamzic, 2003).

Im Folgenden werden die Ablaufstufen der qualitativen Inhaltsanalyse beschrieben.

#### **1. Festlegung des Materials (Welches Material soll der Analyse zugrunde liegen?) (Hamzic, 2003)**

Alle durchgeführten Interviews wurden analysiert. Sie wurden alle auf Tonband aufgezeichnet und sind für die Analyse relevant.

**2. Analyse der Entstehungssituation (Von wem und unter welchen Bedingungen wurde das Material produziert?)** (Hamzic, 2003)

Die Interviews wurden alle persönlich von der Verfasserin der Bachelor-Thesis geführt. Interviewt wurden ausschließlich professionelle Mitarbeiter des Schillingshofs. Das Interview wurde anhand eines Leitfadens durchgeführt; die Interviewfragen wurden von den Teilfragen abgeleitet.

**3. Formale Charakterisierung des Materials (In welcher Form liegt das Material vor?)** (Hamzic, 2003)

Die Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert.

**4. Richtung der Analyse (Worauf richtet sich der Interpretationsfokus?)** (Institut für Medien und Bildungstechnologie, 2017)

Die Interviews der Mitarbeiter wurden gewissenhaft analysiert. Die Befragten sind emotional nicht so stark betroffen, wie die Klienten, auf die sich die Untersuchung hauptsächlich bezieht.

**5. Theoriegeleitete Differenzierung (Nach welcher Forschungsfrage wird das Material untersucht?)** (Institut für Medien und Bildungstechnologie, 2017)

Die Befragten sind alle Fachkräfte in der Suchtarbeit und die Fragestellung muss nicht differenzierter erläutert werden. Den Klienten wäre es aufgrund ihrer Erkrankung schwer gefallen die Fragestellung kognitiv zu verstehen.

**6. Bestimmung der Analysetechnik (Welches Verfahren soll bei der Materialanalyse eingesetzt werden?)** (Institut für Medien und Bildungstechnologie, 2017)

Als Analysetechnik wurde die Zusammenfassung angewendet. Dabei wird die Analyse in einzelne Schritte zerlegt. Damit ist sie für andere nachvollziehbar und überprüfbar. Das wiederum macht die Analyse übertragbar auf andere Gegenstände (Hamzic, 2003). Das Ziel ist es, die wesentlichen Inhalte der Interviews herauszufiltern (Mayring, 2016).

**7. Definition der Analyseeinheit (Welche Kriterien werden bei der Auswahl und Kategorisierung von Textabschnitten angelegt?)** (Institut für Medien und Bildungstechnologie, 2017)

Die Interviews der Befragten wurden auf die wesentlichen Inhalte reduziert. Eine strukturierte Übersicht ist so gewährleistet.

**8. Analyse des Materials (eigentlicher Analysevorgang)** (Institut für Medien und Bildungstechnologie, 2017)

Bei der Durchführung der Materialanalyse wurde die Technik der Zusammenfassung angewendet und verschriftlicht.

Nachfolgend wird die Analysetechnik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse näher beschrieben. Bei dieser Vorgehensweise werden keine Kategorien vor der Sichtung des Materials erstellt. Die Kategorien werden direkt aus dem Material abgeleitet, ohne dass sich auf vorab verwendete Theoriekonzepte bezogen wird. Das Ziel ist eine Eingrenzung der Textelemente, ohne den inhaltlichen Kern und die Essenz des Materials zu verfälschen. Es wird eine Übersichtlichkeit der Daten geschaffen, welche immer noch der Grundform des Materials entspricht. Bei diesem Analysetyp werden zunächst die verschriftlichen Interviewaussagen aus den Transkripten in eine reduzierte Form gebracht. Die inhaltstragenden Bestandteile werden beibehalten und Ausschmückendes fallengelassen. Aspekte, die sich aufeinander beziehen oder inhaltlich gleich sind, werden zusammengefasst und durch eine neue Aussage (Kategorie) wiedergegeben. Entsprechende Stellen im Material werden der neu gebildeten Kategorie zugeordnet. Dies wird als Kodierung bezeichnet. Stellen im Material, die nicht in die zuvor gebildete Kategorie passen, bilden eine neue Kategorie (Meier, 2014).

## **5.2. Auswertung der Interviews**

Nachstehend werden die herausgearbeiteten Kategorien zusammenfassend wiedergegeben. Sie werden mit Zitaten aus den fünf Interviews legitimiert. Die Ergebnisse einer Untersuchung gelten als Daten und nicht als Wissen. Sie schaffen etwas Neues, das es vorher in dieser Form noch nicht gab (Verschuren & Doorewaard, 2015).

### **5.2.1. Kategorie 1: Bisherige Suchtarbeit auf dem Schillingshof**

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass alle Mitarbeiter die bisherige Suchtarbeit auf dem Schillingshof ähnlich definieren. Vor der Einführung von CRA wurde nach streng abstinenzorientierten Konzepten gearbeitet und jeglicher Konsum von Alkohol wurde mit Konsequenzen sanktioniert. Eine Mitarbeiterin beschreibt das Vorgehen wie folgt: „Dann wurde gesagt, ihr habt hier mit einer brachialen Strenge vorzugehen. (...) Wenn jemand betrunken war, musste er das Gelände verlassen und erst ausnüchtern. Dann durften sie ihr Zimmer betreten“ (Transkription von Interview 1, 2017). Die Klienten haben daraufhin heimlich getrunken und den Mitarbeitern gegenüber unehrliche Aussagen über ihren Konsum getroffen. Ein offener und vertrauensvoller Umgang hat nicht mehr stattgefunden. „Da habe ich Feinde und kein Miteinander“ (Transkription von Interview 1, 2017). Für die Mitarbeiter hat diese Situation ein Dilemma dargestellt. Sie sollten auf der einen Seite vertrauensvoll und empathisch mit dem Klienten arbeiten und auf der anderen Seite die strengen Vorschriften der Einrichtung bzgl. des Konsums befolgen. Diese beiden Aspekte haben sich aber widersprochen. „Es ist Macht ausleben, wenn ich ihm den Alkohol wegnehme und zerstört die Beziehung“ (Transkription von Interview 1, 2017). Diese Herangehensweise war in keiner Weise beziehungsfördernd und hat die Zusammenarbeit erschwert. Zusätzlich war es für die Mitarbeiter belastend, in diesem Maße in das Leben des Klienten einzugreifen. „Da habe ich nur gedacht, das kann ich nicht. Das hat auch mit Suchtarbeit nichts zutun. Das ist Machtverhalten“ (Transkription von Interview 1, 2017). Außerdem blieben Erfolge, wie die Verringerung des Konsums oder gar die Abstinenz aus. Die Klienten haben weiterhin konsumiert und sich eine Veränderung des Konsums nicht aufdrängen lassen (Transkription von Interview

1, 2017). Bei der bisherigen Herangehensweise wurden ihnen keine Gründe, den Konsum einzuschränken, aufgezeigt.

### **5.2.2. Kategorie 2: Haltung der Mitarbeiter nach CRA**

Die Auswertung der fünf Interviews hat ergeben, dass alle Mitarbeiter die gewünschte Haltung von CRA deckungsgleich beschreiben. Die Haltung ist wertschätzend und akzeptanzorientierend. „(...), dass würdevoll mit den Klienten umgegangen wird“ (Transkription von Interview 1, 2017). Die Mitarbeiter beschäftigen sich intensiver mit den Klienten und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit verringerte sich, seitdem CRA angewendet wird, stark. „Die Kollegen sagen nicht mehr, „alles ist hoffnungslos“, sondern merken, dass jeder Ziele hat, die er erreichen will“ (Transkription von Interview 2, 2017). Vor der Implementierung von CRA fühlten sich die Mitarbeiter oft hilflos und es fehlte an richtigen Instrumenten, um wieder eine Beziehung zu den Klienten aufzubauen. „Ich schätze die Klienten wert und höre ihnen zu. Ich habe so einen Zugang zu den Klienten gefunden“ (Transkription von Interview 1, 2017). Die akzeptanzorientierte Haltung schließt auch den Konsum des Klienten ein. „(...) akzeptieren den Klienten und seinen Konsum“ (Transkription von Interview 3, 2017). Durch die Wertschätzung und volle Akzeptanz des Klienten wird ihm die Verantwortung für sich selbst zurückgegeben. Der Mitarbeiter entscheidet nicht mehr für den Klienten, sondern dieser entscheidet selbstständig, wie er sein Leben gestalten möchte (Transkription von Interview 4, 2017).

### **5.2.3. Kategorie 3: Mitarbeiter-Klienten-Beziehung**

Bei der Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass durch CRA generell eine bessere Beziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten angestrebt wird. Auf dem Schillingshof wird seit der Implementierung von CRA schon viel Beziehungsarbeit geleistet, einige Mitarbeiter bezeichnen dies aber noch als „ausbaufähig“. Eine Mitarbeiterin beschreibt dies wie folgt: „Das ist noch ausbaufähig. Vieles ist oft noch nach Regelwerk und nach eigenen Befindlichkeiten. Der wirkliche Kontakt mit den Bewohnern fehlt mir hier an vielen Stellen noch“ (Transkription von Interview 1, 2017). Die Beziehungsarbeit gestaltet sich noch zu häufig nach dem

persönlichen Befinden der Mitarbeiter. Die professionelle Arbeit wird dadurch stark beeinträchtigt. Dennoch hat sich die Beziehung seit der Implementierung stark verbessert. Dies wird von allen fünf Interviewten bestätigt. Der zwischenmenschliche Kontakt zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern ist viel offener und ehrlicher. Die Vertrauensbasis ist gestärkt; die Zusammenarbeit profitiert davon bedeutet (Transkription von Interview 1, 2017). Die Klienten berichten deutlich mehr über sich persönlich und die Mitarbeiter erfahren Dinge, die ihnen bis dahin verborgen blieben. Dadurch wird der Kontakt enger und der emotionale Abstand verringert sich (Transkription von Interview 2, 2017). Ein entscheidender Punkt, der das Vertrauen nachhaltig gestärkt hat, ist, dass Klienten keine Sanktionen mehr nach dem Konsum von Alkohol zu fürchten haben. Sie kommunizieren offener über den Konsum und berichten, wann, wo, warum und wie viel sie trinken. Mitarbeiter akzeptieren die Klienten so wie sie sind und nicht wie sie nach ihren Vorstellungen zu sein hätten (Transkription von Interview 2, 2017). Die Beziehung wird ebenfalls gestärkt, indem davon ausgegangen wird, dass der Klient der Experte für sich selbst ist. Sein Recht auf eigene Entscheidungsgewalt wird ihm nicht abgesprochen. Das verändert den Umgang und schafft ein besseres Miteinander (Transkription von Interview 4, 2017). Zusammenfassend beschreiben alle Mitarbeiter die Mitarbeiter-Klienten-Beziehung als deutlich positiver. Es wird vertrauensvoller, offener und ehrlicher zusammengearbeitet. Zwei Mitarbeiter sehen die Beziehungsarbeit jedoch noch als ausbaufähig an und betonen, dass dies noch professioneller und ohne Einfluss des eigenen Befindens stattfinden sollte.

#### **5.2.4. Kategorie 4: Die Zufriedenheit der Mitarbeiter**

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Zufriedenheit der Mitarbeiter seit der Implementierung von CRA gestiegen ist. Ohne das strenge Regelwerk müssen die Mitarbeiter den Konsum von Alkohol nicht mehr sanktionieren. Für die Mitarbeiter bedeutet diese Veränderung, dass sie stressfreier arbeiten. Die Reaktionen der Klienten auf die Sanktionen waren durchgehend negativ. Das war für die Mitarbeiter sehr belastend und hat ein hohes Maß an Stress bedeutet. „Ich arbeite stressfreier. Das andere hat Stress für mich bedeutet“ (Transkription von

Interview 1, 2017). Ein weiterer positiver Aspekt ist die Arbeitserleichterung. Durch eine weniger konfliktbehaftete Zusammenarbeit wird die Arbeit erleichtert und Mehraufwand verringert. Daraus ergibt sich, dass die Mitarbeiter deutlich weniger frustriert sind. „Meine Arbeit wird dadurch deutlich erleichtert. Ich bin viel weniger frustriert (...) (Transkription von Interview 5, 2017). Aus der Verringerung von Frustrationen resultiert eine freundvollere Arbeit. „(...) und macht meine Arbeit freudvoller“ (Transkription von Interview 1, 2017). „(...) und die Arbeit macht wieder mehr Spaß“ (Transkription von Interview 5, 2017). Insgesamt ist die Zufriedenheit der Mitarbeiter durch die Reduktion von Stressfaktoren und die daraus resultierende Steigerung von positiven Faktoren markant gestiegen.

#### **5.2.5. Kategorie 5: Bedürfnisse der Klienten**

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass alle fünf befragten Mitarbeiter die Wahrung der Bedürfnisse nach CRA einheitlich definieren. Die Befragten gaben in den Interviews an, dass die Klienten ihre Wünsche und Ziele selbst formulieren und die Arbeit individuell darauf ausgerichtet wird. „Der Klient soll seine eigenen Wünsche und Ziele formulieren und wir arbeiten individuell danach“ (Transkription von Interview 3, 2017). Dieser personenbezogene Ansatz gibt dem Klienten die Verantwortung zurück (Transkription von Interview 4, 2017). Der Klient wird bei CRA als Experte in eigener Sache angesehen (Transkription von Interview 5, 2017) und es wird davon ausgegangen, dass er seine Wünsche und Ziele am Besten definieren kann. Zwei Mitarbeiter betonen in den Interviews, dass die Klienten, ebenso wie alle anderen ein Recht auf ein selbstbestimmtes Leben haben. Das gilt für alle Lebensbereiche; inbegriffen ist ebenfalls das Konsumverhalten der Klienten. In den Lebensbereichen, wo sie Unterstützung benötigen und sich Hilfe wünschen, wird dies nach ihren Wünschen erfolgen. „Dass die Menschen selbstbestimmt leben können. In allen Lebensbereichen (...). Und da, wo sie Hilfe benötigen, bekommen sie Unterstützung“ (Transkription von Interview 1, 2017). „Es muss dann nur sehr niedrigschwellig angewendet werden. Das kann aber individuell auf den Klienten runtergebrochen werden. Es soll ja die Hilfe angeboten werden, die für den Klienten zutreffend ist“ (Transkription von Interview 5, 2017).

### **5.2.6. Kategorie 6: Konsumverhaltens der Klienten**

Die Auswertung des Konsumverhaltens der Klienten hat ergeben, dass sich der Konsum einiger Klienten bereits verringert hat. „Die Konsumreduktionen sind längerfristig und können als dauerhafte Verbesserungen gesehen werden“ (Transkription von Interview 5, 2017). Die Mitarbeiter bestätigen, dass Klienten durch die Erarbeitung von Zielen den Fokus auf andere Bereiche als den Konsum legen konnten. CRA bietet gute Instrumente um Wünsche und Ziele zu erarbeiten und diese für Reduktionen des Konsums zu nutzen. „Es gibt auch Verbesserungen im Konsumverhalten. Wenn gemeinsam Ziele erarbeitet werden, gibt es diese Verbesserungen“ (Transkription von Interview 1, 2017). „Ich konnte mit CRA schon Konsumreduktionen bewirken“ (Transkription von Interview 5, 2017). Positiv hervorzuheben ist laut den Aussagen der Mitarbeiter, dass immer mehr Klienten Situationen erkennen, für die es sich lohnt, abstinente Zeiten einzuplanen. Die Mitarbeiter äußern jedoch, dass diese Situationen in der Zukunft noch mehr von dem Team gefördert werden sollten. „Aber dieses Bewusstwerden, dass es ja Situationen gibt, wo sie nicht trinken. Und dass es sich für bestimmte Situationen lohnt. Diese Situationen sollen gefördert werden und deutlich mehr werden“ (Transkription von Interview 2, 2017). Eine berufliche Beschäftigung und Freizeitangebote sind Faktoren, die für die Klienten von Bedeutung sind. In diesen Zeiten schaffen sie es, ihren Konsum zu kontrollieren. „Arbeit und Freizeit sind Faktoren, wo der Konsum in den Hintergrund rückt“ (Transkription von Interview 5, 2017). Der offene Umgang mit dem Thema Alkohol ermöglicht es den Klienten, über ihren Konsum nachzudenken und mit den Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen. „Aber es wurde viel offener über den Konsum gesprochen. Die Klienten beschäftigen sich mit ihrem Konsum und denken darüber nach“ (Transkription von Interview 3, 2017).

Die Auswertung hat ebenfalls ergeben, dass es Klienten mit extremen Suchtdruck schwer fällt, über positive Faktoren in ihrem Leben nachzudenken (Transkription von Interview 3, 2017). Die Mitarbeiter sind sich einig, dass, wenn die Sucht zentral steht und keinen Raum für andere Lebensbereiche außerhalb des Konsum lässt, CRA nicht angewendet werden kann (Transkription von Interview 5, 2017).

Die tägliche Intoxikation lässt keine Analyse des eigenen Verhaltens zu und behindert die Arbeit immens. „Bei Klienten, die dauerhaft, fast täglich intoxikiert sind. (...) Dadurch kann ich keine vernünftige Analyse ihres Verhaltens machen“ (Transkription von Interview 5, 2017).

### **5.2.7. Kategorie 7: Einfluss kognitiver Beeinträchtigungen auf CRA**

In der Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass alle fünf Mitarbeiter den kognitiven Beeinträchtigungen der Klienten einen erheblichen Einfluss auf den positiven Behandlungsverlauf zuschreiben. Die Klienten, die kognitiv stark eingeschränkt sind und deren Gedächtnis unter der jahrelangen Sucht stark gelitten hat, können den Modulen nur eingeschränkt bis überhaupt nicht folgen. „Außerdem ist es schwer bei Klienten, die die Manuale kognitiv nicht verstehen“ (Transkription von Interview 4, 2017). Alle befragten Mitarbeiter sind sich einig, dass die Module nach CRA bei Menschen mit starken Schädigungen der Hirnorgane nicht angewendet werden können (Transkription von Interview 2, 2017). Mit einer wertschätzenden und empathischen Haltung, die charakterisierend für CRA ist, kann selbstverständlich jedem Klienten begegnet werden. Es sollte jedoch keine Erwartungshaltung bzgl. einer Veränderung an den Klienten bestehen. „Ich muss dann nicht die Erwartung haben, dass sich irgendwas verändert (Transkription von Interview 1, 2017). Das absolute Minimum an Kompetenzen, das laut den befragten Mitarbeitern, noch vorhanden sein sollte, sind folgende: a) die Kompetenz, Ziele für sich zu formulieren, b) das Gedächtnis, um sich an Ziele zu erinnern und c) das Bewusstsein, um über sich selbst nachzudenken (Transkription von Interview 2, 2017). „Wir sind ein Bereich, wo viele chronisch kranke Menschen leben. (...) und die keine Ziele mehr haben. Wenn man wenige Ziele hat, gibt es auch keinen Grund mehr, an sich zu arbeiten. Deswegen finde ich es manchmal schwierig“ (Transkription von Interview 4, 2017). Zusammenfassend betonen alle Mitarbeiter, dass die kognitiven Beeinträchtigungen der Klienten einen negativen Einfluss auf die Anwendung von CRA haben. Den Klienten kann mit der, für CRA typischen Haltung, begegnet werden. Die einzelnen Module von CRA können jedoch nicht angewendet werden,

wenn die kognitiven Beeinträchtigungen so weit fortgeschritten sind, dass elementare Fähigkeiten fehlen.

### **5.2.8. Kategorie 8: Mitarbeit der Klienten**

Bei der Auswertung der Mitarbeit der Klienten sind die Aussagen der befragten Mitarbeiter sehr unterschiedlich. Drei Mitarbeiter betonen, dass durch die eigene Formulierung von Wünschen und Zielen eine zufriedenstellende Mitarbeit der Klienten gewährleistet ist. „Nach meiner Erfahrung müssen sie dann nicht ständig motiviert werden, um eigene Wünsche und Ziele zu verfolgen“ (Transkription von Interview 2, 2017). Die Klienten möchten zwar weiterhin Alkohol konsumieren, sie haben aber auch Wünsche, wie den Kontakt zu der Familie, Freizeitaktivitäten oder Gruppenurlaube. Ihnen ist bewusst, dass sie zu diesen Veranstaltungen nicht intoxikiert erscheinen dürfen. Klienten, die an Aktivitäten oder Veranstaltungen teilnehmen, die bei ihnen positive Gefühle, wie Zufriedenheit, Begeisterung oder Optimismus hervorrufen, arbeiten zufriedenstellend an sich. „Weil sie dann Dinge verfolgen, die bei ihnen eine Zufriedenheit auslöst. Da wissen sie, dass sie eben nicht sturzbetrunken auftauchen können. Bedeutungsvolle Dinge vergisst man nicht so schnell“ (Transkription von Interview 2, 2017). Die Aussagen von zwei Mitarbeitern weichen jedoch erheblich von dieser Einschätzung ab. „Bei Menschen, die nichts verändern wollen. Dann brauche ich auch nichts anzuwenden. Dann brauche ich mit ihnen ihr Verhalten nicht zu analysieren“ (Transkription von Interview 4, 2017). Laut ihrer Aussage kann zwar jede beliebige Methode bei allen Klienten angewendet werden. Wenn diese jedoch ohne Erfolg bleibt, muss der Nutzen überprüft werden. „Ich kann es natürlich mit jedem Klienten anwenden. Man sagt zwar immer „der Weg ist das Ziel“, aber wenn ich nie ans Ziel komme...“ (Transkription von Interview 4, 2017). Die Erfahrung der zwei Befragten hat gezeigt, dass einige Klienten ihr Leben nur mit dem Konsum von Alkohol aushalten. Diese sind nicht bereit, etwas in ihrem Leben zu verändern. Gegen den Willen der Klienten kann keine Maßnahme angewendet und keine Veränderung herbeigeführt werden. „Gegen den Willen der Klienten geht gar nichts. (...) Es ist ein personenzentriertes und wertschätzendes Arbeiten und ich kann nur da anfangen, wo ich den Klienten abholen kann“ (Transkription

von Interview 1, 2017). In so einer Situation können Mitarbeiter Verständnis für den Klienten aufbringen, ein konstruktives und erfolgversprechendes Arbeiten ist jedoch nicht möglich. „Dann kann ich nur versuchen, Verständnis für seine Situation aufzubringen, aber richtig arbeiten kann ich dann nicht. Wenn er sich völlig sperrt, ist er gegen alles resistent“ (Transkription von Interview 1, 2017). Die Auswertung hat ebenfalls ergeben, dass ein hohes Maß an Ehrlichkeit wichtig für die Arbeit mit CRA ist. Wenn die Klienten unehrlich gegenüber sich selbst und den Mitarbeitern sind, können Analysen a) nur verfälscht durchgeführt werden, b) bringen keine Erkenntnis und können c) nicht zur weiteren Entwicklung des Klienten genutzt werden. „Ich muss auch mit niemanden eine Konsumanalyse machen, der lügt. Ich habe dann zwar ein gutes Arbeitsblatt, aber es bringt nichts“ (Transkription von Interview 4, 2017).

#### **5.2.9. Kategorie 9: Implementierung von CRA**

Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Mitarbeiter die bisherige Implementierung von CRA auf dem Schillingshof unterschiedlich erfolgreich bewerten. Generell wünschen sich jedoch alle Befragten, dass das gesamte Team die Möglichkeit bekommt die Ausbildung zu absolvieren. „Schade finde ich aber, dass es nicht alle durften. Einigen hätte es gut getan. So kann kein einheitliches Umdenken stattfinden“ (Transkription von Interview 1, 2017). Ein einheitliches Umdenken des Teams bzgl. der Vorteile der akzeptanzorientierten Suchtarbeit und speziell von CRA hat noch nicht stattgefunden. Das fällt besonders den älteren Mitarbeitern schwer, die bereits seit vielen Jahren nach abstinenzorientierten Methoden arbeiten. Diese befürworten noch stets, die Ausrichtung auf eine Abstinenz und das auf den Konsum Sanktionen folgen sollten. „Einige ältere Mitarbeiter sagen noch, dass das Verhalten der Klienten Konsequenzen haben muss. Dann muss man sie manchmal wachrütteln und sagen, dass wir davon ja weg wollen“ (Transkription von Interview 4, 2017). Einige Mitarbeiter haben CRA als wertvolles Instrument erkannt und wenden dies täglich an. Motivation und positives Vorleben spielen eine entscheidende Rolle um weitere Mitarbeiter dafür zu begeistern (Transkription von Interview 2, 2017).

Zwei Mitarbeiter sind sich einig, dass CRA aktuell zu sehr nach den Standards der Ausbildung angewendet wird. Die Absolventen sind ausgezeichnet ausgebildet. Die Module individuell auf die Klienten zuzuschneiden, sodass diese weder unter- noch überfordert sind, stellt eine große Herausforderung für die Mitarbeiter dar. „Es ist mehr das Problem der Mitarbeiter und nicht der Bewohner. Die sind so fit und es ist schwierig, ein so zugeschnittenes Angebot anzubieten, dass er weder unter- noch überfordert ist. Das ist die größte Herausforderung“ (Transkription von Interview 2, 2017). CRA muss viel kleinschrittiger angewendet werden, als dies aktuell der Fall ist. „Kleinen“ Zielen wird aktuell noch nicht ausreichend Beachtung beigemessen. „CRA muss bei unserem Klientel viel kleinschrittiger angewendet werden. Es ist eine Leistung, wenn sie es tagsüber schaffen nüchtern zu sein und zur Arbeit in die Werkstatt zu gehen“ (Transkription von Interview 1, 2017). In der Auswertung zeigte sich außerdem, dass das Freizeitangebot noch ausbaufähig ist. Für viele Klienten bilden diese Angebote eine lohnenswerte Alternative zum Alkoholkonsum. Die positiven Verstärker sind noch nicht zufriedenstellend genug integriert. „Der Freizeitbereich könnte hier noch ausgebaut werden, dann könnten positive Verstärker dem Alkohol entgegengesetzt werden. (...) Es muss eine Alternative zum Alkohol geboten werden“ (Transkription von Interview 1, 2017). Zusätzlich fehlt es an Möglichkeiten zur Reflektion des eigenen Handelns in Form von Supervisionen. Aktuell werden keine Supervisionen für die Mitarbeiter angeboten. In diesen Sitzungen könnten außer Reflektionen des eigenen Handelns u.a. folgende Punkte besprochen werden: a) erhöhte Integration von CRA in den Tagesablauf, b) Austausch im Team über einen gemeinsamen Leitfaden c) Besprechung und Analyse von konkreten Fällen und d) interne Unterstützung durch konstruktive Kritik. „Es müsste einen gemeinsamen Raum finden, wo Fälle supervidiert werden. Was kann ich besser machen? Wo man einfach noch eine Plattform hat, um miteinander im Austausch zu sein. Wo man dann auch korrigiert werden kann“ (Transkription von Interview 2, 2017). „Ein Teil hat es aber nur gemacht, weil sie es mussten. Die nehmen das auch nicht so ernst. Supervisionen wären wichtig, um das im Team zu thematisieren“ (Transkription von Interview 4, 2017). Quartalsweise Treffen mit den Supervisors aus der

Ausbildung würden die Mitarbeiter zusätzlich nach Abschluss der Ausbildung unterstützen. „Die Ausbildung ist gut, aber danach wird man ins offene Becken geschmissen“ (Transkription von Interview 4, 2017).

Des Weiteren gibt es aktuell keinen Ablaufplan, nach dem CRA zum Einsatz kommt. Häufig geschieht die Anwendung nebenbei und ist noch nicht hinreichend in den Tagesablauf integriert. Die Entwicklung von Standards könnte die Implementierung in den Alltag erleichtern. „CRA muss mehr in den Tagesablauf integriert werden. Es muss mehr an Wichtigkeit gewinnen. Es läuft noch sehr viel nebenher“ (Transkription von Interview 5, 2017). „Ich würde mich freuen, wenn Standards entwickelt werden. Wenn bei einem Einzug innerhalb der ersten vier Wochen eine Zufriedenheitsskala durchgeführt wird. Und das wird dann nach drei Monaten wiederholt. Und dann wieder nach einem halben Jahr. (...). Ich fände einen CRA-Ablaufplan gut“ (Transkription von Interview 4, 2017).

### **5.3. Gütekriterien der Ergebnisse**

In dem Kapitel 3.6. Gütekriterien qualitativer Forschung wurden bereits die Definitionen der allgemein gültigen Gütekriterien einer Forschung beschrieben. In diesem Kapitel werden diese Kriterien explizit auf die Ergebnisse der vorliegenden Forschung bezogen.

#### **5.3.1. Verfahrensdokumentation**

Alle geführten Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet. Die Ergebnisse liegen somit zu jedem Zeitpunkt in der ursprünglichen Form vor. Das verhindert Fehler bei der Weiterverarbeitung. Dann wurden die Interviews transkribiert und in den Anhang angefügt. Anschließend wurden die Interviews anhand eines Kategoriensystems ausgewertet und zusammengefasst.

#### **5.3.2. Argumentative Interpretationsabsicherung**

Der Interviewleitfaden wurde anhand von bisheriger Theorie entwickelt. Er stützt sich auf theoretische Erkenntnisse und ist davon abgeleitet aufgebaut worden.

### **5.3.3. Regelgeleitetheit**

Das ausgewertete Material wurde für die Auswertung der Ergebnisse sinnvoll unterteilt. Die vorgeplanten Analyseschritte wurden vorab festgelegt. Dies garantierte eine systematische Ausarbeitung.

### **5.3.4. Nähe zum Gegenstand**

Die Forschung hat im direkten Arbeitsumfeld der Befragten stattgefunden. Die Interviews wurden auf dem Schillingshof durchgeführt und die Befragten haben das Gelände nicht dafür verlassen.

### **5.3.5. Kommunikative Validierung**

Die Ergebnisse wurden den Befragten erneut vorgelegt und anschließend diskutiert. Sie bestätigen die Richtigkeit und Plausibilität der Ergebnisse.

## 6. Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel behandelt die Schlussfolgerungen der vorliegenden wissenschaftlichen Forschung. Basierend auf der ausgearbeiteten Theorie und der Auswertung der Ergebnisse werden die unter Kapitel 1.5. Forschungsfragen formulierten Teilfragen und die übergeordnete Hauptfrage beantwortet. Anschließend werden Empfehlungen für die Praxis und Folgestudien ausgesprochen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Diskussion über die Stärken und Schwächen der Untersuchung.

### 6.1. Beantwortung der Teilfragen

- Welche Erfahrungen haben Mitarbeiter bisher mit CRA gemacht?
- Inwieweit ist CRA bereits in die täglichen Abläufe integriert?
- Welche Chancen ergeben sich für Klienten und Mitarbeiter durch die Implementierung von CRA?
- Wo liegen die Grenzen von CRA?

#### 6.1.1. Teilfrage 1: Welche Erfahrungen haben Mitarbeiter bisher mit CRA gemacht?

Die erste Teilfrage beschäftigt sich mit den persönlichen Erfahrungen der Mitarbeiter im Bezug auf CRA. Die Erfahrungen beziehen sich einzig und allein auf die Kombination von CRA mit CMA in der stationären Eingliederungshilfe. Die Aussagen bezüglich der Erfahrungen sind sehr unterschiedlich und werden für ein besseres Verständnis in einzelne Punkte, die sich an den Kategorien aus Kapitel 5.2. Auswertung der Interviews orientieren, unterteilt.

##### Mitarbeiter-Klienten-Beziehung

Die Mitarbeiter haben positive Veränderungen in den Beziehungen zu den Klienten festgestellt. Die Beziehungen sind gestärkt durch einen vertrauensvollen, offenen, empathischen und wertschätzenden Umgang. Die Klienten suchen häufiger den Kontakt zu den Mitarbeitern und sprechen auch unangenehme

Thematiken an. Dadurch verringert sich der emotionale Abstand, was aber auch als positiv beschrieben wird (Transkription von Interview 2, 2017).

#### Bewusstwerden der eigenen Bedürfnisse

Als besonders positiv werden die Erfahrungen im Bezug auf das Bewusstwerden der eigenen Bedürfnisse beschrieben. Einigen Klienten fiel es jahrelang schwer, positive Verstärker in ihrem Umfeld zu identifizieren. Seitdem sie mit den verschiedenen Modulen von CRA arbeiten, können sie immer mehr Wünsche und Ziele in ihrem Leben benennen (Transkription von Interview 3, 2017).

#### Veränderung des Konsumverhaltens

Die Erfahrungen der Mitarbeiter im Bezug auf das Konsumverhalten sind sehr unterschiedlich. Einige Mitarbeiter haben ausschließlich positive Erfahrungen gemacht und berichten von dauerhaften Konsumreduktionen (Transkription von Interview 5, 2017) oder der Planung und Kontrolle des Konsums (Transkription von Interview 4, 2017). Das bestätigt die Aussage aus der Theorie, dass positive Verstärker einen immensen Einfluss auf den Konsum einer Person haben können (Meyers & Smith, 2011). Andere Mitarbeiter berichteten von Problemen bei der Arbeit mit Menschen, die unter starkem Suchtdruck leiden (Transkription von Interview 3, 2017). Bei diesen Menschen haben sie die Erfahrung gemacht, dass Verstärker aus dem sozialen Umfeld den Behandlungsverlauf nicht positiv beeinflussen. Der Konsum blieb weiterhin konstant und eine Analyse des eigenen Verhaltens war aufgrund der täglichen Intoxikation nicht möglich (Transkription von Interview 5, 2017).

#### Einfluss von kognitiven Beeinträchtigungen

Alle befragten Mitarbeiter haben ähnliche Erfahrungen bei Klienten mit starken kognitiven Beeinträchtigungen gemacht. Laut ihren Erfahrungen können diese den einzelnen Modulen von CRA nur schwer folgen (Transkription von Interview 4, 2017). Bereits bei den Basisinstrumenten, wie der Zufriedenheitsskala (Badenschier, 2014) gibt es Verständnisprobleme. Bei Menschen mit schweren

Hirnschädigungen, die keine Ziele und Wünsche mehr formulieren oder sich an diese nicht erinnern konnten, war eine Durchführung der Module nicht möglich.

### Mitarbeit der Klienten

Bezugnehmend auf die Mitarbeit der Klienten haben die Mitarbeiter verschiedene Erfahrungen gemacht. Einige Mitarbeiter haben die Erfahrung gemacht, dass die Klienten sehr engagiert an der Erreichung ihrer Wünsche und Ziele arbeiten. Durch die selbstständige Formulierung ihrer Wünsche und Ziele identifizieren die Klienten ihre Bedürfnisse. Sobald sich diese verwirklichen, setzen bei den Klienten positive Gefühle, wie Zufriedenheit oder Begeisterung ein. Aktivitäten oder Veranstaltungen, die dem Klienten Freude bereiten, benötigen keine besondere Motivation und fördern automatisch eine zufriedenstellende Mitarbeit (Transkription von Interview 2, 2017). Andere Erfahrungen zeigen jedoch, dass einige Klienten nicht bereit sind, etwas in ihrem Leben zu verändern. Ihnen fällt es schwer, ihr Leben ohne die berauschende Wirkung des Alkohols zu ertragen (Transkription von Interview 1, 2017). Bei diesen Klienten haben Mitarbeiter die Erfahrung gemacht, dass selbst eine individuelle, niedrighschwellige und intensive Betreuung keine positiven Verstärker identifizieren konnte.

### **6.1.2. Teilfrage 2: Inwieweit ist CRA bereits in die täglichen Abläufe integriert?**

Diese Teilfrage bezieht sich ausschließlich auf die Arbeit mit CMA in der stationären Eingliederungshilfe. Ambulant, intensiv ambulant betreute Klienten sowie Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen sind nicht Gegenstand der Forschung gewesen.

Die Grundhaltung von CRA ist bereits von einigen Mitarbeitern verinnerlicht. Sie arbeiten akzeptanzorientiert, zieloffen, empathisch und wertschätzend. „So entspringen (...) und der Community Reinforcement Approach letztendlich einer gemeinsamen Grundhaltung, die die KlientInnen fordert, ihre Wünsche und Schwierigkeiten aber aus respektiert (...)“ (GK Quest Akademie , 2011). Anderen fällt es noch schwer, die Herangehensweisen der abstinentorientierten Suchtarbeit abzulegen. Sie verfallen häufig wieder in bisherige Handlungsmuster

und fordern Abstinenz und Sanktionen bei Zuwiderhandlungen (Transkription von Interview 4, 2017).

Die einzelnen neun Module, anhand derer eine Behandlung nach CRA erfolgt (Meyers & Smith, 2011), sind noch nicht zufriedenstellend in die täglichen Abläufe integriert. Signifikante Module, wie die Zufriedenheitsskala, die Erarbeitung von Zielen, die Verhaltensanalyse und die Rückfallprävention (Meyers & Smith, 2011) sind aktuell keine festen Bestandteile der täglichen Arbeit und werden oft nur nebenbei angewendet. Den Mitarbeitern fällt es noch schwer, a) Zeit und Raum für feste Termine einzuplanen, b) ein individuelles und niedrigschwelliges Angebot für die Klienten anzubieten, c) positive Verstärker aus dem Umfeld zu fördern und d) einen einheitlichen Leitfaden für das Team zu entwickeln (Transkription von Interview 1, 2017). Bisher gibt es keinen Ablaufplan, nach dem CRA angewendet wird und an dem sich Mitarbeiter orientieren können. Die Entwicklung von Standards, wie eine Analyse der Zufriedenheit nach Neuaufnahme von Klienten, sind Wünsche der Mitarbeiter (Transkription von Interview 4, 2017). Aktuell gibt es dazu aber noch keine konkreten Überlegungen im Team. Des Weiteren fehlt es an Möglichkeiten, das eigene Handeln zu reflektieren. Es werden keine Superrevisionen angeboten, in denen Mitarbeiter a) das eigene Handeln reflektieren, b) Anregungen und konstruktive Kritik äußern, b) konkrete Fälle besprechen und analysieren, c) ein gemeinsames Umdenken fördern oder d) Vorschläge für eine optimalere Implementierung machen können. Die Ausbildung wird als hervorragend beschrieben, die anschließende Betreuung ist jedoch noch stark ausbaufähig (Transkription von Interview 4, 2017). Die fehlende Beratung und Unterstützung der Mitarbeiter beeinträchtigt eine zufriedenstellende Implementierung von CRA.

### **6.1.3. Teilfrage 3: Welche Chancen ergeben sich für die Klienten und Mitarbeiter durch die Implementierung von CRA?**

Die dritte Teilfrage bezieht sich auf die Chancen für Mitarbeiter und Klienten, die durch eine Implementierung von CRA entstehen können.

Durch die Anwendung von CRA kann sich die Beziehung zwischen Klienten und Mitarbeitern erheblich verbessern. Die Klienten gestalten ihr Leben wieder

selbstständig, treffen ihre eigenen Entscheidungen (Transkription von Interview 4, 2017) und verändern somit die bis dato typische Helfer-Klient-Beziehung. Bei CRA begegnen sich beide auf Augenhöhe und die individuellen Wünsche und Ziele der Klienten stehen zentral. Die Mitarbeiter unterstützen die Klienten bei der Zielverfolgung und akzeptieren und respektieren diese vorbehaltlos. Dadurch, dass der Alkoholkonsum der Klienten nicht mehr sanktioniert wird, sprechen die Klienten viel offener und ehrlicher mit den Mitarbeitern über ihren Konsum. Ein vertrauensvoller Umgang und eine stabile Beziehung können das Ergebnis einer Implementierung von CRA sein.

Eine weitere Chance, die sich durch den Einsatz von CRA ergeben kann, ist die Reduktion des Konsumverhaltens der Klienten. CRA bietet gute Instrumente, um die Wünsche und Ziele der Klienten zu identifizieren. Durch die Identifikation der Wünsche und Ziele wird den Klienten bewusst, dass es noch Aktivitäten, Veranstaltungen, Personen, etc. gibt, für die es sich lohnt, den Konsum zu kontrollieren. Das Bestreben, den Fokus auf andere Bereiche zu legen, die eine Zufriedenheit bei ihnen auslöst, lässt den Konsum automatisch in den Hintergrund rücken. Diese positiven Verstärker können hervorragend genutzt und durch die Mitarbeiter gefördert werden (Meyers & Smith, 2011).

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist ebenfalls eine Chance, die sich durch den Einsatz von CRA ergeben kann. Ohne das strenge Regelwerk der bisherigen Suchtarbeit, den Sanktionen auf den Konsum von Alkohol und der damit verbundenen Reaktion seitens der Klienten, arbeiten die Mitarbeiter deutlich stressfreier. Der positive Kontakt zu den Klienten, die Verringerung von Mehraufwand durch die Eliminierung von Konsequenzen und die Reduktion von Frustrationen wirken sich positiv auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter aus.

#### **6.1.4. Teilfrage 4: Wo liegen die Grenzen von CRA?**

Die vierte Teilfrage beschäftigt sich mit den Grenzen von CRA bei der Arbeit mit CMA. Zuerst muss erwähnt werden, dass jegliche Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nur dann zum Einsatz kommen kann, wenn diese in die Behandlung einwilligen. Sind die Betroffenen nicht zu motivieren und möchten keine durch die Behandlung verursachte Veränderung in ihrem Leben erreichen,

findet eine Behandlung nicht statt. Jede Beratung oder Behandlung beruht auf Freiwilligkeit. Ist diese nicht gegeben, hat die Soziale Arbeit keinen Auftrag (Badenschier, 2014). Die fehlende Mitarbeit und Motivation von Klienten wird in diesem Kapitel nicht als Grenze von CRA bewertet. Bezugnehmend auf die Theorie hat die Soziale Arbeit in diesem Fall keinen Auftrag und somit keine Aufgabe.

Starke kognitive Beeinträchtigungen zeigen die Grenzen von CRA auf. Kognitive Fähigkeiten sind essenzielle Fähigkeiten. Sie beschreiben die Fähigkeit, Signale aus der Umwelt wahrzunehmen und weiterzuverarbeiten. Mit diesen Fähigkeiten ist der Mensch in der Lage, Informationen aufzunehmen, sie zu verarbeiten und Erkenntnisse daraus zu gewinnen. Die Fähigkeit der Erinnerung wird ebenfalls dazu gezählt (Doll, 2007). Klienten, die schwere kognitive Schädigungen aufweisen, können den einzelnen Modulen von CRA nicht folgen. Sie sind nicht in der Lage, über sich selbst nachzudenken, Ziele zu formulieren oder sich an Ziele zu erinnern (Transkription von Interview 2, 2017). Das sind jedoch Fähigkeiten, die für eine CRA-Behandlung vorhanden sein sollten. Die wertschätzende und empathische Haltung, die charakterisierend für CRA ist, kann selbstverständlich jedem Klienten entgegengebracht werden. Es sollten jedoch keine Erwartungen an die Klienten gestellt werden, da dies nur zu Frustrationen auf beiden Seiten führt (Transkription von Interview 4, 2017).

Des Weiteren werden bei Klienten mit starkem Suchtdruck und täglichen Intoxikation die Grenzen deutlich. „Beim Vollbild von Suchtdruck besteht ein starkes Verlangen nach dem Suchtmittel. Die Stimmung ist dabei gereizt-nervös, die Gedanken kreisen darum, ob und wie das Suchtmittel beschafft bzw. konsumiert werden kann“ (LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein, o.J.). Den Betroffenen fällt es schwer, positive Verstärker in ihrem Leben zu identifizieren. Die Sucht steht in diesem Fall zentral und lässt keinen Raum für andere Lebensbereiche. Zusätzlich kann aufgrund der täglichen Intoxikation keine verwertbare Analyse des eigenen Verhaltens durchgeführt werden (Transkription von Interview 5, 2017). Trotz engagierter Arbeit seitens der Mitarbeiter sind hier die Grenzen von CRA erreicht.

## **6.2. Beantwortung der Hauptfrage**

In diesem Kapitel wird die Forschungsfrage, basierend auf den ausgewerteten Ergebnissen, der vorhandenen Theorie und den beantworteten Teilfragen beantwortet.

**Hauptfrage:** Welche Auswirkungen ergeben sich für Klienten und Mitarbeiter des Schillingshofs durch die Implementierung von CRA?

Durch die Implementierung von CRA ergeben sich diverse Auswirkungen für Mitarbeiter und Klienten.

### **6.2.1. Auswirkungen auf die Mitarbeiter**

Eine Auswirkung durch die Implementierung ist, dass die Mitarbeiter den Alkoholkonsum der Klienten nicht mehr sanktionieren müssen. Sie werden von der Leitung bestärkt, individuell mit den Klienten zu arbeiten (Transkription von Interview 1, 2017) und eine Abstinenz nicht mehr zwingend durchzusetzen. Dies hat sich auf die Haltung der Mitarbeiter ausgewirkt. Sie stehen den Klienten viel offener gegenüber, akzeptieren und respektieren deren Lebensweise. Eine weitere Auswirkung der Implementierung ist die gestärkte Beziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten. Die Beziehung ist vertrauensvoller und ehrlicher, die Mitarbeiter erfahren deutlich mehr über das Leben der Klienten. Dadurch sind diese emotionaler betroffen und fühlen sich mehr mit den Klienten verbunden (Transkription von Interview 2, 2017). Des Weiteren ist eine positive Auswirkung die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Diese empfinden die Arbeit durch die Reduktion von Stressfaktoren und die Steigerung von positiven Faktoren als deutlich freundlicher (Transkription von Interview 1, 2017). Auslöser für Frustrationen werden verringert und dieses empfinden die Mitarbeiter als Arbeitserleichterung.

### **6.2.2. Auswirkungen auf die Klienten**

Eine Auswirkung durch die Implementierung ist, dass die Klienten jetzt ein selbstbestimmtes Leben nach ihren Wünschen und Zielen führen können. Sie gestalten ihr Leben nach ihren Bedürfnissen und es wird individuell geprüft, welchen Hilfebedarf sie in bestimmten Lebensbereichen wünschen. Das deckt sich mit dem Artikel 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt“ ("Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland", o.J.). Bei CRA wird der Klient als Experte für sich selbst angesehen (Badenschier, 2014). Er kann am Besten beurteilen, wie er sein Leben verbringen möchte. Die freie Lebensgestaltung ist eine positive Auswirkung für den Klienten. Eine weitere positive Auswirkung durch die Implementierung ist, dass die Beziehung zu den Mitarbeitern deutlich vertrauensvoller, offener und ehrlicher ist. Der Konsum der Klienten wird offen thematisiert und stellt kein Tabu dar. Das fördert zusätzlich, dass die Klienten über sich und ihr Leben nachdenken. Daraus folgt eine weitere positive Auswirkung. Den Klienten werden Aktivitäten oder Veranstaltungen bewusst, für die es sich in ihren Augen lohnt, abstinente Zeiten einzuplanen. Sie lernen somit ihren Konsum zu planen bzw. zu kontrollieren. Diese Planung bzw. Kontrolle des Konsums ist ein Ziel, das CRA in der Theorie verspricht (Meyers & Smith, 2011).

### **6.3. Empfehlungen**

Folgend werden Empfehlungen für die Praxis und Folgestudien ausgesprochen. Diese basieren auf den Ergebnissen und Schlussfolgerungen der Forschung.

#### **6.3.1. Empfehlungen für die Praxis**

##### Empfehlungen auf der Mikroebene (Mitarbeiter)

Für die Mitarbeiter wird die Empfehlung ausgesprochen, sich intensiver mit CRA in Kombination mit CMA auseinanderzusetzen. Das aktuell angewendete Angebot überfordert viele Klienten und ist für sie ungeeignet. Die Erarbeitung eines niedrighschwelligigen Angebots könnte mehr Klienten dahingehend motivieren, langfristig mit CRA zu arbeiten.

Des Weiteren wird den Mitarbeitern die Empfehlung ausgesprochen, feste Zeiten für CRA einzuplanen. Durch eine konstante Anwendung der einzelnen Module wird es Mitarbeitern leichter fallen, diese im Alltagsgeschehen anzuwenden. Das routinierte Arbeiten mit neuen Methoden erfordert viel Übung und muss immer wieder erprobt werden.

### Empfehlungen auf der Mesoebene (Schillingshof)

Für die Einrichtung wird die Empfehlung ausgesprochen, Supervisionen für die Mitarbeiter anzubieten. Dadurch könnte eine zufriedenstellende Implementierung von CRA auf dem Schillingshof stattfinden. Diese Art der Unterstützung nach der Ausbildung würde a) die Entwicklung von Standards, wie einen CRA-Ablaufplan erleichtern, b) die Kompetenz der Mitarbeiter, die Module in den Alltag zu integrieren und auf die Klienten zuzuschneiden erhöhen und c) ein gemeinsames Umdenken im Team fördern. Davon würden die Mitarbeiter und anschließend die Klienten erheblich profitieren.

Ferner wird die Empfehlung ausgesprochen, CRA in die Teamsitzungen zu integrieren. In einigen Teams ist es gängig, konkrete Fälle zu besprechen. Dies könnte auch in den wöchentlichen Teamsitzungen des Schillingshofs geschehen. Das würde den Mitarbeitern zeitnah die Möglichkeit geben, Themen anzusprechen und Probleme zu lösen.

Des Weiteren wird die Empfehlung ausgesprochen, allen Mitarbeitern die Ausbildung zu ermöglichen. Ein gemeinsamer Leitgedanke kann nur dann entstehen, wenn alle Mitarbeiter die Chance bekommen, die Vorteile der akzeptanzorientierten Suchtarbeit kennenzulernen. Zusätzlich kann CRA erst dann zufriedenstellend auf dem Schillingshof implementiert werden, wenn alle Mitarbeiter danach arbeiten können. Ansonsten werden die Herangehensweisen von abstinenzorientierten Methoden weiterhin präsent sein. Für die Klienten ist dieses ambivalente Verhalten schwer nachvollziehbar und kann zu Problemen in der Beziehung zwischen Klienten und Mitarbeitern führen.

### Empfehlungen auf der Makroebene (gesellschaftliche Subsysteme)

Für das Gesundheitssystem wird die Empfehlung ausgesprochen, Einrichtungen über akzeptanzorientierte Methoden der Suchtarbeit zu informieren und sie anschließend zu motivieren, diese anzuwenden. Das Gesundheitssystem investiert viel Geld in abstinenzfördernde Maßnahmen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, welche einige Menschen überhaupt nicht wollen. Nach Abschluss der Maßnahme trinken diese Menschen oft wieder und die Maßnahme bleibt erfolglos. Dadurch entsteht ein hoher Kostenfaktor für das

Gesundheitssystem. Wenn das Gesundheitssystem vermitteln würde, dass ein selbstbestimmtes Leben auch mit dem Konsum von Suchtmitteln möglich ist (Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein, o.J.), würden Einrichtungen ihre Ansätze überdenken können.

### **6.3.2. Empfehlungen für Folgestudien**

In diesem Kapitel werden Empfehlungen für Folgestudien ausgesprochen. Eine Empfehlung ist die Durchführung von Längsschnittstudien, um die Ergebnisse der Forschung zu überprüfen. In längerfristig angelegten Studien könnten die Resultate bestätigt oder widerlegt werden. Diese Studien könnten sich u.a. auf die Ansichten der Klienten oder die Möglichkeiten der Einrichtung beziehen. Es könnte überprüft werden, inwieweit die Klienten den Aussagen der Mitarbeiter zustimmen oder welche Möglichkeiten die Einrichtung nutzen könnte, um Implementierungen in der Zukunft professioneller durchzuführen.

Ferner könnten weitere Studien über die Kosten und den Nutzen von abstinenzorientierten Maßnahmen durchgeführt werden. Diese könnten dann als Legitimierung für den aktuellen Paradigmenwechsel genutzt werden und dem Gesundheitssystem und den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden.

Des Weiteren wären Folgestudien im internationalen Kontext interessant. In den Vereinigten Staaten wird CRA bereits seit vielen Jahren erfolgreich angewendet (Meyers & Smith, 2011). Wissenswert wäre es zu erfahren, warum die Implementierung dort hervorragend funktioniert und welche Unterschiede zu Deutschland bestehen.

### **6.4. Diskussion**

In diesem Kapitel wird auf die Stärken und Schwächen der Untersuchung eingegangen. Dabei wird die Untersuchung kritisch und aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Zu Beginn der Untersuchung wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die sich sehr mühsam und aufwendig gestaltet hat. Zu CRA gibt es gegenwärtig sehr wenig Literatur. Die Literatur zu CRA bezieht sich fast ausschließlich auf Dr. Reker, der die Ausbildung in Deutschland anbietet und auf die Autoren Meyers & Smith, die maßgeblich an der Entwicklung

von CRA beteiligt waren. Es gibt wenig bis überhaupt keine Literatur zu aktuellen Studien über CRA in Deutschland. Sie ist in Deutschland noch nicht sehr verbreitet und es wurden fast ausschließlich Quellen von den oben genannten Personen genutzt. Die Ausarbeitung des theoretischen Rahmens verlief problemlos und kontinuierlich. Es wäre jedoch wünschenswert gewesen, CRA von verschiedenen Seiten zu beleuchten und andere wissenschaftliche Quellen miteinzubeziehen. Positiv hervorzuheben sind die Durchführung der Interviews und die Kooperation seitens der Mitarbeiter. Sie haben sich sehr engagiert und einen Anteil zu der gelungenen Forschung beigetragen. Um noch aussagekräftigere Argumente liefern zu können, wäre es wünschenswert gewesen, die Ansichten der Klienten ebenfalls zu erfahren. Dies war zu Beginn der Forschung geplant, wurde aber relativ schnell revidiert. Den Klienten ist es schwer gefallen, sich auf die differenzierten Fragen einzulassen und der Vielfalt an Fragen zu folgen. Daraufhin wurde gemeinsam mit dem Auftraggeber entschieden, dass die Interviews ausschließlich mit den Mitarbeitern durchgeführt werden. Geplant war, dass jeweils vier Klienten und vier Mitarbeiter an den Befragungen teilnehmen. Die Forschungsfragen aus Kapitel 1.5. Forschungsfragen konnten auch ohne die Aussagen der Klienten beantwortet werden. Die zwei Forschungsziele aus Kapitel 1.4. Zielsetzung wurden ebenfalls erreicht. Trotz alledem konnten unter diesen Umständen keine zuverlässigen Angaben über die Ansichten der Klienten getroffen werden. Es wäre durchaus möglich, dass dann zusätzlich noch andere Aussagen mit in den Forschungsprozess eingeflossen wären. Dieser Aspekt wird als Schwäche der Untersuchung betrachtet. Eine Stärke der Untersuchung ist hingegen die Nähe zum Gegenstand. Die Untersuchung hat im direkten Arbeitsumfeld der Betroffenen stattgefunden. Dies steht, wie in Kapitel 3.6. Gütekriterien qualitativer Forschung beschrieben, zu den Kriterien für eine gelungene Untersuchung. Das leitfadengestützte Interview, welches im Anhang 9.5. Interviewleitfaden zu finden ist, zählt ebenfalls zu den Stärken der Untersuchung. Bei dieser Form des Interviews werden strukturierte Fragen gestellt, die garantieren, dass bestimmte Bereiche angesprochen werden. Der Befragte bekommt trotz alledem die Chance, relativ frei zu antworten und Aspekte, die für ihn wichtig sind, miteinfließen zu lassen. Ferner ist eine Stärke der

Nutzen für die Praxis. Der Paradigmenwechsel von der abstinenzorientierten Suchtarbeit zur akzeptanzorientierten Suchtarbeit findet aktuell statt und ist viel diskutiert. Die Einrichtung kann die Forschung nutzen, um ihre Entscheidung, Teil des Wechsels zu sein, zu legitimieren. Des Weiteren kann die Forschung genutzt werden, um die bisherige Implementierung zu optimieren. Diese befindet sich noch in der Anfangsphase und die Ausarbeitungen können genutzt werden um, relativ am Anfang Veränderung vornehmen zu können. Dann hat sich eine suboptimale Implementierung noch nicht fest integriert und Defizite können leichter behoben werden. Es wird deutlich, dass die Forschung für die Praxis zum absolut richtigen Zeitpunkt stattgefunden hat.

## 7. Fazit

Zusammenfassend wird der Forschungsprozess als positiv bewertet. Die Forschung hat gezeigt, dass das Thema sehr komplex ist und ein längerer Zeitraum notwendig ist, um den Paradigmenwechsel zur abstinenzorientierten Suchtarbeit zu verinnerlichen. Dies geschieht nicht von heute auf morgen und viele Instanzen und Institutionen sollten mit einbezogen werden. Nur so kann am Ende ein einheitlicher Leitgedanke entstehen und für den Klienten die Methode ausgewählt werden, die ihn fördert, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Der theoretische Rahmen war verhältnismäßig schnell ausgearbeitet. Durch gute Vorkenntnisse, eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Thema und professionelle Unterstützung seitens der Mitarbeiter verlief die Ausarbeitung der theoretischen Fakten kontinuierlich und problemlos. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Dozenten und die Erstellung eines vorab eingereichten Untersuchungsplans war eine detaillierte Ausarbeitung des Forschungsrahmens möglich. Die Erhebung und Ausarbeitung der Ergebnisse bilden eine essenzielle Rubrik der Bachelor-Thesis und haben einen Großteil der Zeit beansprucht. Die Erhebung der Daten verlief aufgrund der guten Kooperation mit den Mitarbeitern ohne Zwischenfälle ab. Negativ anzumerken ist jedoch, dass in der Planung die Klienten ebenfalls Gehör finden und an den Interviews teilnehmen sollten. Dies war nicht möglich, da die Vielzahl an differenzierten Fragen die Klienten überfordert haben. Ohne die Aussagen der Klienten ist es möglich, dass bedeutungsvolle Kriterien oder Blickwinkel nicht beleuchtet wurden. Trotz alledem konnten die Teilfragen und die Hauptfrage beantwortet werden. Auch die Forschungsziele, welche in Kapitel 1.4. Zielsetzung genannt wurden, wurden erreicht. Die ausgesprochenen Empfehlungen für die Praxis sind anhand der Ergebnisse entwickelt worden und bieten eine gute Grundlage, um die Implementierung zu optimieren. Letztendlich sind sowohl die Verfasserin als auch die Einrichtung mit dem Ergebnis zufrieden.

## 8. Literaturverzeichnis

- "Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland". (o.J.). *Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz*. Abgerufen am 4. September 2017 von Titel: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Artikel 1: [https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art\\_1.html](https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_1.html)
- "Schillingshof". (o.J.). *Bethel.regional*. Abgerufen am 22. Juli 2017 von Titel: Schillingshof: <http://www.bethel-regional.de/einrichtungsdienst-details-108/items/schillingshof.html>
- [DIMDI]. (24. Juli 2017). *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information*. Abgerufen am 8. August 2017 von Titel: ICD-10: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>
- Ahlers, A. (8. Februar 2015). *Berliner Zeitung*. Abgerufen am 12. August 2017 von Titel: Schluss mit dem trockenen Entzug: <http://www.berliner-zeitung.de/wissen/schluss-mit-trockenem-entzug-revolution-in-der-alkoholsucht-bekaempfung-2977258>
- Allgemeine Hospitalgesellschaft [AHG]. (2016). *Allgemeine Hospitalgesellschaft*. Abgerufen am 22. Juli 2017 von Titel: Chronische Abhängigkeit mit Mehrfachbeeinträchtigung: [http://www.ahg.de/AHG/Indikationen/Soziotherapie/Chron\\_Abhaengigkeit/chron\\_detail.html](http://www.ahg.de/AHG/Indikationen/Soziotherapie/Chron_Abhaengigkeit/chron_detail.html)
- Baarda et al. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, Bakker, Fischer, Julsing, Peters, van der Velden & de Goede. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen / Houten: noordhoff Uitgevers.
- Badenschier, D. (2014). *Community Reinforcement Approach als Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit - Positive Verstärkung im Suchthilfesystem*. Hamburg: disserta Verlag.
- Batra, Müller, Mann & Heinz. (29. April 2016). Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. *Deutsches Ärzteblatt*.
- Bergmann, A. &. (9. März 2009). *Straffälligenhilfe Bremen*. Abgerufen am 22. Juli 2017 von Titel: Chronisch-Mehrfach-Abhängige (CMA): [http://www.straffaelligenhilfe-bremen.de/fachtag\\_ag\\_chronisch.pdf](http://www.straffaelligenhilfe-bremen.de/fachtag_ag_chronisch.pdf)
- DBSH. (2017). *Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.* Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Profession: <https://www.dbsh.de/beruf.html>
- Deutscher Ärzteverlag GmbH. (9. Januar 2014). *Ärzteblatt*. Abgerufen am 12. Juli 2017 von Titel: 1,8 Millionen Alkoholabhängige in Deutschland: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57160/1-8-Millionen-Alkoholabhaengige-in-Deutschland>
- Dilling, Mombour & Schmidt. (2015). *ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Hogrefe Verlag.
- Doll, R. A. (14. Juli 2007). *Ludwig-Maximilians-Universität München*. Abgerufen am 3. September 2017 von Titel: Kognitive Fähigkeiten des Menschen:

- <https://www.medien.ifi.lmu.de/lehre/ws0506/mmi1/kognitive-faehigkeiten-doll.xhtml>
- Dr. Antwerpes, F. (2017). Abgerufen am 27. Juli 2017 von Titel: Patientencompliance: <http://flexikon.doccheck.com/de/Patientencompliance>
- Dr. Döriges, J. (2017). *DocCheck Flexikon - Das Medizinlexikon*. Abgerufen am 6. August 2017 von Titel: Disulfiram : <http://flexikon.doccheck.com/de/Disulfiram>
- Dr. Härtel, F. (23. April 2013). *Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.* Abgerufen am 27. Juli 2017 von Titel: Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke: [http://www.slsev.de/fileadmin/user/Dokumente/Veranstaltungen/2013/Dr.Haertel\\_CMA\\_23\\_04\\_2013.pdf](http://www.slsev.de/fileadmin/user/Dokumente/Veranstaltungen/2013/Dr.Haertel_CMA_23_04_2013.pdf)
- Dr. med. Kunz, S. (2011). *Verein für gemeindeorientierte Psychotherapie e.V.* Abgerufen am 31. August 2017 von Titel: CRA für Fortgeschrittene: Zufriedenheitsskala/Zielplanung: <http://www.cra-kongress.de/kongress/cra-symposien-in-schwerin/cra-zufriedenheitsskalazielplanung/><http://www.cra-kongress.de/kongress/cra-symposien-in-schwerin/cra-zufriedenheitsskalazielplanung/>
- Dr. Reker, M. (2. Dezember 2006). *Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern*. Abgerufen am 27. Juli 2017 von Titel: Versorgungslage von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitserkrankten (CMA) in der Bundesrepublik Deutschland: [http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Zusammenfassung\\_Vortrag\\_Dr\\_Reker.pdf](http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Zusammenfassung_Vortrag_Dr_Reker.pdf)
- Dr. Tlach et al. . (21. April 2017). *Hamburger Netz psychische Gesundheit*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Basiswissen zu psychischen Erkrankungen : <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/basiswissen.html>
- Dresing & Pehl . (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*. Marburg: Eigenverlag.
- Fengler, J. (2002). *Handbuch der Suchtbehandlung*. Landsberg/Lech: ecomed.
- Feuerlein, W. (2008). *Alkoholismus - Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: C.H. Beck.
- GK Quest Akademie . (2011). *GK Quest*. Abgerufen am 12. August 2017 von Titel: Community Reinforcement Approach (CRA): [https://kunde.gk-quest.de/download/open/veranstaltung/2011\\_CRA.pdf](https://kunde.gk-quest.de/download/open/veranstaltung/2011_CRA.pdf)
- Groß, J. (2017). *DocCheck Flexikon*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Psychische Störung : [http://flexikon.doccheck.com/de/Psychische\\_St%C3%B6rung](http://flexikon.doccheck.com/de/Psychische_St%C3%B6rung)
- Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Hamzic, A. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Essen: Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- in Hauschild . (18. Juli 2012). *Spiegel online*. Abgerufen am 11. Juli 2017 von Titel: Wie die Tröpfchen-Therapie Trinkern hilft: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/alkoholentzug-kontrolliertes-trinken-ist-besser-als-abstinenz-a-844209.html>

- Institut für Medien und Bildungstechnologie. (2017). *Institut für Medien und Bildungstechnologie Universität Augsburg*. Abgerufen am 29. August 2017 von Titel: Ablaufmodell nach Mayring: <http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/764>
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bonn. (o.J.). *Universitätsklinikum Bonn - Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Was sind Abhängigkeitserkrankungen?: [http://psychiatrie.uni-bonn.de/krankheitsbilder/abhaengigkeitserkrankungen/index\\_ger.html](http://psychiatrie.uni-bonn.de/krankheitsbilder/abhaengigkeitserkrankungen/index_ger.html)
- Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein. (o.J.). *Wissenschaftspark Kiel*. Abgerufen am 15. August 2017 von Titel: Abstinenz versus akzeptanzorientierte Suchtarbeit: <http://www.wissenschaftspark-kiel.de/veranstaltungen/abstinenz-versus-akzeptanzorientierte-suchtarbeit/>
- Lange, Reker & Driessen. (1. Juni 2008). CRA - Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *SUCHT*, S. 30.
- Leonhardt & Mühler. (24. April 2007). *Fachverband Sucht e.V.* Abgerufen am 27. Juli 2017 von Titel: Struktur und Veränderung einer CMA-Population: [file:///Users/amelie/Downloads/leonhardt\\_muehler.pdf](file:///Users/amelie/Downloads/leonhardt_muehler.pdf)
- Lienkamp, A. (30. Januar 2006). *AvenirSocial Professionelle Soziale Arbeit Schweiz*. Abgerufen am 21. August 2017 von Titel: Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien : [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/ethikprinzsozarbeitfsw.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/ethikprinzsozarbeitfsw.pdf)
- LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein. (o.J.). *Entzug und Suchtdruck - Alles Kopfsache?!* Lippstadt und Warstein: LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Meier, S. (26. November 2014). *Universität Paderborn*. Abgerufen am 29. August 2017 von Titel: Qualitative Inhaltsanalyse: <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/qualitative-inhaltsanalyse/>
- Merz, S. (2017). *DocCheck FLexikon*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Komorbide Störung : [http://flexikon.doccheck.com/de/Komorbide\\_St%C3%B6rung](http://flexikon.doccheck.com/de/Komorbide_St%C3%B6rung)
- Meyers & Smith. (2011). *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Ming, L. (2017). *Walter Krank - Psychotherapie und Beratung*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen : <http://www.wkranz.li/BEHANDLUNG/M%C3%B6glicheThemenf%C3%BCrTherapieundBeratung/Abh%C3%A4ngigkeitundSucht/tabid/85/language/en-US/Default.aspx>
- Nationales Beratungsgremium Sozialpädagogik. (2009). *Die kreative Fachkraft: Mit Abstand am Nächsten*. Utrecht.
- Papadakis, A. (2017). *Das Psychologie-Lexikon*. Abgerufen am 29. August 2017 von Titel: Makrooperator : <http://www.psychology48.com/deu/d/makrooperator/makrooperator.htm>

- Prof. Dr. Körkel, J. (2014). Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder - Oder. *Suchttherapie* .
- Reker, D. M. (2011). Vorwort. In M. & Smith, *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit* (S. 13). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Stangl, W. (2017). *Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Chronifizierung: <http://lexikon.stangl.eu/17113/chronifizierung/>
- Tillmann, H. (o.J.). *Wissenschaft aktuell*. Abgerufen am 22. Juli 2017 von Titel: Neues Therapieziel für Alkoholranke: Totale Abstinenz nicht zwingend nötig: [http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Neues\\_Therapieziel\\_fuer\\_Alkoholranke\\_\\_Totale\\_Abstinenz\\_nicht\\_zwingend\\_noetig1771015589064.html](http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Neues_Therapieziel_fuer_Alkoholranke__Totale_Abstinenz_nicht_zwingend_noetig1771015589064.html)
- Transkription von Interview 1. (2017). Interview I - Profession Erzieher/in. (F.-A. Höner, Interviewer)
- Transkription von Interview 2. (2017). Interview II - Profession Heilerziehungspfleger/in. (F.-A. Höner, Interviewer)
- Transkription von Interview 3. (2017). Interview III - Profession Altenpfleger/in. (F.-A. Höner, Interviewer)
- Transkription von Interview 4. (2017). Interview IV - Profession Sozialarbeiter/in. (F.-A. Höner, Interviewer)
- Transkription von Interview 5. (2017). Interview V - Profession Heilerziehungspfleger/in. (F.-A. Höner, Interviewer)
- Trost, A. (2016). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Dortmund: Borgman publishing.
- van der Donk & van Lanen. (2016). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: uitgeverij coutinho.
- vBSB a). (2017). *Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Die Bethel-Chronik: 150 Jahre Menschlichkeit: <https://www.bethel.de/ueber-uns/geschichte-bethels.html#navMobile>
- vBSB b). (2017). *Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Bethel - Gemeinschaft verwirklichen: <https://www.bethel.de/ueber-uns/gemeinschaft-verwirklichen.html>
- vBSB c). (2017). *Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel* . Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Rechtsform und Aufgabe : <https://www.bethel.de/ueber-uns/rechtsform-und-aufgabe.html>
- vBSB d). (2017). *Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Struktur Zahlen Fakten : <https://www.bethel.de/ueber-uns/struktur-zahlen-fakten.html>

- vBSB e). (2017). *Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: Unsere Grundsätze: <https://www.bethel.de/ueber-uns/grundsaeetze.html>
- vBSB f). (28. August 2014). *Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel*. Abgerufen am 17. August 2017 von Titel: 100 Jahre Schillingshof: <https://www.bethel.de/aktuelles/aktuelles-detail/artikel/100-jahre-schillingshof.html>
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek?* Amsterdam: Boom uitgevers.
- Verschuren & Doorewaard. (2015). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Wasmund, S. (23. Dezember 2016). *Sozialgesetzbuch* . Abgerufen am 18. August 2017 von Titel: §53 SGBXII Leistungsberechtigte und Aufgabe : <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/53.html>
- Wirtschaftspsychologische Gesellschaft. (2017). *Wirtschaftspsychologische Gesellschaft*. Abgerufen am 20. August 2017 von Titel: Querschnittstudien und Längsschnittstudien als Forschungsansätze: <https://wpgs.de/fachtexte/forschungsdesigns/7-querschnittstudien-und-laengsschnittstudien-als-forschungsansaeetze/>
- World Health Organization. (29. November 2016). *World Health Organization*. Abgerufen am 8. August 2017 von Titel: History of ICD: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Zagermann-Muncke, P. (Januar 2004). *Pharmazeutische Zeitung online* . Abgerufen am 6. August 2017 von Titel: Der Disulfiram-Effekt : <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=26198>
- Ziegenfuß, T. (2016). *Notfallmedizin*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

## 9. Anhang

### 9.1. Eidesstattliche Erklärung

#### Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Freya-Amelie Höner, geb. am 05.12.1990 an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis zum Thema Community Reinforcement Approach in der stationären Eingliederungshilfe selbstständig verfasst habe, sowie keine anderen, als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Ausführungen habe ich als solche kenntlich gemacht. Ich versichere, dass die Arbeit bei keinem anderen Prüfungsamt in gleicher oder vergleichbarer Form vorgelegt wurde.

Schlupf Halle-Stullenbrock, 02.09.17 Amelie Höner  
Ort, Datum, Unterschrift der Verfasserin

## **9.2. Übereinkunft Untersuchungsauftrag**



### **9.3. Evaluationsformular Praxis**

## 9.4. Zustimmung Veröffentlichung

### Toestemmingsformulier toegangsrechten (publicatie HBO-kennisbank via Post-it)

Met dit formulier wordt wel/ geen toestemming voor publicatie van het full-text bachelor rapport.

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Naam student 1:                  | Freya-Amelie Höner  |
| Naam student 2:                  |   |
| Naam student 3:                  |   |
| Studentnummer:                   | 344450  |
| E-mailadres:                     | amelie.hoener@gmail.com   |
| Titel bachelor rapport/scriptie: | Community Reinforcement Approach – Chancen und Grenzen für Mitarbeiter und Klienten mit chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeit |
| Opleiding:                       | Sozialpädagogik Euregional  |
| Datum:                           | 31.08.2017  |
| Handtekening student 1:          | <i>Amelie Höner</i>   |
| Handtekening student 2:          | <i>Debra</i>  |
| Handtekening student 3:          |   |
| Handtekening instelling:         | <i>[Handwritten Signature]</i>  |

#### TOESTEMMING

Hierbij wordt toestemming gegeven voor publicatie opdrachtgever gaat hiermee akkoord.

#### TOESTEMMING MET EEN EMBARGOPERIODE

Hierbij wordt toestemming gegeven voor publicatie van het bachelor rapport in de HBO-kennisbank na een embargoperiode van \_\_\_\_ maanden. Ook de opdrachtgever gaat hiermee akkoord.

#### GEEN TOESTEMMING

Hierbij wordt geen toestemming gegeven voor publicatie van het bachelor rapport vanuit de scriptiedatabank in de HBO-kennisbank. Ten behoeve van archivering van AMM wordt het bachelor rapport geplaatst in Post-it.

v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel  
**Bethel regional**  
 Region Bielefeld Süd  
 Schillingshof und  
 Wohnungslosenhilfe Süd  
 Sabine Jacobs  
 van der Kampstrabe 43 · 33659 Bielefeld  
 Telefon 0521 144-7353  
 Telefax 0521 144-7200

## 9.5. Interviewleitfaden

### Untersuchungsfrage

Welche Auswirkungen ergeben sich für Klienten und Mitarbeiter des Schillingshofs durch die Implementierung von CRA?

### Interviewfragen

1. Seit wann arbeiten Sie mit der CRA-Methode?
2. Ist die CRA-Methode in Ihren täglichen Ablauf integriert?
3. Wie ist es für Sie mit der Methode zu arbeiten?
4. Können Sie mir schildern, inwieweit der Klient / Mitarbeiter sich auf die Methode einlassen kann?
5. Welche positiven oder negativen Veränderungen hat die Anwendung der Methode für Sie persönlich?
6. Wie leicht oder schwer fällt es den Mitarbeitern und den Klienten positive Verstärker zu erarbeiten?
7. Wie wirkt sich die CRA-Methode auf die Beziehung zwischen dem Klienten und dem Mitarbeiter aus?
8. Welche Erfolgserlebnisse konnten sie bereits verzeichnen?
9. Welche dauerhaften Verbesserungen haben sich ergeben?
10. Fallen Ihnen auch positive Veränderungen bei anderen Kollegen / Mitarbeitern auf?
11. Können Sie mir schildern, wie Klienten und Mitarbeiter die Chancen nutzen?
12. Welche dauerhaften positiven Effekte werden durch die Methode angestrebt?
13. Welche negativen Erfahrungen haben Sie mit der Methode gemacht?
14. Woran könnten die negativen Erfahrungen liegen?
15. Bei welchen Klienten (welche Erkrankung) haben Sie Schwierigkeiten die Methode anzuwenden?
16. Wie äußern sich diese Schwierigkeiten bzw. wie machen sie sich bemerkbar?
17. Wie sicher fühlen Sie sich, als Mitarbeiter, im Umgang mit der Methode?
18. Wie schätzen sie die Kompetenz der Mitarbeiter bezüglich der CRA-Methode ein?

19. Können Sie mir sagen, inwieweit Absprachen zwischen Klienten und Mitarbeitern getroffen werden?
20. Inwieweit halten sich die Klienten an die Absprachen? oder Inwieweit halten Sie sich, als Bewohner, an diese Absprachen?
21. Welchen Einfluss hat das, Ihrer Meinung nach, auf die CRA-Methode?
22. Inwieweit kann die Methode trotz der Auswirkungen angewendet werden?
23. Können Sie mir schildern, wie motiviert und kooperationsbereit die Klienten sind? oder Können Sie mir schildern, ob Sie als Bewohner, motiviert und kooperationsbereit sind?
24. Welchen Einfluss hat die Krankheit der Klienten Ihrer Meinung nach auf die Compliance? oder Welchen Einfluss hat Ihre Erkrankung auf die Compliance?
25. Können Sie mir bitte schildern, inwiefern die Methode Ihrer Meinung nach, trotz fehlender Compliance, angewendet werden kann?
26. Ein paar letzte persönliche Worte: Wie ist ihre abschließende Meinung zu der CRA-Methode auf dem Schillingshof? Als wie geeignet sehen Sie die Methode an?
27. Gibt es noch etwas, was ich nicht gefragt habe und das Sie als wichtig für das Thema erachten?
28. Wie empfanden Sie das Interview? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

## 9.6. Transkription der Interviews

### 9.6.1. Interview I – Profession: Erzieher/in

- 1 I: Hallo.
- 2 B: Hallo.
- 3 I: Seit wann arbeitest du mit CRA?
- 4 B: Seit der Ausbildung gezielt. Vorher habe ich ja schon nach Rogers gearbeitet.
- 5 Das ist von der Haltung sehr gleich. Wertschätzt den Menschen und holt ihn da
- 6 ab, wo er steht.
- 7 I: Ok. Und die Ausbildung hast du wann gemacht?
- 8 B: Das war vorletztes Jahr, also ca. vor anderthalb Jahren.
- 9 I: Ist die Methode denn schon in deinen täglichen Ablauf integriert?
- 10 B: Ja, denke ich schon.
- 11 I: Wie ist das für dich mit der Methode zu arbeiten?
- 12 B: Ich finde das positiv, weil ich nicht mehr nach Richtlinien arbeiten muss.
- 13 Sondern gucken muss, was jeder Einzelne benötigt. Wo sind seine Wünsche und
- 14 wo sind seine Bedürfnisse. Ich kann das meinem Team gegenüber auch ganz
- 15 anders vertreten, wenn ich sage „Der Mann oder die Frau will das so und so“.
- 16 Dann muss ich nicht sagen, was gut für den ist. Ich mache das so, wie der
- 17 Mensch das für sein Leben möchte.
- 18 I: Ja. Kannst du mir auch sagen, inwieweit der Klient sich auf die Methode
- 19 einlassen kann?
- 20 B: Also, wenn ich mir die Zeit nehme und mit jedem Einzelnen wirklich ein
- 21 Gespräch führe und abfrage „Wo sind denn deine Wünsche oder Bedürfnisse?
- 22 Was möchtest du?“ Dann glaube ich, dass da erst Mal jeder für empfänglich ist.
- 23 I: Ja.
- 24 B: Denn es ist ja viel einfacher, wenn er denkt: Die versteht mich. Dann kann es
- 25 auch besser angenommen werden. Und wenn dann noch vom Klienten festgestellt
- 26 wird, die setzt sich auch dafür ein, dass das umgesetzt wird. Dann haben wir eine
- 27 Basis auf der man arbeiten kann. Im Gegensatz dazu, wenn ich jetzt irgendwelche
- 28 Regeln wie „Sie kommen nicht ins Haus mit so und so viel Promille“ aufstelle. Das
- 29 war hier alles schon einmal Thema. Da habe ich Feinde und kein Miteinander. Da
- 30 verstehe ich mich auch eher als Anwalt von diesen Menschen und das er sein

1 Leben so geregelt bekommt, wie er leben möchte. Außerdem blieben Erfolge, die  
2 sich auf den Konsum beziehen, aus. Die Menschen haben trotzdem weiter  
3 getrunken.

4 **I:** Ja.

5 **B:** Dass das nicht immer deckungsgleich mit meinem Leben ist steht auf einem  
6 anderen Blatt Papier.

7 **I:** Richtig. Welche positiven oder negativen Veränderungen hat die Anwendung  
8 der Methode für dich persönlich?

9 **B:** Ich arbeite stressfreier. Das andere hat Stress bedeutet für mich. Mit diesem  
10 rigorosen Regelwerk.

11 **I:** Wie leicht oder schwer fällt es den Mitarbeitern und den Klienten positive  
12 Verstärker zu erarbeiten?

13 **B:** Positive Verstärker. Eigentlich mache ich das ja in jedem Gespräch. Ich meine,  
14 ich habe mit Frau B. ja auch mal CRA gemacht. Sie hatte immer diesen Wunsch  
15 „Ich möchte mal schwimmen gehen“. Wir sind dann nur so weit gekommen, dass  
16 wir beim AuquaWede waren. Und dann scheiterte das ganze an dem Kauf des  
17 Badeanzuges. Letzte Woche stand sie dann ganz spontan vor mir. Und eine  
18 andere Bewohnerin, Frau K. sollte ja noch ihr Geburtstagsgeschenk bekommen.  
19 Wir sprachen dann darüber, ob sie sich das zusammen vorstellen könnten. Ich  
20 habe wirklich nicht damit gerechnet, dass Frau B. sich einen Badeanzug kauft. Ich  
21 habe gedacht, dass wird der Grund sein, weshalb sie sagt „Ich kann nicht mit“. Da  
22 habe ich fest mit gerechnet. Ich musste mich aber eines Besseren belehren  
23 lassen, als ich geklopft habe und gefragt habe. Sie hatte fast Tränen in den Augen  
24 und sagte, dass es überall keinen passenden Badeanzug für sie gab. Sie wollte  
25 dann morgen ganz früh aufstehen und vorher noch einen kaufen. Ich habe ihr  
26 gesagt, das sie das vorher nicht schaffen wird und wir dann jetzt noch einen  
27 kaufen müssen. Sie hat sich sofort Schuhe angezogen und dann haben wir eine  
28 begleitete Einkaufsfahrt gemacht. Sie guckte sich zwei Badeanzüge an und sagte  
29 sofort „den nehme ich“.

30 **I:** Echt? Das ist wirklich schön.

31

1 **B:** Vielleicht brauchte sie diesen Anlass, es erst alleine zu probieren und  
2 festzustellen „Ich habe es nicht geschafft und jetzt kann ich Hilfe annehmen“. Das  
3 war jetzt das aktuelle Beispiel.

4 **I:** Glaubst du denn, dass sich alle Mitarbeiter auf die Bewohner einlassen können  
5 um positive Verstärker zu erarbeiten?

6 **B:** Das ist noch ausbaufähig. Vieles ist oft nach Regelwerk und nach eigenen  
7 Befindlichkeiten. Der wirkliche Kontakt mit den Bewohnern fehlt mir hier an vielen  
8 Stellen noch.

9 **I:** Ok. Und was glaubst du, wie sich CRA auf die Beziehung zwischen dem  
10 Klienten und dem Mitarbeiter auswirkt?

11 **B:** Ich denke, eher positiv. Wenn ich auch meine Schwächen zu geben kann oder  
12 meine Ängsten äußern kann und wenn dann jemand neben mir sitzt und sagt „Das  
13 schaffen wir“. Ich möchte, dass würdevoll mit den Klienten umgegangen wird und  
14 ich möchte keine Trophäen sammeln, wenn ich ihnen Alkohol abnehme. Ich kann  
15 ihn ermuntern, den harten Alkohol wegzulassen. Ich kann ihn jedoch nicht unter  
16 Druck setzen. Das empfinden die Klienten als Schikane. Das kann ich gut  
17 nachempfinden. Sie möchten ja so leben. CRA muss bei unserem Klientel viel  
18 kleinschrittiger angewendet werden. Es ist eine Leistung, wenn sie es tagsüber  
19 schaffen nüchtern zu sein und zur Arbeit in die Werkstatt zu gehen.

20 **I:** Ja, richtig, Welche Erfolgserlebnisse konntest du denn bereits mit CRA  
21 verzeichnen?

22 **B:** Das Zwischenmenschliche hat sich verbessert. Der Umgang ist viel ehrlicher  
23 und offener. Ich arbeite viel mehr auf Vertrauensbasis.

24 **I:** Und welche dauerhaften Verbesserungen haben sich schon ergeben?

25 **B:** Die Wertschätzung des Gegenübers. Das miteinander umgehen erlebe ich als  
26 angenehmer und macht meine Arbeit freudvoller. Umgekehrt erlebe ich auch, wie  
27 die Menschen auf mich reagieren. Die zwischenmenschliche Beziehung hat sich  
28 verbessert. Natürlich ist das nicht immer, wenn die Klienten trinken wollen, trinken  
29 sie und lassen sich nicht davon abhalten. Der Umgang damit ist jedoch viel  
30 offener. Es gibt jedoch auch viele Momente wo sie sagen, ich will das jetzt nicht  
31 mehr und bitte hilf mir dabei. Dann haben sie Phasen, wo sie uns ihr Geld für  
32 einige Tage anvertrauen, damit sie nicht in Versuchung kommen. Es gibt auch

1 Verbesserung im Konsumverhalten. Wenn gemeinsam Ziele erarbeitet werden,  
2 gibt es diese Verbesserungen. Das muss jedoch nicht immer klappen.

3 **I:** Welche positiven Veränderungen fallen dir bei anderen Kollegen auf?

4 **B:** Ein Kollege und ich sind uns da sehr einig. Wir benötigen nur einen Blick und  
5 wissen, was der andere denkt. Im Gegensatz zu anderen, die das nicht wollen  
6 oder können. Ich finde es schwierig, wenn man sich noch immer an roten Fäden  
7 von früher festhalten muss. Ich schätze die Klienten wert und höre ihnen zu. Ich  
8 habe so einen Zugang zu den Klienten gefunden.

9 **I:** Kannst du mir schildern, Klienten und Mitarbeiter Chancen, die CRA bietet,  
10 nutzen?

11 **B:** Für manche Kollegen ist es eher so, dass sie die Ausbildung machen mussten.  
12 Es ist eine Verpflichtung und das war es. Schade finde ich aber, dass es nicht alle  
13 durften. Einigen hätte es gut getan. So kann kein einheitliches Umdenken  
14 stattfinden. Das finde ich schon schade. Vielleicht gibt es irgendwann noch einmal  
15 die Möglichkeit, dass alle Kollegen die Ausbildung durchlaufen. Ich glaube, dass  
16 es den Horizont erweitert und man eine andere Sichtweise auf die Menschen  
17 bekommt. Für mich steht die Wertschätzung an erster Stelle. Und wenn ich das  
18 nicht kann, bin ich falsch hier.

19 **I:** Inwieweit nutzen die Klienten denn Chancen von CRA?

20 **B:** Ich glaube nicht, dass sie wissen was CRA ist. Aber sie merken, dass wir  
21 zuhören und ihre Interessen vertreten. Und so entsteht eine Beziehung. Und  
22 darüber kann ich etwas erreichen.

23 **I:** Richtig.

24 **B:** Da ist es auch egal wie die Methode heißt.

25 **I:** Welche dauerhaften positiven Effekte werden denn durch CRA angestrebt?

26 **B:** Das die Menschen selbstbestimmt leben können. In allen Lebensbereichen,  
27 sofern sie es denn können. Und da wo sie Hilfe brauchen, bekommen sie  
28 Unterstützung. Die zwingende Abstinenz ist für mich nicht wichtig. Als ich hier  
29 angefangen habe, hatte ich von Sucht keine Ahnung. Dann wurde gesagt, ihr habt  
30 hier mit einer brachialen Strenge vorzugehen. Wir mussten die Taschen filzen,  
31 ohne Rücksicht auf Verluste. Wenn jemand betrunken war, musste er das  
32 Gelände verlassen und erst ausnüchtern. Dann durften sie ihr Zimmer betreten.

1 **B:** Ich bin mit meinem Klientel ständig in Kontakt. Ich spreche mit ihnen ab, wann  
2 wir was machen. Ich frage, wo ich hilfreich sein kann und in welcher Form die  
3 Klienten Hilfe brauchen. Das ist die tägliche Arbeit.

4 **I:** Und inwieweit halten sich die Klienten an die Absprachen?

5 **B:** Bei einigen bin ich immer überrascht wie toll das klappt. Manche überraschen  
6 mich positiv, andere negativ. Das ist so. Manchmal bin ich auch geladen und  
7 denke „nicht schon wieder“. Aber das billige ich denjenigen auch zu, dass sie  
8 sagen „heute lasse ich dich mal sitzen“.

9 **I:** Welchen Einfluss hat das deiner Meinung nach auf die Anwendung von CRA?

10 **B:** Phasenweise klappt das ganz gut. Bei einigen Klienten ist die  
11 Absprachefähigkeit nur sehr kurzfristig, wie alles in ihrem Leben. Es gibt oft keine  
12 Langatmigkeit. Ich musste lernen, damit zufrieden zu sein. Das bei den Klienten  
13 oft keine Wünsche nach einer anderen Wohnform oder ähnlichem sind. Oft  
14 verändert sich nichts mehr. Wir müssen uns manchmal damit zufriedengeben,  
15 diesen Level zu halten und zu gucken, dass es nicht schlimmer wird.

16 **I:** Was glaubst du, inwieweit kann die Methode trotz dieser Auswirkungen  
17 angewendet werden?

18 **B:** Gegen den Willen der Klienten geht gar nichts. Wenn, dann gibt es ja nur  
19 Absprachen. Man muss ja ständig mit ihm in Kontakt bleiben. Es ist ein  
20 personenzentriertes und wertschätzendes Arbeiten und ich kann nur da anfangen,  
21 wo ich den Klienten abholen kann. Da verstehe ich meine Professionalität.

22 **I:** Kannst du mir sagen, wie motiviert und kooperationsbereit die Klienten generell  
23 sind?

24 **B:** Es ist ja häufig die letzte Station für die Klienten. Sie wollen hier nicht sein,  
25 sondern haben keine Alternative. Wenige Klienten pflegen Kontakte  
26 untereinander. Ich finde es schwer zu sagen, dass diese Lebensform gewählt ist.  
27 Nein, es ist eher das Auffangbecken von ganz unten. Einige sind motiviert, andere  
28 nicht. Sie haben für sich klar, was sie nicht wollen. Aktuell habe ich nur bei einem  
29 Klienten das Gefühl, dass er überhaupt nicht mehr mitarbeitet und kooperiert. Alle  
30 anderen wollen leben und nicht morgen tot sein. Sie wollen noch Dinge erleben.

31 **I:** Welchen Einfluss hat die chronische Abhängigkeit der Klienten, deiner Meinung  
32 nach, auf die Kooperation und Motivation der Klienten?

1 Da habe ich nur gedacht, das kann ich nicht. Das hat auch mit Suchtarbeit nichts  
2 zutun. Das ist Machtverhalten. Wenn ich Macht ausübe, bin ich hier falsch.

3 **I:** Welche negativen Erfahrungen hast du mit CRA gemacht?  
4 **B:** Keine.

5 **I:** Dann erübrigt sich die folgende Frage: Woran könnten die negativen  
6 Erfahrungen liegen.  
7 Bei welchen Klienten hast du Schwierigkeiten die Methode anzuwenden?  
8 **B:** Wenn jemand überhaupt nicht mehr weiß, worüber wir vor einer halben Stunde  
9 gesprochen haben. Es kommt aber immer auf die Situation an. Ich muss dann  
10 nicht die Erwartung haben, dass sich irgendwas verändert. Aber trotzdem hindert  
11 mich das nicht, empathisch mit ihnen umzugehen. Und jemand, der für sich  
12 vollkommen klar hat, dass er sich und sein Leben nicht aushalten kann...da finde  
13 ich es schwierig überhaupt noch irgendwas zutun. Ich kann da nur schwer  
14 zugucken. Wenn sich jemand auf Raten tottrinken will, ist es schwer einen Zugang  
15 zu finden. Dann ist es auch schwer zu sagen, er lebt selbstbestimmend und er will  
16 das so.

17 **I:** Ja. Wie äußern sich denn diese Schwierigkeiten?  
18 **B:** Durch Ablehnung. Wenn jemand zielstrebig seinen Tod anstrebt, habe ich  
19 damit ein Problem. Wenn jemand sagt, ich bezahle meinen Schnaps und ich  
20 schaffe es meiner Arbeit nachzugehen, kann ich damit umgehen.

21 **I:** Ja, das verstehe ich. Wie sicher fühlst du dich denn als Mitarbeiter im Umgang  
22 mit der Methode?  
23 **B:** Ich glaube, ich habe es verstanden.

24 **I:** Wie schätzt du generell die Kompetenz der Mitarbeiter bezüglich der Methode  
25 ein?  
26 **B:** Ich weiß es nicht. Wenn man es verstanden hat, kann man es anwenden.  
27 Wenn man es denn will. Ich kann das für die anderen nicht sagen. Viele Kollegen  
28 sind dankbar, dass die nicht mehr diesen roten Faden haben. Das dies auch von  
29 der Leitung genehmigt ist.

30 **I:** Kannst du mir auch sagen, inwieweit Absprachen zwischen den Klienten und  
31 den Mitarbeitern getroffen werden?  
32

1 **B:** Die Krankheit hat einen negativen Einfluss. Wenn sie kein Problem hätten,  
2 wären sie nicht hier. Die Krankheit bzw. der Alkohol hat die Menschen im Griff.  
3 Der Freizeitbereich könnte hier noch ausgebaut werden, dann könnten positive  
4 Verstärker dem Alkohol entgegengesetzt werden. Da stellt sich mir die Frage, ob  
5 ich das Team dahingehend motivieren kann. Es muss eine Alternative zum  
6 Alkohol geboten werden.

7 **I:** Kannst du mir schildern, inwiefern die Methode trotz fehlender  
8 Kooperationsbereitschaft und Mitarbeit angewendet werden kann?

9 **B:** Wenn er sagt ich will nicht, kann ich machen was ich will. Dann kann ich nur  
10 versuchen, Verständnis für seine Situation aufzubringen, aber richtig arbeiten  
11 kann ich dann nicht. Wenn er sich völlig sperrt, ist er gegen alles resistent.

12 **I:** Ja. Wie ist denn deine abschließende Meinung zu CRA auf dem Schillingshof?  
13 Als wie geeignet siehst du die Methode an?

14 **B:** Das ist das Mittel der Wahl. Ich wüsste nicht, wie wir hier anders arbeiten  
15 sollten. Nach den alten Vorgaben möchte ich nicht mehr arbeiten. Früher habe ich  
16 die Augen zugemacht und die Klienten haben heimlich getrunken. Es ist Macht  
17 ausleben, wenn ich ihm den Alkohol wegnehme und zerstört die Beziehung. Ich  
18 stehe vollkommen hinter dem Paradigmenwechsel.

19 **I:** Ok. Gibt es denn noch etwas, das ich nicht gefragt habe und das du als wichtig  
20 erachtest?

21 **B:** Nein. Es ist jetzt alles gesagt.

22 **I:** Wie hast du das Interview empfunden? Hast du Verbesserungsvorschläge?

23 **B:** Ich fand es gut, noch einmal über die Arbeit nachzudenken und zu gucken,  
24 warum ich etwas mache und wie die Situation im Team ist. Vielleicht muss das  
25 Thema deiner Arbeit auch noch einmal im Team besprochen werden. Wenn du die  
26 Ergebnisse mit uns besprechen würdest.

27 **I:** Ich werde euch die Bachelorarbeit auf jeden Fall zur Verfügung stellen. Wir  
28 können das Ergebnis auch im Team noch einmal thematisieren. Ich habe auch  
29 sehr viel Theorie erarbeitet und vielleicht ist das für euch interessant.

30 **B:** Abschließend möchte ich noch sagen, dass du keinen Klienten hier ändern  
31 kannst. Die haben ja zig Reha Aufenthalte hinter sich und es hat nicht gefruchtet.  
32 Wir müssen lernen, sie so zu akzeptieren und damit zu arbeiten.

## 9.6.2. Interview II – Profession: Heilerziehungspfleger/in

1 **I:** Hallo.

2 **B:** Hallo.

3 **I:** Dann fangen wir direkt an. Seit wann arbeitest du denn mit CRA?

4 **B:** Gewünscht habe ich mir das ganz lange. Zustande gekommen ist im vorigen  
5 Jahr.

6 **I:** Ok. Und ist es auch schon in deinen täglichen Ablauf integriert?

7 **B:** Na, dieses Modell schon. Nur in der praktischen Umsetzung, also im  
8 alltäglichen Arbeitsalltag ist es noch nicht so etabliert, wie ich es gerne hätte.  
9 Heißt, ich mache zwar häufig Termine aber Klienten können sie nicht  
10 wahrnehmen, weil sie nicht da sind oder keine Lust mehr haben. Oder weil ich  
11 nicht so motiviert bin, um da jeden Tag so viel Energie reinzustecken.

12 **I:** Ok. Wie ist es denn generell für dich mit der Methode zu arbeiten?

13 **B:** Die Methode ist richtig gut. Die Methode eröffnet einem gut ins Gespräch mit  
14 den Klienten zu kommen. Über Dinge zu reden, die sie verändern wollen. Ohne  
15 das Alkohol vordergründig das Thema ist. Das ist ein wunderschönes  
16 Gesprächsmodell, wo beide Seiten die Chance haben, Veränderungen zu  
17 erwirken. Die Erfahrung habe ich auch gemacht.

18 **I:** Ok. Und inwieweit können sich Mitarbeiter und Klienten auf die Methode  
19 einlassen?

20 **B:** Da ist ja jeder Klient anders. Manche können nur zehn Minuten konzentriert ein  
21 Gespräch führen. Man muss es immer sehr unterbrechen. Damit die Klienten  
22 nicht überfordert werden. Wie war nochmal die Frage?

23 **I:** Inwieweit Klienten und Mitarbeiter sich auf die Methode einlassen können?

24 **B:** Wenn man individuell auf die Klienten eingeht, geht das gut. Es ist mehr das  
25 Problem der Mitarbeiter und nicht der Bewohner. Die sind so fit und es ist  
26 schwierig ein so zugeschnittenes Angebot anzubieten, dass er weder unter- noch  
27 überfordert ist. Das ist die größere Herausforderung. Es erfordert noch Übung, die  
28 Gespräche flüssiger zu halten.

29 **I:** Ja. Und welche positiven oder negativen Veränderungen hat die Anwendung der  
30 Methode für dich persönlich?

31 **B:** Positiv ist, dass ich viel mehr Nuancen der Klienten kennenlerne. Er öffnet sich  
32 sehr viel mehr durch diese ganzen verschiedenen Abfragen. Vieles war einem

1 selber gar nicht bewusst. Die Beziehung ändert sich. Wo man mitunter sehr viel  
2 mehr emotional Abstand hatte, wird es jetzt viel enger. Man erfährt viele Dinge  
3 über die Klienten. Da ist man emotional mehr betroffen. Die Schwierigkeit ist es,  
4 sich da richtig abzugrenzen. Wenn dann disziplinarische Entlassungen anstehen,  
5 weil vermehrt gegen die Hausordnung verstoßen wurde oder lange  
6 Abwesenheiten bestehen, fällt es schwerer loszulassen. Das ist für mich das  
7 Dilemma. Das ich dann bei meinen Schutzbefohlenen auch glückenhaft werde.  
8 Meine Kollegen gehen sehr viel rationaler an die Situation.

9 **I:** Ok. Und was glaubst du, wie leicht oder schwer fällt es Klienten und Mitarbeitern  
10 positive Verstärker zu erarbeiten?

11 **B:** Das ist immer eins der leichtesten Dinge. Ich hab da häufig die Erfahrung  
12 gemacht, dass positive Verstärker erarbeitet werden, mit denen a) ich und b) der  
13 Klient auch nicht gerechnet hat. Man kommt da auf eine gute Liste, weil viele  
14 Klienten ja nicht dauernd betrunken sind. Beispielsweise die Arbeit ist ein wichtiger  
15 Faktor. Das ist ihnen wichtig und da gehen sie gerne hin. Sie wissen auch, dass  
16 sie da nüchtern sein müssen. Arztbesuche, Gruppenfreizeiten, Freizeitaktivitäten  
17 sind Dinge, die für sie wichtig sind und wo sie nüchtern sein müssen. Wir erleben  
18 sie oft, wenn sie betrunken sind und ganz viel Theater machen. Aber es gibt auch  
19 ganz viele Momente oder Stunden am Tag, wo sie nicht alkoholisiert sind. Von  
20 abstinent kann man hier aber nicht reden.

21 **I:** Ok. Du hattest eben schon die Beziehung zwischen Klient und Mitarbeiter  
22 angesprochen. Wie wirkt sich CRA denn auf die Beziehung aus?

23 **B:** Die Beziehung wird intensiver. Mitunter lernt man Facetten des Klienten  
24 kennen, die man so gar nicht kannte. CRA funktioniert auch nur, wenn man ehrlich  
25 interessiert ist und das verstehen will. Das ist natürlich anstrengend und bedeutet  
26 viel Arbeit. Das Vertrauensverhältnis verändert sich auch, er gibt offener zu, wann, wie und  
27 wo er trinkt. Die Klienten haben keine Angst mehr vor Sanktionen. Das war vorher  
28 der Fall. Man akzeptiert ihn, so wie er ist und nicht, wie man ihn haben möchte.

29 **I:** Welche Erfolgchancen konntest du denn bereits verzeichnen?

30 **B:** Die Erfolge sind so erst Mal nicht messbar. Denn natürlich trinken die Klienten  
31 weiter. Der Erfolg ist, dass wieder ein Dialog da ist. Das wieder miteinander  
32 gesprochen wird. Es ist ein Beginn einer therapeutischen Veränderung. Die Ziele

1 bei CRA sind nicht mittel- oder langfristig, sondern kurzfristig. Dadurch sind sie gut  
2 überprüfbar und praxistauglich. Das macht die Arbeit alltagsnah, für den  
3 Betroffenen und für mich.

4 **I:** Haben sich denn schon dauerhafte Verbesserungen ergeben?

5 **B:** Dauerhafte Veränderungen würde ich das nicht nennen. Aber das  
6 Bewusstwerden, dass es Phasen im Leben gibt, wo sie nüchtern sind.  
7 Unvorstellbar ist für die meisten Alkoholiker, dass sie nie mehr trinken dürfen. Das  
8 ist für sie vollkommen unvorstellbar. Aber dieses bewusst werden, dass es ja  
9 Situationen gibt wo sie nicht trinken. Und das es sich für bestimmte Situationen  
10 lohnt. Diese Situationen sollen gefördert werden und deutlich mehr werden. Das  
11 erlebe ich jetzt schon. Ich bemerke bei schweren Rückfällen, wenn sie dann  
12 vollkommen komatös sind, meine eigene Enttäuschung. Das sind dann auch  
13 meine Grenzen für mich. Ich habe mehr Wünsche als real möglich ist.

14 Die Klienten öffnen sich und es wird offen über den Konsum gesprochen. Das ist  
15 die ganz große Möglichkeit von CRA. Alkohol ist nicht das erste Thema, spielt  
16 aber immer eine Rolle. Die Menschen bekommen ein ganz neues  
17 Bewältigungsmodell, um zufriedener zu werden. Dafür ist CRA einfach genial.

18 **I:** Ja. Fallen dir denn auch positive Veränderungen bei den Kollegen auf?

19 **B:** Ja. Die Herangehensweise ist verändert. Die Kollegen sagen nicht mehr „alles  
20 ist hoffnungslos“ sondern merken, dass jeder Ziele hat, die er erreichen will. Über  
21 die Zufriedenheitsskala wird man immer wieder fündig und kann kleine Ziele  
22 formulieren. Das ist eine wunderschöne Hilfeplanung.

23 **I:** Kannst du mir sagen, inwieweit Klienten und Mitarbeiter die Chancen, die CRA  
24 bietet, überhaupt nutzen?

25 **B:** Naja, wir stehen da ja noch ganz am Anfang. Etwa 50% unserer Mitarbeiter  
26 haben jetzt die CRA-Ausbildung gemacht. Ich würde jetzt mal realistisch schätzen.  
27 Von den 50% haben wir 25% die das Herz richtig an die Methode hängen. Die  
28 haben das auch als wertvolles Instrument für sich erkannt und wenden es gerne  
29 an. Es wäre gut, wenn es mehr als 25% wären und alle mit ins Boot geholt werden  
30 könnten. Motivation und positives Vorleben spielt da eine wichtige Rolle um mehr  
31 Kollegen zu begeistern... gerade auch die jungen Kollegen. Ich würde mir  
32 wünschen, dass das auch noch mehr ins Team getragen wird.

1 **I:** Ok. Welche dauerhaften positiven Effekte werden denn durch CRA angestrebt?  
2 **B:** Wir machen Suchtarbeit. Es ist per Definition nicht nur eine Haltung, sondern  
3 Suchtarbeit. Es soll nicht nur eine Verschlechterung vermieden werden. Es ist eine  
4 gezielte und individuelle Arbeit. Was kann der Klient tun, damit es ihm besser  
5 geht? Es muss bei jedem individuell geguckt werden. Es löst die pauschale  
6 Betreuung ab, die auf Gesundheit erhalten und Verschlechterung vermeiden  
7 abzielt.

8 **I:** Welche negativen Erfahrungen hast du denn schon mit CRA gemacht?  
9 **B:** Nein, keine negativen Erfahrungen. Kann ich nicht sagen. Es ist ja ein  
10 zusätzliches Instrument, was aufgrund seiner Systematik gut anwendbar ist. Nicht  
11 alle Fragebögen passen zu allen Klienten, aber ein großer Teil ist fast mit jedem  
12 Klienten anwendbar. Wenn er noch ein Gedächtnis hat und noch weiß, welche  
13 Ziele wir vereinbart haben. Da sind dann auch die Grenzen. Für Menschen mit  
14 Korsakow, wenn die Hirnorgane schon so abgebaut sind, dass sie sich nichts  
15 mehr merken können, ist das Hilfesystem nicht geeignet.

16 **I:** Da kommen wir direkt zur nächsten Frage. Bei welchen Klienten hast du  
17 Schwierigkeiten CRA anzuwenden?  
18 **B:** Bei den Menschen, die keine Ziele mehr formulieren können oder sie nicht  
19 mehr behalten können. Das gestaltet sich sehr schwierig. Das Bewusstsein über  
20 sich selbst nachzudenken, ist das Minimum, das vorhanden sein muss.  
21 Psychische Beeinträchtigungen spielen dabei keine Rolle. Man sollte sich aber mit  
22 den psychischen Krankheitsbildern auskennen. Ich kenne mich da aber nicht so  
23 gut aus und das wäre für mich ein Ausschlusskriterium.

24 **I:** Ok, ja. Wie äußern sich denn diese Schwierigkeiten?  
25 **B:** Es können keine Ziele formuliert werden. Der Wunsch nach einer Veränderung  
26 ist nicht da.

27 **I:** Wie sicher fühlst du dich denn im Umgang mit CRA?  
28 **B:** Ach, da ich immer noch keine täglichen Interviews führe, bedarf es für mich  
29 einiges an Vorbereitung. Ich muss mir die Arbeitsblätter im Vorfeld angucken. Ich  
30 kann es noch nicht im kurzen Kontakt, in kleinen Einheiten, anwenden. Ich würde  
31 mir wünschen, dass es mir spielender fällt. Für mich ist es immer noch sehr  
32

1 anstrengend. Ich kann es noch nicht aus dem Handgelenk. Da brauche ich noch  
2 mehr Übung, um schneller ins Gespräch zu kommen.

3 **I:** Und wie schätzt du die Kompetenz der anderen Mitarbeiter bezüglich CRA ein?  
4 **B:** CRA muss ständig eingeübt werden. Es müsste einen gemeinsamen Raum  
5 finden, wo Fälle supervidiert werden. Was kann ich besser machen? Wo man  
6 einfach noch eine Plattform hat, um miteinander im Austausch zu sein. Wo man  
7 dann auch korrigiert werden kann. Da bestehen noch  
8 Verbesserungsmöglichkeiten.

9 **I:** Kannst du mir sagen, inwieweit Absprachen zwischen Klienten und Mitarbeitern  
10 getroffen werden?  
11 **B:** Ja, natürlich. Absprachen gehören hier zum Alltag. Um hier leben zu können,  
12 muss man bestimmte Absprachen einhalten.

13 **I:** Inwieweit können sich denn die Klienten selbstständig an die Absprachen  
14 halten?  
15 **B:** Das ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Als auch von Klient zu Klient. Einige  
16 können das sehr gut, andere müssen häufig an Absprachen erinnert werden. Das  
17 kann man pauschal nicht sagen.

18 **I:** Welchen Einfluss hat das deiner Meinung nach auf CRA?  
19 **B:** Das weiß ich nicht. Das sind ja Wünsche und Ziele, die sie selber festgelegt  
20 haben. Und die kommen nicht von mir. Es sind also Dinge, die ihnen wichtig sind.  
21 Nach meiner Erfahrung müssen sie dann nicht ständig motiviert werden, um  
22 eigene Wünsche und Ziele zu verfolgen.

23 **I:** Inwieweit kann CRA trotz niedrighwelliger Absprachefähigkeit angewendet  
24 werden?  
25 **B:** Ja. Weil sie dann Dinge verfolgen, die bei ihnen eine Zufriedenheit auslöst. Da  
26 wissen sie, dass sie eben nicht sturzbetrunken auftauchen können.  
27 Bedeutungsvolle Dinge vergisst man nicht so schnell. Bei Menschen mit  
28 kognitiven Defiziten können aber auch kleine Erinnerungszettel angefertigt  
29 werden.

30 **I:** Kannst du mir auch sagen, wie motiviert und kooperationsbereit die Klienten  
31 sind?  
32

1 **B:** Das ist die große Schwierigkeit. Unsere Klienten wollen ja erst Mal mündig  
2 leben wie erwachsene Menschen und sich nicht bevormunden lassen. Und sie  
3 wollen natürlich weiter trinken. Sie wollen dabei nicht gestört werden, sind aber  
4 nicht lebensmüde und wollen sich nicht innerhalb der nächsten Wochen tot  
5 trinken. Sie erleben das Trinken immer noch als etwas Lebensbereicherndes und  
6 als etwas Wichtiges in ihrem Leben. Bei CRA ist ja nicht das Ziel, dass der Klient  
7 weniger trinkt. Sondern, dass ich mit ihm in Gespräche komme und herausfinde,  
8 wie er im Leben zufriedener werden kann. Da ist Alkohol ja nicht das zentrale  
9 Thema.

10 **I:** Welchen Einfluss hat die chronische Abhängigkeit auf die Kooperations-  
11 bereitschaft und Motivation der Klienten?

12 **B:** Sie hat einen Einfluss. Die Menschen wollen trinken. Sie haben aber Ziele, wie  
13 Kontakt zu den Eltern oder Urlaub, die sie motivieren trotz ihrer Krankheit  
14 abstinente Zeiten zu haben. Man muss den Klienten bewusst machen, dass es  
15 noch andere Dinge als den vertrauten Alkohol gibt. Die werden mit CRA gut  
16 geweckt.

17 **I:** Kannst du mir schildern, ob CRA trotz fehlender oder niedrigschwelliger  
18 Motivation und Kooperation überhaupt angewendet werden kann?

19 **B:** Ja, weil viele Menschen haben noch gewisse Wünsche. Dafür ist das Konzept  
20 genial. Um sich und dem Klienten das bewusst zu machen.

21 **I:** Was ist denn deine abschließende Meinung zu CRA auf dem Schillingshof? Als  
22 wie geeignet siehst du es an?

23 **B:** CRA ist einfach eine meiner Lieblingsthemen. Es hat die ganz große Chance,  
24 auch mit Menschen zu arbeiten, wo man denkt „die kriegt man nie vom Alkohol  
25 los“. Das Ziel ist es, über Wünsche die man hat, ins Gespräch zu kommen. Das  
26 geht bei jedem, der noch Wünsche hat. Wenn ich Wünsche habe, muss ich  
27 zwangsläufig meinen Konsum einschränken. Sonst bin ich so down, das ich nicht  
28 funktioniere und nichts davon habe.

29 **I:** Gibt es noch irgendwas, was ich nicht gefragt habe und was du noch als wichtig  
30 für das Thema ansiehst?

31 **B:** Das Wichtige ist, dass es einen Paradigmenwechsel von der Suchtfixierung  
32 zum offenen Austausch über das Thema gibt. Die Abstinenzfixierung muss nicht

- 1 gegeben sein, um mit den Klienten zu arbeiten. Wir nehmen die Klienten da in
- 2 Empfang, wo sie sind. Vorsichtig und behutsam nach ihren Vorstellungen.
- 3 **I:** Wie hast du das Interview empfunden? Hast du Verbesserungsvorschläge?
- 4 **B:** Nein. Ich wusste gar nicht, dass man da so viel fragen kann.
- 5 **I:** Ok. Das war es dann. Vielen Dank.
- 6

### 9.6.3. Interview III – Profession: Altenpfleger/in

1 I: Hallo.

2 B: Hallo.

3 I: Los geht's. Seit wann arbeitest du mit der CRA-Methode?

4 B: Also, angefangen habe ich letztes Jahr im Oktober. Und seit letztem Jahr Juni  
5 bin ich hier auf dem Schillingshof. Und da bin ich schon gefragt worden, ob ich  
6 Interesse daran hätte. Und ich habe dann eben im Oktober damit angefangen.

7 I: Ok. Und bist du aktuell noch in der Ausbildung zum CRA-Berater oder ist das  
8 schon abgeschlossen?

9 B: Ich bin immer noch in der Ausbildung und werde Ende September fertig sein.

10 I: Ok. Und ist die CRA-Methode denn schon in deinen täglichen Ablauf integriert?

11 B: Ja, ich würde sagen schon. Also, ich arbeite regelmäßig mit einem Klienten  
12 daran. Wir legen Termine fest und es ist auch zwischendurch Thema.

13 I: Ok. Und wie ist das für dich mit der Methode zu arbeiten?

14 B: Am Anfang hab ich mich gefragt, was ich damit anfangen kann. Aber nach  
15 einer Zeit, wenn man sich immer wieder mit beschäftigt, dann kommt man da  
16 eigentlich gut rein. Aber ich habe schon meine Zeit gebraucht.

17 I: Ok. Und kannst du mir schildern inwieweit der Klient sich auf die Methode  
18 einlassen kann?

19 B: Bis jetzt konnte er sich gut drauf einlassen. Am Anfang gab es Phasen wo es  
20 ihm doch ein bisschen schwer gefallen ist. Als es um den Konsum ging. Im  
21 Großen und Ganzen lief es aber ganz gut. Er konnte sich dann gut refinden.

22 I: Ok. Und welche positiven oder negativen Veränderungen hat die Methode denn  
23 für dich persönlich?

24 B: Negative nicht. Aber ich sage mal, es ist schwierig das bei einem Klienten  
25 anzuwenden, der auch nicht dazu bereit ist, aufzuhören mit dem Trinken. Da ist es  
26 dann natürlich schwierig das Ganze umzusetzen. Aber ich denke, wenn jemand  
27 dazu bereit ist, dann wäre das einfacher.

28 I: Und welche positiven Veränderungen hast du mit CRA gemacht?

29 B: Die Beziehung hat sich verbessert. Klienten kamen auf mich zu und wollten die  
30 Module direkt anwenden. Die Klienten machen sich viele Gedanken.

31 I: Wendest du die Module von CRA explizit nur bei einem Klienten aktuell an?

32 B: Ja, genau.

1 **I:** Wie leicht oder schwer fällt es den Mitarbeitern und Klienten positive Verstärker  
2 zu erarbeiten?

3 **B:** Das ist nicht so einfach. Die Meisten sind nicht bereit, weniger zu trinken und  
4 Alternativen für sich zu finden. Viele haben auch wenige positive Verstärker. Sie  
5 haben keine Kontakte und sind alleine. Arbeitslosigkeit und wenig Geld spielt auch  
6 eine Rolle. Das führt immer wieder dazu, dass sie konsumieren.

7 **I:** Ja, ok. Und wie wirkt sich CRA auf die Beziehung zwischen dem Klienten und  
8 dem Mitarbeiter aus?

9 **B:** Es wird eine bessere Vertrauensbasis geschaffen. Die Beziehung hat sich  
10 positiv verändert. Die Klienten erzählen viel mehr und kommen deutlich mehr aus  
11 sich heraus. Negative Auswirkungen gab es nicht.

12 **I:** Ok. Welche Erfolgserlebnisse konntest du bis jetzt mit der Anwendung von CRA  
13 verzeichnen?

14 **B:** Der Konsum hat sich bis jetzt noch nicht verringert. Aber es wurde viel offener  
15 über den Konsum gesprochen. Die Klienten beschäftigen sich mit ihrem Konsum  
16 und denken darüber nach.

17 **I:** Ok. Fällt dir sonst noch etwas ein?

18 **B:** Klienten beschäftigen sich außerdem viel mehr mit ihrer Vergangenheit und  
19 versuchen diese aufzuarbeiten. Sie überlegen auch mehr, wann der Konsum  
20 begonnen hat. Der zwischenmenschliche Umgang ist viel besser geworden.

21 **I:** Und welche dauerhaften Verbesserungen haben sich ergeben?

22 **B:** Das ist schwer zu sagen. Er ist aber viel motivierter und ist seit einigen Wochen  
23 auf Wohnungssuche. Er kämpft wieder für ein besseres Leben. Außerdem macht  
24 er hier viel im Garten und engagiert sich. Das ist sehr positiv.

25 **I:** Ok. Fallen dir denn auch positive Veränderungen bei anderen Kollegen auf, die  
26 CRA anwenden?

27 **B:** Viele Kollegen finden das Modell gut. Sie geben mir auch immer wieder Tipps.  
28 Viele haben gute Erfahrungen gesammelt und versuchen das Modell auch immer  
29 wieder anzuwenden. Dadurch kriege ich auch viel Unterstützung. Die Haltung  
30 gegenüber dem Alkoholkonsum hat sich verändert. Klienten müssen nicht sofort  
31 Konsequenzen fürchten, es wird viel mehr über den Konsum gesprochen. Die  
32

1 Kollegen gehen auch viel wertschätzender mit den Klienten um und akzeptieren  
2 den Klienten und seinen Konsum.

3 **I:** Kannst du mir auch sagen, inwieweit Klienten und Mitarbeiter die Chancen von  
4 CRA nutzen?

5 **B:** Chancen werden genutzt. Die Modelle werden angewendet und werden immer  
6 mehr Teil des Alltagsgeschäfts.

7 **I:** Ok. Welche dauerhaften positiven Effekte werden denn mit CRA angestrebt?

8 **B:** Den Konsum zu reduzieren bzw. zu kontrollieren. Der Klient soll seine eigenen  
9 Wünsche und Ziele formulieren und wir arbeiten individuell danach. Das Verhältnis  
10 zwischen Mitarbeiter und Klient soll aber verbessert werden.

11 **I:** Welche negativen Erfahrungen hast du mit CRA gemacht?

12 **B:** Einige familiäre Fragen der Verhaltensanalyse haben Klienten sehr  
13 mitgenommen. Auch Themen wie Arbeit und Geld sind oft empfindlich. Ein Klient  
14 war nach einem Interview nicht gut auf das Gespräch zu sprechen. Er hat danach  
15 auch wieder angefangen zu trinken. Es hat ihn sehr mitgenommen und ihn  
16 belastet. Das war aber nur zu Beginn, seit einiger Zeit ist das viel besser.

17 **I:** Woran könnten diese negativen Erfahrungen liegen?

18 **B:** Weil Klienten sich mit sich und der Vergangenheit auseinandersetzen. Sie  
19 müssen über sich selber nachdenken. Das fällt vielen schwer.

20 **I:** Ok. Bei welchen Klienten hast du Schwierigkeiten die Methode anzuwenden?

21 **B:** Schwierig ist es bei Klienten, die eine Doppeldiagnose haben. Wenn zusätzlich  
22 noch eine Psychose vorhanden ist. Dann können sich Klienten nur schwer auf ein  
23 Thema konzentrieren und sind nicht bei der Sache. Ebenfalls ist es schwierig bei  
24 Klienten, die extrem unter Suchtdruck stehen.

25 **I:** Ok. Und wie äußern sich diese Schwierigkeiten?

26 **B:** Sie sind dann ziemlich angespannt und ablehnend. Die Klienten mit Psychose  
27 können sich nicht gut konzentrieren und haben realitätsfremde Vorstellungen.

28 **I:** Wie sicher fühlst du dich denn im Umgang mit der Methode?

29 **B:** Ich fühle mich bei der Anwendung von CRA schon sicher. Ich weiß, wofür das  
30 angewendet wird und wofür es gut ist. Damit habe ich eigentlich keine Probleme.

31 **I:** Ok. Und wie schätzt du die Kompetenz der Mitarbeiter ein?

32

1 **B:** Das ist unterschiedlich. Es gibt einige, die finden das sehr gut und wenden es  
2 auch viel an. Es gibt aber auch andere, die es als nicht hilfreich ansehen. Weil  
3 unser Klientel oft nicht bereit ist, den Konsum zu verringern und an sich zu  
4 arbeiten. Aber generell sind wir alle gut ausgebildet.

5 **I:** Kannst du mir sagen, inwieweit Absprachen zwischen den Klienten und den  
6 Mitarbeitern getroffen werden?

7 **B:** Absprachen werden täglich getroffen.

8 **I:** Und inwieweit halten sich die Klienten an die Absprachen?

9 **B:** Das funktioniert zum Großteil ganz gut. Wenn es Absprachen sind, die positive  
10 Auswirkungen für die Klienten haben. Wenn sie jedoch etwas dafür machen  
11 müssen, ist das schon schwieriger. Dann müssen sie immer wieder daran erinnert  
12 werden. Außerdem spielt die Stimmung der Klienten eine große Rolle.

13 **I:** Welchen Einfluss hat deiner Meinung nach auf CRA?

14 **B:** Wenn ein Klient sich gar nicht an Absprachen halten kann, kann CRA nur  
15 schwer angewendet werden. Das schränkt mich als Mitarbeiter auch sehr ein.  
16 Terminabsprachen einzuhalten ist wichtig bei CRA und oft zögert sich dann alles  
17 sehr hinaus.

18 **I:** Aber inwieweit kann CRA dann überhaupt angewendet werden?

19 **B:** Meiner Meinung nach geht das dann nicht. Wenn der Klient sich nicht an  
20 Absprachen halten kann und Termine nicht eingehalten werden, dann ist das so  
21 gut wie unmöglich.

22 **I:** Ok. Und kannst du mir sagen, wie motiviert und kooperationsbereit die Klienten  
23 sind?

24 **B:** Die Meisten sind nicht motiviert und kooperationsbereit. Viele sagen deutlich,  
25 dass sie nicht weniger trinken wollen und auch kein Interesse an anderen Dingen  
26 haben.

27 **I:** Welchen Einfluss hat die Erkrankung der Klienten deiner Meinung nach auf die  
28 Mitarbeit, Motivationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit?

29 **B:** Die hat schon einen großen Einfluss. Der Konsum steht an erster Stelle und  
30 alles andere ist oft schwierig.

31 **I:** Inwieweit kann CRA trotzdem angewendet werden?

1 **B:** Das ist sehr schwierig. Wenn der Klient nichts ändern möchte und nicht  
2 mitarbeitet, kann CRA nicht wirklich angewendet werden. Dann bleibt auch der  
3 Erfolg aus. Und es ist für den Mitarbeiter sehr frustrierend.

4 **I:** Ok. Dann noch ein paar letzte persönliche Worte. Wie ist deine abschließende  
5 Meinung zu CRA auf dem Schillingshof? Als wie geeignet siehst du diese Methode  
6 an?

7 **B:** Allgemein ist das eine sehr gute Methode. Die Menschen müssen aber bereit  
8 sein, etwas zu verändern oder den Konsum zu reduzieren oder zu kontrollieren.  
9 Aber hier auf dem Schillingshof ist das sehr schwierig, weil die Meisten nicht bereit  
10 sind, etwas in ihrem Leben zu verändern. Der Alkoholkonsum steht im  
11 Vordergrund und sie haben kein Interesse an anderen Dingen.

12 **I:** Ok. Gibt es noch etwas, was ich nicht gefragt habe und was du noch als wichtig  
13 für das Thema ansiehst?

14 **B:** Nein, eigentlich nicht.

15 **I:** Schön. Wie hast du das Interview empfunden? Hast du Verbesserungsvorschläge?  
16

17 **B:** Ich fand das Interview gut. Es war sehr ausführlich. Die Fragen fand ich für  
18 mich persönlich auch gut. Ich habe mir noch Mal Gedanken über das Thema  
19 gemacht und mich erneut hineinversetzt.

20 **I:** Das freut mich. Danke.

#### 9.6.4. Interview IV – Profession: Sozialarbeiter/in

- 1 **I:** Ok. Und wie leicht oder schwer fällt es den Mitarbeitern und Klienten positive  
2 Verstärker zu erarbeiten?
- 3 **B:** Ein Klient, mit dem ich aktuell arbeite, wusste das sofort. Er hat tiergestützte  
4 Therapie, ins Tierheim fahren und andere positive Verstärker sofort erkannt. Er  
5 konnte das super umsetzen. Ich glaube aber auch, dass andere das wissen, es  
6 aber nicht umsetzen können.
- 7 **I:** Und inwieweit können die Mitarbeiter die Klienten dabei unterstützen?
- 8 **B:** Ja, das ist leicht. Mir fallen viele positive Verstärker ein. Da muss man auch  
9 nicht zu hochgestochen drüber nachdenken.
- 10 **I:** Ok. Und wie wirkt sich CRA auf die Beziehung zwischen dem Klienten und dem  
11 Mitarbeiter aus?
- 12 **B:** Das wirkt sich sehr positiv aus. Zum einen merken die Klienten, dass sich  
13 jemand für sie Zeit nimmt. Es werden Themen angesprochen, die ihm wichtig sind.  
14 Es sind Gespräche auf Augenhöhe und kein Sanktionieren. Es ist auch sehr  
15 Vertrauensbildend. Wenn man dem Klienten Dinge verbietet, resultiert da häufig  
16 nur Aggressivität.
- 17 **I:** Ja. Welche Erfolgserlebnisse konntest du schon mit CRA verzeichnen?
- 18 **B:** Mir wurde schnell klar, wo eigentlich die Probleme liegen. Das konnte ich dem  
19 Klienten auch spiegeln. Wenn man über Konsumphasen spricht, merkt man, dass  
20 die Klienten nicht trinken, weil sie Langeweile haben. Das kann tausend  
21 verschiedene Gründe haben. Das finde ich sehr positiv.
- 22 **I:** Ok. Welche dauerhaften Verbesserungen haben sich denn schon ergeben?
- 23 **B:** Ich finde das schwer messbar. Ich bin erst ein Jahr dabei. Da kann ich  
24 eigentlich noch nichts zu sagen.
- 25 **I:** Ok. Fallen dir denn auch positive Veränderungen bei anderen Kollegen auf?
- 26 **B:** Einige ältere Kollegen sagen noch, dass das Verhalten der Klienten  
27 Konsequenzen haben muss. Dann muss man sie manchmal wachrütteln und  
28 sagen, dass wir davon ja weg wollen. Ich finde es aber gut, dass alle relativ gut  
29 geschult sind. Das finde ich gut.
- 30 **I:** Ok. Kannst du mir schildern, wie Klienten und Mitarbeiter Chancen von CRA  
31 nutzen?  
32

1 **I:** Dann beginnen wir direkt. Seit wann arbeitest du schon mit CRA?  
2 **B:** Seit wann?  
3 **I:** Ja.  
4 **B:** Seit letztem Jahr September.  
5 **I:** Ok. Ist es denn schon in deinen täglichen Ablauf integriert?  
6 **B:** Ja, schon. Der Grundgedanke.  
7 **I:** Ok. Und wie ist es für dich mit der Methode zu arbeiten?  
8 **B:** Ich finde das gut. Dem Klienten wird die Verantwortung zurückgegeben. Es  
9 wird nicht von oben entschieden, der Ansatz ist sehr personenbezogen.  
10 **I:** Ok. Kannst du mir sagen, inwieweit der Klient sich darauf einlassen kann?  
11 **B:** Ich glaube, dass das sehr unterschiedlich ist.  
12 **I:** Ja.  
13 **B:** CRA bedeutet, dass ich als Klient an mir arbeiten muss. Ich muss etwas  
14 verändern und ich will auch etwas verändern. Und ich glaube, dass das schwierig  
15 für den Klienten ist. Aber das ist unterschiedlich. Ich habe auch Klienten, die  
16 finden das gut. Einige finden es auch gut, die Formulare abzuarbeiten. Das gibt  
17 ihnen Struktur.  
18 **I:** Und wie ist das für die Mitarbeiter?  
19 **B:** Ich glaube, dass ich schwierig. Ich finde das nicht schwierig. Ich habe aber  
20 auch nie so tief im Suchtbereich gearbeitet. Ich habe das schon immer anders  
21 gesehen. Aber die Kollegen, die schon länger nach alten Methoden arbeiten, die  
22 fallen immer wieder in alte Strukturen zurück. Das ist mein Gefühl. Das man  
23 immer wieder sagt „nein, der darf doch nicht trinken“. Es ist im Umbruch, es ist  
24 aber noch lange nicht gefestigt.  
25 **I:** Ok. Und welche positiven oder negativen Veränderungen hat CRA für dich  
26 persönlich?  
27 **B:** Ich gebe die Verantwortung an den Klienten ab. Er kann selber entscheiden,  
28 was er macht. Ich habe also nicht den Druck, dass ich sofort in sein Zimmer muss  
29 und ihm den Alkohol wegnehmen muss. Ich muss ihn nicht mehr Sanktionieren.  
30 Es wird davon ausgegangen, dass er der Profi, der Experte ist für sich selbst.  
31 Das verändert auch den Umgang mit den Klienten. Wir finden einen Umgang, der  
32 für ihn gut ist und schaffen so ein besseres Miteinander.

1 **B:** Ich glaube, dass es momentan nicht genutzt wird. Das am Ball bleiben ist oft  
2 schwer. Viele sehen CRA, glaube ich, auch nicht als Chance. Es wird noch nicht  
3 richtig genutzt, nein. Ich würde mich freuen, wenn Standards entwickelt werden.  
4 Wenn bei einem Einzug innerhalb der ersten vier Wochen eine  
5 Zufriedenheitsskala durchgeführt wird. Und das wird dann nach drei Monaten  
6 wiederholt. Und dann wieder nach einem halben Jahr. Es kann immer mit dem  
7 Klienten geguckt werden, was im Spaß und Freude macht. Unabhängig davon, ob  
8 er direkt etwas verändern möchte. Die Zielplanung sollte auch mehr genutzt  
9 werden. Ich fände einen CRA-Ablaufplan gut.

10 **I:** Ok. Und welche dauerhaften positiven Effekte werden denn durch CRA  
11 angestrebt?

12 **B:** Ein positiveres Leben für den Klienten. Das steht über allem. Also, den Konsum  
13 zu kontrollieren, Konsum vielleicht auch zu planen, abstinenzfreie Zeiten zu  
14 planen und mehr Lebensqualität zu erreichen.

15 **I:** Welche negativen Erfahrungen hast du mit CRA gemacht?

16 **B:** Da wüsste ich nichts.

17 **I:** Dann erübrigt sich die folgende Frage.

18 **B:** Ja.

19 **I:** Bei welchen Klienten hast du Schwierigkeiten die Methode anzuwenden?

20 **B:** Bei Menschen, die nichts verändern wollen. Dann brauche ich es nicht  
21 anwenden. Dann brauche ich mit ihnen ihr Verhalten nichts zu analysieren. Ich  
22 muss mich fragen, ob es dann einen Nutzen hat. Ich kann es natürlich mit jedem  
23 Klienten anwenden. Man sagt zwar immer „der Weg ist das Ziel“, aber wenn ich  
24 nie ans Ziel komme...Außerdem ist es schwer bei Klienten, die die Manuale  
25 kognitiv nicht verstehen. Man kann es trotzdem anwenden, muss dann aber alles  
26 verschriftlichen und sie in kurzen Abständen daran erinnern. Das ist sehr  
27 aufwendig und man sieht auch keinen Erfolg. Ich kann alles anwenden, wenn ich  
28 dadurch aber Frustration auslöse, muss ich mich fragen, ob es einen Nutzen hat.  
29 Die Zufriedenheitsskala kann man eigentlich immer anwenden. Bei anderen  
30 Manualen muss man individuell gucken.

31 **I:** Wie äußern sich diese Schwierigkeiten denn?  
32

1 **B:** Also entweder haben Klienten keine Lust oder meinen es nicht ernst. Ich muss  
2 auch mit niemanden eine Konsumanalyse machen, der lügt. Ich habe dann zwar  
3 ein gutes Arbeitsblatt, aber es bringt nichts. Manchen ist es kognitiv zu  
4 anstrengend und sie können mir dann nicht folgen.

5 **I:** Ok. Wie sicher fühlst du dich denn im Umgang mit CRA?

6 **B:** Ich glaube, dass ich ein gutes Grundwissen über CRA an sich habe. Ich habe  
7 mich da während meines Studiums schon mit beschäftigt. Die Anwendung der  
8 Manuale fällt mir teilweise leicht, bei anderen wiederum nicht so leicht. Ich kann es  
9 gut anwenden, ich muss mich aber noch stark an den Blättern orientieren.

10 **I:** Ok. Wie schätzt du die Kompetenz der Mitarbeiter bezüglich CRA ein?

11 **B:** Also, ich glaube das ist teils teils. Einige Mitarbeiter haben das sehr gut  
12 verinnerlicht und das ernst nehmen. Ein Teil hat es aber nur gemacht, weil sie es  
13 mussten. Die nehmen das auch nicht so ernst. Supervisionen wären wichtig, um  
14 das im Team zu thematisieren. Auch nach der Ausbildung zum Berater wäre es für  
15 alle Mitarbeiter gut, wenn es zum Beispiel quartalsweise noch Treffen geben  
16 würde. Das nicht nur die Leitung zu den Implementierungstreffen geht. Das die  
17 Supervisors noch Treffen veranstalten. Die Ausbildung ist super, aber danach wird  
18 man ins offene Becken geschmissen. Ich könnte mir vorstellen, dass einige  
19 Kollegen daran noch Interesse hätten.

20 **I:** Ok. Jetzt eine allgemeine Frage. Kannst du mir sagen, inwieweit Absprachen  
21 hier zwischen Klienten und Mitarbeitern gemacht werden?

22 **B:** Ja, es werden täglich Absprachen gemacht.

23 **I:** Ok. Inwieweit halten Klienten sich an diese Absprachen?

24 **B:** Suchtklientel kann sich wenig an Absprachen halten. Es kommt immer darauf  
25 an, was für Absprachen das sind. Bringt es den Klienten was oder bringt es denen  
26 nichts. Für wen machen wir die Absprache. Ich mache mit einem Klienten  
27 wöchentlich Termine und die letzten zwei Wochen habe ich ihn nicht gesehen.  
28 Terminabsprachen werden dann auch über Bord geworfen.

29 **I:** Welchen Einfluss hat das, deiner Meinung nach, auf CRA?

30 **B:** CRA hat eher einen positiven Effekt auf Absprachen. Es kommt aber wirklich  
31 immer drauf an. Das muss man individuell sehen.

32 **I:** Inwieweit kann CRA trotzdem angewendet werden?

1 **B:** Wenn es keine Eigenmotivation gibt, dann braucht man das nicht zu machen.  
2 Ich glaube, dass es dann nichts bringt. Dann kann man dem Klienten mit dem  
3 wertschätzenden Grundgedanken gegenüberreten. Wenn es bei denen aber nicht  
4 klick macht, bringt es leider nichts.

5 **I:** Ok. Damit kommen wir gleich zur nächsten Frage. Kannst du mir sagen, wie  
6 motiviert und kooperationsbereit die Klienten auf dem Schillingshof sind?

7 **B:** Mal so, mal so. Eigenmotivation steht ganz oben bei CRA. Viele sind aber nur  
8 motiviert, wenn sie davon etwas haben.

9 **I:** Welchen Einfluss hat die chronische Erkrankung der Klienten deiner Meinung  
10 nach auf die Compliance?

11 **B:** Ich glaube schon, dass sie einen Einfluss hat. Eine Suchterkrankung ist sehr  
12 unvorhersehbar. Der Konsum unterbricht vieles und Dinge können dann doch  
13 nicht stattfinden.

14 **I:** Ok. Kannst du mir denn schildern, inwieweit die Methode trotzdem angewendet  
15 werden kann?

16 **B:** Eigentlich kann sie dann nicht angewendet werden. Ich kann als Mitarbeiter  
17 dann nur den wertschätzenden Ansatzgedanken haben. Ich würde ihm dann  
18 trotzdem positiv begegnen. Nur wenn der Klient will, kann ich die Module  
19 anwenden.

20 **I:** Wie ist deine abschließende Meinung zu CRA auf dem Schillingshof? Als wie  
21 geeignet siehst du es an?

22 **B:** Ich glaube, dass es hier schwierig ist. Wir sind ein Bereich, wo viele chronisch  
23 kranke Menschen leben. Viele Menschen, die hier gerne leben und die keine  
24 wirklichen Ziele mehr haben. Wenn man wenig Ziele hat, gibt es auch keinen  
25 Grund mehr, an sich zu arbeiten. Deswegen finde ich es manchmal schwierig.  
26 Generell finde ich es aber super.

27 **I:** Ok. Gibt es noch etwas, dass ich nicht gefragt habe und das du noch als wichtig  
28 ansiehst?

29 **B:** Nein.

30 **I:** Wie hast du das Interview empfunden? Hast du Verbesserungsvorschläge?

31 **B:** Nein. Das war sehr gut. Die Fragen waren gut ausgewählt und haben  
32 aufeinander aufgebaut.

### 9.6.5. Interview V – Profession: Heilerziehungspfleger/in

- 1 **I:** Wir fangen direkt an. Seit wann arbeitest du mit CRA?
- 2 **B:** Angefangen habe ich vor knapp einem Jahr. Da habe ich meine Ausbildung als  
3 CRA-Berater gemacht.
- 4 **I:** Und ist es schon in deine täglichen Abläufe integriert?
- 5 **B:** Ein bisschen schon. Es braucht wirklich viel Zeit zum Anlaufen. Man muss  
6 gucken, wann es gut für den Klienten eingesetzt werden kann. Und wann es  
7 sinnvoll ist, es zu integrieren.
- 8 **I:** Und wie ist es für dich mit CRA zu arbeiten?
- 9 **B:** Ich finde es an sich gut. Es geht weg vor Abstinenzfixierung und dem  
10 konfrontativen Ansatz. Das Trinken ist Teil des Lebens des Klienten. Wir  
11 unterstützen sie dabei den großen Rahmen, den der Konsum einnimmt zu  
12 verringern. Wir gucken, was es außerhalb des Konsums noch im Leben des  
13 Klienten gibt.
- 14 **I:** Ok. Kannst du mir auch sagen, inwieweit Klienten sich auf die Methode  
15 einlassen können?
- 16 **B:** Klienten können sich gut darauf einlassen. Ihnen werden Zeiten deutlich, wo  
17 sie nicht getrunken haben. Arbeit und Freizeit sind Faktoren, wo der Konsum in  
18 den Hintergrund rückt. Sie lassen sich ohne Vorbehalte drauf ein.
- 19 **I:** Super. Welche positiven oder negativen Veränderungen hat denn CRA für dich  
20 persönlich?
- 21 **B:** Es ist eindeutig beziehungsfördernd. Der negative Alkoholfokus wird reduziert  
22 und die Klienten kommen mehr aus sich heraus. Meine Arbeit wird dadurch  
23 deutlich erleichtert. Ich bin viel weniger frustriert und die Arbeit macht wieder mehr  
24 Spaß. Auch die Struktur, die CRA bietet ist für mich positiv.
- 25 **I:** Ok. Und wie leicht oder schwer fällt es Mitarbeitern und Klienten positive  
26 Verstärker zu erarbeiten?
- 27 **B:** Es braucht schon Zeit. Man muss sich gut in den Klienten hineinversetzen und  
28 gucken, was er aktuell nutzen kann.
- 29 **I:** Ok. Wie wirkt sich CRA auf die Beziehung zwischen Mitarbeitern und Klienten  
30 aus?
- 31 **B:** Es stärkt die Beziehung. Die Methode ist sehr klientenzentriert und  
32 klientenorientiert. Der Klient wird mit ins Boot geholt und ihm wird mehr

1 Wertschätzung entgegen gebracht. Der Klient ist bei CRA der Experte in eigener  
2 Sache und er wird respektiert, wie er ist.

3 **I:** Ok. Welche Erfolgserlebnisse konntest du denn bereits mit CRA verzeichnen?  
4 **B:** Ich konnte mit CRA schon Konsumreduktionen bewirken.

5 **I:** Und welche dauerhaften Verbesserungen haben sich ergeben?  
6 **B:** Die Konsumreduktionen sind längerfristig und können als dauerhafte  
7 Verbesserung gesehen werden. Bei einigen Klienten hat sich auch ein anderer  
8 besserer Umgang entwickelt, er ist viel offener geworden. CRA hilft dabei, dass  
9 Klienten auch von ihrer Vergangenheit berichten. Über ihren Konsum und ihr  
10 spirituelles und sexuelles Leben.

11 **I:** Fallen dir denn auch positive Veränderungen bei anderen Kollegen auf?  
12 **B:** Kollegen reflektieren ihre eigene Arbeitsweise vermehrt.

13 **I:** Ok. Kannst du mir schildern, wie Klienten und Mitarbeiter Chancen, die CRA  
14 bietet, nutzen?  
15 **B:** Es ist verstärkt im Team implementiert und die Chancen werden genutzt.  
16 Mitarbeiter benötigen noch ein bisschen Anlaufzeit. Kollegen und ich müssen uns  
17 immer wieder in Gedanken rufen, dass es die Methode und die Instrumente gibt.  
18 Aber dadurch, dass wir vermehrt Kollegen haben, die diese Ausbildung machen,  
19 wird es immer besser. Die Wichtigkeit und Routine nimmt zu.

20 **I:** Welche dauerhaften positiven Effekte werden denn durch CRA angestrebt?  
21 **B:** Zum einen eine Konsumreduktion oder Konsumkontrolle, zum anderen eine  
22 bessere Beziehung zwischen Mitarbeiter und Klient. Eine vermehrte  
23 Vertrauensbasis wird auch angestrebt. Und das die positiven Verstärker mehr  
24 genutzt werden.

25 **I:** Welche negativen Erfahrungen hast du schon mit CRA gemacht?  
26 **B:** Mit der Analyse des Konsumverhaltens bin ich schon an die Grenzen der  
27 Klienten gekommen. Sie wollten dann nicht mehr über ihren Konsum sprechen,  
28 weil zu viele negative Aspekte aufgedeckt wurden.

29 **I:** Woran könnten die negativen Erfahrungen liegen?  
30 **B:** Klienten ist bewusst geworden, in welchen Bereichen ihres Lebens es nicht gut  
31 läuft. Das hat sie stark belastet.

32 **I:** Bei welchen Klienten hast du Schwierigkeiten CRA anzuwenden?

1 **B:** Bei Klienten die dauerhaft, fast täglich intoxikiert sind. Da steht die Sucht im  
2 Vordergrund und sie sind zu keinem Zeitpunkt richtig nüchtern. Dadurch kann ich  
3 keine vernünftige Analyse ihres Verhaltens machen. Und Klienten, die nichts  
4 verändern möchten und ihren Konsum weiterhin als Lebensinhalt sehen.

5 **I:** Wie äußern sich denn Schwierigkeiten mit Klienten?

6 **B:** Durch Ablehnung. Die Klienten wollen nicht in die Tiefe gehen und  
7 bagatellisieren viel. Sie hoffen, damit zu erreichen, dass das Thema schnell  
8 erledigt ist. Sie weigern sich dann auch weiter über die Thematik zu sprechen.

9 **I:** Wie sicher fühlst du dich denn im Umgang mit CRA?

10 **B:** Es könnte mehr Sicherheit da sein, durch mehr Anwendung. Ich wende es  
11 schon an, aber ich kann noch nicht alles aus dem Ärmel schütteln. Das könnte  
12 sich aber durch Supervision oder Gespräche im Team verbessern.

13 **I:** Richtig. Wie schätzt du die Kompetenz der anderen Mitarbeiter bezüglich CRA  
14 ein?

15 **B:** Viele Kollegen haben die Ausbildung bereits absolviert. Diese sind auch  
16 kompetent. Sie wissen auch, wann man es gut anwenden kann. Ich glaube, bei  
17 den jüngeren Kollegen ist noch mehr Unsicherheit. Ich würde mich da auch  
18 zuzählen.

19 **I:** Das ist jetzt eine allgemeine Frage. Kannst du mir sagen, inwieweit Absprachen  
20 zwischen Klienten und Mitarbeitern getroffen werden?

21 **B:** Es werden Absprachen getroffen. Darunter fallen niedrigschwellige Aufgaben,  
22 wie das Zimmer aufräumen. Das wird gemacht.

23 **I:** Und inwieweit halten sich die Klienten an die Absprachen?

24 **B:** Klienten müssen immer wieder an Absprachen erinnert werden. Es gibt Leute,  
25 die sind kognitiv noch in der Lage, sich an Absprachen zu halten. Es gibt aber  
26 auch andere, die das oft vergessen.

27 **I:** Ok. Und welchen Einfluss hat das auf CRA?

28 **B:** Es beeinträchtigt die Arbeit mit CRA. Es ist schwer, wenn sie sich nicht an  
29 Absprachen halten. Es sollte aber vermehrt geguckt werden, was der Grund für  
30 die Vernachlässigung von Absprachen ist. Der Prozess wird aber deutlich  
31 verlangsamt, wenn Absprachen immer wieder neu getroffen werden. Die  
32 Frustrationstoleranz muss auch sehr hoch sein.

1 **I:** Und inwieweit kann CRA trotzdem angewendet werden?  
2 **B:** Kann es. Es muss dann nur sehr niedrigschwellig angewendet werden. Das  
3 kann aber individuell auf den Klienten runtergebrochen werden. Es soll ja die Hilfe  
4 angeboten werden, die für den Klienten zutreffend ist.  
5 **I:** Kannst du mir sagen, wie motiviert und kooperationsbereit die Klienten sind?  
6 **B:** Tendenziell ist die Motivation eher niedrig. Es ist viel Motivationsarbeit  
7 notwendig. Wenn Dinge mit schönen Erlebnissen verbunden sind, steigt die  
8 Motivation der Klienten. Müssen sie aber etwas dafür tun, sind sie deutlich  
9 weniger motiviert.  
10 **I:** Welchen Einfluss hat die chronische Abhängigkeit auf die Compliance der  
11 Klienten?  
12 **B:** Die Klienten sind sehr fokussiert auf den Konsum. Dadurch wird die Motivation  
13 gedämmt. Durch die chronische Abhängigkeit haben sie auch kognitive  
14 Einschränkungen.  
15 **I:** Kannst du mir sagen, inwieweit CRA trotzdem angewendet werden kann?  
16 **B:** CRA guckt, was es außerhalb der Abhängigkeit gibt und versucht so die  
17 Klienten zu motivieren. Was sind Reize um die Motivation zu erhöhen.  
18 **I:** Wie ist deine abschließende Meinung zu CRA auf dem Schillingshof? Als wie  
19 geeignet siehst du die Methode an?  
20 **B:** Ich finde sie gut. Es wird mehr geguckt, was positiv im Leben des Klienten ist  
21 und das wird anschließend genutzt um den Konsum zu kontrollieren. Es ist ein  
22 gutes Instrument für eine personenbezogene Beziehungsebene.  
23 **I:** Gibt es noch etwas was ich nicht gefragt habe und das du als wichtig erachtest?  
24 **B:** CRA muss mehr in den Tagesablauf integriert werden. Es muss mehr an  
25 Wichtigkeit gewinnen. Es läuft noch zu viel nebenher. Supervisionen sollten  
26 angeboten werden und ein Austausch im Team sollte ebenfalls stattfinden. So  
27 könnte die Anwendung optimiert werden.  
28 **I:** Wie hast du das Interview empfunden? Hast du Verbesserungsvorschläge?  
29 **B:** Ich empfand es als gut. Es ist auf die verschiedenen Aspekte von CRA  
30 eingegangen. Die persönliche Ebene der Klienten und Mitarbeiter war Thema, das  
31 fand ich gut. Die kritische Seite wurde auch beleuchtet, sowie das  
32 Entwicklungspotenzial.

## 9.7. Kategoriensystem

### 9.7.1. Kategorie 1: Bisherige Suchtarbeit auf dem Schillingshof

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat   | Paraphrase   | Generalisierung   |
|------|------------------|---|--|---|
| 1    | 1<br>(29-31)     | „Im Gegensatz dazu, wenn ich jetzt irgendwelche Regeln wie „Sie kommen nicht ins Haus mit so und so viel Promille“ aufstelle. Das war hier alles schon Thema. Da habe ich Feinde und kein Miteinander.“ | Es gab Regelungen, das Menschen die zu viel Alkohol konsumiert haben, das Haus nicht betreten durften. Das hat die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Klienten verschlechtert. | Bisherige Regelungen auf dem Schillingshof                |
| 1    | 2<br>(1-3)       | „Außerdem blieben Erfolge, die sich auf den Konsum beziehen, aus. Die Menschen haben trotzdem weiter getrunken.“  | Es haben sich keine Erfolge, bezogen auf den Konsum, gezeigt. Die Klienten konsumierten trotzdem.  | Konsumverhalten nach bisheriger Suchtarbeit               |
| 1    | 4<br>(2-4)       | „Im Gegensatz zu anderen, die das nicht wollen oder können. Ich finde es schwierig, wenn man sich noch immer an roten Fäden von früher festhalten muss.“  | Einigen Mitarbeiter können oder wollen es nicht anwenden. Sie halten sich noch immer an den roten Fäden.   | Der rote Faden von früher ist immer noch Teil der Arbeit. |

|   |              |   |  |  |
|---|--------------|---|--|--|
| 1 | 4<br>(23-29) | „Als ich hier angefangen habe, hatte ich von Sucht keine Ahnung. Dann wurde gesagt, ihr habt hier mit einer brachialen Strenge vorzugehen. Wir mussten die Taschen filzen, ohne Rücksicht auf Verluste. Wenn jemand betrunken war, musste er das Gelände verlassen und erst ausnüchtern. Dann durften sie ihr Zimmer betreten. Da habe ich nur gedacht, das kann ich nicht. Das hat auch mit Suchtarbeit nichts zutun. Das ist Machtverhalten.“ | Früher wurde hier mit einer brachialen Strenge durchgegriffen. Wenn die Klienten getrunken hatten, mussten sie das Gelände verlassen. Das Machtverhalten der Mitarbeiter hat nichts mit Suchtarbeit zutun. | Durch das Sanktionieren der Mitarbeiter wurde macht ausgeübt, aber keine Suchtarbeit geleistet |
| 1 | 6<br>(11-14) | „Früher habe ich die Augen zugemacht und die Klienten haben heimlich getrunken. Es ist Macht ausleben, wenn ich ihm den Alkohol wegnehme und zerstört die Beziehung. Ich stehe vollkommen hinter dem  | Früher haben die Klienten heimlich konsumiert. Wenn ihnen der Alkohol abgenommen wurde, hat man als Mitarbeiter seine Macht ausgelebt. Das zerstört die Beziehungen  | Durch das Ausleben von Macht und das Sanktionieren des Konsums werden Beziehungen zerstört.    |

|  |  |                      |                |  |
|--|--|----------------------|----------------|--|
|  |  | Paradigmen-wechsel.“ | untereinander. |  |
|--|--|----------------------|----------------|--|

### 9.7.2. Kategorie 2: Haltung der Mitarbeiter

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat   | Paraphrase   | Generalisierung   |
|------|------------------|---|--|---|
| 1    | 1<br>(7-8)       | „Wertschätzt den Menschen und holt ihn da ab, wo er steht.“   | Der Mensch wird wertgeschätzt  | Wertschätzender Umgang  |
| 1    | 3<br>(10-13)     | „Ich möchte, dass würdevoll mit den Klienten umgegangen wird und ich möchte keine Trophäen sammeln, wenn ich ihnen Alkohol abnehme. Ich kann ihn ermuntern, den harten Alkohol wegzulassen. Ich kann ihn jedoch nicht unter Druck setzen. Das empfinden die Klienten als Schikane.“ | Mit den Klienten soll würdevoll umgegangen werden. Sie sollten nicht unter Druck gesetzt werden, sondern ermutigt werden, ihr Verhalten zu ändern. | Ein würdevoller Umgang mit den Klienten, bei dem sie nicht unter Druck gesetzt werden |
| 1    | 4<br>(4-5)       | „Ich schätze die Klienten wert und höre ihnen zu. Ich habe so einen Zugang zu den Klienten gefunden“.   | Durch die Wertschätzung der Klienten wird ein Zugang zu ihnen gefunden.  | Ein wertschätzender Umgang fördert die Zusammen-arbeit                                |
| 2    | 3<br>(22-25)     | „Die Kollegen sagen nicht mehr, „alles ist hoffnungslos“, sondern merken, dass jeder  | Die Kollegen realisieren, dass jeder Ziele hat, die er noch erreichen  | Mitarbeiter reagieren nicht mehr abwertend, sondern realisieren, dass jeder Ziele hat |

|   |                     |   |  |   |
|---|---------------------|---|--|---|
|   |                     | Ziele hat, die er erreichen will. Über die Zufriedenheitsskala wird man immer wieder fündig und kann kleine Ziele formulieren.“ | möchte. Über die Zufriedenheitsskala wird man schnell fündig.  |   |
| 3 | 2-3<br>(32)<br>(1-2 | „Die Kollegen gehen auch viel wertschätzender mit den Klienten um und akzeptieren den Klienten und seinen Konsum.“              | Die Kollegen wertschätzen die Klienten und akzeptieren sie mit ihrem Konsum.   | Es herrscht ein wertschätzender Umgang und der Klient wird mit seinem Konsum akzeptiert |
| 4 | 1<br>(10-11)        | „Dem Klienten wird die Verantwortung zurückgegeben. Es wird nicht von oben entschieden, der Ansatz ist sehr personenbezogen.“   | Der Ansatz ist sehr personenbezogen und der Klient hat die Verantwortung für sich. Entscheidungen werden nicht von den Mitarbeitern getroffen. | Personenbezogener Ansatz  |

### 9.7.3. Kategorie 3: Mitarbeiter-Klienten-Beziehung

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat   | Paraphrase   | Generalisierung   |
|------|------------------|---|--|---|
| 1    | 3<br>(3-5)       | „Das ist noch ausbaufähig. Vieles ist oft nach Regelwerk und nach eigenen Befindlichkeiten. Der wirkliche Kontakt mit | Die Arbeit richtet sich oft noch nach dem Regelwerk und der Befindlichkeit der Mitarbeiter. Eine | Mitarbeiter arbeiten noch nach dem alten Regelwerk und der eigenen Befindlichkeit |

|   |              |  |   |   |
|---|--------------|--|---|---|
|   |              | den Bewohnern fehlt mir hier an vielen Stellen noch.“  | gute Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern und Klienten findet noch nicht statt.   |   |
| 1 | 3<br>(19-20) | „Das Zwischenmenschliche hat sich verbessert. Der Umgang ist viel ehrlicher und offener. Ich arbeite viel mehr auf Vertrauensbasis.“     | Der zwischenmenschliche Kontakt hat sich verbessert. Es herrscht ein offener und ehrlicher Umgang auf Vertrauensbasis.                    | Verbesserung des zwischenmenschlichen Kontaktes     |
| 1 | 4<br>(15-17) | „Aber sie merken, dass wir zuhören und ihre Interessen vertreten. Und so entsteht eine Beziehung. Und darüber kann ich etwas erreichen.“ | Wenn den Klienten zugehört wird und ihre Interessen vertreten werden, entsteht eine Beziehung. Dann können Veränderungen erreicht werden. | Durch Interesse am Klienten entsteht eine Beziehung |
| 2 | 1<br>(13-17) | „Die Methode eröffnet einem gut ins Gespräch mit den Klienten zu kommen. Über Dinge zu reden, die sie verändern wollen. Ohne das         | Die Methode bietet die Möglichkeit, mit dem Klienten ins Gespräch zu kommen und Veränderungen zu erwirken. Dabei                          | Mitarbeiter und Klienten kommen ins Gespräch        |

|   |              |  |   |  |
|---|--------------|--|---|--|
|   |              | Alkohol vordergründig das Thema ist. Das ist ein wunder-schönes Gesprächsmodell, wo beide Seiten die Chance haben, Veränderungen zu erwirken.“   | steht der Alkoholkonsum nicht vordergründig.  |  |
| 3 | 2<br>(3-5)   | „Die Beziehung ändert sich. Wo man mitunter sehr viel mehr emotional Abstand hatte, wird es jetzt viel enger. Man erfährt viele Dinge über den Klienten.“  | Der Mitarbeiter erfährt viel mehr über den Klienten. Das verbindet und stärkt die Beziehung.  | Stärkung der Beziehung durch regen Austausch   |
| 2 | 2<br>(28-30) | „Das Vertrauen verändert sich auch, er gibt offener zu, wann, wie und wo er trinkt. Die Klienten haben keine Angst mehr vor Sanktionen. Das war vorher der Fall. Man akzeptiert ihn, so wie er ist und nicht, wie man ihn haben möchte.“ | Die Klienten fürchten Sanktionen nicht mehr. Er spricht seinen Konsum offen an und dies stärkt das Vertrauen. Der Klient wird akzeptiert, wie er ist. | Der Klient kann den Konsum offen ansprechen und muss keine Sanktionen befürchten. Das stärkt das Vertrauen enorm |
| 3 | 2<br>(10-12) | „Es wird eine bessere Vertrauensbasis geschaffen. Die Beziehung hat sich   | Die Beziehung hat sich positiv verändert. Sie erzählen deutlich   | Der rege und tiefere Austausch verbessert die Beziehung und das Vertrauen der                                    |

|   |                         |  |   |   |
|---|-------------------------|--|---|---|
|   |                         | positiv verändern. Die Klienten erzählen viel mehr und kommen deutlich mehr aus sich heraus.“  | mehr und so wurde eine bessere Vertrauensbasis geschaffen.  | Klienten in die Mitarbeiter   |
| 4 | 1-2<br>(31-32)<br>(1-2) | „Ich muss ihn nicht mehr Sanktionieren. Es wird davon ausgegangen, dass er der Profi, der Experte für sich selbst ist. Das verändert auch den Umgang mit den Klienten. Wir finden einen Umgang, der für ihn gut ist und schaffen so ein besseres Miteinander.“ | Dem Klienten drohen keine Sanktionen mehr. Er ist der Experte für sich selbst. Das verändert den Umgang positiv und schafft ein besseres Miteinander. | Durch das Vermeiden von Sanktionen herrscht ein positiverer Umgang und ein besseres Miteinander |
| 5 | 2<br>(1-2)              | „Es stärkt die Beziehung. Die Methode ist sehr klientenzentriert und klientenorientiert. Der Klient wird mit ins Boot geholt.“   | Die Beziehung wird durch die klientenzentrierte Methode verstärkt. Der Klient wird mit ins Boot geholt.   | Stärkung der Beziehung durch die klientenzentrierte Anwendung                                   |

#### 9.7.4. Kategorie 4: Die Zufriedenheit der Mitarbeiter

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat  | Paraphrase                                    | Generalisierung                                 |
|------|------------------|--|---|---|
| 1    | 2<br>(8-9)       | „Ich arbeite stressfreier. Das andere hat Stress | Ohne das strenge Regelwerk gestaltet sich die | Stressfreieres Arbeit ohne bisheriges Regelwerk |

|   |              |  |   |  |
|---|--------------|--|---|--|
|   |              | bedeutet für mich. Mit diesem rigorosen Regelwerk.“  | Arbeit stressfreier.  |  |
| 1 | 3<br>(22-23) | „Das miteinander umgehen erlebe ich als angenehmer.“   | Das Miteinander ist angenehmer.   | Verbesserung des Umgangs untereinander                 |
| 1 | 3<br>(23)    | „(...) und macht meine Arbeit freudvoller.“  | Die Arbeit macht mehr Freude.   | Wieder mehr Freunde an der Arbeit                      |
| 5 | 1<br>(24-26) | „Meine Arbeit wird dadurch deutlich erleichtert. Ich bin viel weniger frustriert und die Arbeit macht wieder mehr Spaß.“ | Die Arbeit wird deutlich erleichtert und die Frustration verringert sich. Außerdem macht die Arbeit wieder mehr Spaß. | Erleichterung der Arbeit und Reduktion der Frustration |

#### 9.7.5. Kategorie 5: Bedürfnisse der Klienten

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat  | Paraphrase  | Generalisierung                                  |
|------|------------------|--|---|--|
| 1    | 1<br>(14-16)     | „weil ich nicht mehr nach Richtlinien arbeiten muss. Sondern gucken muss, was jeder Einzelne benötigt. Wo sind seine Wünsche und wo sind seine Bedürfnisse.“ | Es wird nicht mehr nach Richtlinien gearbeitet, sondern individuell auf die Wünsche des Klienten eingegangen. | Akzeptanz der individuellen Wünsche des Klienten |
| 1    | 1<br>(18-19)     | „Ich mache das so, wie der Mensch das für sein Leben möchte.“  | Der Klient entscheidet, was er sich für sein Leben wünscht.   | Akzeptanz der individuellen Wünsche des Klienten |

|   |              |  |  |  |
|---|--------------|--|--|--|
| 1 | 2<br>(1-2)   | „Da verstehe ich mich eher als Anwalt von diesen Menschen und das er sein Leben so geregelt bekommt, wie er leben möchte.“                                       | Mitarbeiter sollten im Sinne des Klienten agieren.   | Akzeptanz der individuellen Wünsche des Klienten             |
| 1 | 4<br>(21-23) | „Das die Menschen selbstbestimmt leben können. In allen Lebens-bereichen, sofern sie es denn können. Und da wie sie Hilfe brauchen, bekommen sie Unterstützung.“ | Die Menschen haben das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben in allen Lebens-bereichen. Wo sie Unterstützung benötigen, bekommen sie diese. | Die Selbstbestimmung der Klienten über das eigene Leben      |
| 3 | 3<br>(8-9)   | „Der Klient soll seine eigenen Wünsche und Ziele formulieren und wir arbeiten individuell danach.“   | Der Klient formuliert seine eigene Ziele und Wünsche selber.   | Wünsche und Ziele werden individuell vom Klienten formuliert |
| 4 | 1<br>(10-11) | „Dem Klienten wird die Verantwortung zurückgegeben. Es wird nicht von oben entschieden, der Ansatz ist sehr personenbezogen.“                                    | Der Klient trägt die Verantwortung für sich. Der Mitarbeiter entscheidet nicht für den Klienten.   | Der Klient trägt die Verantwortung für sich                  |
| 5 | 2<br>(2-4)   | „Ihm wird mehr Wertschätzung entgegengebracht. Der   | Der Klient wird wertgeschätzt und es wird davon  | Wertschätzung und Respekt gegenüber den Wünschen und         |

|   |            |  |   |  |
|---|------------|--|---|--|
|   |            | Klient ist bei CRA der Experte in eigener Sache und er wird respektiert, wie er ist.“  | ausgegangen, dass er der Experte in eigener Sache ist.  | Zielen des Klienten  |
| 5 | 4<br>(5-7) | „Kann es. Es muss dann nur sehr niedrigschwellig angewendet werden. Das kann aber individuell auf den Klienten runtergebrochen werden. Es soll ja die Hilfe angeboten werden, die für den Klienten zutreffen ist.“ | Die Hilfe muss individuell auf den Klienten angepasst werden. Die Methode kann auch niedrigschwellig angewendet werden. | Die Unterstützung muss individuell auf den Klienten angepasst und bei Bedarf niedrigschwellig angeboten werden |

#### 9.7.6. Kategorie 6: Konsumverhalten der Klienten

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat   | Paraphrase  | Generalisierung  |
|------|------------------|---|---|--|
| 1    | 3<br>(29-31)     | „Es gibt auch Verbesserungen im Konsumverhalten. Wenn gemeinsam Ziele erarbeitet werden, gibt es diese Verbesserungen.“ | Das Konsumverhalten hat sich durch die gemeinsame Formulierung von Zielen verbessert. | Verbesserung des Konsums-verhaltens der Klienten                       |
| 2    | 3<br>(10-13)     | „Unvorstellbar ist für die meisten Alkoholiker, dass sie nie mehr trinken   | Für Abhängige ist die Vorstellung schwer zu ertragen, dass sie                        | Klienten erkennen Situationen, für die es sich lohnt abstinent zu sein |

|   |              |   |   |   |
|---|--------------|---|---|---|
|   |              | dürfen. Das ist für sie vollkommen unvorstellbar. Aber dieses bewusst werden, dass es ja Situationen gibt, wo sie nicht trinken. Und das es sich für bestimmte Situationen lohnt. Diese Situationen sollen gefördert werden und deutlich mehr werden. | nie mehr trinken dürfen. Sie werden sich aber langsam bewusst, dass es konsumfreie Zeiten gibt und welche Situationen dazu beitragen. Solche Situationen sollen gefördert werden. |   |
| 3 | 2<br>(15-17) | „Aber es wurde viel offener über den Konsum gesprochen. Die Klienten beschäftigen sich mit ihrem Konsum und denken darüber nach.“   | Es herrscht ein offener Umgang mit dem Konsum. Klienten beschäftigen sich mit ihrem Konsum.   | Ein offener Umgang ermöglicht es den Klienten über ihren Konsum nachzudenken  |
| 3 | 3<br>(23-24) | „Ebenfalls ist es schwierig bei Klienten, die extrem unter Suchtdruck stehen.“  | Es ist schwierig bei Klienten, die unter Suchtdruck leiden.   | Extremer Suchtdruck nimmt den kompletten Raum des Klienten ein  |
| 5 | 1<br>(11-15) | „Ihnen werden Zeiten deutlich, wo sie nicht getrunken haben. Arbeit und Freizeit sind Faktoren, wo der Konsum in den Hintergrund rückt.“  | Faktoren, wie Arbeit und Freizeit sind Zeiten, wo Klienten ihren Konsum einschränken.   | Klienten können ihren Konsum kontrollieren, wenn sie für sich lohnenswerte Faktoren, wie Arbeit und Freizeit, entdecken |
| 5 | 3            | „Bei Klienten die   | Wenn die Sucht im   | Tägliche Intoxikation   |

|   |            |   |  |  |
|---|------------|---|--|--|
|   | (4-6)      | dauerhaft, fast täglich intoxikiert sind. Da steht die Sucht im Vordergrund und sie sind zu keinem Zeitpunkt richtig nüchtern. Dadurch kann ich keine vernünftige Analyse ihres Verhaltens machen.“ | Vordergrund steht und Klienten täglich intoxikiert sind, kann keine vernünftige Analyse ihres Verhaltens erfolgen. | machen eine Analyse des Verhaltens unmöglich                                   |
| 5 | 3<br>(6-7) | „Und Klienten, die nichts verändern möchten und ihren Konsum weiterhin als Lebensinhalt sehen.“   | Es ist schwierig, bei Klienten, die den Konsum als Lebensinhalt sehen und nichts verändern möchten.                | Schwierigkeiten entstehen bei Klienten die ihren Konsum als Lebensinhalt sehen |

### 9.7.7. Kategorie 7: Beeinträchtigung durch die Sucht

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat   | Paraphrase   | Generalisierung   |
|------|------------------|---|--|---|
| 1    | 5<br>(5-7)       | „Wenn jemand überhaupt nicht mehr weiß, worüber wir vor einer halben Stunde gesprochen haben. Es kommt aber immer auf die Situation an. Ich muss dann nicht die Erwartung haben, dass | Wenn die kognitiven Fähigkeiten nicht mehr ausreichend vorhanden sind, ist es schwer die Methode anzuwenden. Es sollte keine | Kognitive Fähigkeiten sollten noch vorhanden sein um die Methode anzuwenden |

|   |              |  |   |   |
|---|--------------|--|---|---|
|   |              | sich irgendwas verändert.“   | Erwartungshaltung an den Klienten bestehen.   |   |
| 2 | 4<br>(15-18) | „Wenn er noch ein Gedächtnis hat und noch weiß, welche Ziele wir vereinbart haben. Da sind dann auch die Grenzen. Für Menschen mit Korsakow, wenn die Hirnorgane schon so abgebaut sind, dass sie sich nichts mehr merken können, ist das Hilfesystem nicht geeignet.“ | Wenn die Hirnorgane abgebaut sind, Menschen an Korsakow leiden und sich neue Dinge nicht mehr merken können, ist das Hilfesystem nicht geeignet. Dann können vereinbarte Ziele nicht mehr verfolgt werden.    | Grenzen liegen bei Menschen mit enormen Hirnschädigungen, die aufgrund ihrer Krankheit keine Ziele mehr formulieren können oder diese vergessen |
| 2 | 4<br>(21-23) | „Bei den Menschen, die keine Ziele mehr formulieren können oder sie nicht mehr behalten können. Das gestaltet sich sehr schwierig. Das Bewusstsein über sich selbst nachzudenken, ist das Minimum, das vorhanden sein muss.“   | Bei Menschen, die keine Ziele mehr formulieren können oder diese nicht behalten können, gestaltet es sich schwierig. Das Bewusstsein über sich selbst nachzudenken, ist das Minimum, das vorhanden sein muss. | Kognitive Fähigkeiten um Ziele zu formulieren und zu behalten und über sich selbst nachzudenken sind essenziell                                 |
| 4 | 3<br>(26-30) | „Außerdem ist es schwer bei Klienten,  | Schwierigkeiten gibt es bei   | Es entsteht Frustration bei den   |

|   |              |   |  |   |
|---|--------------|---|--|---|
|   |              | die die Manuale kognitiv nicht verstehen. Man kann es trotzdem anwenden, muss dann aber alles verschriftlichen und sie in kurzen Abständen daran erinnern. Das ist sehr aufwendig und man sieht keinen Erfolg. Ich kann alles anwenden, wenn ich dadurch aber Frustration auslöse, muss ich mich fragen, ob es einen Nutzen hat.“ | Klienten, die die Manuale kognitiv nicht verstehen. Es kann trotzdem angewendet werden, ist aber sehr aufwendig. Das erzeugt Frustration bei den Klienten und Mitarbeitern und hat auf der Waagschale einen geringen Nutzen. | Klienten und Mitarbeitern, wenn die Manuale angewendet werden, der Klient ihnen kognitiv aber nicht folgen kann |
| 4 | 5<br>(12-14) | „Eine Suchterkrankung ist sehr unvorhersehbar. Der Konsum unterbricht vieles und Dinge können dann doch nicht stattfinden.“   | Suchterkrankungen sind unvorhersehbar und der Konsum steht an erster Stelle. Andere Dinge finden dann keinen Anklang.  | Die Sucht steht in den meisten Fällen zentral und andere Dinge rücken in den Hintergrund                        |
| 4 | 5<br>(23-26) | „Wir sind ein Bereich, wo viele chronisch kranke Menschen leben. Viele Menschen, die hier gerne leben und die keine wirklichen Ziele mehr   | Viele chronisch kranke Menschen haben keine wirklichen Ziele mehr. Wenn jemand keine Ziele mehr hat, gibt es   | Chronisch kranken Menschen fällt es schwer Ziele zu formulieren und somit an sich zu arbeiten                   |

|   |            |  |  |                                  |
|---|------------|--|--|----------------------------------|
|   |            | haben. Wenn man wenig Ziele hat, gibt es auch keinen Grund mehr, an sich zu arbeiten. Deswegen finde ich es manchmal schwierig.“ | keinen Grund, weiter an sich zu arbeiten.              |                                  |
| 5 | 2<br>(6)   | „Ich konnte mit CRA schon Konsumreduktionen bewirken.“   | Der Konsum der Klienten hat sich durch CRA verringert. | Konsumverringern durch CRA       |
| 5 | 2<br>(8-9) | „Die Konsumreduktionen sind längerfristig und können als dauerhafte Verbesserungen gesehen werden.“                              | Die Reduktionen des Konsums sind längerfristig.        | Längerfristige Konsumreduktionen |

#### 9.7.8. Kategorie 8: Mitarbeit der Klienten

| Fall | Seite<br>(Zeile) | Zitat  | Paraphrase  | Generalisierung  |
|------|------------------|--|---|--|
| 1    | 4<br>( 8-12)     | „Und jemand, der für sich voll-kommen klar hat, dass er sich und sein Leben nicht aushalten kann...da finde ich es schwierig überhaupt noch etwas zutun. Ich kann da nur schwer zugucken. Wenn sich jemand auf | Wenn jemand sich und sein Leben nicht aushalten kann, ist es schwer einen Zugang zu der Person zu finden. | Wenn das Leben nicht mehr als lebenswert angesehen wird, kann nur schwer zusammengearbeitet werden |

|   |              |  |  |  |
|---|--------------|--|--|--|
|   |              | Raten tottrinken will, ist es schwer einen Zugang zu finden. „   |  |  |
| 1 | 5<br>(14-17) | „Gegen den Willen der Klienten geht gar nichts. Wenn, dann gibt es ja nur Absprachen. Man muss ja ständig mit ihm in Kontakt bleiben. Es ist ein personenzentriertes und wert-schätzendes Arbeiten und ich kann nur da anfangen, wo ich den Klienten abholen kann. | Absprachen können nur eingehalten werden, wenn der Klient dazu bereit ist. Gegen seinen Willen ist es unmöglich diese einzuhalten.   | Ohne den Willen des Klienten können keine Absprachen getroffen werden              |
| 1 | 6<br>(5-7)   | „Wenn er sagt ich will nicht, kann ich machen was ich will. Dann kann ich nur versuchen, Verständnis für seine Situation aufzubringen, aber richtig arbeiten kann ich dann nicht. Wenn er sich völlig sperrt, ist er gegen alles resistent“.                       | Wenn der Klient nicht an sich arbeiten will, ist der Mitarbeiter machtlos. Er kann dann nur Verständnis für den Klienten aufbringen. | Der Wille des Klienten spielt bei der Anwendung der Methode eine essenzielle Rolle |
| 2 | 1<br>(9-10)  | „Heißt, ich mache zwar häufig Termine aber Klienten können sie nicht wahrnehmen,   | Terminabsprachen werden getroffen. Diese werden jedoch von den   | Die Motivation und der Wille des Klienten sind ausschlaggebend für                 |

|   |              |  |  |  |
|---|--------------|--|--|--|
|   |              | weil sie nicht da sind oder keine Lust haben.“   | Klienten nicht eingehalten, weil sie nicht motiviert oder nicht anwesend sind.   | Termin-absprachen.   |
| 2 | 5<br>(21-24) | „Das sind ja Wünsche und Ziele, die ihnen wichtig sind. Nach meiner Erfahrung müssen sie dann nicht ständig motiviert werden, um eigene Wünsche und Ziele zu verfolgen.“                             | Die Klienten formulieren ihre Ziele und Wünsche selber. Es sind Dinge, die ihnen wichtig sind und darum bedürfen sie keiner ständigen Motivation.                      | Ziele und Wünsche, die der Klient selbst formuliert hat und die ihm wichtig sind, bedürfen keiner stetigen Motivation  |
| 2 | 5<br>(27-29) | „Weil sie dann Dinge verfolgen, die bei ihnen eine Zufriedenheit auslöst. Da wissen sie, dass sie eben nicht sturzbetrunken auftauchen können. Bedeutungsvolle Dinge vergisst man nicht so schnell.“ | Der Klient verfolgt Wünsche, die bei ihm eine Zufriedenheit auslösen. Die sind für ihn bedeutungsvoll und deswegen agiert er so, dass er diese Wünsche verfolgen kann. | Wünsche, die eine Zufriedenheit des Klienten auslösen sind für ihn bedeutungsvoll darum versucht er diese zu verfolgen |
| 2 | 6<br>(14-18) | „Die Menschen wollen trinken. Sie haben aber Ziele, wie Kontakt zu den Eltern oder Urlaub, die sie motivieren trotz ihrer Krankheit  | Die Menschen wollen trinken. Parallel dazu haben sie aber Wünsche und Ziele, für die es  | CRA unterstützt die Klienten dabei, sich die Wünsche und Ziele, für die es sich lohnt abstinente Zeiten einzuplanen,   |

|   |              |  |   |  |
|---|--------------|--|---|--|
|   |              | abstinente Zeiten zu haben. Man muss den Klienten bewusst machen, dass es noch andere Dinge als den vertrauten Alkohol gibt. Die werden mit CRA gut geweckt.“  | sich lohnt, abstinente Zeiten einzulegen. CRA ist eine gute Methode um diese den Klienten bewusst zu machen.  | bewusst zu machen  |
| 3 | 1<br>(25-27) | „Aber ich sage mal, es ist schwierig das bei einem Klienten anzuwenden, der auch nicht dazu bereit ist, aufzuhören mit dem Trinken. Da ist es dann natürlich schwierig das Ganze umzusetzen.“  | Es ist schwierig bei Klienten anzuwenden, die nicht bereit sind den Konsum einzuschränken.  | Der Wille, den Konsum einzuschränken oder zu planen muss vorhanden sein  |
| 3 | 4<br>(9-12)  | „Das funktioniert zum Großteil ganz gut. Wenn es Absprachen sind, die positive Auswirkungen für die Klienten haben. Wenn sie jedoch etwas dafür machen müssen, ist das schon schwieriger. Dann müssen sie immer wieder daran erinnert werden.“ | Absprachen, die positive Auswirkungen für die Klienten haben, werden größtenteils eingehalten. Sind es jedoch Absprachen, wo sie etwas leisten müssen, benötigen sie immer wieder Erinnerungen daran. | Absprachen mit positiven Effekten werden problemlos eingehalten, bei anderen ist ein hohes Maß an Erinnerungen nötig |
| 3 | 4            | „Wenn der Klient sich  | Wenn der Klient   | Absprachen und   |

|   |              |   |   |  |
|---|--------------|---|---|--|
|   | (19-21)      | nicht an Absprachen halten kann und Termine nicht eingehalten werden, dann ist das so gut wie unmöglich.“   | keine Absprachen einhalten kann, ist es beinah unmöglich mit ihm zu arbeiten.   | Termineinhaltungen sind unverzichtbar  |
| 4 | 3<br>(22-26) | „Bei Menschen, die nichts verändern wollen. Dann brauche ich es nicht anwenden. Dann brauche ich mit ihnen ihr Verhalten nicht zu analysieren. Ich muss mich fragen, ob es dann einen Nutzen hat. Ich kann es natürlich mit jedem Klienten anwenden. Man sagt zwar immer „der Weg ist das Ziel“, aber wenn ich nie ans Ziel komme...“ | Schwierigkeiten entstehen bei Menschen, die ihr Verhalten nicht analysieren wollen. Dann hat die Methode keinen Nutzen und man wird nie das Ziel erreichen. | Es besteht kein Nutzen, wenn jemand sein Verhalten nicht analysieren und in seinem Leben nichts verändern möchte |
| 4 | 4<br>(2-4)   | „Ich muss auch mit niemanden eine Konsumanalyse machen, der lügt. Ich habe dann zwar ein gutes Arbeitsblatt, aber es bringt nichts.“  | Es besteht kein Nutzen wenn bei Analysen nicht ehrlich geantwortet wird. Das Arbeitsblatt ist dann zwar gut, aber niemand hat einen Nutzen davon.           | Ohne Ehrlichkeit seitens der Klienten kann aus den Analysen kein Nutzen gezogen werden                           |

### 9.7.9. Kategorie 9: Implementierung von CRA

| Fall | Seite<br>(Zeile)        | Zitat   | Paraphrase  | Generalisierung  |
|------|-------------------------|---|---|--|
| 1    | 3<br>(14-16)            | „CRA muss bei unserem Klientel viel kleinschrittiger angewendet werden. Es ist eine Leistung, wenn sie es tagsüber schaffen nüchtern zu sein und zur Arbeit in die Werkstatt zu gehen.“   | Das CRA-Konzept muss viel kleinschrittiger angewendet werden.   | Individuelle Anpassung von CRA auf den Klienten  |
| 1    | 4<br>(8-9)              | „Für manche Kollegen ist es eher so, dass sie die Ausbildung machen mussten. Es ist eine Verpflichtung und das war es. Schade finde ich aber, dass es nicht alle durften. Einigen hätte es gut getan. So kann kein einheitliches Umdenken stattfinden.“ | Einige Mitarbeiter mussten die Ausbildung absolvieren und wollten dies eigentlich nicht. Anderen wurde dies erst gar nicht gestattet. Das behindert ein einheitliches Umdenken. | Thematisierung der Ausbildung und Implementierung mit allen Mitarbeitern                               |
| 1    | 5-6<br>(30-33)<br>(1-2) | „Die Krankheit bzw. der Alkohol hat die Menschen im Griff. Der Freizeitbereich könnte hier noch ausgebaut werden, dann könnten  | Die Krankheit bzw. der Alkohol bestimmt das Leben der Klienten. Es müssen mehr  | Mehr positive Verstärker aus dem Freizeitbereich integrieren um eine Alternative zum Alkohol zu bieten |

|   |                         |  |  |   |
|---|-------------------------|--|--|---|
|   |                         | positive Verstärker dem Alkohol entgegengesetzt werden. Da stellt sich mir die Frage, ob ich das Team dahingehend motivieren kann. Es muss eine Alternative zum Alkohol geboten werden.  | positive Verstärker aus dem Freizeitbereich integriert werden, um eine Alternative zu dem Konsum zu finden.  |   |
| 2 | 1<br>(24-27)            | „Es ist mehr das Problem der Mitarbeiter und nicht der Bewohner. Die sind so fit und es ist schwierig ein so zugeschnittenes Angebot anzubieten, dass er weder unter- noch überfordert ist. Das ist die größte Herausforderung.“ | Die Mitarbeiter sind so gut ausgebildet und es fällt ihnen schwer, das Angebot individuell auf den Klienten zuzuschneiden. Er sollte weder unter- noch überfordert sein. | Individuelles Angebot für die Klienten, damit niemand über- oder unterfordert ist                                   |
| 2 | 3-4<br>(30-32)<br>(1-2) | „Von den 50% haben wir 25%, die das Herz richtig an die Methode hängen. Die haben das auch als wertvolles Instrument erkannt und wenden es gerne an. Es wäre gut, wenn es mehr als 25% wären                                     | Die Hälfte der Mitarbeiter hat CRA als wertvolles Instrument erkannt und wendet es gerne an. Die anderen 25% sollten durch Motivation und                                | Bestreben, dass alle Mitarbeiter durch mehr Motivation und positives Vorleben CRA als wertvolles Instrument ansehen |

|   |              |   |   |  |
|---|--------------|---|---|--|
|   |              | und alle mit ins Boot geholt werden könnten. Motivation und positives Vorleben spielt da eine wichtige Rolle um mehr Kollegen zu begeistern... gerade auch die jungen Kollegen.“  | positives Vorleben mit ins Boot geholt werden.  |  |
| 2 | 5<br>(6-9)   | Es müsste einen gemeinsamen Raum finden, wo Fälle supervidiert werden. Was kann ich besser machen? Wo man einfach noch eine Plattform hat, um miteinander im Austausch zu sein. Wo man dann auch korrigiert werden kann.“ | Es müsste Zeit für Supervisionen geben, wo konkrete Fälle supervidiert werden. Ein Austausch, wo man korrigiert wird und an sich arbeiten kann. | Zeit und Raum für Supervisionen, wo Mitarbeiter konkrete Fälle ansprechen können |
| 4 | 1<br>(28-30) | „Einige ältere Kollegen sagen noch, dass das Verhalten der Klienten Konsequenzen haben muss. Dann muss man sie manchmal wachrütteln und sagen, dass wir davon ja weg wollen.“   | Ältere Kollegen befürworten noch Konsequenzen, sobald die Klienten Alkohol konsumieren. Dann muss jedoch der Wechsel zu CRA betont              | Ältere Kollegen befürworten noch stets Konsequenzen des Konsums                  |

|   |              |   |   |   |
|---|--------------|---|---|---|
|   |              |   | werden.   |   |
| 4 | 3<br>(5-11)  | „Ich würde mich freuen, wenn Standards entwickelt werden. Wenn bei einem Einzug innerhalb der ersten vier Wochen eine Zufriedenheitsskala durchgeführt wird. Und das wird dann nach drei Monaten wiederholt. Und dann wieder nach einem halben Jahr. (...) Ich fände einen CRA-Ablaufplan gut.“ | Die Entwicklung von Standards wäre hilfreich. Wenn z.B. immer wieder eine Zufriedenheitsskala durchgeführt wird. Ein CRA-Ablaufplan würde das Konzept mehr in den Alltag integrieren.   | Standards, wie ein CRA Ablaufplan würden das Konzept mehr in den Alltag integrieren               |
| 4 | 4<br>(13-19) | „Ein Teil hat es aber nur gemacht, weil sie es mussten. Die nehmen das auch nicht so ernst. Supervisionen wären wichtig, um das im Team zu thematisieren. Auch nach der Ausbildung zum Berater wäre es für alle Mitarbeiter gut, wenn es zum Beispiel quartalsweise noch Treffen geben würde.“  | Supervisionen wären wichtig, um die Wichtigkeit von CRA erneut zu thematisieren und die Mitarbeiter zu sensibilisieren. Quartalsweise Treffen wären hilfreich, um die Kollegen auch nach der Ausbildung bei Fragen zu unterstützen. | Supervisionen sollten auch nach der Ausbildung zur Unterstützung der Mitarbeiter angeboten werden |

|   |              |  |   |  |
|---|--------------|--|---|--|
|   |              | Das nicht nur die Leitung zu den Implementierungstreffen geht. Das die Supervisors noch Treffen veranstalten. Die Ausbildung ist gut, aber danach wird man ins offene Becken geschmissen.“                                   |   |  |
| 5 | 4<br>(27-39) | „CRA muss mehr in den Tagesablauf integriert werden. Es muss mehr an Wichtigkeit gewinnen. Es läuft noch sehr viel nebenher. Supervisionen sollten angeboten werden und ein Austausch im Team sollte ebenfalls stattfinden.“ | CRA muss mehr in den Tagesablauf integriert werden und weniger neben dem Alltagsgeschäft stattfinden. Supervisionen und ein Austausch im Team wäre ebenfalls wichtig. | Ein Austausch im Team und Supervision würden die Integration in den Alltag erhöhen |

## 9.8. Beispiel einer CRA-Zufriedenheitsskala

| CRA – Zufriedenheitsskala                          |  |
|--|--|
| Körperliche Gesundheit                             | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 |
| Freizeit und meines Privatlebens                   |  |
| Arbeit   |  |
| Schul- und Ausbildung                              |  |
| Umgang mit Geld                                    |  |
| Umgang mit Alkohol und wie er mein Leben betrifft  |  |
| Umgang mit Drogen und wie sie mein Leben betreffen |  |
| Abstinenz und Nüchternheit                         |  |
| Seelische Gesundheit                               |  |
| Körperliche Aktivität                              |  |
| Beziehung zu meiner/m Partner/in                   |  |
| Beziehung zu meinen Kindern                        |  |
| Beziehung zu meinen Eltern                         |  |
| Beziehung zu meinen engen Freunden/innen           |  |
| Juristische Angelegenheiten                        |  |
| Kommunikation mit Anderen                          |  |
| Spirituelles und religiöses Leben                  |  |
| Meine Zufriedenheit mit meinem Leben insgesamt     | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 |

## 9.9. Feedbackformular Bachelor-Thesis

### Beoordelingsformulier: LP 9.2 (EU): Bachelor-Thesis (T.AMM.46466)

|   |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|
| Naam student  |  |  |  |   |  |
| Studentnummer   |  |  |  |   |  |
| Datum   |  |  |  |   |  |
| 1 <sup>e</sup> Beoordelaar  |  |  |  |   |  |
| 2 <sup>de</sup> Beoordelaar   |  |  |  |   |  |
| <b>Beoordelingsvoorwaarden</b>  |  |  | <b>Feedback</b>  |   |  |
| Aangeleverd zijn:<br>Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek)<br>Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)   |  |  |  |   |  |
| Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.  |  |  |  |   |  |
| Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven". |  |  |  |   |  |
| Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".   |  |  |  |   |  |
| Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.  |  |  |  |   |  |
| Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)   |  |  |  |   |  |
| Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.   |  |  |  |   |  |
| <b>Criteria</b>   | <b>0</b>   | <b>3</b>   | <b>6</b>   | <b>8</b>  | <b>10</b>  |
| 1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.  | De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig. | Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar. | Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdracht gevende instelling. | Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten. | Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de <b>euregionale</b> beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de <b>euregionale</b> beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker. |

| Criteria   | 0   | 3  | 6   | 8   | 10   |
|--|---|--|---|---|--|
| 2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vak tijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek. | Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.                                   | Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.                          | Er wordt theorie gebruikt, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is. Richtlijn: 15 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een beschrijving van een of meerdere relevante internationale methodieken, of internationale ontwikkelingen. | Daarnaast is de gebruikte theorie in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 16-20 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een vergelijking beschreven tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of nationale en internationale ontwikkelingen. | Daarnaast is de gebruikte literatuur geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 20 bronnen, incl. 5 artikelen. De betekenis van de vergelijking tussen een of meerdere relevante <b>euregionale</b> en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen voor de beroepspraktijk is beschreven. |
| 3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode is transparant en verantwoord.   | De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode worden niet weergegeven. | De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort.                              | De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Interview/enquêtevragen zijn geformuleerd op basis van geoperationaliseerde theorie.   | Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar.  | Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.   |
| 4. De resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.   | Het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.   | De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.                       | De data zijn plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.  | De data zijn op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.  | Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdracht gevende instantie.  |
| 5. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.  | De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.   | Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd. | Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.  | Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.  | Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/innovatie van de <b>euregionale</b> beroepspraktijk.  |

| Criteria   | 0  | 3   | 6   | 8  | 10  |          |          |          |          |           |
|--|--|---|---|--|---|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 6. De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).   | De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven. | De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is.<br><br>De discussie bevat informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten. | Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief. | Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen. | Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen. Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt. |          |          |          |          |           |
| <b>Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60) =</b>  |  |   |   |  |   |          |          |          |          |           |
| <b>Cijfer</b>  |  |   |   |  |   |          |          |          |          |           |
| <b>Feedback op totaalproduct</b>   |  |   |   |  |   |          |          |          |          |           |
| <b>Cesuur bepalen eindcijfer:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Er dient aan de voorwaardelijke vormcriteria voldaan te zijn. <b>Indien dit niet het geval is wordt de toets in Bison beoordeeld met het cijfer 1.</b></li> <li>– Om een voldoende (= 6) te krijgen, moeten <b>minimaal 34 punten</b> worden behaald.</li> <li>– Het cijfer wordt bepaald door de afzonderlijke punten op elk criterium op te tellen en het puntentotaal af te lezen in de onderstaande tabel.</li> </ul> |  |   |   |  |   |          |          |          |          |           |
| <b>Cijfer</b>  | <b>1</b>   | <b>2</b>  | <b>3</b>  | <b>4</b>   | <b>5</b>  | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> | <b>9</b> | <b>10</b> |
| <b>Max. 60 Punten</b>  | 0-9  | 10-15   | 16-21   | 22-27  | 28-33   | 34-40    | 41-46    | 47-52    | 53-57    | 58-60     |