

Wie die Kugel am Rollen bleibt - Nachsorge für Handeln gegen Trägheit



„Das ist wie so eine Kugel, die im Sand liegt und die muss man anschubsen und dann rollt die so ein Stück und dann bleibt die liegen. [...] ich kann mir vorstellen, dass es in der Nachsorge eben wichtig ist, immer wieder diese Kugel ins Rollen zu bringen.“ (TN. 3)

*Eine qualitative Studie über die Möglichkeit einer Nachsorge für
die Intervention Handeln gegen Trägheit*

Bachelorarbeit

Aus dem Fachbereich „Gezondheidszorg“
Bachelorstudiengang Ergotherapie
an der Zuyd Hogeschool Heerlen



Autor/-inn/-en:

Jessica Buck 1771388
Sonja Lambracht 1669842
& Daniel Nicht 1669885

Begleitende Mentorin: Uta Roentgen

November 2019

Die vorliegende Forschungsarbeit entstand im Zeitraum November 2018 – November 2019 im Rahmen des eBSG- Studiengangs Ergotherapie (HS1) an der Zuyd Hogeschool in Heerlen (NL).

© ZUYD Hogeschool Heerlen (NL)

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne vorhergehende schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd unzulässig und strafbar.

Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, Mikroverfilmungen und Übersetzungen.

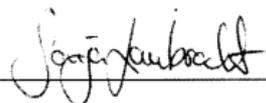
Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichern die Forscherinnen und Forscher, Jessica Buck, Sonja Lambracht und Daniel Nicht, dass sie die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt haben. Die benutzten wörtlichen oder inhaltlichen Quellen wurden als solche mit Verweisen kenntlich gemacht. Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

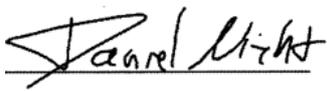
Heerlen, den 12.11.2019



Jessica Buck



Sonja Lambracht



Daniel Nicht

Informative Zusammenfassung

Das Therapiemanual „Handeln gegen Trägheit“ ist seit 2017 in deutscher Sprache erhältlich und trägt zur betätigungsorientierten Herangehensweise in der psychiatrischen Ergotherapie im kontemporären Paradigma bei. Es wurden bereits zwei quantitative Studien zur Wirksamkeit sowie verschiedene qualitative Studien zu der HgT-Intervention veröffentlicht. Da das Thema Nachsorge für HgT bisher noch unerforscht ist und einen ersten Beitrag für eine nachhaltige und recoveryorientierte Behandlung für die Klient/-inn/-en leisten kann, wurde dieses Forschungsthema gewählt. Die vorliegende Studie untersucht, ob eine HgT-Nachsorge nach Expert/-inn/-enmeinung angeboten werden sollte. Dabei wurden die Expert/-inn/-en nach ihren Meinungen hinsichtlich Form und Inhalt der Nachsorge befragt. Außerdem gilt das Forschungsinteresse den Rahmenbedingungen, die förderlich oder hemmend für eine HgT-Nachsorge sein können. Um Antworten auf diese Fragen zu finden, wurde ein qualitatives Vorgehen mit einem leitfadengestützten Experteninterview gewählt. Bei diesem Vorgehen wurden fundierte theoretische Vorüberlegungen in Form des hypothetischen Modells angestellt und anhand diesem wurde ein Leitfaden für das Experteninterview erstellt. Sechs Expert/-inn/-en, die entweder praktisch mit HgT arbeiten oder sich durch theoretische Auseinandersetzungen auf wissenschaftlicher Basis mit der HgT-Intervention auseinandergesetzt haben, wurden mit dem Leitfaden befragt. Die Expert/-inn/-en nannten, dass sie HgT-Nachsorge in verschiedenen Angebotsformen befürworten. In Bezug auf die Inhalte einer HgT-Nachsorge wurden mehrheitlich Aktivitätsexperimente, Psychoedukation und Stressmanagement genannt. Förderliche sowie hemmende Faktoren wurden erhoben und breitgefächert benannt, dabei wurde als hemmender Faktor die Finanzierung eines HgT-Nachsorgeangebotes wiederholt benannt. Die vorliegende Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Expert/-inn/-en sich für eine Nachsorge aussprachen und positive Möglichkeiten bezüglich des Recoveryprozesses für Klient/-inn/-en sahen. Die Form des Angebots ist ebenso wie der Inhalt von den Bedürfnissen der Klient/-inn/-en abhängig. Sowohl Selbst- als auch Fremdhilfe wurden in Betracht gezogen. Als neue Aspekte konnten Hometreatment, Trialog und Familienhilfe ermittelt werden. Alle Inhalte von HgT, außer die Themen das Suchtverhalten betreffen, können wiederholt werden. Ergänzend wurden Konfliktmanagement und die berufliche Wiedereingliederung als Inhalt genannt. Als hemmender Faktor stellt sich für ein digitales Nachsorgeangebot der Datenschutz dar. Die Einbettung der HgT-Nachsorge in bestehende digitale Therapieplattformen, wie Psy-RENA, könnte diese Barrieren umgehen und die Finanzierung erleichtern.

Danksagung

Unser Dank gilt besonders all unseren Interviewteilnehmenden, die durch das Teilen ihres Wissens und ihren Erfahrungen wesentlich zum Gelingen unserer Bachelorarbeit beigetragen haben. Weiterhin bedanken wir uns bei denjenigen, die unser Anschreiben im World Wide Web weiterverbreitet haben und somit auf unsere Bachelorarbeit aufmerksam gemacht haben.

Namentlich bedanken wollen wir uns bei unserer Bachelorbegleiterin Uta Roentgen, die die Bachelorarbeit für uns, um in der ergotherapeutischen Fachsprache zu bleiben, zu einer „just-right challenge“ hat werden lassen, uns motiviert und bestärkt hat und uns gerade nur so viel unterstützt hat, dass wir unseren eigenen Weg gehen konnten.

Ein großes Dankeschön gilt außerdem unseren Übersetzern Heiner Neuhaus und Andreas Galler, die unseren Abstract in niederländischer und englischer Sprache übersetzten.

Auch bei unseren Partnern, Familienmitgliedern, Freund/-inn/-en und Arbeitskolleg/-inn/-en, die uns teilweise auch beim Korrekturlesen unterstützt haben, wollen wir uns dafür bedanken, dass sie uns während einer sehr zeitintensiven und stressigen Phase begleitet und entlastet haben.

Abschließend sprechen wir unserem Mitstudenten Arne Tautorat unseren Dank aus, der uns trotz reichlich eigener Aufgaben bei der graphischen Gestaltung des hypothetischen Modells und bei technischen Fragen unterstützt hat.

Vielen Dank!



Lesehinweise

Um das Lesen dieser Arbeit zu erleichtern, wurden bezüglich der Schreibweise folgende Vereinbarungen getroffen.

Personenbezeichnungen:

- Diese Bachelorarbeit wird mit der Begrifflichkeit „vorliegende Studie“ bezeichnet.
- In der vorliegenden Studie wird eine gendergerechte Sprache berücksichtigt, sodass eine Gleichstellung der Geschlechter erfolgt. Bei Doppelnennungen wird das Zusammenziehen mit Schrägstrichen verwendet.
- Bei gängigen ergotherapiespezifischen Fachbegriffen, wie z.B. Klientenfaktoren, wird der Genderaspekt nicht beachtet, um eine Lesbarkeit zu gewährleisten. Jedoch sind alle Geschlechterformen angesprochen.
- Die Ersteller/-inn/-en dieser Bachelorarbeit werden gendergerecht mit der Begrifflichkeit „die Forschenden der vorliegenden Arbeit“ bezeichnet.
- Die Begriffe „Teilnehmer/-in“, und „Expert/-in/-e“ beziehen sich auf die Interviewteilnehmenden der qualitativen empirischen Sozialforschung, welche an dieser Studie teilgenommen haben. Namen werden aufgrund von Anonymität und ethischen Forschungsgründen nicht genannt.
- Teilnehmer/-innen bzw. Expert/-inn/-en werden im Verlauf in zwei Untergruppen unterteilt und als HgT-Therapeut/-inn/-en, abgekürzt „TN“, und Fachkundige, abgekürzt „FK“, benannt.
- Für die Zielgruppe ergotherapeutischer Interventionen wird der Begriff „Klient/-inn/-en“ verwendet. Je nach Sprachgebrauch der Teilnehmer/-inn/-en oder der Quelle, werden diese in direkten Zitaten auch „Patient/-inn/-en“ genannt.

Kennzeichnungen im Text:

- Die im Abkürzungsverzeichnis aufgelisteten Abkürzungen werden nur in der ersten Nennung voll ausgeschrieben und in Klammern dahinter abgekürzt, bei wiederholter Nennung wird nur noch die Kurzform genannt.
- Wörter, die im Glossar definiert sind, werden bei Erstnennung mit dem daraufhinweisenden Zeichen: * versehen.
- Verweise auf Kapitel werden mit (→Kap. Nr.) gekennzeichnet.

- Verweise auf Anlagen werden mit (→Anlage Nr.) gekennzeichnet.
- Verweise auf Abbildungen und Tabellen werden mit (Abb. Nr.) und (Tab. Nr.) gekennzeichnet. Diese sind im Abbildungs- und Tabellenverzeichnis in den Anlagen gesondert aufgeführt.
- Englische Fachbegriffe werden zunächst mit Anführungszeichen versehen. Anschließend wird stattdessen der deutsche Begriff genannt.
- Zur besseren Lesbarkeit werden die Aussagen der Expert/-inn/-en im Kapitel Resultate kursiv verfasst.
- Auslassungen in den Zitaten von Teilnehmer/-inn/-en werden mit [...] gekennzeichnet.
- Umstellungen in den Zitaten von Teilnehmer/-inn/-en werden mit [Text] gekennzeichnet.
- Für das Literaturverzeichnis sowie alle Quellenangaben werden die Zitationsrichtlinien nach APA sechs verwendet.
- Sich wiederholende Quellenangaben werden mit (ebd.) abgekürzt zitiert.
- Direkt zitierte Literatur wird mit Anführungszeichen dargestellt und am Ende des Zitats mit einer Quelle versehen.
- Indirekte Zitate werden lediglich durch eine Quellenangabe kenntlich gemacht.

Im Methodenteil beziehen sich die Forschenden auf Bortz und Döring (2006). Den Forschenden der vorliegenden Studie ist bekannt, dass es eine Neuauflage von Bortz und Döring (2016) gibt. Die Fassung von 2006 wurde bewusst gewählt, da darin die für die Forschung relevanten qualitativen Methoden explizit erläutert sind. In der Ausgabe von 2016 wird dieses Kapitel hingegen eher oberflächlich beschrieben.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADL	Aufgaben des Täglichen Lebens
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CMCE	Canadian Model of Client-Centred Enablement (Townsend & Polatajko, 2013)
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
CMOP-E	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (Townsend & Polatajko, 2013)
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (Law et al., 2017)
CPPF	Canadian Practice Process Framework
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ebd.	ebenda
et al.	et alteri (lat.: und andere)
HgT	Handeln gegen Trägheit
IGIs	Internetbasierte Gesundheitsinterventionen
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IMI's	Internet- and mobile-based interventions
KKP	Klinischer Konsens Punkt
PE	Psychoedukation
Tab.	Tabelle
TN	Teilnehmer
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Thema: Die vorliegende qualitative Studie erforscht, ob eine Handeln gegen Trägheit (HgT) Nachsorge nach Expertenmeinung angeboten werden sollte. Dabei erheben die Forschenden Form und Inhalt sowie die Rahmenbedingungen, die für eine HgT-Nachsorge benötigt werden.

Methode: In einem qualitativen Verfahren wurden in sechs leitfadengestützten Experteninterviews Informationen zu Bedarf, Art und Inhalt einer Nachsorge erhoben und näher erforscht. Die Datenauswertung erfolgte im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach den Vorgaben von Gläser und Laudel (2010).

Auswertung: Die Auswertung der Daten zeigt eine Befürwortung der Expert/-inn/-en für HgT-Nachsorge. Dabei wurden verschiedene Angebotsformen und Inhalte genannt, die in einer HgT-Nachsorge vorkommen sollten, wie beispielsweise Aktivitätsexperimente, Psychoedukation und Stressmanagement.

Resultat: Die Studienergebnisse zeigen, dass die Expert/-inn/-en sich für eine Nachsorge aussprechen und positive Möglichkeiten bezüglich des Recoveryprozesses für Klient/-inn/-en sehen. Es zeichnet sich ab, dass Nachsorge als Gruppenangebot mit klaren Inhalten angeboten werden sollte.

Abstract

Topic: This qualitative study investigates if Action Over Inertia (AOI) after-care should be offered according to expert opinion. As part of this process, the researchers ascertain the form, content, and framework required for effective AOI after-care.

Methodology: Specifics about the necessity, type and content of AOI after-care were established in six guideline-based interviews with experts. Evaluation of the collected data was conducted as a qualitative content analysis according to Gläser and Laudel (2010).

Evaluation: Analysis of the data demonstrates support for AOI after-care by the experts. Several types of activities and content that should be included in AOI after-care were suggested, such as activity-based experiments, psychoeducation and stress management.

Results: The results of this study illustrate that the experts are in favour of AOI after-care and consider it potentially beneficial to the client's recovery process. The findings indicate after-care should be structured around group-based activities with clearly outlined content.

Abstract

Onderwerp: Dit kwalitatieve onderzoek bekijkt verder of naar advies van deskundigen er behoefte aan een Action Over Internia (AOI) nazorg aanbieding is. Daarvoor verzamelen de vorsers gegevens over vorm, inhoud en raamvoorwaarden, die een AOI nazorg eist.

Methode: In een kwalitatief proces werden in zes gedefinieerde deskundigenvraaggesprekken gegevens over behoefte, manier en inhoud van zo een nazorg verzameld. De dataverwerking gebeurt naar een kwalitatief inhoudsanalyse en de richtlijnen van Gläser und Laudel (2010).

Analyse: De verwerking van gegevens tont dat deskundigen een AOI nazorg aanbevelen. Erbij worden verschillende aanbiedingsvormen en inhouden genoemd, die een AOI nazorg beinhouden zal. Bijvoorbeeld activiteitsexperimenten, psycho-educatie en stress-management.

Resultaat: De uitslag van dit onderzoek tont, dat deskundigen een AOI nazorg aanbevelen en een positieve invloed qua de herstelling voor de cliënten zien. Het tekende voor gezien, dat nazorg als groepsaanbieding met precies gedefinieerde inhouden zou worden aangeboden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Das Vorgehen	3
1.2	Begrenzungen	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Geschichte der psychiatrischen Ergotherapie	6
2.2	Empowerment	9
2.3	Action over Inertia - Handeln gegen Trägheit	10
2.3.1	Grundannahmen des Therapieprogramms	10
2.3.2	Aufbau des Therapieprogramms	11
2.3.3	Wissenschaftliche Grundlage	11
2.4	Zugrundeliegende Modelle	13
2.4.1	Das „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“	13
2.4.2	The Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)	17
2.5	Recovery	19
2.5.1	Gesundheit und Recovery	20
2.5.2	Recovery und Handeln gegen Trägheit	20
2.6	Sieben Dimensionen nach Bejerholm	22
2.7	Nachsorge	23
2.7.1	Formen der Nachsorge	25
2.7.2	Formen der Selbsthilfe	26
2.7.3	Selbsthilfegruppen	26
2.7.4	Peer-support	27
2.7.5	EX-IN	29
2.7.6	Formen der Fremdhilfe	30
2.8	Internetbasierte Nachsorge	33
2.8.1	E-Health	33
2.8.2	E-Health und HgT	34
2.9	Inhalt von Nachsorge	35
2.9.1	Psychoedukation	35
2.9.2	Stressbewältigung	35
2.9.3	Krisenbewältigung	36
2.9.4	Wiederholung	37
2.9.5	Aktivitätsexperimente	37
2.10	Beeinflussende Faktoren	38
2.10.1	Klienten- und Therapeutenfaktoren	38
2.10.2	Compliance und Adhärenz	39
2.10.3	Umgebungsfaktoren	40
2.10.4	Finanzieller Rahmen	41
3	Methode	42
3.1	Theoretische Vorüberlegungen	43

3.1.1	Forschungsfrage	43
3.1.2	Methodenwahl.....	44
3.1.3	Literaturrecherche	49
3.2	Hypothetisches Modell.....	51
3.2.1	Variablen	51
3.2.2	Das erstellte hypothetische Modell	53
3.2.3	Erläuterung des hypothetischen Modells	53
3.3	Forschungsethik	55
3.4	Interviewvorbereitung und -durchführung.....	56
3.4.1	Auswahl der Expert/-inn/-en	56
3.4.2	Erstellung des Interviewleitfadens.....	57
3.4.3	Pretest.....	59
3.4.4	Durchführung.....	60
3.4.5	Transkription und Membercheck.....	60
3.5	Methodischer Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse.....	62
3.5.1	Vorbereitung der Extraktion	62
3.5.2	Extraktion.....	63
3.5.3	Aufbereitung	64
3.5.4	Auswertung.....	65
4	Resultate.....	69
4.1	Klientenfaktoren	70
4.1.1	Förderliche Klientenfaktoren	70
4.1.2	Hemmende Klientenfaktoren	70
4.2	HgT-Therapeut/-inn/-en	72
4.2.1	Benötigte Kompetenzen	72
4.2.2	Persönliche Erfahrungen.....	72
4.3	Umweltfaktoren.....	73
4.3.1	Soziale Umwelt	73
4.3.2	Kulturelle Umwelt	73
4.3.3	Physische Umwelt	74
4.3.4	Institutionelle Umwelt	74
4.3.5	Finanzierung von Nachsorge.....	75
4.4	Handeln gegen Trägheit.....	77
4.5	Zugrundeliegende Modelle	78
4.5.1	CMCE-Skills.....	78
4.5.2	CPPF	78
4.5.3	Sieben Dimensionen von Betätigung	78
4.5.4	Sechs Säulen der Ergotherapie	79
4.6	Formen der Nachsorge	80
4.6.1	Peer-Support/ Selbsthilfe/ Selbsthilfegruppen	80
4.6.2	EX-IN.....	80
4.6.3	Fremdhilfe.....	80
4.6.4	Hometreatment	81
4.6.5	E-Health.....	81

4.6.6	Therapiestruktur	82
4.6.7	Dauer und Häufigkeit	83
4.6.8	Weitere Nachsorgeformen	83
4.7	Inhalte der Nachsorge	84
4.7.1	Wiederholbare HgT-Themen	84
4.7.2	Themen, die nicht HgT-spezifisch sind	84
4.8	Nachsorge.....	86
4.8.1	Bekanntheit und Bedarf	86
4.8.2	Nachsorge als Angebot	87
4.9	Recoveryprozess	88
4.9.1	Recovery und HgT	88
4.9.2	Recovery und Nachsorge	88
5	<i>Diskussion</i>	89
5.1	Beantwortung der ersten Leitfrage	89
5.2	Beantwortung der zweiten Leitfrage.....	91
5.3	Beantwortung der dritten Leitfrage	94
5.4	Beantwortung der Forschungsfrage	97
5.5	Diskussion der Stärken und Schwächen	99
5.5.1	Stärken	99
5.5.2	Schwächen	99
6	<i>Schlussfolgerung</i>	101
6.1	Ausblick	103
	<i>Literaturverzeichnis</i>.....	104
	<i>Anlagen</i>	116
	Anlage 1 Glossar.....	116
	Anlage 2 Abbildungsverzeichnis.....	118
	Anlage 3 Tabellenverzeichnis.....	120
	Anlage 4 Suchstrategien	121
	Anlage 5 Anschreiben an die Teilnehmer ausführlich.....	123
	Anlage 6 Anschreiben an Teilnehmer kurz.....	124
	Anlage 7 Mailverkehr	125
	Anlage 8 Vorüberlegungen zum Hypothetischen Modell.....	126
	Anlage 10 Interviewleitfaden.....	130
	Anlage 11 Definitionen der Variablen	134
	Anlage 12 Transkriptionsregeln	144
	Anlage 13 Interviewauszug	147

Anlage 14 Auszug der Extraktion im F4 Programm.....	151
Anlage 15 Extraktionstabelle	153
Anlage 16 Auswertungstabelle	154
Anlage 17 Einverständniserklärungen für die HBO-Kennisbank.....	155

1 Einleitung

Die vorliegende Studie entstand im Rahmen des eBSG-Studiengangs Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL). Das Kernthema der vorliegenden Studie besteht darin, die Meinungen von Expert/-inn/-en zu einer „Handeln gegen Trägheit“ (HgT) - Nachsorge qualitativ zu erheben.

Weltweit erleben die meisten Menschen im Verlaufe ihres Lebens eine Phase, in welcher sie von psychischen Störungen betroffen sind. Laut des systematic reviews nach Wittchen et al. (2011) ergeben Daten der europäischen Union, Island, Norwegen und der Schweiz, dass 27% der Menschen zwischen 18-65 Jahren im Erhebungsjahr mindestens eine von mehreren psychischen Störungen erlebt haben. Psychische Störungen wurden dabei als Substanzmissbrauch, Psychose, Depression, Angstzustand und Essstörung definiert. In Deutschland zeigt nach Jacobi et al. (2014) jede dritte Frau und jeder vierte Mann diagnostische Kriterien einer psychiatrischen Diagnose. Die World Health Organization (WHO) (2015) nennt, dass 25% der europäischen Bevölkerung jährlich von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen sind. Das Thema der psychischen Gesundheit bedarf aus diesen Gründen eine zunehmende Beachtung, die durch einen Aktionsplan der WHO (2015) formuliert wird.

Im psychiatrischen Bereich werden Ergotherapeut/-inn/-en häufig damit konfrontiert, dass schwer psychisch erkrankte Menschen wenig Antrieb haben. Damit geht einher, dass die Klient/-inn/-engruppe häufig keine persönlichen Ziele formulieren und sie schwer verfolgen können. Mithilfe des HgT-Manuals, das in Kanada entwickelt und durch Studien untermauert wurde, erhalten Ergotherapeut/-inn/-en ein Instrument, um Klient/-inn/-en zu befähigen und für sie bedeutungsvolle Betätigungen zu finden. Zusätzlich unterstützt es die Teilhabe in der Gesellschaft. Wenn Klient/-inn/-en bedeutungsvolle Betätigungen finden und ein Verständnis für die Vorteile dieser Betätigungen erlangen, kann sich dies positiv auf den Recoveryprozess auswirken. HgT ist die erste manualisierte, ergotherapiespezifische Intervention für den psychiatrischen Bereich und bietet somit ein einzigartiges Therapiekonzept (Edgelow & Krupa, 2011).

Ein weiterer Punkt, dem sich die psychiatrischen Einrichtungen und somit auch die Ergotherapeut/-inn/-en konfrontiert sehen, ist die Anzahl an Rückfällen. So liegt die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls zum Beispiel bei bipolaren Störungen während der Behandlung im Zeitraum eines Jahres bei fast 50% und bei vier Jahren Behandlung bei 70% (Borges-J'unior et al., 2018). Um diesen Rückfällen entgegenzuwirken und den Recoveryprozess zu steigern, ist Nachsorge ein wichtiges Thema der

Gesundheitsdienstleistenden geworden. Ergotherapeut/-inn/-en können dabei als Expert/-inn/-en für den Alltag einen wichtigen Beitrag leisten, Klient/-inn/-en zu begleiten.

Um eine Weiterentwicklung von HgT zu fördern und das Thema Nachsorge in der Ergotherapie zu etablieren, haben die Forschenden der vorliegenden Studie das Thema Nachsorge nach Abschluss der Therapieintervention HgT gewählt. Explizit soll in dieser Studie herausgefunden werden, wie die Meinungen von Expert/-inn/-en zu einem Nachsorgeangebot für psychisch erkrankte Menschen im Anschluss an HgT sind. Vor Beginn des Forschungsprozesses wurden zunächst die Übersetzer des Manuals Andreas Pfeiffer und Werner Höhl über das Forschungsvorhaben informiert und ihre Zustimmung für die vorliegende Studie eingeholt.

1.1 Das Vorgehen

Die vorliegende Studie ist dem Verlauf eines Forschungsprozesses folgend in vier Hauptbereiche eingeteilt. Kapitel eins umfasst die vorliegende Einleitung. Anschließend wird im theoretischen Hintergrund (→Kap. 2) das studierte Wissen aufgezeigt, das als Grundlage der Forschung dient. Die Methode (→Kap. 3) stellt den Forschungsprozess dar und enthält nähere Angaben zum Sampling. Nachfolgend werden im Bereich der Resultate (→Kap. 4) die Ergebnisse der Experteninterviews dargestellt. Anschließend erfolgt die Diskussion (→Kap. 5), hierbei setzen die Forschenden die Ergebnisse in Beziehung zu dem theoretischen Hintergrund. Zudem werden die Leitfragen beantwortet und die Stärken und Schwächen der Studie betrachtet. Zuletzt wird eine Schlussfolgerung (→Kap. 6) zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie gezogen. Dieser enthält einen Ausblick auf weitere Studienthemen, die die vorliegende Studie aufgedeckt hat. Der schriftliche Aufbau folgt den Vorgaben der Zuyd Hogeschool Heerlen (NL) des Fachbereichs Ergotherapie. Der Forschungsprozess folgt den Forschungsvorgaben nach Gläser und Laudel (2010).

1.2 Begrenzungen

Nachsorge ist ein zusammengefasster Begriff verschiedener Nachsorgeangebote, die über unterschiedliche Anbietergruppen variieren. Aufgrund des zeitlich begrenzten Rahmens der vorliegenden Studie wird nur auf die Hauptströmungen von Nachsorgeangeboten eingegangen, die für den ergotherapeutischen Bereich praktikabel sind. Zusätzlich wurde das Thema der verschiedenen Angebotsformen aufgrund der Vielzahl auf die wesentlichen Formen begrenzt. Des Weiteren wird die Darstellung HgT-spezifischer Modelle begrenzt, da sich der Hauptforschungsgegenstand der vorliegenden Studie auf eine HgT-Nachsorge beschränkt.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Teil beinhaltet die Darstellung der inhaltlichen Problematik und beschreibt die einzelnen Themenfelder, welche für die vorliegende Studienarbeit bedeutungsvoll erscheinen. Im ersten Unterkapitel (→Kap. 2.1) wird die Geschichte der psychiatrischen Ergotherapie mit ihren ergotherapeutischen Trends erläutert. Ein Schwerpunkt wird dabei auf Empowerment* gelegt (→Kap. 2.2), da die Sichtweise auf den individuellen Genesungsprozess durch eine Veränderungsbereitschaft der Einstellung zur eigenen Erkrankung in der ergotherapeutischen Geschichte bereits in den 1990er Jahren als wichtiger Bestandteil auftaucht und in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung gewinnt (1996). Im nächsten Unterkapitel (→Kap. 2.3) wird auf das Therapieprogramm HgT eingegangen, welches die Basis des Forschungsthemas bildet. Anschließend werden die zugrundeliegenden konzeptionellen Modelle (→Kap. 2.4) des Manuals beschrieben und der Bezug der einzelnen Modelle zum untersuchten Thema erläutert. Im darauffolgenden Unterkapitel (→Kap. 2.7) der vorliegenden Arbeit wird das Thema Nachsorge in der allgemeinen Gesundheitsversorgung erläutert, sowie der Bedarf im psychiatrischen Bereich beschrieben. Des Weiteren wird auf Nachsorge im Bereich der psychiatrischen Ergotherapie eingegangen. Die möglichen Finanzierungsstrukturen finden sich in den jeweiligen Themengebieten sowie im letzten Abschnitt (→Kap. 2.10.4) der vorliegenden Arbeit wieder. Im nächsten Unterkapitel werden die verschiedenen Formen der Nachsorge beschrieben (→Kap. 2.7). Bei der Beschreibung der verschiedenen Formen nehmen die Forschenden der vorliegenden Arbeit stetig den Bezug zu HgT, den zugrundeliegenden Modellen oder zur psychiatrischen Ergotherapie im Allgemeinen. Die Inhalte, die im Rahmen von Nachsorgeangeboten vermittelt werden können, sind im folgenden Unterkapitel (→Kap. 2.9) beschrieben. Hierbei wird stets auf Querverweise zu den bisher beschriebenen Themen hingewiesen, um die Beziehung der einzelnen Themengebiete untereinander aufzuzeigen. Im letzten Unterkapitel (→Kap. 2.10) des theoretischen Hintergrundes beschreiben die Forschenden die verschiedenen Faktoren, die ein Nachsorgeangebot positiv oder negativ beeinflussen können.

2.1 Geschichte der psychiatrischen Ergotherapie

Das folgende Kapitel gibt einen übersichtlichen Blick auf die Vergangenheit und die Entwicklung der Psychiatrie bis in die Gegenwart und setzt den Schwerpunkt hierbei auf die psychiatrische Ergotherapie.

Die Ergotherapie spielt in der Geschichte der Psychiatrie schon lange eine Rolle. Bereits seit der Antike wird Beschäftigung und Arbeit bei der Behandlung psychisch kranker Menschen von ärztlichem Fachpersonal beschrieben (Schaal, 1986; Reuster 2006; zitiert nach Reuster, von Sprei, Maritus, Unterberger, & Brooks, 2015). Während der Renaissance (etwa 1400-1600) war die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in erster Linie eine kirchliche Angelegenheit (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019). „Geisteskranke“ wurden aus der Gesellschaft ausgegrenzt und in sog. „Irrenhäuser“ geschafft, welche Gefängnisse ähnelten. Da sie als Bedrohung und Lächerlichkeit der Welt angesehen wurden, wurde eine Entlassung dieser Klienten nicht angestrebt (Radenbach & Wiesemann, 2016). Anfang des 18. Jahrhunderts wurden sie als Wahnsinnige, Narren und Tolle dargestellt und durch beispielsweise Isolierzellen, ruhiggestellt. Damit Klienten sich aktiv betätigen, wurden Peitschenschläge, kalte Duschen und Brenneisen eingesetzt.

Ein wichtiger Denker dieser Zeit war Philippe Pinel, ein Arzt für psychisch Kranke in Paris. Er plädierte dafür, dass Patienten ohne Zwangsmaßnahmen behandelt wurden. Des Weiteren setzte er sich für den Einsatz von Aktivitäten bei einfachen Arbeiten im Haus ein, wie beispielsweise Wäsche waschen, im Garten arbeiten oder Kartoffeln schälen (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019).

Im frühen 19. Jahrhundert war Samuel Tuke eine einflussreiche Persönlichkeit, welcher eine Reihe von Einrichtungen für psychisch Erkrankte in England betrieb. Bei ihm wurden weder Ketten, noch körperliche Bestrafungen angewandt. Alle Patienten trugen normale Kleidung und wurden dazu angehalten, frühere Betätigungen wieder aufzunehmen und an sportlichen Übungen sowie an unterschiedlichen Arbeiten teilzunehmen. Wie Pinel sah Tuke, dass es für die Genesung und das Wohlbefinden eines kranken Menschen wichtig ist, sinnvollen Betätigungen nachzugehen. Das Personal der Einrichtungen unterstützte dabei Aktivitäten zu finden, durch die ein Erkrankter sein Selbstwertgefühl wiedererlangen und mehr Kontrolle über sich selbst bekommen konnte. Jeder Mitarbeiter einer solchen Einrichtung, wie beispielsweise der Arzt, die Schwester oder auch der Hausmeister konnte diese Rolle übernehmen (ebd.).

Im 20. Jahrhundert prägte die Sichtweise der nationalsozialistischen Rassenbiologie die Anstalten. Damit Kosten gespart wurden, wurden die Klienten ohne Einwilligung sterilisiert, da sie als „unbrauchbar“ und „unproduktiv“ galten (Roer, 1992).

Als der zweite Weltkrieg ausbrach, begann der Massenmord an Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (Weißer, 2010). So wurden beispielsweise im Deutschen Reich 160.000 Menschen umgebracht. Hierzu zählten psychisch Erkrankte, geistig behinderte Menschen sowie „Landstreicher“ und „Asoziale“ (Schott & Tölle, 2006).

In den 50er und 60er Jahren wurden erste Veränderungen unternommen, um die Psychiatrien zu modernisieren und die Unterkünfte zu verbessern (1955-1970). Hierbei waren Psychopharmaka und „Beschäftigungstherapie“ neue Fortschritte, welche zum Wohlbefinden der Erkrankten beitrugen (Weißer, 2010).

Im Jahr 1971 wurde vom Bundestag die Enquete-Kommission berufen. Diese stellte Untersuchungen an, wie der Zustand in den Kliniken war und leitete eine Reform in den Psychiatrien ein (Radenbach & Wiesemann, 2016). Im Jahr 1975 wurde diese veröffentlicht und angewandt (Finzen, 2015).

Die folgenden vier Prinzipien wurden in der psychiatrischen Versorgung entwickelt und stellen auch heute noch den Maßstab der Psychiatrie dar:

- Ortsnahe Versorgung
- Gleichberechtigung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, von Menschen mit körperlichen Erkrankungen und gesunden Menschen
- Ganzheitliche Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und körperlichen Behinderungen
- Abstimmung aller vor Ort tätigen Organisationen zum Wohlbefinden aller Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und körperlichen Behinderungen

Mithilfe der Reform verkürzte sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Kliniken auf etwa 30 Tage. Stetig nahmen komplementäre Einrichtungen wie Kontaktstellen, Tagesstätten und Wohnheime zu. Die Zahl von Selbsthilfeorganisationen wuchs stetig (Kubny-Lüke, 2009).

Seit dem Jahr 1991 definiert die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) den Standard für eine zweckmäßige, wirtschaftliche und ausreichende Personaldeckung den stationären Bereich (Wolff et al., 2015).

1992 wurde der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen gegründet, welcher sich für die Weiterentwicklung therapeutischer Maßnahmen in der Psychiatrie sowie für eine Entstigmatisierung und Empowerment einsetzt. Im Jahr 2001 trat das neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft, welches Vorschriften zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen enthält. Hierin wird beispielsweise festgehalten, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung Maßnahmen zur gesellschaftlichen Teilhabe zur Verfügung gestellt werden müssen und dass sie ein Recht auf berufliche Rehabilitation haben.

Am 01.01.2007 wurde die Gesetzesreform zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) beschlossen. Statt Preise und Kosten für unterschiedliche Klientengruppen zu ermitteln, werden seitdem Maßstäbe für Budgetverhandlungen festgelegt, welche die strukturellen und regionalen Besonderheiten berücksichtigen (Cuntz, Kruse, Hildebrand, & Heuft, 2017).

In der heutigen Zeit wird die Notwendigkeit von Betätigung im Alltag und in der Behandlung von psychiatrischer Klientel allgemein angenommen. Eine Behandlung in einer modernen psychiatrischen Klinik ohne organisierter praktischer Betätigung ist kaum denkbar (Reuster et al., 2015). Dadurch ist die ergotherapeutische Behandlung in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung sehr verbreitet, jedoch nicht unumstritten (ebd.). Dies bekräftigt auch die DGPPN (2018) in ihrer S3 Leitlinie und vergibt für Ergotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen den Empfehlungsgrad B mit Evidenzebene 1b. Grund dafür ist, dass kaum aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit vorliegen. In der aktuellen Literatur wird stetig beschrieben, dass sich die Ergotherapie im Bereich der Psychiatrie derzeit in einem starken Wandel befindet. Reuster et al. (2015) geben als Gründe für diesen Wandel sich verändernde Rahmenbedingungen, wie beispielsweise eine sinkende Behandlungszeit, an. Auch die Professionalisierung der Ergotherapie und die Notwendigkeit kontrollierter Qualität werden als Gründe aufgeführt (ebd.). Insbesondere die Akademisierung wird als Chance angesehen, den Nutzen der psychiatrischen Ergotherapie mit Evidenz zu hinterlegen (Reuster et al., 2015; DGPPN, 2018). Pfeiffer (2018) bestätigt ebenfalls genannte Aussagen. Es sollen einerseits effektive Therapiemethoden angeboten werden, andererseits möglichst keine materiellen, finanziellen oder zeitlichen Ressourcen belastet werden (ebd.). Um diesem Anspruch gerecht zu werden, benötigt es, wie bereits genannt, gut definierte und evidenzbasierte Angebote (ebd.). Nach Meinung der Forschenden der vorliegenden Studie kann HgT ein solches Angebot darstellen, weshalb die Forschung zu diesem Therapieprogramm weiter vertieft werden sollte.

2.2 Empowerment

Empowerment wird von der Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (2002) als ein wichtiger Teil von Ergotherapie angesehen. Auch in der psychiatrischen Grundversorgung spielt Empowerment, wie im folgenden Abschnitt beschrieben, eine zunehmend wichtige Rolle (DGPPN, 2018) und zeigt somit einen Trend, hin zu einer klientenzentrierten Behandlung, auf. Empowerment stellt außerdem einen wichtigen Grundsatz im Recovery-Prozess (Kapitel) dar (ebd.). In diesem Kapitel wird nun Empowerment näher definiert und der Zusammenhang zum Forschungsthema dargestellt.

Historisch betrachtet entstand die Empowerment-Bewegung in den 70er Jahren aus der Civil Rights Movement, Independent Living Movement sowie dem Disabilities Rights Movement und hat sich bis zum heutigen Tag entwickelt. Im Zuge der Empowerment-Bewegung definiert die WHO (1998) Empowerment als einen Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit betreffende Entscheidungen und Handlungen gewinnen. In dem ergotherapeutischen Modell Canadian Model of Occupational Therapy and Engagement (CMOP-E) wurde Empowerment als wichtiger Bestandteil integriert (Townsend & Polatajko, 2013). Die CAOT definiert daher Empowerment als ergotherapiespezifisch. Nach CAOT (2002) ist Empowerment ein persönlicher sowie sozialer Prozess, der sichtbare und unsichtbare Beziehungen so verändert, dass die Macht gleichmäßiger verteilt wird. Eine aktuelle Sichtweise zu Empowerment zeigt Dr. Karen Whalley Hammell (2016) auf. Hammell (ebd.) integriert in ihrer neuen Empowerment Perspektive die Definition der World Bank von 2014. Sie benennt beispielsweise, dass das ergotherapeutische Fachpersonal einen Glauben an die Fähigkeit und Möglichkeit des „Tuns“ schafft, wodurch ein Bezugsrahmen definiert wird. Dieser Bezugsrahmen konzentriert sich darauf, dass ein Mensch die Fähigkeit besitzt, das zu tun was er sich wünscht und nach diesen Wünschen handelt. Die Aussage der World Bank, dass empowernde Menschen sowohl Wahlfreiheit als auch Handlungsfreiheit haben, deutet nach Hammell (2016) darauf hin, dass Empowerment ein relevantes Konzept für Ergotherapeuten ist.

Neben dieser aktuellen Definition ist Empowerment schon lange ein wichtiger Bestandteil der Ergotherapie und in mehreren Modellen, wie dem CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013), fest integriert. Da das CMOP-E der HgT Intervention zugrundeliegt, spielt Empowerment ebenfalls eine wichtige Rolle. Zudem wird in der S3 Leitlinie von Gühne et al. (2019) die Aussage getätigt, dass Menschen mit einer schweren psychischen Störung ein Recht auf Empowerment haben.

HgT trägt in diesem Kontext dazu bei, Empowerment zu fördern, indem es den/die Klient/-en/-in darin unterstützt eine selbstgewählte Betätigung wieder zu erleben und dauerhaft durchzuführen.

2.3 Action over Inertia - Handeln gegen Trägheit

Wie bereits im Kapitel Geschichte der Psychiatrie (→Kap. 2.1) benannt, benötigt es evidente Therapieprogramme, um die Trends im Gesundheitssystem aktiv mitzugestalten. HgT kann hier eine wichtige Lücke schließen und bildet deshalb die Basis der vorliegenden Forschungsarbeit. Um das nötige Hintergrundwissen für das Forschungsthema darzulegen, wird im Folgenden das Therapieprogramm mit seinen zugrundeliegenden Modellen definiert und beschrieben.

Das deutsche Therapiemanual „Handeln ermöglichen-Trägheit überwinden“ ist eine Übersetzung der kanadischen Intervention „Action over Inertia“. Action over Inertia wurde im Jahr 2010 von einem Team um die kanadische Ergotherapeutin Prof. Dr. Terry Krupa entwickelt.

Das Therapieprogramm unterstützt die Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am alltäglichen Leben und soll Klienten dazu befähigen, „Gesundheit und Wohlbefinden im Zusammenhang mit Aktivität und Teilhabe zu realisieren“ (Krupa et al., 2017, S. 17). Das Manual richtet sich an praktizierende Ergotherapeuten im psychiatrischen Setting. Laut den Autoren ist das Manual auch in anderen Kontexten sinnvoll einzusetzen (ebd.). Der Ergotherapeut befähigt den Klienten mithilfe des Manuals zu gesundheitsfördernden Aktivitäten und Aktivitätsmustern.

Im Folgenden werden die Grundannahmen, der Aufbau des Therapieprogramms sowie die wissenschaftliche Grundlage näher erläutert.

2.3.1 Grundannahmen des Therapieprogramms

Die Forschenden der vorliegenden Studie untermauern ihr Manual mit den folgenden zwei konzeptionellen Modellen: Dem CMOP-E und dem Recovery-Modell, welches zu dem Bereich der psychiatrischen Gesundheitsfürsorge gehört. Das CMOP-E (→Kap. 2.4.1) legt den Schwerpunkt auf die Betätigung sowie der Grundannahme, dass die Betätigung die Grundlage für Gesundheit und Wohlbefinden ist (Townsend & Polataiko, 2013).

Das Recovery Modell beschreibt einen individuellen fortlaufenden Prozess, der ein zufriedenstellendes Leben anstrebt, trotz Vorhandensein krankheitsbedingter Einschränkungen (→Kap. 2.5). Des Weiteren bauen die Autoren ihr Konzept nach der Definition von Beteiligung an Betätigung von Bejerholm und Eklund (2006) auf (→Kap. 2.6). Hierbei liegt ein besonderer Wert auf der emotionalen Verbindung von Aktivitäten, bei denen der Handelnde eine Bedeutung erfährt. Zusätzlich sollte die Aufmerksamkeit weniger auf einzelne Aktivitäten gerichtet werden, sondern auf Aktivitätsmuster im typischen Tages- und Wochenablauf (Krupa et al., 2017). Das Arbeitsbuch betrachtet vorherige Aktivitäten als

Grundlage für Veränderungen und geht davon aus, dass selbst kleine positive Veränderungen das Potenzial haben, zukünftige Aktivitäten und Aktivitätsmuster zu beeinflussen (ebd.). Des Weiteren wird beschrieben, dass eine soziale Interaktion Bedeutung und Freude sowie eine Unterstützung bieten. Die Aktivitäten sollten daneben nicht nur in der Gemeinschaft stattfinden, sondern die Person sollte auch ein Teil dieser Gemeinschaft sein (ebd.).

2.3.2 Aufbau des Therapieprogramms

HgT ist in sieben Kapitel gegliedert, welches dem Therapeuten eine strukturierte Vorgehensweise ermöglicht. Hierbei muss jedoch nicht linear vorgegangen werden. Die Reihenfolge und Verwendung unterschiedlicher Arbeitsblätter kann im Rahmen der Klientenzentrierung individuell angepasst werden (Krupa et al., 2017). Das Manual beginnt mit einer Analyse der aktuellen Aktivitätsmuster mithilfe eines Zeitnutzungsprotokolls. Anschließend werden die einzelnen Aktivitäten in die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit und Erholung eingeteilt. Zusätzlich notiert der Klient, welche soziale Interaktion er bei den Betätigungen erfährt und wie sein Zugang zur Gemeinschaft ist. Anschließend befähigt der Therapeut den Klienten dazu, seine Betätigungen zu reflektieren und Aktivitätsveränderungen in Form von Aktivitätsexperimenten zu planen. Verknüpft der Klient diese Experimente mit positiven Erfahrungen, sollen diese in den Alltag integriert werden.

2.3.3 Wissenschaftliche Grundlage

Das Manual wurde bereits in zwei Pilotstudien überprüft. Hierzu zählt die kanadische Studie „Randomized Controlled Pilot Study of an Occupational Time-Use Intervention for People With Serious Mental Illness“, welche die Wirksamkeit und den klinischen Nutzen der Action over Inertia Intervention bestätigte (Edgelow & Krupa, 2011). Die Vergleichsgruppe der Studie zeigte einen geringeren Zeitanteil mit Ruhen und Schlafen als die Kontrollgruppe. Bei anderen Dimensionen von aktivitätsbezogener Gesundheit gab es keine signifikanten Abweichungen (Krupa et al., 2017). Zusätzlich wurde die Intervention HgT im Jahr 2015 durch Andreas Pfeiffer und Werner Höhl in einer weiteren Pilotstudie untersucht. Hierbei kam es zu dem Ergebnis, dass die Teilnehmer der Interventionsgruppe (HgT) nach der Intervention durchschnittlich 3,5 Stunden Zeit mit Aktivitäten aus dem Bereich Selbstversorgung verbrachten und die der Kontrollgruppe (TAU-übliche Ergotherapie in den Ergotherapieräumen) 0,5 Stunden (Pfeiffer & Höhl, 2018). Die Ergebnisse der Studie unterstützen die Wirksamkeit des Therapiemanuals, die bisherigen Ergebnisse aus dieser und vorangegangenen Studien reichen jedoch nicht für empirische Wirksamkeitsbelege aus (ebd.).

Eine weltweite Recherche aus dem Jahr 2014 zeigte, dass Action over Inertia in der psychiatrischen Ergotherapie das einzige evidenzbasierte therapeutische Angebot mit systematisierten und klar beschriebenen Therapieinhalten war (Pfeiffer, 2018).

Jedoch wurde im selben Jahr eine weitere manualisierte Intervention entwickelt, welche ein Gruppenangebot ist und den Aktivitätsaufbau im Alltag der/des Klient/-in/-en in den Mittelpunkt stellt. Dies ist das von Sue Parkinson (2014) entwickelte Manual „Recovery Through Activity“.

Eine Weiterentwicklung von Action over Inertia ist in vollem Gang. Die Intervention wurde in Kanada in den letzten Jahren bereits für unterschiedliche Zielgruppen adaptiert, beispielsweise in der Grundversorgung (Primary Care), Prävention, Forensik und bei Klient/-inn/-en mit Schmerz, Angststörung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Demenz (Pfeiffer, 2017). Die deutsche Übersetzung gibt es bereits für Klient/-inn/-en mit chronischen Schmerzen sowie für die posttraumatische Belastungsstörung.

2.4 Zugrundeliegende Modelle

Um die Sichtweise des Therapieprogramms HgT auf den/die Klient/-en/-in zu verstehen, werden in den folgenden Abschnitten auf die zugrundeliegenden Modelle des Therapieprogramms eingegangen. Dabei wird zunächst das kanadische Triplet beschreiben. Anschließend werden in eigenständigen Unterkapiteln Recovery (→Kap. 2.5) sowie die sieben Dimensionen von Aktivität nach Bejerholm (→Kap. 2.6) dargestellt.

2.4.1 Das „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“

Das HgT Programm knüpft „an verbreitete ergotherapeutische Modelle wie das Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2007), das CMOP-E (Polatajko et al., 2007) und das Occupational Performance Model (Australia) (OPMA) (Ranka/Chapparo, 1997) an“ (Pfeiffer, 2017, S. 24). Aufgrund des zeitlichen Rahmens der vorliegenden Studie beschränken sich die Forschenden auf das CMOP-E. Innerhalb des Handbuchs (Krupa et al., 2017) findet das CMOP-E die stärkste Beachtung und wird als eins von zwei konzeptionellen Modellen neben dem Recovery-Modell betitelt. Eine besondere Stärke des CMOP-E besteht darin, neben den Leistungsaspekten von Betätigung auch die individuellen Erfahrungen mit Betätigungen zu berücksichtigen (Krupa et al., 2017). Es bietet einen Rahmen, um zu verstehen, dass eine schwere psychische Erkrankung im Kern die motivationalen Prozesse einer Person stört und somit Auswirkungen auf die emotionale Verbindung zur Betätigung hat (ebd.). Außerdem stellt das Modell die Sichtweise des Ergotherapeuten auf seinen/ihren Klient/-en/-in im Rahmen einer HgT-Behandlung dar, weshalb das Modell in der vorliegenden Studie im Folgenden genauer definiert wird.

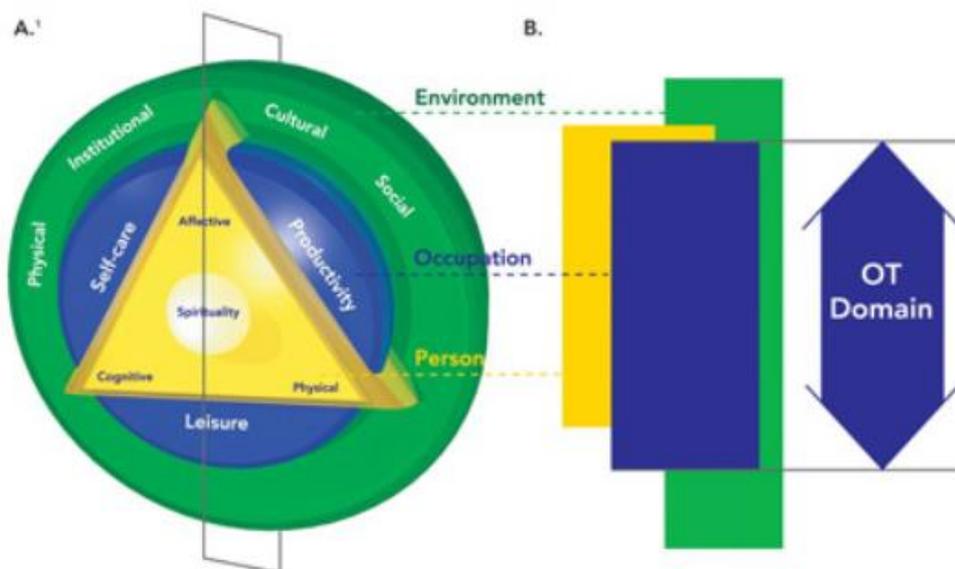
Die Entstehung des Modells begann im Jahr 1997 als die CAOT das Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) eingeführt hat. Hierbei wurde der Fokus der Ergotherapie auf die Betätigungsperformance und die klientenzentrierte Arbeit gelegt (Townsend & Polatajko, 2013). Es folgte eine kontinuierliche Weiterentwicklung, sodass im Jahr 2007 das CMOP-E entstand, wobei das „E“ für „Engagement“ steht (ebd.). Durch „Engagement“ wird betont, dass sich die aus der Betätigung resultierende Zufriedenheit und die der Aktivität individuell beigemessene Bedeutung auf die Partizipation, Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken (Townsend & Polatajko, 2013). Das CMOP-E ist ein Inhaltsmodell, welches die holistische ergotherapeutische Betrachtungsweise darstellt (Townsend & Polatajko, 2013). Es erklärt die dynamische Interaktion zwischen der Person, Betätigung und Umwelt.

Die Abb. 1 zeigt, dass die Person als Dreieck dargestellt wird. Hierbei kann die Individualität einer Person anhand von drei Performanzkomponenten beschrieben werden: Der kognitiven, der affektiven und der physischen Komponente. Der Schwerpunkt einer Person wird auf die Spiritualität des Menschen gelegt. Das Phänomen der Spiritualität zeichnet sich durch

persönliche Merkmale eines Individuums mit seinen individuellen Werten und Gedanken aus, welche wiederum durch die Umwelt und Lebenswelt geprägt werden (Law et al., 2017; Townsend & Polatajko, 2013). Des Weiteren benennt das CMOP-E drei Betätigungsbereiche, welche im blauen Kreis der Abb. 1 dargestellt werden: Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Das Modell geht davon aus, dass Betätigung eine essentielle Bedeutung für die eigene Gesundheit und das Wohlbefinden hat (Krupa et al., 2017; Townsend & Polatajko, 2013). Die Bereiche können je nach Kontext und Alter unterschiedliche Betätigungen beinhalten. So ist beispielsweise bei einem Kind „spielen“ in den Bereich der Produktivität und bei einem Menschen im berufstätigen Alter in den Bereich der Freizeit einzuordnen.

Die Person ist in ihre Umwelt eingebettet, welche den äußeren grünen Kreis der Abb. 1 darstellt. Die Umwelt wird in vier Formen eingeteilt: Die kulturelle, die institutionelle, die physische sowie die gesellschaftliche Umwelt. Die Betätigung wird in dem Modell als Brücke zwischen der Person und der Umwelt betrachtet, da ein Individuum durch Betätigungen in ihrer Umwelt agiert (Polatajko et al., 2013). Die Umwelt wiederum kann Einfluss auf die Behandlung und somit auch auf ein mögliches Nachsorgeangebot haben. Diese Auswirkungen werden im Unterkapitel Beeinflussende Faktoren (→Kap. 2.10) dargestellt.

Figure 1.3 The CMOP-E: Specifying our domain of concern



A. Referred to as the CMOP in *Enabling Occupation* (1997a, 2002) and CMOP-E as of this edition
 B. Trans-sectional view

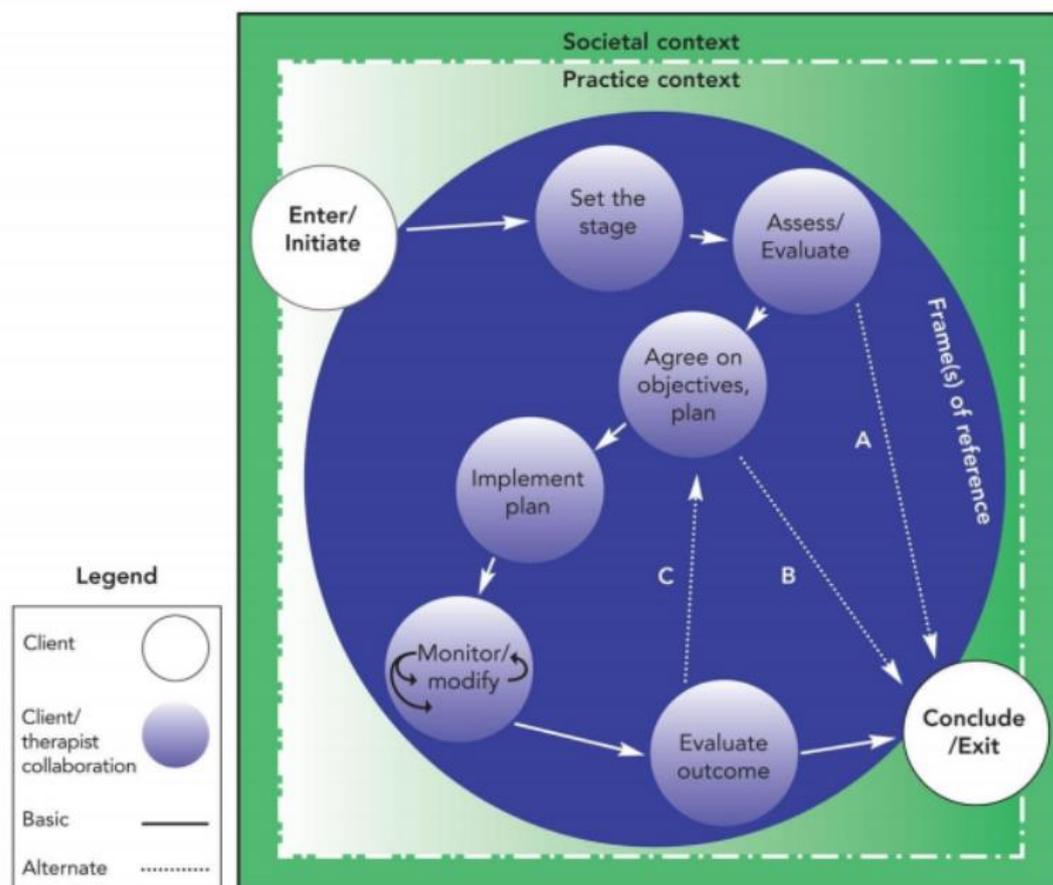
Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J. (2007). *Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)*. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision of Health, Well-being, & Justice through Occupation*. p.23 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Abb. 1 CMOP-E (Townsend & Polatajko, 2013)

Bezüglich des Forschungsthemas ist es bedeutsam, das „Canadian Practice Process Framework“ (CPPF) mit seinen acht Prozesselementen, den action points, zu betrachten. Denn das Thema Nachsorge sollte nach Meinungen der Forschenden der vorliegenden Studie ein fester Bestandteil im ergotherapeutischen Praxisprozess darstellen. Im Folgenden werden die einzelnen action points beschrieben und auf das Thema Nachsorge eingegangen.

Das auf Enablement (→Kap. 2.4.2) basierende Framework hält die Prinzipien der klientenzentrierten, evidenzbasierten und berufsbezogenen Praxis aufrecht und besteht aus Kontext- und Prozesselementen (Townsend & Polatajko, 2013). Das CPPF, welches die Anwendung in verschiedenen Praxiskontexten ermöglicht, ist zielorientiert und kann für Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Gemeinschaften, Organisationen und Bevölkerungen verwendet werden (ebd.).

Figure 9.1 Canadian Practice Process Framework (CPPF)



Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian Practice Process Framework. In E. A. Townsend & H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation* (p. 233). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Abb. 2 CPPF (Townsend & Polatajko, 2013)

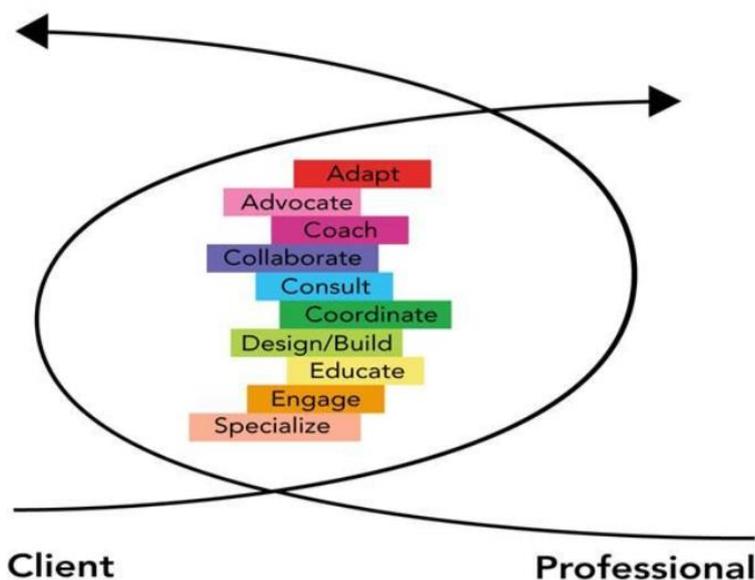
Die Abb. 2 veranschaulicht das dynamische Wechselspiel zwischen dem/der Klient/-en/-in und dem/der Ergotherapeut/-en/-in. Es unterstützt ergotherapeutisches Fachpersonal bei der Zusammenarbeit mit den Klienten und rückt die Ausführung des Betätigens und die Teilhabe des/der Klient/-en/-in ins Zentrum der Intervention (le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019). Das CPPF wird im Therapieprozess in vier separaten Aspekten beschrieben. Drei der Elemente sind kontextbasiert: der gesellschaftliche Kontext (der äußere Kasten), der Praxiskontext (der innere Kasten) sowie der Bezugsrahmen (der große Kreis). Der gesellschaftliche Kontext beinhaltet die physische, soziale, kulturelle sowie institutionelle Umwelt. Der Praxiskontext beschreibt die Therapeuten-Klienten-Beziehung. Die Anbahnung dieser Beziehung zwischen Klient/-in und Therapeut/-in führt die persönlichen und umweltbezogenen Faktoren zusammen. Die Beziehung verbindet den Verhaltenskodex mit der Ethik des/der Ergotherapeut/-en/-in und beeinflusst die Wahrnehmungen des/der Klient/-en/-in über seine Rolle im Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses. Der Bezugsrahmen (Frames of References) beschreibt die Theorien, Modelle sowie den praktischen Blick des/der Therapeut/-en/-in bezüglich des Therapieprozesses. Das vierte Element ist prozessbasiert und wird durch acht action points (die acht kleinen Kreise) dargestellt, welches den Prozess des ergotherapeutischen Enablements zeigt. Die Aktionspunkte umfassen nicht nur die Prozesse der Befundung, Intervention und Ergebnisbewertung. Sie spezifizieren auch Aspekte des praktischen Prozesses, die oft nicht explizit gemacht werden: eintreten/initiieren, Rahmenbedingungen klären, befunden/beurteilen, sich auf Ziele und einen Plan einigen, Plan umsetzen, überwachen/verändern, das Ergebnis bewerten sowie zu einem Ergebnis kommen/beenden.

Innerhalb der vorliegenden Studienarbeit ist es von Interesse, die Meinungen von Ergotherapeut/-inn/-en und Expert/-inn/-en bezüglich eines möglichen Nachsorgeangebotes und dem damit verbundenen Therapieprozesses zu erfahren. Hierbei kann das CPPF eine tragende Rolle in der Entscheidungsfindung haben. Der gesellschaftliche Kontext des/der Klient/-en/-in, und damit das Eingebettet sein in der Umwelt, kann bei der Auswahl der Form und des Inhaltes einer Nachsorge (→Kap. 2.7 & →Kap. 2.9) eine entscheidende Rolle spielen. Der Praxiskontext und der Bezugsrahmen sind grundlegende Aspekte einer professionellen ergotherapeutischen Haltung, welche das Nachsorgeangebot ebenfalls in ihrer Form und des Inhaltes beeinflussen kann. Der prozessbasierte Aspekt gibt dem/der Therapeut/-en/-in eine Struktur in der Vorgehensweise der Therapie, welche bei Nachsorgeangeboten ebenfalls eine Beachtung finden könnte. Hierbei wäre es möglich, die Struktur beizubehalten oder Veränderungen in der Vorgehensweise vorzunehmen, welche sich den Bedingungen der Klientel anpassen. Dies gilt es in der vorliegenden Studie näher zu beleuchten.

2.4.2 The Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE)

Die Weiterentwicklung des CMOP-E bringt die Einführung des CMCE mit sich. Das CMCE ist ein Modell, das „Enablement“ als Kernkompetenz der Ergotherapie hervorhebt und diese Fähigkeit durch zehn Kompetenzen detailliert beschreibt. Enablement bedeutet im Hinblick auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klient/-in und Therapeut/-in, individuelle und soziale Veränderung durch Betätigung oder das Einbinden in Betätigung zu bewirken (Townsend & Polatajko, 2007; 2013). Ein zentrales Merkmal der grafischen Darstellung des CMCE (Abb. 3) sind die asymmetrisch gebogenen Linien, welche die Dynamik, die Veränderlichkeit sowie das Eingehen von Risiken in der therapeutischen Beziehung symbolisieren (Townsend & Polatajko, 2013). Die beiden Schnittpunkte der Linien stellen den Anfang (unterer Punkt) und das Ende (oberer Punkt) des therapeutischen Kontextes dar (ebd.). An dieser Stelle ist die enge Verknüpfung mit dem CPPF (→Kap. 2.4.1) zu erkennen, da die beiden Aktionsschritte eins und acht Beginn und Abschluss der Therapie kennzeichnen und der therapeutische Prozess somit die zehn Schlüsselfertigkeiten des CMCE einschließt (ebd.).

Figure 4.3 Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE)



Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J., & Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement. In E. A. Townsend and H. J. Polatajko, *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. p. 110 Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Abb. 3 CMCE (Townsend & Polatajko, 2013)

In der vom CAOT genehmigten deutschen Übersetzung werden die zehn wichtigsten Enablement-Skills folgendermaßen sinngemäß beschrieben:

- **Anpassen („adapt“):** Bezieht sich auf Anwendungszwecke und Situationen, so kann zum Beispiel die Durchführung einer Betätigung/Handlung in Bezug auf ihre Anforderungen und die entsprechenden Umweltbedingungen angepasst werden.
- **Fürsprechen („advocate“):** Sich für und mit Menschen für etwas einsetzen, zum Beispiel im Rahmen von Lobbyarbeit.
- **Coachen („coach“):** Bezeichnet eine Partnerschaft mit Klient/-inn/-en, mit dem Ziel in verschiedenen Lebensbereichen, wie zum Beispiel in der Selbstversorgung, Produktivität oder Freizeit, bestmögliche Ergebnisse und eine möglichst hohe Lebensqualität zu erzielen.
- **Zusammenarbeiten („collaborate“):** Beschreibt die Zusammenarbeit mit Klient/-inn/-en und anderen Stake- oder Shareholders zur Erreichung gemeinsamer Ziele.
- **Beraten („consult“):** Meint den Austausch von Ansichten, die Absprache mit Klient/-inn/-en sowie beispielsweise dem interdisziplinären Team oder auch die Beratungstätigkeiten im individuellen, institutionellen oder auch im Gemeindeforum.
- **Koordinieren („coordinate“):** Beschreibt das Koordinieren gemeinschaftlicher Aufgaben zur Erreichung eines bestimmten Effekts. Beispiele hierfür sind das integrieren von Klient/-inn/-en, Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen zu verbinden oder auch Informationen zu dokumentieren.
- **Entwerfen/Konstruieren („design/build“):** Bezieht sich auf die Verwendung von Produkten, wie beispielsweise assistiver Technologie oder die Anfertigung von Hilfsmitteln. Entwerfen bezieht sich jedoch auch auf die Umgebungsgestaltung oder die Konzeption und Erbringung therapeutischer Dienstleistungen.
- **Informieren („educate“):** Bezeichnet die Anwendung von edukativen Verfahren mit Klient/-inn/-en, wie zum Beispiel die Anleitung in der Durchführung von Aktivitäten.
- **Beteiligen/sich einbringen („engage“):** Beschreibt die Fertigkeit, Klient/-inn/-en ins konkrete Tun und zur Teilhabe zu bringen, damit sich diese aktiv einbringen.
- **Spezialisieren („specialize“):** Meint die situationsbezogene Anwendung spezifischer therapeutischer Verfahren oder Techniken, die Klient/-inn/-en darin unterstützen, an Betätigungen/Handlungen teilzuhaben oder ihre Selbstbestimmung zu erhöhen (ebd.).

Nach Meinungen der Forschenden der vorliegenden Studie können alle der eben genannten Skills bei einem ergotherapiespezifischen Nachsorgeangebot zum Thema HgT von Bedeutung sein. Das Interesse dieser Forschung besteht darin, herauszufinden, welche speziellen Kompetenzen nach Meinungen von Ergotherapeut/-inn/-en sowie von Expert/-inn/-en essentiell sind, um das beschriebene Nachsorgeangebot anzubieten.

2.5 Recovery

Ein weiteres konzeptionelles Modell bildet das Recoverymodell. Nach Winter, Radtke und Berger (2015) bedeutet Recovery in der konkreten Übersetzung „Erholung, Genesung, Wiedergewinnung“. Die Entwicklung des Recovery-Konzeptes, so wie es in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung angewandt wird, wird im Allgemeinen Patricia Deegan zugeschrieben. Diese beschreibt Recovery als eine persönliche Reise mit erheblichem Einfluss auf die Bereitstellung psychiatrischer Versorgungsdienste. Sie benennt, dass das Ziel einer Person mit psychiatrischer Erkrankung durch den Recoveryprozess darin besteht, zu „jenem eindrucksvoll-einzigartigen und nicht wiederholbaren Menschen zu werden, zu dem wir berufen sind“ (Deegan, 1996, S. 92). Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams und Slade (2011) definieren Recovery in ihrer Studie als einen zutiefst persönlichen, einzigartigen Prozess zur Veränderung der eigenen Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen. Recovery ist eine Art und Weise, ein zufriedenstellendes, hoffnungsvolles und mitwirkendes Leben zu führen, auch wenn die Einschränkungen durch Krankheiten verursacht werden. Trotz dieser Beschreibung existiert keine generalisierte Definition von Recovery, auch nicht im ursprünglichen psychosozialen Kontext (Winter, Radtke & Berger, 2015). Nach Amering und Schmolke (2007) ist die Gemeinsamkeit aller Definitionen, dass es sich bei Recovery meist um einen individuellen fortlaufenden Prozess handelt, der sich an den wesentlichen Werten und Zielen des betroffenen Menschen orientiert. Zum Ursprung nennen Winter, Radtke und Berger (2015), dass Recovery aus der Selbsthilfebewegung und aus dem psychosozialen Betreuungsbereich hervorging. Seither erlebt Recovery nach Kammer-Spohn (2013) in zahlreichen Ländern eine hohe Resonanz, welches sich durch etliche Veröffentlichungen hierzu bestätigt. Im britischen Gesundheitssystem wurde die Recovery-orientierung schon gesetzlich verankert (ebd.). Recovery hat einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem angeregt, welcher sich in Deutschland auf die psychiatrische Behandlung auswirkt. Nach Kammer-Spohn (2013) sind in der Leitlinie bipolare Störung der DGPPN zentrale Punkte einer recoveryorientierten Behandlung aufgenommen worden und nehmen hierdurch Einfluss auf die deutsche psychiatrische Behandlung. Auch in der Leitlinie von Gühne et al. (2019) wird auf Recovery als wichtiger Bestandteil der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen eingegangen. So nennen Gühne et al. (2019), dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt und u.a. die Individualität gestärkt werden sollte. Zusätzlich sollte die eigene Inklusion in allen Lebensbereichen sowie die Lebensqualität gefördert werden (ebd.)

Unter Berücksichtigung dieser Quellen ist Recovery ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Behandlung und findet somit in der vorliegenden Studie eine hohe Beachtung.

2.5.1 Gesundheit und Recovery

Die WHO (1948, S. 1) definiert Gesundheit als „a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“. Diese Definition war nach Huber et al. (2011) für diese Zeit bahnbrechend, da sie die vorherrschende, negative Definition von Gesundheit ablöste und erstmalig den physischen, mentalen und sozialen Bereich umfasste. Nach Huber et al. (2014) ist eine Erneuerung der genannten Definition von Gesundheit notwendig. In Präventionsprogrammen wird davon gesprochen, dass der Gewinn von Lebensjahren weniger relevant sein kann als die gesellschaftliche Partizipation. Eine Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit kann relevanter und realistischer sein als eine vollständige Genesung (ebd.). An diesem Punkt ähneln sich die Definitionen von Recovery und Gesundheit. Beide Definitionen enthalten die Begriffe gesellschaftliche Beteiligung, relevante Betätigung sowie dauerhafter Prozess. Krupa (2014) beschreibt zu diesem Paradigmenwechsel, dass es früher eher um Symptomatik und Re-Hospitalisierungsintervalle* ging. Aktuell geht es mehr um Indikatoren, die auf Fortschritte im Bereich Recovery hinweisen. Recovery und Gesundheit sind im psychiatrischen Kontext also nur gemeinsam zu betrachten und für eine moderne Definition von Gesundheit sollten beide Faktoren berücksichtigt werden.

2.5.2 Recovery und Handeln gegen Trägheit

Für die vorliegende Studie wird der Begriff Recovery in seiner Bedeutung in Verbindung mit HgT und Ergotherapie genauer definiert.

Davidson (zitiert nach Krupa et al., 2017) beschreibt Recovery als einen Prozess, der sich häufig über längere Zeit durch stückweise Befähigung und durch Erfolge und zunehmender Teilhabe einer Person in den sogenannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) entwickelt. Die Verbindung zwischen Ergotherapie und Recovery beschreibt Krupa (2014) innerhalb der sozialen und persönlichen Partizipation sowie in bedeutungsvollen Aktivitäten und Rollen. Davidson, Rakfeldt und Strauss (2010) beschreiben dazu, dass Partizipation in alltäglichen und bedeutungsvollen ADL nicht das Resultat, sondern die Grundlage von Recovery darstellt. „Evidenzbasierte Interventionen haben sich zur Unterstützung des Recovery entwickelt (Bond et al., 2004; Drake et al., 2001; Eklund, 2001) und beinhalten meist Strategien für eine nachhaltige und erfolgreiche Teilnahme an bedeutsamen Aktivitäten und sozialen Rollen“ (Pitts & McIntyre, 2016, S. 38). Die HgT Intervention entspricht dieser Aussage maßgeblich, da sie sich auf Evidenz stützt und den Klient/-inn/-en Strategien und Aktivitäten nahebringt, welche die soziale Teilhabe und Rollen wieder ermöglichen soll. Da die Nachsorge einer Behandlung für den Recoveryprozess ein wichtiger Bestandteil ist, gehen die Forschenden dieser Studie davon aus, dass durch den Erhalt von Aktivität und Partizipation der Recoveryprozess zusätzlich unterstützt wird.

Die ADL des/der Klient/-en/-in können durch die eigene Einstellung zur Erkrankung und somit dem Recovery-Prozess, stark beeinflusst werden. ADL bilden die Kernkompetenz der ergotherapeutischen Behandlung. Die in der Therapie erreichten Erfolge steigern die Teilhabe bzw. die Partizipation. Dies steht in wechselseitiger Beziehung mit dem Recovery-Prozess.

2.6 Sieben Dimensionen nach Bejerholm

Die sieben Dimensionen nach Bejerholm bilden eine weitere Grundlage der HgT-Intervention. Bejerholm und Kollegen (2006; 2007) definierten für ihre Studie neun Dimensionen der Aktivität, die sie zur Messbarkeit von Aktivitäten und den Veränderungen verwendeten. Daraus wurden in angepasster Version die sieben Dimensionen der Aktivität verwendet, welche in HgT nach Krupa et al. (2017) benannt sind. Wie die Auswahl der Dimensionen erfolgte und weshalb nur sieben der Dimensionen in die Intervention aufgenommen wurden, konnten die Forschenden der vorliegenden Studie nicht zufriedenstellend beleuchten. Eine Kontaktaufnahme zu den kanadischen Autoren brachte ebenso keinen Erfolg. Die sieben Dimensionen nach Krupa et al. (2017) bestehen aus:

- **Balance der Aktivitäten:** Dabei werden die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität, Freizeit und Erholung unter dem Blickwinkel eines gesunden Aktivitätsgleichgewichts betrachtet.
- **Körperliche Aktivitäten:** In dieser Dimension wird die aktuelle gesundheitsförderliche körperliche Aktivität und Möglichkeiten der Veränderung besprochen.
- **Struktur und Routine:** Dabei werden förderliche und hinderliche Routinen beleuchtet und beispielsweise auf den Schlafrhythmus eingegangen.
- **Bedeutung und Zweck von Aktivität:** Unter Berücksichtigung der individuellen Wertvorstellung wird hier die Bedeutung von Aktivität besprochen und wie diese für Betätigungen genutzt werden kann.
- **Zufriedenheit mit Aktivitäten:** Hier werden Aktivitäten identifiziert, bei denen Klient/-inn/-en Freude und Wohlbefinden erleben.
- **Soziale Interaktion durch Aktivitäten:** In dieser Dimension wird auf die Wichtigkeit von sozialen Netzen eingegangen und darauf, wie diese erhalten werden können.
- **Zugang zum sozialen Umfeld:** Behandelt die Umweltfaktoren sowie die Stigmatisierung und Ausgrenzung durch psychische Erkrankung und wie dennoch ein Zugang zum Gemeinde bzw. allgemeinen Umfeld geschaffen werden kann.

HgT nutzt diese Dimensionen für den Aufbau und die Erläuterung des Manuals. Wie Bejerholm, Hansson und Eklund (2006) misst HgT an diesen Dimensionen die Veränderung der Aktivität der Teilnehmer. Für die vorliegende Studie sind die Dimensionen auf der Basis von Bejerholm et al. (2006) sehr relevant, da auch ein Nachsorgeprogramm nach diesen Dimensionen ausgerichtet werden könnte. Eine Möglichkeit besteht darin, die Dimensionen zu identifizieren, die für die Teilnehmer bei der Implementierung in den Alltag als besonders schwierig erlebt werden.

2.7 Nachsorge

HgT wurde definiert und gemeinsam mit den zugrundeliegenden Modellen und Konzepten beschrieben. Dieses Kapitel definiert im Folgenden Nachsorge und geht nachfolgend auf die verschiedenen Formen und Inhalte eines Nachsorgeangebots ein. Um eine umfassende Darstellung der Thematik Nachsorge zu erstellen, wurden Informationen aus unterschiedlichen Bezugswissenschaften genutzt.

In der medizinischen Bezugswissenschaft lässt sich Nachsorge nach Seger (2016) als ein Teil der tertiären Prävention definieren und bezeichnet alle medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie sonstige Hilfsangebote, die zur vollständigen Erreichung bzw. Sicherung eines Therapieziels oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges stattfinden. Nachsorge kann beispielsweise von ärztlichem und therapeutischem Fachpersonal, ambulanten Versorgungs- oder Rehabilitationszentren, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen übernommen werden. Nachsorge kann als ambulante Psychotherapie, durch störungsspezifische ambulante Gruppenangebote, Selbsthilfegruppenbesuche, im betreuten Wohnen oder in therapeutischen Wohngemeinschaften angeboten werden (ebd.). Wie Seger (2016) betont, erfolgt Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder nach Beendigung der Primärtherapie und hat u.a. die kontinuierliche Begleitung des Betroffenen, eine Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder die Verhinderung von Rezidiven* zum Ziel.

Innerhalb der Rehabilitationswissenschaft, welche eine starke Orientierung an den Sozialwissenschaften sowie der Medizin bildet (Götsch, 2015, wie zitiert in Bengel und Koch, 2000; Hurrelmann, 1998), gewinnt das Thema Nachsorge zunehmend an Bekanntheitsgrad. Die deutsche Rentenversicherung bietet beispielsweise seit 2016 die psychosomatische Reha-Nachsorgeplattform Psy-RENA mit Umkreissuche für die bundesweite psychosomatische Nachsorge an (Deutsche Rentenversicherung, o. J.). Hierbei finden ein Aufnahmegespräch und wöchentliche Gesprächstermine in einer geschlossenen oder halb-offenen Gruppe, sowie ein Abschlussgespräch statt.

Die Nachsorge soll die zu behandelnde Personen dabei unterstützen, die Erfahrungen aus der Rehabilitation im Alltag anzuwenden. Weiterhin wird die Möglichkeit geboten, über Probleme im Arbeitsleben und im Alltag zu sprechen. Ebert (2013) betont, dass hohe Rückfallquoten nach einer erfolgreichen Behandlung von psychischen Störungen bestehen und somit eine bedeutsame Herausforderung darstellen. So erhalten laut Ebert (2013) 70% der behandelten Personen die Empfehlung einer Nachsorge im Anschluss an den stationären Aufenthalt. Jedoch ist die Nachsorge im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung oft mit langen Wartezeiten verbunden (Ebert, 2013).

Im Bereich der Sozialwissenschaft der Psychologie bestätigen Adair et al. (2005) die Wichtigkeit einer Nachsorge, da durchwegs positive Zusammenhänge zwischen der Kontinuität der Versorgung und der empfundenen Lebensqualität, sowie der Zufriedenheit der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bestehen. Die verkürzten Liegezeiten (→Kap. 2.1) können nach Meinung der Forschenden der vorliegenden Studie zu einer Wichtigkeit eines Nachsorgeangebots beitragen. Auch können Nachsorgeangebote zur Sicherung erreichter Therapieerfolge und zur Verstetigung gesundheitsfördernder Lebensweisen einen wichtigen Beitrag leisten (Deck et al., 2009; Deutsche Rentenversicherung (DRV), 2008). Durch eine Nachsorge kann somit eine Behandlung länger fortbestehen und zur Gesundung beitragen (Adair et al., 2005).

Laut der genannten Aussagen besteht somit ein Bedarf an Nachsorge im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Ergotherapiespezifische Literatur bestätigt ebenfalls den Nutzen eines Nachsorgeangebotes. Laut Hucke und Gans (2009) sind die deutschen Krankenkassen dazu verpflichtet, präventive Leistungen anzubieten und betonen, dass dies auch Leistungen der Ergotherapie sein können. Laut Kielhofner (1989, wie zitiert in Lamb, 1976; Musto, 1975; Ozarin, 1975) sind Nachsorgeprogramme, die ein gelungenes Entlassungsmanagement ermöglichen, eine praktikable Alternative zu einem langen Krankenhausaufenthalt oder der unmittelbaren Entlassung von Erkrankten in die Gemeinschaft. Auch für die psychiatrische Ergotherapie können Nachsorgeprogramme also ein wirksames Angebot sein, um Rezidive bei der Behandlung von psychiatrischen Störungen zu vermindern. So merken beispielsweise Chisholm und Boyt Schell (2014) an, dass durch die Bereitstellung von Nachsorge oder Follow-up-Empfehlungen ein weicherer Übergang nach Beendigung von ergotherapeutischen Angeboten erreicht werden kann, sie beziehen sich dabei jedoch nicht speziell auf psychiatrische Erkrankungen. Pfeiffer (2017) schreibt in seinem Artikel über das Therapieprogramm HgT, dass nach Abschluss des Programms der Besuch einer „Erhaltungsgruppe“ sinnvoll sein kann. In Kanada hat sich eine Erhaltungsgruppe laut Pfeiffer (2017) bereits als erfolgreiche Hilfestellung etabliert, wodurch sich das Bild der Autoren der vorliegenden Studie über die positiven Eigenschaften einer Nachsorgemöglichkeit bestätigt. Über die Art und Weise der Durchführung dieser Erhaltungsgruppe fand sich keine genauere Beschreibung in der gefundenen Literatur. Ein E-Mailkontakt mit einer kanadischen Autorin mit der Bitte um nähere Informationen ergab keinen Erfolg. Im Rahmen der Literaturrecherche (→Kap. 3.1.3) fand sich nur wenig verwertbare Evidenz zur allgemeinen Nachsorge in der psychiatrischen Ergotherapie. Brown (2018) beschreibt in den Leitlinien der Ergotherapie, dass es bei der ergotherapeutischen Behandlung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung keine strikten Grenzen bezüglich der Länge des Aufenthalts oder die Anzahl der Besuche gibt. Die Behandlung wird abgebrochen, sobald kein Fortschritt mehr

ersichtlich ist, alle Ziele erreicht wurden oder der Klient sich für eine Beendigung der Therapie entscheidet (ebd.). Dies könnte ein Grund für die fehlende Evidenz darstellen.

2.7.1 Formen der Nachsorge

In welcher Form Nachsorge angeboten werden kann, wird in den folgenden Abschnitten erläutert. Wie im Kapitel Nachsorge (→Kap. 2.7) genannt, kann Nachsorge von den verschiedensten Berufsgruppen, aber auch von Beratungsstellen oder durch Selbsthilfe angeboten werden.

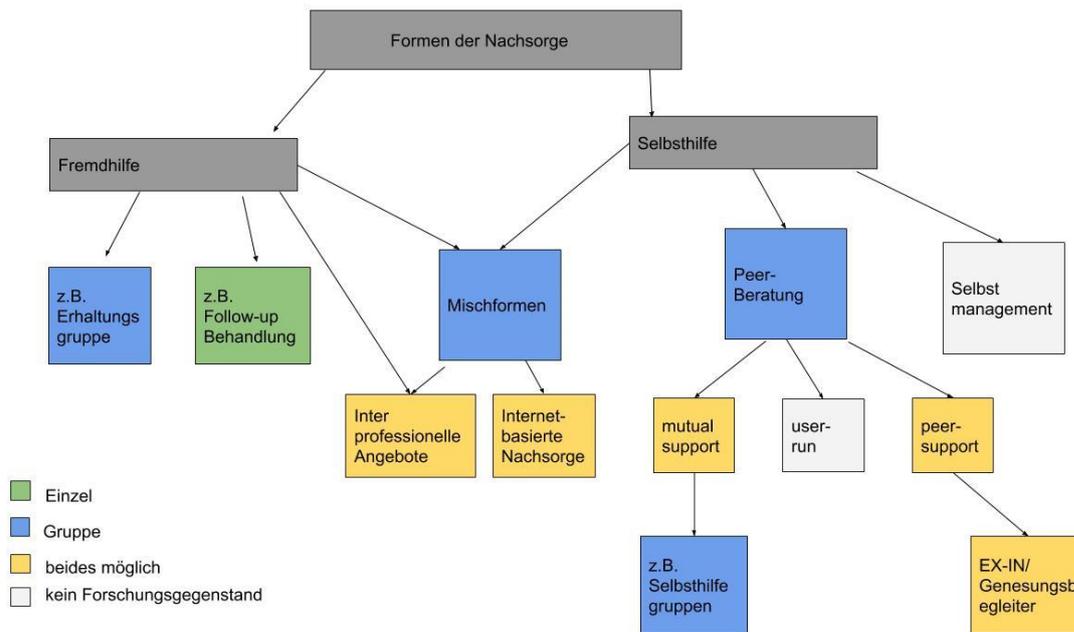


Abb. 4 Nachsorge Mindmap

Wie in Abb. 4 ersichtlich, lässt sich Nachsorge zunächst grob in Fremdhilfe und Selbsthilfe einteilen. Fremdhilfe wird dabei von Borgetto (2004, zitiert nach Gühne et al., 2019) als bezahlte und unbezahlte Unterstützung durch nicht betroffene Laien oder Fachkräfte definiert. Selbsthilfe wird als „alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen verstanden, die sich auf die Bewältigung eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen. Selbsthilfe beruht vor allem auf Erfahrungswissen, kann aber auch Fachwissen einschließen“ (wie zitiert nach Borgetto, 2004, S. 16). Fremd- und Selbsthilfe lassen sich wiederum in verschiedene Formen einteilen. Im weiteren Verlauf werden die Forschenden die einzelnen Formen eingehend definieren. Da insbesondere von Selbsthilfe kein einheitliches Verständnis existiert (Gühne et al., 2019), begrenzen sich die Forschenden der vorliegenden Studie im theoretischen Hintergrund auf die unten genannten Begriffe. Für den weiteren Verlauf der Forschung wird berücksichtigt, dass die verschiedenen Formen unterschiedliche Ausführungsarten haben können. Für jede der unten beschriebenen Formen finden sich in der gesichteten Literatur unterschiedliche Ausführungsarten. Alle Formen (exkl.

Selbsthilfegruppen) können in Einzel- oder Gruppenformen angeboten werden. Findet das Angebot als Gruppenintervention statt, lässt sich diese als offen, halb-offen oder geschlossen anbieten. Auch der zeitliche Faktor spielt eine Rolle. So können Angebote zeitlich begrenzt, wenige Male oder kontinuierlich fortlaufend angeboten werden.

2.7.2 Formen der Selbsthilfe

Wie bereits genannt, gibt es vor allem im Bereich der Selbsthilfe ein breit gefächertes Angebot. Die folgenden Abschnitte gehen auf die verschiedenen wichtigsten Formen der Selbsthilfe, welche im begrenzten Rahmen einer Bachelorarbeit beschrieben werden können, ein. Zu beachten ist, dass auch Mischformen der Fremd- und Selbsthilfe bestehen (siehe Abb. 4).

2.7.3 Selbsthilfegruppen

Der GKV-Spitzenverband (2016) definiert gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen als „freiwillige Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen, deren Aktivitäten sich auf eine gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsfolge und/oder auch psychischer Probleme richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind“ (S. 9). Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Beschäftigten geleitet, diese können jedoch bei bestimmten Fragestellungen hinzugezogen werden (ebd.). Selbsthilfegruppen werden nach dem Sozialgesetzbuch von Krankenkassen und ihren Verbänden gefördert, wenn diese sich der gesundheitlichen Prävention oder Rehabilitation bestimmter Krankheiten, zu denen auch psychische Erkrankungen zählen, zum Ziel gesetzt haben (§ 20h, SGB V, Abs. 1, Nr. 1). Weitere Kriterien für eine Förderung durch die Krankenkassen finden sich im Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes von 2016 wieder, welcher auch einen Musterantrag zum Erhalt der Pauschalförderung enthält. Markowitz (2015) beschreibt die Kosteneffizienz als einen Vorteil von Selbsthilfegruppen. Dieser Punkt findet sich jedoch in keiner weiteren, von den Forschenden der vorliegenden Studie gelesenen Literatur wieder.

Laut Hartmann und Zepf (2005) haben Selbsthilfegruppen bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen eine messbare Wirksamkeit. Auch die DGPPN (2018) vergibt in der S3 Leitlinie für Selbsthilfegruppen eine „Soll“-Empfehlung. Der Nutzen von Selbsthilfe ist laut DGPPN (2018) unumstritten, jedoch noch nicht hinreichend mit Evidenz belegt. In der Literatur zeigen sich verschiedene signifikante Ergebnisse. So steigen das persönliche Empowerment (→Kap. 2.2), ebenso wie das Selbstwirksamkeitserleben und die sozialen Aktivitäten an (ebd.). Weiterhin kommt es zu einer Verminderung der allgemeinen Symptomschwere, Hoffnungslosigkeit und psychischer Beschwerden. Auch Markowitz (2015) beschreibt positive Auswirkungen auf Selbstwertgefühl und Lebensqualität und fügt hinzu,

dass die Beteiligung an Selbsthilfen positiv auf Recovery (→Kap. 2.5) wirkt. Die genannten Effekte einer Selbsthilfegruppe können nach Meinungen der Forschenden der vorliegenden Studie genutzt werden, um den bisher erreichten Therapiestand nach Teilnahme an der Intervention HgT zu erhalten oder zu stabilisieren.

Markowitz (2015) merkt an, dass die Betroffenen, denen es sozial und symptomatisch besser geht, möglicherweise vermehrt Motivation zeigen, sich solchen Gruppen anzuschließen. Betroffene, denen es hingegen schlechter geht, sind wahrscheinlich weniger dazu in der Lage, Zugang zu diesen Unterstützungsformen zu haben (ebd.).

Hier sind professionelle Beschäftigte, wie ergotherapeutisches Fachpersonal, durch ihre verschiedenen Kompetenzen z.B.: „unterstützen und fördern“ als eine der niederländischen Berufskompetenzen (Verhoef & Zalmstra, 2013) oder durch die Rolle des Change Agent* (CAOT, 2012) geeignet, um Klient/-inn/-en zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen zu bestärken. Wroblewski (2015) benennt außerdem, dass „advocate“ (Fürsprechen) als eine der CMCE-Skills, für ergotherapeutisches Fachpersonal innerhalb dieser Rollen nützlich sein kann. Weitere Aufgabengebiete für therapeutisches Fachpersonal kann im Sinne des Empowerment die Unterstützung von Betroffenen zur Kontaktaufnahme von Selbsthilfekontaktstellen oder auch die Gründung von Selbsthilfegruppen sein. Wie ein sanfter Übergang von der Behandlung zur Selbsthilfegruppe gestaltet werden kann, muss dabei eine hohe Beachtung finden (DGPPN, 2018).

2.7.4 Peer-support

Einen weiteren Bereich der Selbsthilfe stellt Peer-support dar. Peer-support bedeutet laut Utschakowski (2009) die Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene, also der Einbezug von Menschen, die mit ähnlichen Lebenslagen konfrontiert waren, sie durchlebt und bewältigt haben. Die Betroffenen-Unterstützung ist in vielen gesundheitlichen und sozialen Bereichen bekannt (ebd.) und hat sich im Bereich der Psychiatrie vor allem im englischsprachigen Raum und in den Niederlanden entwickelt (Gühne et al., 2019). Auch in Deutschland gewinnt Peer-support zunehmend an Bedeutung (ebd.) und basiert auf dem Glaubensgrundsatz, dass Menschen, die mit Widrigkeiten konfrontiert und diese ertragen oder überwunden haben, nützliche Unterstützung bieten können (Ramsey & Swarbrick, 2014). Laut Gühne et al. (2019) stehen primär individuelle Erfahrungen, Einstellungen und Bewertungen sowie die eigenen Strategien im Umgang mit der Erkrankung im Mittelpunkt. Weiterhin hat Peer-support zum Ziel, Autonomie zu fördern, soziale Netzwerke und Selbstvertrauen zu stärken, die Selbststigmatisierung zu verringern und Fertigkeiten weiterzuentwickeln (ebd.). Peer-support ist eng verbunden mit Recovery (→Kap. 2.5) und kann förderliche Auswirkungen auf das allgemeine therapeutische Klima in Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen haben

(ebd.). In der Literatur lassen sich unterschiedliche Kategorien der Betroffenen-Unterstützung finden. Becker, Gühne, Riedel-Heller und Berger (2015) teilen die Unterstützung durch Betroffene in folgende drei Bereiche ein: „(1) gegenseitige Unterstützung von Betroffenen (mutual support), (2) Mitwirkung an Hilfsangeboten für Betroffene (user-run oder peer-run services) und (3) (einseitige) Unterstützung von Betroffenen durch ehemals Betroffene (peer-support)“ (S. 186). Gühne et al. (2019) betiteln in der Kurzfassung der S3 Leitlinie den ersten Bereich ebenfalls als gegenseitige Hilfe (mutual support) und definieren diesen als grundlegendste Form der Unterstützung, zu der sich auch Selbsthilfegruppen (→Kap. 2.7.3) zuordnen lassen. Die zweite Kategorie wird als Unterstützung von Betroffenen in geleiteten Organisationen/ Diensten (Consumer-Run Services/ Peer-Support Services) bezeichnet und meint Peers, welche durch ihre Beschäftigung entlohnt werden und somit durch diese eine „professionelle“ Rolle einnehmen. Peers in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste (Consumer as Mental Health Providers/ Peer-delivered Services) bilden den dritten Bereich und bezeichnen nach Gühne et al. (2019) Peer-Arbeit auf breiter Basis.

Langfassung (DGPPN, 2018) sowie Becker et al. (2015)	Kurzfassung (Gühne et al., 2019)
1. gegenseitige Unterstützung von Betroffenen (Mutual support)	1. gegenseitige Hilfe (Mutual support)
2. Mitwirkung an Hilfsangeboten für Betroffene (User-run oder Peer-run services)	2. Unterstützung von Betroffenen in geleiteten Organisationen/ Diensten (Consumer-Run Services/Peer-Support Services)
3. (einseitige) Unterstützung von Betroffenen durch ehemals Betroffene (Peer-support)	3. Peers in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste (Consumer as Mental Health Providers/ Peer-delivered Services)

Tab. 1 Vergleich Lang- und Kurzfassung der S3 Leitlinie des DGPPN

Die Kurz- und Langfassung der gleichen S3 Leitlinie unterscheiden sich in diesem Bereich. Da auch in der Langfassung der DGPPN (2018) die erstgenannte Einteilung von Becker et al. (2015) genannt ist, übernehmen die Autoren der vorliegenden Studie diese Einteilung.

Laut der S3 Leitlinie der DGPPN (2018) ist die Evidenzlage nach derzeitigem Forschungsstand unzureichend, um Peer-support als sicher belegtes Regelangebot in der Behandlung und Versorgung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu empfehlen (Gühne et al., 2019). Dennoch vergibt die S3 Leitlinie für Peer-support eine „Sollte-Empfehlung“ (Empfehlungsstärke B) auf Evidenzebene IB (ebd.) und schreibt dazu: „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-support unter Berücksichtigung ihrer

Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden“ (S. 22). Außerdem ist Peer-support „eine wichtige Antwort auf die von Betroffenen gewünschte [...] Förderung von Autonomie und Entscheidungsfindung“ (ebd., S. 22) und steht somit in engem Zusammenhang mit Empowerment (→Kap. 2.2) und Recovery (→Kap. 2.5). Die Zusammenarbeit von Ergotherapeut/-inn/-en und Peer-Expert/-inn/-en ist in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung relativ neu (Curtin & Hitch, 2018). Der von Curtin und Hitch verwendete englische Begriff „Peer-Support- Worker“ wird von den Autoren in Peer-Experte übersetzt und meint damit Psychiatrieerfahrene, die für ihre Tätigkeit entlohnt werden. Auf diesen Teilbereich des Peer-Supports wird in dem Kapitel EX-IN (→Kap. 2.7.5) genauer eingegangen. Laut Ramsey und Swarbrick (2014) können Ergotherapeut/-inn/-en eine Verbindung zwischen ihren Klient/-inn/-en und den Peer-Ressourcen schaffen. Ergotherapeut/-inn/-en können außerdem Beratung und Mentoring für die Entwicklung und das Wachstum von Peer-Support-Programmen anbieten. Auch Tse und Doughty (2008) betonten mögliche Rollen von Ergotherapeut/-inn/-en, wie Lobbyarbeit, oder das Erweitern von Wissen durch praxisorientierte Forschung (zitiert nach Wroblewski, Walker, Jarus-Hakak, & Suto, 2015). Aufgrund des bestehenden Empfehlungsgrades der S3 Leitlinie und denen im Therapieprogramm HgT und Peer-support bestehenden ähnlichen Grundgedanken von Empowerment (→Kap. 2.2) und Recovery (→Kap. 2.5) kann Peer-support eine wichtige Rolle bei der Nachsorgebehandlung von HgT einnehmen. Um wirksame Unterstützung durch Peer-support anbieten zu können, setzen die Forschenden der vorliegenden Studie voraus, dass die Anbieter von Peer-Support selbst bereits Erfahrungen mit HgT gesammelt haben.

2.7.5 EX-IN

Im folgenden Abschnitt gehen die Forschenden der vorliegenden Studie auf die Peer-Experten ein, welche für ihre Arbeit entlohnt werden.

Die Abkürzung EX-IN steht für Experienced Involvement und bezeichnet ein durch die Europäische Union gefördertes Projekt (Becker et al., 2015). Bei der Entwicklung dieses Projekts waren laut Drove, Langer und Sommer (2016) Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Ausbilder/-innen aus sechs europäischen Ländern beteiligt, um u.a. ein EX-IN-Ausbildungsprogramm zu entwickeln. Das Projekt verfolgt die Idee, dass Psychiatrie-Erfahrene zu bezahlten Fachkräften im psychiatrischen System ausgebildet werden (EX-IN Deutschland e.V., o. J.). Weitere Begriffe, die für Absolventen eines EX-IN Kurses in der Literatur gefunden wurden, sind Genesungsbegleiter/in (ebd.), Expert/-e/-in aus Erfahrung (Gühne et al., 2019) und Peer-Expert/-e/-in (Becker et al., 2015). Laut Becker et al. (2015) gehört es zu den besonderen Leistungen von Peer-Experten, auch mit schwer erreichbaren Klient/-inn/-en in Kontakt zu kommen. Inhalt der Ausbildung sind laut EX-IN Deutschland e.V.

(o. J.) u. a. Themenbereiche wie Salutogenese*, Recovery (→Kap. 2.5) und Empowerment (→Kap. 2.2). Laut Wroblewski et al. (2015) übernehmen Peer-Expert/-inn/-en in der Zusammenarbeit mit Ergotherapeut/-inn/-en die Prinzipien von Recovery und CMOP-E (→Kap. 2.4.1). Ihre eigenen Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung sind dabei Voraussetzung, um als Peer-Expert/-e/-in zu arbeiten (ebd.). Durch ihre erlebten Erfahrungen werden sie somit zu Vorbildern für ihre Klient/-inn/-en und Kolleg/-inn/-en (ebd.). Peer-Expert/-inn/-en können deshalb laut den Forschenden der vorliegenden Studie eine wertvolle Unterstützung bei der Nachsorge von HgT bieten. Des Weiteren gibt es, wie von Wroblewski et al. (2015) beschrieben, keinen Unterschied in den Interventionsergebnissen zwischen Peer-Expert/-inn/-en und Nicht-Peer-Mitarbeitern. Laut der World Health Organisation (2005) ist nachgewiesen, dass die aktive Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Familien die Qualität der Versorgung und der Dienstleistungsangebote verbessern.

Jedoch gibt es in der Arbeit von Peer-Experten auch Barrieren. In der bereits genannten Studie von Wroblewski et al. (2015) äußerten mehrere Teilnehmer Bedenken, dass Peer-Expert/-inn/-en anfälliger und weniger erfahren seien, sowie eine geringere Resilienz* mitbringen. Problematisch ist auch die Erreichbarkeit von Peer-Expert/-inn/-en, da diese nicht wie professionelle Helfer in einer Einrichtung zu erreichen sind (ebd.). Als weitere Barriere nennt Drove et al. (2016) den Vorbehalt, dass durch die Arbeit von Peer-Expert/-inn/-en andere Berufsgruppen, wie beispielsweise die der Ergotherapeuten, überflüssig werden könnten und möglicherweise eine, durch Vandewalle et al. (2016) beschriebene, negative Einstellung von Fachkräften gegenüber der/des Peer-Expert/-in/-en zur Folge hat. Auch eine mangelnde Glaubwürdigkeit der Rolle von Peer-Expert/-inn/-en, eine unzureichende soziale und psychische Gesundheitspolitik, schlecht organisierte Rahmenbedingungen und eine geringe Bezahlung bilden weitere Hindernisse (ebd.). Möglicherweise können auch hier Ergotherapeuten Lobbyarbeit leisten, um bestehende Barrieren zu reduzieren. Aufgrund bestehender Evidenzlage und einer vorhandenen Schnittmenge der grundlegenden Prinzipien zwischen Ergotherapie und EX-IN könnten Peer-Experten eine mögliche Ressource bei der Nachsorge von HgT bilden. Denkbar wäre aus Sicht der Forschenden der vorliegenden Studie auch, dass in Zusammenarbeit mit Peer-Expert/-inn/-en ein weicherer Übergang vom Behandlungsabschluss hin zur Selbsthilfe ermöglicht werden könnte.

2.7.6 Formen der Fremdhilfe

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Angebote beschrieben, die aus der Selbsthilfe heraus angeboten werden können. Es wurden Querverweise zu den zugrundeliegenden Modellen und der Tätigkeit von Ergotherapeut/-inn/-en aufgezeigt. Die

folgenden Unterkapitel widmen sich der Fremdhilfe und gehen dann auf bestehende Mischformen zwischen Fremd- und Selbsthilfe ein.

Wie in Abschnitt Formen der Nachsorge (→Kap. 2.7.1) bereits beschrieben, wird Fremdhilfe durch nicht betroffene Laien oder durch Fachkräfte angeboten (Borgetto, 2004, zitiert in Gühne, Weinmann, Riedel-Heller, & Becker, 2019). Durch den zeitlich begrenzten Rahmen der Bachelorarbeit konzentrieren sich die Forschenden der vorliegenden Studie auf die Formen der Fremdhilfe, welche durch Ergotherapeuten angeboten werden können. Es werden außerdem Formen genannt, welche in der Zusammenarbeit von Ergotherapeut/-inn/-en mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitssystems entstehen können. Brown (2018) schreibt, dass Ergotherapeuten Nachsorgetermine planen können, um den Stand der/des Klient/-in/-en erneut zu beurteilen. Des Weiteren können solche Termine genutzt werden, um gegebenenfalls festzulegen, ob die ergotherapeutische Intervention wieder aufgenommen werden soll. Eine Fortsetzung der Ergotherapie kann nötig sein, wenn der/die Klient/-in Gelerntes auffrischen oder seine erlernten Fähigkeiten erhalten will sowie, wenn dem/der Klient/-en/-in bzw. dem/der Therapeut/-en/-in ein neuer Therapieauftrag aufgefallen ist (ebd.).

Die Formen der Nachsorge, welche durch Ergotherapeut/-inn/-en angeboten werden können, entsprechen den gängigen Formen der Nachsorge. Wie bereits in Unterkapitel Nachsorge (→Kap. 2.7) beschrieben, nennt Pfeiffer (2017) die Möglichkeit einer Erhaltungsgruppe nach Abschluss von HgT. Chisholm und Boyt Schell (2014) empfehlen für den allgemeinen ergotherapeutischen Prozess, nach Beendigung der Therapie, eine Nachsorge oder ein Follow-up. Die Forschenden der vorliegenden Studie nehmen an, dass die Art des Angebotes stark von den zeitlichen und räumlichen Ressourcen eines jeden Therapeuten abhängt. Folgende gängige Formen der Fremdhilfe wurden in der gefundenen Literatur beschrieben:

- Einzeltherapeutische Follow-up Termine, in verschiedenen Zeitabständen, z. B. alle vier Wochen begrenzt, für ein Jahr oder einmal pro Quartal
- Kriseninterventionstermine (→Kap. 2.9.3)
- Gruppentherapeutisches Nachsorgeangebot (z. B. Erhaltungsgruppe), welche als offene, halboffene oder geschlossene Gruppe angeboten werden können
- Gruppentherapeutisches Nachsorgeangebot mit anderen Berufsgruppen, dabei können die anderen Berufsgruppen beispielsweise als Expert/-e/-in zu speziellen Themen eingeladen werden oder der gesamte Ablauf einer Gruppentherapie wird interdisziplinär gestaltet

Diese Formen stellen nur die Mehrheit der Optionen dar, die im Rahmen der Literaturrecherche (→Kap. 3.1.3) gefunden wurden. Darüber hinaus kann es Mischformen und Individuallösungen geben, die auch bei dieser Forschung zum Tragen kommen können.

Die Zusammenarbeit von Ergotherapeut/-inn/-en mit Peer-Expert/-inn/-en, welche beispielsweise von Drove et al. (2016) beschrieben wird, stellt eine Mischform zwischen Selbst- und Fremdhilfe dar. Das Unterstützen von Selbsthilfegruppen bei bestimmten Fragestellungen (GKV-Spitzenverband, 2016) stellt ebenso eine Art der Mischform dar, wie die internetbasierte Nachsorge, welche im nächsten Abschnitt (→Kap. 2.8) dargestellt wird. So beschreiben beispielsweise Ebert, Hanning, Tarnowski, Götzky und Berking (2013) Anteile von Fremdhilfe, Selbstmanagement und gegenseitige Unterstützung (mutual support).

2.8 Internetbasierte Nachsorge

Nachsorge kann nach Seger (2016) auf verschiedenen Wegen erfolgen, so werden häufig ambulante Angebote von Ärzten und Psychologen bereitgestellt. Alternativen sind Selbsthilfegruppen, welche sich treffen und bereits als internetbasierte Variante angeboten werden. Diese Angebote sind vor allem in weniger dicht besiedelten Gebieten wichtig, da hier laut Ebert et al. (2013) eine ambulante Versorgung schwierig sein könnte. Ein gebräuchlicher Begriff stellt bei der Bezeichnung von internetbasierter Gesundheitsversorgung der Ausdruck „E-Health“ dar.

2.8.1 E-Health

Nach dem Deutschen Bundesgesundheitsministerium (2018) ist der Begriff E-Health ein Oberbegriff, unter dem die Behandlung und Betreuung von Patient/-inn/-en gefasst ist, welche moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) nutzen. E-Health fasst, von der elektronischen Gesundheitskarte bis zur Anwendung der Telemedizin, alle Informationen von Patient/-inn/-en zusammen, die über Datenverbindungen ausgetauscht werden (ebd.). E-Health ist somit ein weit gefasster Begriff. Nach Aussage der WHO (2019) bringt E-Health viele Möglichkeiten zur besseren Gesundheitsversorgung sowie zu einem besseren Gesundheitssystem mit sich. „Digital health systems can empower and engage patients, making them co-designers of care“ (WHO, 2019). Durch vermehrte Aufklärung und die Möglichkeit fernmedizinischer Dienstleistungen, können auch abgelegene Orte eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten. Für die zugrundeliegende Studie ist der Zweig der Internetbasierten Gesundheitsinterventionen (IGIs) von Interesse. Ebert et al. (2013) beschreiben IGIs als eine Maßnahme, die eine wirksame, kosteneffiziente und weitreichende Implementierung von Nachsorgeprogrammen ermöglicht. Hennemann, Farnsteiner und Lasse (2018) kommen in ihrem systematic review zu dem Ergebnis, dass Internet- and mobile-based interventions (IMI's) ein wirksames Instrument sein können, um Behandlungserfolge nach einer Entlassung zu erhalten. Die derzeitigen Erkenntnisse über Schweregrad der Symptome, Rezidivprävention oder Lebensqualität sind nach Hennemann, Farnsteiner und Lasse (2018) noch nicht eindeutig, was die Notwendigkeit weiterer hochwertiger, groß angelegter randomisiert kontrollierter Studien zeigt, um eine Evidenzbasis für die Auswirkungen von IMIs in der tertiären Prävention zu schaffen (ebd.). Zusätzlich empfehlen Hennemann et al. (2018) für zukünftige Forschung das Spektrum der psychischen Erkrankungen spezifisch zu erweitern sowie schwere und chronische Erkrankungen in die Forschung aufzunehmen. E-Health ist somit ein wichtiger und sich entwickelnder Bestandteil des Gesundheitssystems, der weiterhin auf seine Evidenz erforscht werden muss.

2.8.2 E-Health und HgT

Wie durch das Bundesgesundheitsministeriums (2018) definiert, ist unter E-Health ein großes Spektrum an digitalen Angeboten gefasst. Manche dieser Angebote, wie beispielsweise Web, App, E-Mail und mehr, können zur Implementierung einer Nachsorge für HgT nach Meinungen der Forschenden der vorliegenden Studie in Frage kommen. Ebert et al. (2013) stellen fest, dass von Klient/-inn/-en und Therapeut/-inn/-en bestimmte Voraussetzungen benötigt werden, um an diesen Angeboten teilnehmen zu können. Voraussetzungen für eine E-Mail gestützte Therapie sind ausreichende Computerkenntnisse, ein Internetzugang sowie das Vorhandensein einer E-Mail Plattform. An der von Ebert et al. (2013) durchgeführten E-Health Studie konnten 30% der TN aufgrund von fehlenden Voraussetzungen nicht teilnehmen. Dies zeigt, dass das Angebot nicht dem gesamten Klientel zugänglich ist und bei der Gründung eines Angebotes berücksichtigt werden muss. Ebert et al. (2013) kommen zu dem Ergebnis, dass internetbasierte Nachsorgeinterventionen eine durchführbare, von Patienten akzeptierte und wirksame Vorgehensweise ist, um die Erfolge stationärer psychosomatischer Rehabilitationsmaßnahmen langfristig zu stabilisieren. Van der Krieke, Wunderink, Emerencia, de Jonge und Sytema (2014) kommen zu dem Ergebnis, dass E-Health Interventionen im psychiatrischen Bereich ebenso wirksam wie herkömmliche Interventionen sind. Negative Auswirkungen von E-Health konnten nach Krieke et al. (2014) nicht beobachtet werden. E-Health ist für Peer-support und für die Organisation der ADL's eine nützliche Ergänzung (ebd.).

Die oben genannte positive Evidenz bei der Nutzung von E-Health kann demnach auch für die Nachsorge nach der Intervention HgT interessant sein. Zudem entwickelt sich E-Health in Deutschland zunächst noch und kann über E-Mail, digitale Messenger, Videochats und Apps in Zukunft erschlossen werden. Ob und welche E-Health Angebote für eine HgT Nachsorge in Frage kommen kann, ist Teil der vorliegenden Studienarbeit.

2.9 Inhalt von Nachsorge

Im vergangen Kapitel wurden die verschiedenen Angebotsformen einer Nachsorge beschrieben. Im folgenden Kapitel wird von den Forschenden der vorliegenden Studie dargestellt, welche Inhalte durch die verschiedenen Formen bereitgestellt werden können.

2.9.1 Psychoedukation

Bäumli, Behrend, Henningsen und Pitschel-Walz (2016) definieren Psychoedukation (PE) als einen Oberbegriff für Interventionen, welche Patient/-inn/-en sowie Angehörige über die Erkrankung und Behandlung informiert. Es zählen ebenfalls Interventionen dazu, die das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die Krankheitsbewältigung verbessern. Das therapeutische Ziel hinter PE ist es, den langfristigen Krankheitsverlauf durch Förderung des Selbstkonzepts* von Patient und Angehörigen positiv zu beeinflussen.

Nach Krupa et al. (2016) ist PE eine gängige Strategie geworden, um den Recoveryprozess (→Kap. 2.5) zu unterstützen. PE kann nach Mueser et al. (2002) eine Genesung ermöglichen. Entweder dadurch, dass eine Zusammenarbeit zwischen Therapeut/-in und Klient/-in entsteht oder dadurch, dass PE die Selbstkontrolle und Selbstregulation und somit die Krankheitserfahrung erleichtert. PE wird in vielen Gesundheitsbereichen und darüber hinaus verwendet, um das Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen. Die S3 Leitlinie nach Gühne et al. (2019) spricht sich klar für PE aus, welche möglichst über einen längeren Zeitraum und in Gruppen stattfinden sollte. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass Angehörige ebenfalls integriert werden sollten.

In der Intervention HgT wird PE verwendet, um speziell Informationen und Kenntnisse zu vermitteln, die gesundheits- und aktivitätsfördernd sind (Krupa et al., 2017). In Bezug auf eine Nachsorge kann PE einen wichtigen Bestandteil darstellen, um das Verständnis von Aktivität, Gesundheit und psychischer Erkrankung zu ermöglichen und zu erhalten.

2.9.2 Stressbewältigung

Stressbewältigung wird in der Fachterminologie auch als Coping bezeichnet und umfasst Strategien, welche erlernt und angewendet werden, um Stress zu reduzieren. Dabei können die Stressbewältigungstechniken sowohl präventiv als auch in der Behandlung chronischer Krankheiten verwendet werden. Ein Programm, welches mehrere Strategien zusammenfasst, ist beispielsweise das Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR). Das, durch Grossman, Niemann, Schmidt und Walach (2003) erforschte Programm beinhaltet Meditation, Achtsamkeit und Übungen aus dem Yoga, die dazu beitragen, Stress zu reduzieren. Nach

Knuf und Hammer (2013) bedeutet Achtsamkeit in diesem Kontext eine bestimmte Form der Aufmerksamkeit, die auf eine bewusste Ebene gerichtet, absichtsvoll sowie nicht wertend ist. Bottaccioli, Bottaccioli und Minelli (2018) nennen bei stressbedingten Erkrankungen als gängige Behandlungsformen zusätzlich Tai-Chi, Qigong, Yoga und Meditation als unterstützende Techniken der Stressreduktion. HgT greift diese Strategien auf und gibt Anreize, diese individuell in den Alltag zu integrieren, nennt diese jedoch nur. Für die vorliegende Arbeit wird das wiederholte Aufgreifen dieser Thematiken in einer Nachsorge für einen gesunden Recovery-Prozess (→Kap. 2.5) als förderlich erachtet.

2.9.3 Krisenbewältigung

Als einen weiteren wichtigen Teil der Nachsorge sehen die Forschenden der vorliegenden Studie den Umgang mit Krisen an. Arolt, Reimer und Dilling (2007) merken an, dass Krisen gehäuft bei psychisch labilen Menschen oder bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung auftreten. Dabei versagen, laut Fritzsche, Geigges, Richter und Wirsching (2016), die üblichen seelischen Regulationsmechanismen zur Bewältigung des Problems, was zu einer akuten Störung des seelischen Gleichgewichtes führen kann. Auslöser von Krisen können beispielsweise plötzliche Verluste, partnerschaftliche Konflikte, Erkrankungen und weitere stark stressauslösende Situationen sein (ebd.). Grundsätzlich gehören Krisen und deren Bewältigung zu den Grunderfahrungen im Leben von Menschen und werden meist durch nicht professionelle Hilfe, wie Freunde oder Angehörige, gelöst (Arolt et al., 2007). Jedoch können sich Krisen auch zu Suizidhandlungen oder zu einer psychotischen Dekompensation zuspitzen (Fritzsche et al., 2016). Erkennbar sind Krisen an typischen Reaktionen wie z.B. depressive Symptomatik mit Verzweiflung, Unruhe, innerer Anspannung, Schlafstörungen, sozialem Rückzug und Suizidgedanken, bis hin zur Suizidalität (ebd.). Eine Einengung der Wahrnehmung auf die Themen Krankheit und Verlust, Schwarz-Weiß-Denken, unflexibles Problemlöseverhalten, Affektlabilität* mit schnellen Stimmungswechseln oder ein starres Rollenverhalten können typische Muster darstellen (Jordan, Heinemann, Marx, & Downing, 2015). Ziel einer Krisenintervention ist es, den Betroffenen und sein soziales Umfeld zur Selbsthilfe zu befähigen (ebd.). Weitere Ziele einer Krisenintervention stellen die Entlastung in der akuten Situation, die Klärung der Ursachenfaktoren, die Erörterung von Lösungsmöglichkeiten und das Erlernen von Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisen dar (Arolt et al., 2016).

Als Interventionsdauer geben Fritzsche et al. (2016) je nach Kontext einen Tag bis zwei Wochen an, wobei der wichtigste Inhalt einer Krisenintervention das entlastende und unterstützende Gespräch darstellt. Dieser Prozess wird als Kriseninterventionstermin benannt. HgT beachtet die persönlichen Bedürfnisse des Klienten, dennoch können in Begleitung von

Veränderung und Aktivierung Krisensituationen entstehen. Wie Scheurich (2016) im Rahmen seines Resilienztrainings erprobt hat, haben Ergotherapeut/-inn/-en die Kompetenzen, um Klient/-inn/-en bei der Bewältigung von Krisen zu unterstützen. Da Krisen auch nach Abschluss einer Behandlung auftreten können, halten es die Forschenden der vorliegenden Studie für wichtig, Klient/-inn/-en über die Behandlung hinaus im Umgang mit Krisen zu unterstützen.

2.9.4 Wiederholung

Wie von Brown (2018) bereits im Kapitel Fremdhilfe (→Kap. 2.7.6) beschrieben, kann es Teil einer ergotherapeutischen Nachsorgebehandlung sein, dass der/die Klient/-in eine Auffrischung des Gelernten benötigt. Dies könnte durch eine Wiederholung ausgewählter Bereiche von HgT gewährleistet werden. Wiederholung hat eine große Auswirkung auf die Gedächtnisleistung. Dies ist allgemein bekannt und wird beispielsweise durch Buchsbaum, Lemire-Rodger, Bondad und Chepesiuk (2015) bestätigt. Auch Carter (2014) beschreibt, dass häufiges Wiederholen für den Lernprozess günstig ist. Grundsätzlich können nach Meinung der Forschenden der vorliegenden Studie alle Themen von HgT im Rahmen einer Nachsorgebehandlung wiederholt werden. Bereits als Inhalt einer Nachsorge wurden die Themen Psychoedukation (→Kap. 2.9.1) und Stressbewältigung (→Kap. 2.9.2) beschrieben. Ebenso können beispielsweise die Dimensionen von Aktivität nach Bejerholm (→Kap. 2.6) in einer Nachsorge bei Bedarf wiederholt werden. Welche Inhalte im Rahmen einer Nachsorge insbesondere wiederholt werden sollten, ist Teil der Forschungsfrage der vorliegenden Studie.

2.9.5 Aktivitätsexperimente

Ein besonderer Schwerpunkt von HgT liegt auf dem Planen und Ausführen von Aktivitätsexperimenten. Diese definiert Krupa et al. (2017) als rasche kleine Aktivitätsveränderungen, wie beispielsweise „hören Sie sich Ihr Lieblingsmusikstück an“ und können als Grundlage des gesamten Therapieprozesses betrachtet werden. Sie dienen zusätzlich der Vorbereitung längerfristiger Veränderungen und können die/den Klient/-in/-en für weitere Anstrengungen motivieren (Pfeiffer, 2018). Aktivitätsexperimente sollen regelmäßig, mindestens einmal pro Woche, durchgeführt werden, um Vertrauen zu schaffen und um Lernerfahrungen zu sammeln (Krupa et al., 2017). Um diese Regelmäßigkeit auch nach Beendigung der Therapie zu erhalten, könnten die Aktivitätsexperimente ebenfalls Inhalt einer Nachsorge darstellen. Beispielsweise könnte E-Health (→Kap. 2.8.1) hierbei Technologien wie Apps beisteuern, die Erinnerungsfunktionen übernehmen und den Klient/-inn/-en unterstützend helfen, Aktivitätsexperimente regelmäßig durchzuführen.

2.10 Beeinflussende Faktoren

Wie bei einer ergotherapeutischen Behandlung spielen unterschiedliche beeinflussende Faktoren eine essentielle Rolle. Um die Möglichkeiten eines Nachsorgeangebots möglichst holistisch zu betrachten, werden diese in den folgenden Unterkapiteln dargestellt und definiert.

2.10.1 Klienten- und Therapeutenfaktoren

Im Folgenden werden die Klienten- bzw. Therapeutenfaktoren mit den jeweiligen persönlichen Faktoren genauer beleuchtet. Persönliche Faktoren umfassen viele unterschiedliche Aspekte, um menschliche Bedingungen abzudecken (Boyt Schell, Gillen, Scaffa & Cohn, 2014). Verschiedene Organisationen, wie die AOTA und die WHO organisieren diese Deskriptoren von Individuen auf unterschiedliche Weise. Das AOTA Practice Framework verwendet den Begriff „Client Factors“ (AOTA, 2008, S. 630), um viele Faktoren der Person zu erfassen, während die WHO den Begriff „Body Structures and Body Functions“ verwendet (WHO, S. 10). Andere internationale Modelle verwenden beispielsweise den Begriff „Performance Components“ oder „Occupational Performance Components“ (Chapparo & Ranka, 1997), um sich auf viele Aspekte persönlicher Faktoren zu beziehen. Unabhängig von der spezifischen Terminologie erfordert die Ergotherapie ein besonderes Augenmerk auf die vielen Möglichkeiten, wie einzigartig Individuen sind. Beispiele sind grundlegende Informationen wie Alter, Geschlecht und Ethnie der Person, Menschen variieren auch in Körperstrukturen oder anatomischen Teilen wie Knochen und Organen und Körperfunktionen oder physiologischen Funktionen (WHO, 2001).

Da HgT auf dem CMOP-E nach Townsend und Polatajko (2013) (→Kap. 2.4.1) aufbaut, sind die für die zugrundeliegende Studie relevanten Klientenfaktoren der physische, kognitive und affektive Bereich sowie die Spiritualität. Bei dem Einstieg in den ergotherapeutischen Praxiskontext bringen der/die Therapeut/-in und der/die Klient/-in zudem jeweils ihre eigenen persönlichen Ressourcen, Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Gewohnheiten, Werte, Überzeugungen und Einstellungen in die Interaktion ein. Die Erfahrung beider Parteien wird in den Praxiskontext getragen, beeinflusst den Prozess und den Inhalt der Beziehung und wird auch nach Abschluss der Klienten- und Therapeutenbeziehung ihr Leben beeinflussen. Townsend und Polatajko (2013) beschreiben hierzu drei unterschiedliche personelle Faktoren, den charakteristischen und zeitweiligen Faktor, den Faktor der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie den perspektivischen Faktor zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Innerhalb der charakteristischen und zeitweiligen Aspekte zählen beispielsweise die Gesundheit, das Alter und der dazugehörige Entwicklungs- bzw. Erfahrungsstand, der körperliche Zustand mit dem jeweiligen Lebensstil, das Geschlecht, die Abstammung, die ethnische Zugehörigkeit sowie der emotionale Gesundheitszustand.

Der Aspekt der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten beinhaltet Faktoren wie das Bildungswissen und die -kompetenz, das Fachwissen, die Expertise und Fähigkeiten, die Berufserfahrung, Bewältigungs- und Lernfähigkeiten sowie Lernstile und die Sprache.

Der perspektivische Aspekt der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft beinhaltet unterschiedliche Werte und Überzeugungen, die Religion, sowie vorgefasste Vorstellungen über das Geschlecht, das Alter, die Ethnizität, die Selbst-, Kultur- und Berufsidentität, die Vision von Zukunftsmöglichkeiten, die Motivation, Hoffnungen, Träume sowie Sehnsüchte.

Je nachdem, wie unterschiedlich die Klienten- bzw. Therapeutenfaktoren aufgrund der eigenen Erfahrungen sind, kann ein Nachsorgeangebot unterschiedlich gestaltet werden. Welche Fähigkeiten und Faktoren für ein Angebot nötig sind, soll in der vorliegenden Studie näher beleuchtet werden.

Charakteristischer und zeitweiliger Faktor	Gesundheit, das Alter und der dazugehörige Entwicklungs- bzw. Erfahrungsstand, der körperliche Zustand mit dem jeweiligen Lebensstil, das Geschlecht, die Abstammung, die ethnische Zugehörigkeit sowie der emotionale Gesundheitszustand
Faktor der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten	Bildungswissen und die -kompetenz, das Fachwissen, die Expertise und Fähigkeiten, die Berufserfahrung, Bewältigungs- und Lernfähigkeiten sowie Lernstile und die Sprache
Perspektivischer Faktor zur Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft	Werte und Überzeugungen, die Religion, sowie vorgefasste Vorstellungen über das Geschlecht, das Alter, die Ethnizität, die Selbst-, Kultur- und Berufsidentität, die Vision von Zukunftsmöglichkeiten, die Motivation, Hoffnungen, Träume sowie Sehnsüchte

Tab. 2 Personelle Faktoren nach Townsend und Polatajko, 2013

2.10.2 Compliance und Adhärenz

Compliance und Adhärenz sind inhaltlich ähnliche Begrifflichkeiten. Dennoch empfiehlt die WHO (2003) eine deutliche Unterscheidung dieser Begriffe. Compliance bezieht sich im Rahmen der Gesundheitsversorgung nach Gorenioi, Schönermark und Hagen (2007, S. 16) auf „die Bereitschaft eines Patienten den medizinischen Anweisungen zu folgen“. Ein kooperatives Verhalten ist eine notwendige Voraussetzung für die Vorbeugung und Heilung vieler Krankheiten. Ideale Compliance ist erreicht, wenn der Klient sich verstanden fühlt und

den vorgeschlagenen Therapieansatz verfolgt. Nach Gorenoui et al. (2007, S. 16) „wird im Allgemeinen unter Compliance die Höhe der Übereinstimmung des vom Leistungserbringer geforderten und des tatsächlichen Patientenverhaltens (z. B. Einnahme von Medikamenten, Einhaltung einer Diät oder Veränderung des Lebensstils) verstanden“.

Die WHO (2003) definiert Adhärenz, im Gegensatz zur Compliance, als die Höhe der Übereinstimmung des tatsächlichen und des mit dem Leistungserbringer vereinbarten Patientenverhaltens. Compliance beinhaltet daher, im Gegensatz zur Adhärenz, nicht das notwendige Einverständnis der Patienten. Nach Gorenoui et al. (2007) beruht Adhärenz auf den drei Säulen Information, Motivation und Verhaltensfähigkeiten.

Für die zugrundeliegende Studie wird Adhärenz aufgrund des klientenzentrierten Inhalts gewählt. Nach Krupa et al. (2017) fokussiert HgT den Aspekt der Veränderung des Lebensstils und baut auf einer funktionierenden Basis der Adhärenz auf. Dies ist für eine Nachsorge ebenfalls bedeutungsvoll, damit eine Teilnahme der Klient/-inn/-en und eine Veränderung im Alltag gelingen können. Adhärenz ist nach Meinung der Forschenden der vorliegenden Studie ein wichtiger Bestandteil der Ergotherapie, da, Therapie nur mit der Bereitschaft der/des Klient/-in/-en zur Kooperation erfolgreich sein kann.

2.10.3 Umgebungsfaktoren

Während einer ergotherapeutischen Behandlung bestehen laut Townsend und Polatajko (2013) beeinflussende Umgebungsfaktoren der Umwelt. Diese kommen, nach Meinung der Forschenden der vorliegenden Studie, auch während einer Nachsorgebehandlung zum Tragen.

Hierbei richten sich die Forschenden der vorliegenden Studie nach den Umgebungsfaktoren der Umwelt auf Grundlage des CMOP-E (→Kap. 2.4.1).

Die Umwelt wird nach Townsend und Polatajko (2013) die physische, kulturelle, soziale und institutionelle Umwelt eingeteilt. Die physische Umwelt umfasst dabei alle natürlichen und erbauten physischen Faktoren wie Treppen, Berge oder Gebäude. Die kulturelle Umwelt umfasst alle Aspekte von Religion, Glauben, Moral und Kultur sowie typische Betätigungen wie beispielsweise das Feiern von Volksfesten. Die soziale Umwelt bezieht sich auf Familie, Freunde, Kollegen und alle Menschen, die mit dem/der Klient/-en/-in in Verbindung stehen, wie beispielsweise Arbeitskollegen. Zu der sozialen Umwelt zählen ebenfalls digitale Kontakte über Social Media. Die institutionelle Umwelt beinhaltet alle rechtlichen, politischen, ökonomischen oder sozialen Organisationen, mit denen der/die Klient/-in in Verbindung steht oder von denen er/sie beeinflusst wird (ebd.). Die Umwelt kann förderliche Ressourcen darstellen, wie z. B. die Krankenkasse oder soziale Organisationen. Genauso kann sie sich

jedoch hemmend auswirken. Es muss daher in der jeweiligen Situation betrachtet werden, welcher Umweltaspekt eine Ressource und welche ein Hindernis darstellt.

2.10.4 Finanzieller Rahmen

Psychische Erkrankungen, Betätigungen bzw. Aktivitäten und geringe finanzielle Mittel stehen aus Sicht der Forschenden der vorliegenden Studie oft in direkter Verbindung. Daher sollte der finanzielle Rahmen auch in Bezug zu einem möglichen Nachsorgeangebot berücksichtigt werden. Das Durchführen von Aktivitäten erfordert materielle Ressourcen, um Mobilität, Ausrüstung oder Technik zur Teilhabe zu erwerben (Krupa et al., 2017). Nach Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson und Davidson (2016) haben bereits mehrere Studien die Verbindung zwischen psychischen Erkrankungen und geringem sozioökonomischen Status aufgezeigt. Topor und Ljungqvist (2017) formulieren, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Leben in geringem sozioökonomischen Status und Anzeichen von psychischen Erkrankungen, sozialem Rückzug und geringem Selbstwertgefühl gibt. Ein Rückschluss der sich daraus ergibt ist, dass psychisch Erkrankte wahrscheinlich einen geringeren sozioökonomischen Status haben, der sich auf Betätigung auswirkt. Daraus lässt sich schließen, dass eine Nachsorge als Dienstleistung finanziert werden sollte, damit die Teilnahme kostenfrei oder kostengünstig möglich ist. Diese finanziellen Aspekte sollten bei der Überlegung einer Nachsorge berücksichtigt werden. Besonders bei einem Wechsel vom stationären in einen ambulanten Kontext sollten Fragen der Erreichbarkeit aus finanzieller Sicht bedacht werden. Inhalte der Nachsorge sollten zudem verstärkt kostenfreie Angebote oder Betätigungen fokussieren. Ziel der vorliegenden Studie ist es, neben den Krankenkassen und ihren Verbänden alternative Finanzierungsmöglichkeiten aufzudecken, die für Nachsorge infrage kommen. Träger auf Landes- und Bundesebene könnten laut Meinungen der Forschenden der vorliegenden Studie ebenfalls in Frage kommen.

3 Methode

In diesem Kapitel werden die gewählte Methode, die Art des Vorgehens und die Form der Forschung beschrieben. Dabei gehen die Forschenden der vorliegenden Arbeit so exakt vor, „dass andere, am gleichen Problem interessierte Forscherinnen und Forscher die Untersuchung nachstellen (replizieren) können“ (Bortz & Döring, 2006, S. 88). Um dem Verlauf der Entscheidungen und dem Vorgehen folgen zu können, ist dieses Kapitel nach dem zeitlichen Ablauf der Forschung gegliedert. Es wird auf das allgemeine und im Anschluss daran auf das spezielle Vorgehen der Forschenden der vorliegenden Arbeit eingegangen. Damit die Inhalte nicht nur für Fachkundige verständlich sind (Bortz & Döring, 2006), werden wichtige Inhalte in zusammengefasster Form erläutert.

3.1 Theoretische Vorüberlegungen

Im Rahmen der theoretischen Vorüberlegungen empfehlen Gläser und Laudel (2010) eine Aufarbeitung des Forschungsstandes, wie sie im theoretischen Hintergrund (→Kap. 2) erfolgt ist. Im Vorfeld muss dazu eine Forschungsfrage gestellt werden (→Kap. 3.1.1), um das zu untersuchende Forschungsthema einzugrenzen. Anschließend werden die theoretischen Vorüberlegungen in den Hypothesen, Variablen und einem hypothetischen Modell definiert (ebd.).

3.1.1 Forschungsfrage

Die Forschungsfrage stellt dabei den ersten essentiellen Schritt einer empirischen Studie dar. Sie unterstützt die Forschenden dabei, neues und wissenschaftlich relevantes Wissen zu produzieren. Das Spektrum der relevanten Informationen wird mit Hilfe der Forschungsfrage eingegrenzt und die Wissenslücken, die den Inhalt der Forschung bilden, werden genauer beschrieben. Die Forschungsfrage dient daher zur Entwicklung einer Untersuchungsstrategie und fordert Überlegungen zur Anwendung der qualitativ empirischen Methoden, die zum Einsatz kommen sollen. Sie bildet also den Leitfaden, an dem sich die Forschenden über die Dauer der Forschung orientieren und von dem sie gelenkt werden (Gläser & Laudel, 2010). Bei dem Erstellen der Forschungsfrage sind die Forschenden der vorliegenden Studie nach dem PICO-Schema (Mangold, 2013) vorgegangen. Dabei steht:

- P für die Person, eine Population oder das Problem, welches von Interesse ist
- I für die Intervention
- C für die Kontroll- oder Vergleichsgruppe
- O für das erwartete Ergebnis

Nach Mangold (2013) ist die Frage nach der Kontroll- oder Vergleichsgruppe C optional und nicht verpflichtend. Für die Forschenden der vorliegenden Studie war aufgrund der qualitativen Fragestellung eine Kontrollgruppe nicht von Interesse, daher wurde die Forschungsfrage nach PIO gestellt.

Nach Gläser und Laudel (2010, S. 65) sollte eine Forschungsfrage vom „existierenden Wissen ausgehen, es ermöglichen, dem existierenden Wissen etwas hinzuzufügen und nach einem Zusammenhang fragen“. Die nach diesen Kriterien formulierte Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit lautet:

„Wie sind die Meinungen von Therapeut/-inn/-en und Fachkundigen zu einem Nachsorgeangebot im Anschluss an das Therapieprogramm „Handeln gegen Trägheit“ bei Menschen mit einer stationär behandelten psychiatrischen Erkrankung?“

Die sich daraus ergebenden Leitfragen lauten:

1. Was kann der Inhalt einer Nachsorge zum Thema HgT sein?
2. Welche möglichen Formen der Nachsorge erachten Therapeut/-inn/-en und Fachkundige für HgT als sinnvoll?
3. Wie schätzen Therapeut/-inn/-en und Fachkundige die fördernden und hemmenden Faktoren einer HgT-Nachsorge ein?

3.1.2 Methodenwahl

Da der Begriff „Experten“ innerhalb der vorliegenden Forschung unterschiedliche Personengruppen einschließt, werden die Begrifflichkeiten der Interviewteilnehmenden im Folgenden definiert. Interviewteilnehmer/-innen, welche eine praktische Fachexpertise bezüglich des Forschungsthemas haben, werden als „HgT-Therapeut/-inn/-en“ betitelt. Interviewteilnehmer/-innen, welche eine Fachexpertise aufgrund ihrer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema haben, werden als „Fachkundige“ betitelt. Wenn von allen Interviewteilnehmenden gesprochen wird, wird der Begriff „Experte“ verwendet. Da die Überschneidung der Begrifflichkeiten erst im Prozess der Methodik aufkam, wurden die Fachkundigen in dem Anschreiben (→Anlage 5), dem Interviewleitfaden (→Anlage 10), der Einverständniserklärung (→Anlage 9) sowie in den Transkripten als „Expert/-in/-e“ bezeichnet.

Im Rahmen der Forschungsfrage wurden die zur Verfügung stehenden Methoden geprüft, die für die Beantwortung der Forschungsfrage in Frage kommen. Dabei sind in der Sozialforschung grundsätzlich zwei Forschungsmethoden möglich, die quantitative oder qualitative Methode.

Qualitative Methoden beruhen auf sozialen Sachverhalten, die mittels Beobachtung und Beschreibungen interpretiert werden (Gläser & Laudel, 2010). Diese Methode strebt die Verbalisierung der Erfahrungswirklichkeit an, die nicht numerisch sondern interpretativ ausgewertet wird (Bortz & Döring, 2006). Die für die Interpretation notwendige detaillierte Analyse kann aufgrund des Zeitaufwandes nur in einer geringen Fallzahl in den Studien bearbeitet werden. Die Datenerhebung erfolgt mehrheitlich verbal in Interviews oder visuell durch Beobachtung. Die erhobenen Daten werden zur Generierung von Theorien und

Hypothesen genutzt (Abb. 5). Eine qualitativ intensiv erforschte Theorie bietet häufig die Grundlage für quantitative Forschung.

Quantitative Methoden beruhen nach Gläser und Laudel (2010) auf numerischer Auswertung und Darstellung, auf deren Basis eine Aussage getroffen wird. Dabei werden meist größere Fallzahlen angestrebt, um eine generalisierbare Aussage zu treffen. Die statistisch errechneten Aussagen werden zur Prüfung der vorangegangenen Theorien oder Hypothesen verwendet (Perkhofer, 2016). Die Daten werden bei dieser Methode durch standardisierte Tests und Fragebögen erhoben, die in Zahlen oder abstrakten Werten auswertbar sind. Ebenfalls standardisiert erfolgt die Auswertung der Daten. Dabei werden Mittelwerte oder Signifikanzen, welche nicht zufällige Effekte bezeichnen, berechnet. Kennzeichnend im Ablauf für diese Methode ist der strikte Plan, den die Forscher zu Beginn festlegen und an dem sie über die Dauer der Forschung festhalten. Um quantitativ forschen zu können, benötigt es ein Vorwissen, auf dessen Basis geforscht wird. Dieses wird meist durch vorausgegangene qualitative Forschung geliefert. Abb. 5 stellt die Unterschiede der beschriebenen Vorgehensweisen nach Flick (1999) dar.

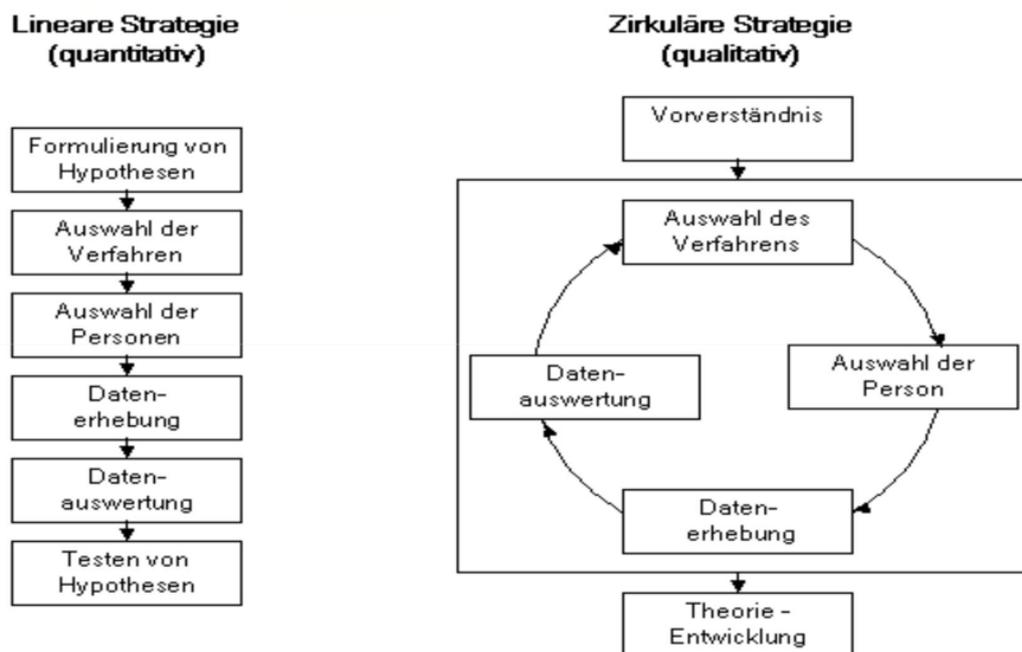


Abb. 5 Unterschiede der Forschungsprozesse

Die vorliegende Studie ist als qualitative empirische Sozialforschung nach Gläser und Laudel (2010) aufgebaut. Unter empirischer Sozialforschung werden dabei Untersuchungen von Teilen der sozialen Umwelt verstanden, die zur Bildung und Entwicklung von Theorien beitragen. Diese Forschungsprozesse werden „empirisch“ das heißt „auf Erfahrung beruhend“ beschrieben, gründen sich jedoch auf Theorien und tragen im Ergebnis wieder zu diesen

Theorien bei (Abb. 5). Dieser Beitrag erfolgt durch theoretische Schlüsse, die infolge von Beobachtung gewonnen werden und die bestehenden Theorien beeinflussen (Gläser & Laudel, 2010).

Der qualitative Aufbau begründet sich in der Forschungsfrage, die nach den individuellen Erfahrungswerten und Meinungen der Therapeut/-inn/-en und Fachkundigen fragt. Nach Gläser und Laudel (2006) ist diese Fragestellung, wie in Abb. 6 dargestellt, der Suche nach Kausalmechanismen und der Bestimmung ihres Geltungsbereiches zuzuordnen. Wie in Unterkapitel Literaturrecherche (→Kap. 3.1.3) beschrieben, wurde während der Literaturrecherche ein hohes Maß an Evidenz zum Thema Nachsorge gefunden. Aufgrund der dünnen ergotherapiespezifischen Evidenzlage wurde festgelegt, die Erfahrungen von Expert/-inn/-en zu erfragen. Somit wurde ein quantitatives Vorgehen durch die Forschenden der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen. Aufgrund dieser Entscheidung wurden durch die Forschenden die qualitativen Methoden und Vorgehensweisen überprüft. Den Forschenden der vorliegenden Arbeit wurden die qualitativen Inhaltsanalysen nach Mayring (2015) und nach Gläser und Laudel (2010) inhaltlich vermittelt. Mayrings Darlegungen (2015) wurden aufgrund des induktiven Vorgehens als nicht passend für die vorliegende Forschungsfrage bewertet. Die Entscheidung für die Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) wurde aufgrund des deduktiven Vorgehens, des geplanten Forschungsprozesses sowie aufgrund der Fokussierung auf die Expertengruppe getroffen. Die Entscheidung der Forschenden der vorliegenden Arbeit lag zusätzlich darin begründet, dass, wie oben erwähnt und im Unterkapitel Literaturrecherche (→Kap. 3.1.3) beschrieben, theoretisches Wissen aus Bezugswissenschaften vorlag und somit theoretische Vorüberlegungen durchgeführt werden konnten.

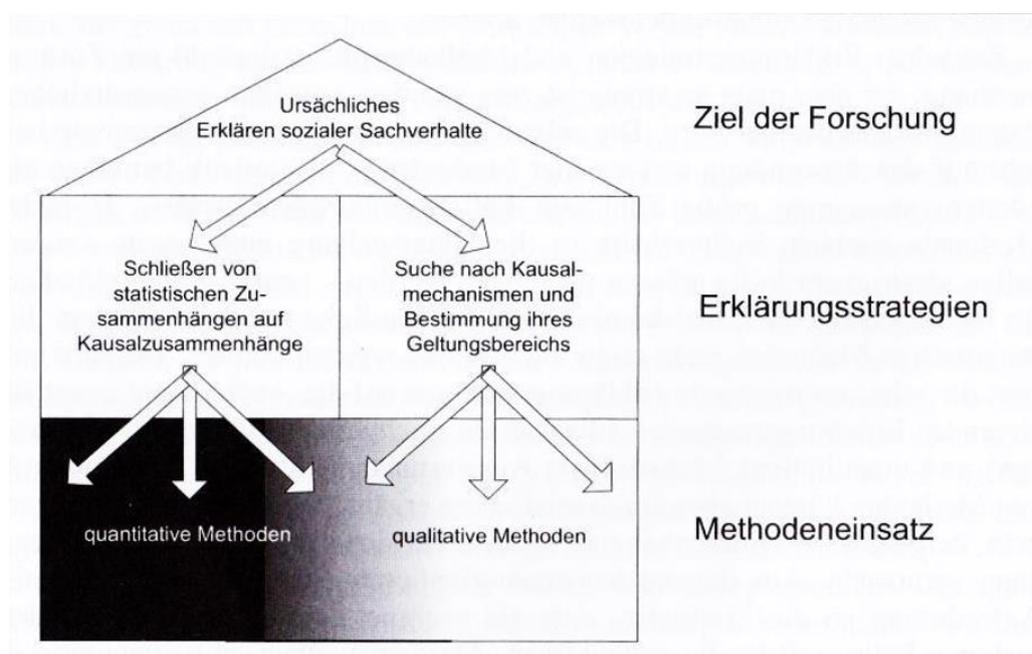


Abb. 6 Erklärungsstrategien und Methodeneinsatz in der empirischen Sozialforschung

Im Rahmen der qualitativen Methode wurde zur Datenerhebung ein leitfragengestütztes Experteninterview gewählt. Die gewählte Form der Datenerhebung empfiehlt sich aus unterschiedlichen Gründen. Zum einen, da mehrere Themenbereiche bearbeitet werden können, die das Ziel der Forschung sind. Zum anderen bietet das leitfragengestützte Interview einen Rahmen, der eine gewisse Flexibilität bietet aber auch genau bestimmbare Informationen ermöglicht (Gläser & Laudel, 2010). Das leitfadengestützte Experteninterview eröffnet den Forschenden der vorliegenden Studie die Möglichkeit, im Gespräch auf die Antworten der befragten Personen flexibler zu reagieren und Themen zu vertiefen. Zudem muss die Abfolge der Fragen nicht stringent sein, sondern kann situationsspezifisch variieren, sodass ein sinnvoller Austausch entsteht. Diese Flexibilität ist aufgrund des bisher wenig erforschten Forschungsgegenstandes geeignet, um die komplexe Forschungsfrage zu beantworten.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage hätte entweder auf HgT-erfahrene Klient/-inn/-en oder auf Ergotherapeut/-inn/-en sowie auf Fachkundige zurückgegriffen werden können. In den Vorüberlegungen wurden HgT-erfahrene Klient/-inn/-en für die zugrundeliegende Forschung aufgrund der Notwendigkeit eines Ethikvotums ausgeschlossen. Um im zeitlich begrenzten Rahmen der Bachelorarbeit genügend Teilnehmende zu erreichen, musste von einer Einreichung eines Ethikvotums in drei Bundesländern und über mehrere Kliniken hinweg abgesehen werden.

Da die Forschenden der vorliegenden Studie subjektive, individuelle Erfahrungen durch die Zielgruppe der HgT-Therapeut/-inn/-en und Fachkundigen gewinnen wollten, ist die Durchführung eines Interviews ein methodisch passend gewähltes Vorgehen. Da das Interview zu einem bestimmten Thema erfolgen sollte und bestimmte Vorkenntnisse beinhalten sollte, ist das Experteninterview mit dem thematisch festen Rahmen und einer verbleibenden Flexibilität passend.

Im Kontext der Experteninterviews ist „Experte“ als eine Person zu verstehen, die über ein besonderes Wissen verfügt (Gläser & Laudel, 2010). Die Forschenden der vorliegenden Studie definierten Expert/-inn/-en als Fachpersonen für die Intervention HgT. Eine Fachperson ist dabei jede Person, die das Manual in der Praxis angewendet hat oder sich intensiv mit dem Manual auseinandergesetzt hat. Als Beispiele für eine intensive Auseinandersetzung gelten die Übersetzung des Manuals oder eine Forschungsarbeit im Rahmen von Bachelor- oder Masterarbeiten zum Thema HgT. Die genaue Betitelung der Experten wurde bereits zu Beginn dieses Abschnitts (→Kap. 3.1.2) geklärt.

Der gesamte Forschungsprozess wurde aufgrund der dargelegten Entscheidung für das Experteninterview und das qualitative Vorgehen nach Gläser und Laudel (2010) angelegt. Diese Vorgehensweise beinhaltet die theoretischen Vorüberlegungen, die Bildung des theoretischen Hintergrundes und die Erstellung des hypothetischen Modells (→Kap. 3.2). Die Entwicklung von Variablen sowie die Extraktion und Auswertung der Daten sind durch diese Entscheidung vorgegeben und werden im Weiteren (→Kap. 3.2.1) erläutert.

3.1.3 Literaturrecherche

Literaturrecherche und Forschungsfrage sind nach Gläser und Laudel (2010) eng miteinander verbunden. Die Literaturrecherche orientiert sich am aktuellen Stand der Forschung und nimmt Einfluss auf die Forschungsfrage. Im weiteren Verlauf gibt die Forschungsfrage den thematischen Rahmen vor, innerhalb dessen die vertiefende Literaturrecherche stattfindet. Die Literaturrecherche erhebt somit den aktuellen Wissensstand, der im theoretischen Hintergrund (→Kap. 2) ausgeführt wurde. Der vorliegenden Studie ging eine intensive nationale sowie internationale Literaturrecherche voraus, welche den gesamten Prozess der Forschung begleitete. Ein Schwerpunkt der Suche lag auf der Recherche ergotherapeutischer Theoriebildung, sowie deren aktueller empirischer Evidenzlage zum Themenfeld Nachsorge im Bereich der psychiatrischen Ergotherapie. Während der Literaturrecherche wurde deutlich, dass in den verschiedenen Bezugswissenschaften Nachsorge breit erforscht ist, es jedoch wenig ergotherapiespezifische Literatur zu dieser Thematik gibt. Nachsorgespezifische Informationen wurden daher aus den Rehabilitationswissenschaften, welche sich stark an den Sozialwissenschaften orientieren (Götsch, 2015), verwendet. Zusätzlich wurden allgemeine Theorien aus den sozialwissenschaftlichen Bezugswissenschaften der Psychologie und Soziologie einbezogen. Hierdurch wurden Beschreibungen zu abstraktem Wissen sozialen Handelns und psychologisch verankerter Handlungsweisen in Bezug auf den Gegenstandsbereich der vorliegenden Forschung getroffen (Gläser & Laudel, 2010).

Aus der PICO-Fragestellung (→Kap. 3.1.1) haben die Forschenden der vorliegenden Studie verschiedene Suchbegriffe generiert, die sie ins Englische übersetzten. Die generierten Suchbegriffe wurden mit den Operatoren AND, OR und NOT kombiniert (→Anlage 4). Bei der Nutzung verschiedener Suchmaschinen und Datenbanken wurden sowohl die englischen als auch die deutschen Suchbegriffe unter Einbezug der MeSH-Terms verwendet, sodass eine umfangreiche Recherche gewährleistet werden konnte. Es wurden verschiedene Datenbanken genutzt, wie z.B. PubMed, Otseeker oder Google Scholar (→Anlage 4). Zusätzlich wurde in der Hochschuldatenbank (DIZ) gesucht. Diese ermöglichte den Zugang zu 38 unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Datenbanken, wie beispielsweise Ebscohost, CINAHL oder Cochrane. Zusätzlich wurde in Fachliteratur wie Leitlinien, Büchern und Zeitschriften, wie dem AJOT oder der ErgoScience recherchiert. Des Weiteren konnte eine Universitätsbibliothek vor Ort genutzt werden. Nach Bortz und Döring (2006) ist eine Literaturrecherche abgeschlossen, wenn die Literatur des anvisierten Forschungsbereiches bzgl. der essentiellen Themenstränge, zentralen Autoren und Autorinnen sowie der maßgeblichen Theorien und Modelle bekannt ist. Dieser Zustand wurde nach Meinung der Forschenden der zugrundeliegenden Arbeit hinreichend erreicht, da verschiedene Suchanfragen wiederholt die gleichen Inhalte ergaben. Für die theoretischen Vorüberlegungen wurden hauptsächlich veröffentlichte Studien in Fachzeitschriften verwendet. Zu einigen

Themen, wie beispielsweise der Krisenbewältigung, fand sich wenig Literatur in Fachartikeln, weshalb auf aktuelle Fachbücher zurückgegriffen wurde. Die gefundenen Studien wurden nach Tomlin und Borgetto (2011) bewertet und im Evidenzlevel eingeschätzt. Überwiegend wurden quantitative Studien, davon sechs randomisiert-kontrollierte Studien, gefunden. Zusätzlich gab es zwei Studien mit einem mixed-methods-Design. Lediglich 14 qualitative Studien wurden für die theoretischen Vorüberlegungen verwendet. Des Weiteren wurden mehrere systematic reviews sowie zwei Leitlinien genutzt. Mehrheitlich war die gefundene Literatur in englischer Sprache verfasst. Lediglich bei den verwendeten Fachbüchern lag der Schwerpunkt auf der deutschen Sprache. Bei einigen Themen ließ sich ein Schwerpunkt in einzelnen Ländern finden, z. B. wurden für das Thema E-Health überwiegend national veröffentlichte Artikel gefunden. Die internationalen Veröffentlichungen waren weltweit nahezu homogen, wobei die meisten internationalen Veröffentlichungen aus den USA, Kanada und Skandinavien stammen. Bei der Suche wurde auf die größtmögliche Aktualität (wenn möglich nicht älter als 10 Jahre) geachtet. Bezüglich der Aktualität konzentrieren sich die meisten Veröffentlichungen auf die Jahre zwischen 2013 und 2019. Lediglich vier Quellen wurden vor 2000 veröffentlicht.

3.2 Hypothetisches Modell

Das folgende Unterkapitel setzt sich mit dem hypothetischen Modell auseinander, das durch die Forschenden der zugrundeliegenden Arbeit erstellt wurde.

Das hypothetische Modell ist Teil des nach Gläser und Laudel (2010) vorgegebenen Schrittes der theoretischen Vorüberlegungen. Voraussetzung für die Erstellung ist eine ausführliche Literaturrecherche (→Kap. 3.1.3). Das hypothetische Modell soll den gesuchten Kausalzusammenhang theoretisch abbilden. Hierbei ist es für die Forschenden wichtig, die Aufmerksamkeit auf die wichtigen empirischen Sachverhalte zu lenken. Dabei sollen die empirischen Sachverhalte, von denen angenommen wird, dass sie aus theoretischen Gründen für die Beantwortung der Forschungsfrage nützlich sind, herausgefunden werden (ebd.). Das hypothetische Modell wird durch Variablen (→Kap. 3.2.1) beschrieben, die ihrerseits durch Definitionen (Anlage 11) genauer beschrieben werden.

3.2.1 Variablen

Das hypothetische Modell soll durch die Variablen alle wichtigen Ursachen und Wirkungen, die für die Forschung von Interesse sind, abbilden. Variablen sind als „Konstrukte, die veränderliche Aspekte der sozialen Realität beschreiben“ definiert (Gläser & Laudel, 2010, S. 79). Insgesamt lassen sich nach Gläser und Laudel (2010) vier Kategorien von Variablen benennen, die die Beziehung von Variablen zueinander definieren (Abb. 7).

1. **Unabhängige Variablen** nehmen Einfluss und beschreiben die Ursachen, die auf andere Variablen wirken. Mögliche Einflussfaktoren oder Ursachen auf diese unabhängigen Variablen liegen nicht mehr im Forschungsinteresse und werden daher nicht erfasst.
2. **Intervenierende Variablen** stehen nicht im Forschungsinteresse, beeinflussen jedoch den Kausalmechanismus und werden deshalb beachtet. Wie bei den unabhängigen Variablen interessiert ausschließlich die Wirkung.
3. **Vermittelnde Handlungen** bilden den Prozess zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen ab. Sie können durch intervenierende Variablen beeinflusst werden.
4. **Abhängige Variablen** werden beeinflusst und auf diese Beeinflussung hin untersucht. Ein weiterer Einfluss der abhängigen Variablen steht nicht im Forschungsinteresse und wird daher nicht betrachtet.

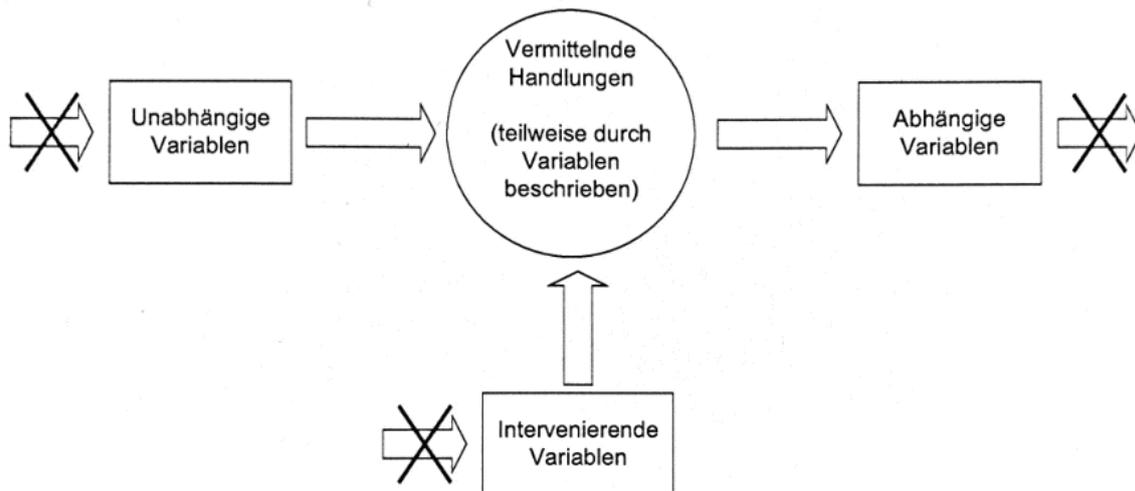


Abb. 7 Typen von Untersuchungsvariablen

Variablen sind nach Luhmann (1997) als planmäßig unbestimmte Leerstellen, die nur von bestimmten und begrenzten Inhalten gefüllt werden können, beschrieben. Um diese genannten Begrenzungen zu schaffen, wird von Gläser und Laudel (2010) eine genaue Definition der Variablen gefordert. Diese Definition besteht aus vier Teilen:

1. **Definition:** Diese legt fest, welches Phänomen die Variable beschreiben soll.
2. **Indikatoren:** In diesem Teil werden Indikatoren benannt, an denen das Vorhandensein von Informationen im Text zu erkennen ist. Die Variablen können bei der Zuordnung von Informationen klar voneinander unterschieden werden.
3. **Zeitdimension:** Diese Dimension beschreibt den Zeitraum, in dem die Merkmalsausprägungen existieren.
4. **Sachdimension:** Diese sind als voneinander unabhängige nominalskalierte Merkmalsausprägungen einer Variable zu fassen.

Alle Variablen wurden nach den Vorgaben von Gläser und Laudel (2010) definiert und in einer Tabelle zusammengefasst (→Anlage 11). Bei der Definition der Variablen nutzten die Forschenden der vorliegenden Studie die bereits bestehenden Definitionen, wie beispielsweise bei dem COMP-E nach Townsend und Polatajko (2013) oder der HgT-Intervention nach Krupa et al. (2016).

3.2.2 Das erstellte hypothetische Modell

Das abgebildete hypothetische Modell (Abb. 8) wurde nach den Vorgaben von Gläser und Laudel (2010) im Anschluss an die Literaturrecherche durch die Forschenden entwickelt. Das hypothetische Modell bildet die recherchierten Zusammenhänge in Bezug zum Forschungsobjekt ab. Jede dargestellte Variable bildet im späteren Verlauf eine Kategorie, die zur Auswertung der Daten verwendet wird. Der Prozess, der zu diesem Modell führte, beinhaltete unterschiedliche Entwürfe, in denen die Variablen verändert und sortiert wurden (→Anlage 8).

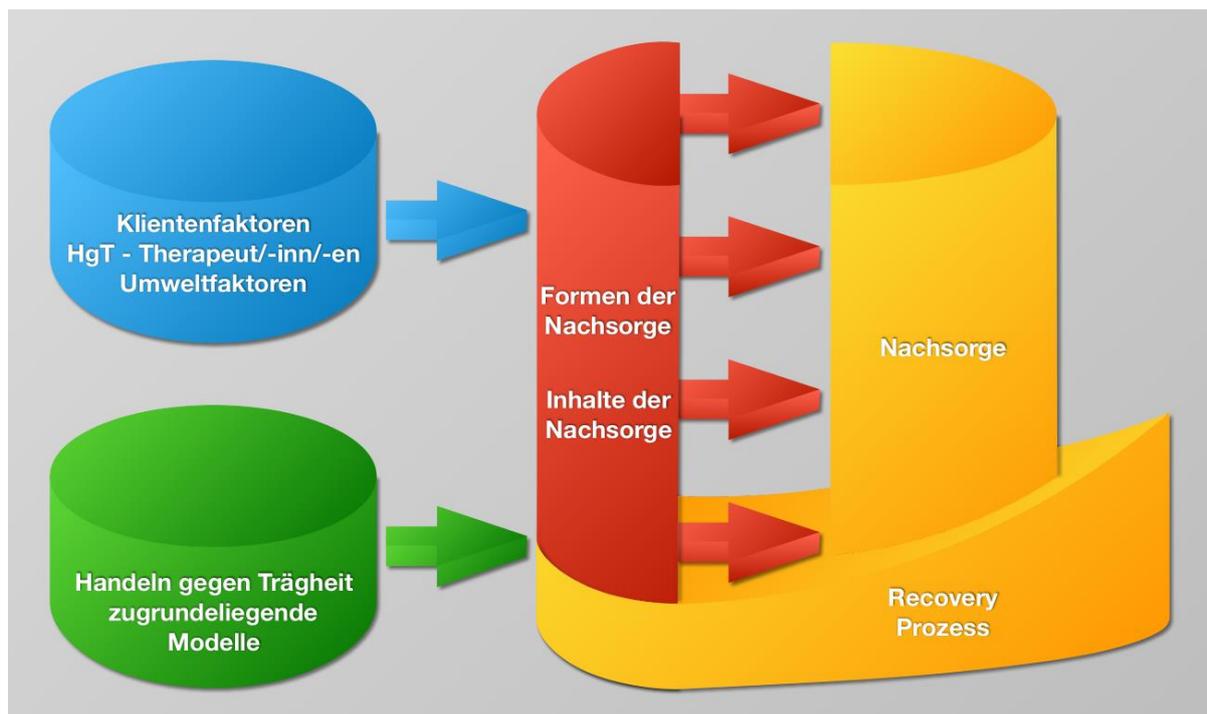


Abb. 8 Hypothetisches Modell

3.2.3 Erläuterung des hypothetischen Modells

In der vorliegenden Studie sind unabhängige Variablen (Gläser & Laudel, 2010) im hypothetischen Modell (Abb. 8) blau abgebildet und beinhalten Klientenfaktoren, HgT-Therapeut/-inn/-en und Umweltfaktoren. Klientenfaktoren beinhalten dabei Kenntnisse, Fähigkeiten, Motivation und finanzielle Ressourcen, die die Teilnahmemöglichkeiten an Nachsorge für Klient/-inn/-en beeinflussen. HgT-Therapeut/-inn/-en sind mit dem HgT-Manual vertraut und haben Erfahrungen in der Anwendung mit diesem. Auf diese Variable wirken verschiedene Faktoren ein, welche sowohl im theoretischen Hintergrund (→Kap. 2) als auch in den Definitionen (→Anlage 11) benannt werden. Die Umweltfaktoren beinhalten die vier Bereiche, die von Townsend und Polatajko (2013) als physisch, kulturell, sozial und institutionell definiert wurden (→Kap. 2.10.3). Die genannten drei unabhängigen Variablen sind

einflussnehmend auf die Form und den Inhalt von Nachsorge, da sie die Voraussetzungen für Nachsorge positiv oder negativ beeinflussen können.

Als intervenierende Variablen, welche im hypothetischen Modell grün dargestellt sind, werden HgT sowie die zugrundeliegenden Modelle betrachtet. HgT und die zugrundeliegenden Modelle bilden die Basis des Nachsorgeangebots, beeinflussen die vermittelnde Handlung und nehmen somit Einfluss auf die Form und den Inhalt der Nachsorge. Da sie zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind, jedoch nicht direkt zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen, werden sie durch die Forschenden der vorliegenden Studie als intervenierende Variablen definiert. Die Form und der Inhalt von Nachsorge, welche im hypothetischen Modell rot dargestellt sind, werden durch die beschriebenen Variablen beeinflusst und beeinflussen wiederum die Möglichkeiten eines Nachsorgeangebotes. Sie werden als vermittelnde Handlung definiert (Gläser & Laudel, 2010). Die im hypothetischen Modell gelborange dargestellte Nachsorge wird wiederum als abhängige Variable betrachtet und durch die vorangegangene vermittelnde Handlung beeinflusst. Im Rahmen dieser Beeinflussung entstehen verschiedene Möglichkeiten eines Nachsorgeangebotes, das durch die Pfeile gekennzeichnet ist. Im Hintergrund einer gesamten Behandlung, inklusive eines Nachsorgeangebots, steht für die Forschenden der Recoveryprozess, der im Modell gelborange markiert ist, als weitere abhängige Variable. Da der Recoveryprozess in der vorliegenden Arbeit als Bestandteil und Konsequenz von Nachsorge zu betrachten ist, jedoch nicht den Kern des Forschungsgegenstandes darstellt, ist die Variable separat als umrahmender und abschließender Baustein abgebildet. Er kann auch als gelungener Übergang von Nachsorge in den Alltag betrachtet werden.

3.3 Forschungsethik

Da die Forschung die Befragung von Menschen beinhaltet, müssen bestimmte Richtlinien der Ethik befolgt werden, um die Teilnehmenden zu schützen. Gläser und Laudel (2010) schlagen als Richtschnur für den Umgang mit Teilnehmenden der Studie den Ethikkodex der deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS, 1992) vor. Dieser Kodex wurde in der vorliegenden Arbeit, wie nachfolgend beschrieben, befolgt. Alle Teilnehmenden wurden durch das Anschreiben (→Anlage 5) über Ziel und Methodik des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Eine informierte Einwilligung wurde in Form einer Einverständniserklärung (→Anlage 9) von allen Beteiligten gelesen und unterzeichnet. In dieser Einwilligung sowie zu Beginn eines jeden Interviews wurden die Teilnehmenden über Aspekte der Anonymität, Vertraulichkeit ihrer Daten und der Handhabung bei möglichen Publikationen aufgeklärt. Zudem beinhaltete die Einverständniserklärung Informationen zur Freiwilligkeit. So wurden die Teilnehmenden darüber aufgeklärt, dass das Interview freiwillig erfolgt und jederzeit ohne eine Angabe von Gründen abgebrochen werden kann. Weiterhin wurden die Teilnehmenden in der Einverständniserklärung über das Vorgehen der Studie bezüglich der Interviewdurchführung aufgeklärt. Die teilnehmenden Fachkundigen wurden darüber informiert, dass durch den Inhalt der Aussagen und ihren Bekanntheitsgrad mögliche Rückschlüsse gezogen werden könnten. Hier konnte von Seiten der Forschenden lediglich eine Pseudonymisierung und nicht, wie bei den anderen Teilnehmenden, eine Anonymisierung zugesichert werden. Dies wurde von allen Beteiligten gelesen und unterzeichnet.

3.4 Interviewvorbereitung und -durchführung

In den folgenden Abschnitten wird der Prozess der Stichprobenauswahl (Law et al., 1998) begründet beschrieben und die Erstellung des Interviewleitfadenes differenziert dargestellt. Abschließend wird die Durchführung der Experteninterviews verdeutlicht.

3.4.1 Auswahl der Expert/-inn/-en

Damit eine Datensättigung erreicht werden konnte, haben die Forschenden der vorliegenden Studie eine Stichprobengröße von N=9 vorgesehen und orientierten sich dabei, wie von Ritschl & Stamm (2016) vorgeschlagen, an ähnlichen, bereits bestehenden Studien. Die Größe der Stichprobe lag zudem in der Aktualität von HgT und der damit verbundenen eher geringen Verbreitung in Deutschland begründet. Zudem war die Anzahl an Teilnehmenden im Rahmen der Bachelorarbeit realistisch zu bewältigen. Es wurden zwei Einschlusskriterien für die Teilnehmenden festgelegt:

1. Die Teilnehmenden sind praktizierende Ergotherapeut/-inn/-en.
2. Die Teilnehmenden wenden das HgT-Manual im psychiatrischen Setting praktisch an.

Des Weiteren wurden nach Fachkundigen gesucht, die sich auf theoretischer und wissenschaftlicher Basis mit dem Manual auseinandergesetzt hatten. Diese wurden persönlich per E-Mail angeschrieben. Um die gesuchten Teilnehmenden für die Studie zu erreichen, wurden zwei Anschreiben verfasst. Das erste Anschreiben sollte dabei als Eyecatcher in sozialen Medien dienen und das Interesse der Personen wecken (→Anlage 6). Das zweite Anschreiben wurde ausführlicher gestaltet und sollte über das konkrete Forschungsvorhaben aufklären (→Anlage 5). Die beiden Anschreiben wurden an Personen, die durch Publikationen und Fachartikel für das HgT-Manual bekannt sind, gesendet und von diesen weiterverbreitet. Zudem wurden die Anschreiben in den Foren ErgoXchange.de, den Facebookgruppen „Ergotherapie Deutschland“ und „+Ergotherapie+“ sowie auf der Facebookseite des Fortbildungshauses Wunstorf veröffentlicht und wiederholt als „friendly reminder“ gepostet. Die Forschenden der zugrundeliegenden Studie schrieben zusätzlich den Fachausschuss Psychiatrie des DVE an (→Anlage 7) und warben auf dem Landesgruppentreffen Bayern des DVE für die Teilnahme an der Studie. Außerdem wurden zwei Ergotherapiepraxen, die einen psychiatrischen Schwerpunkt haben, direkt per E-Mail angeschrieben. Das LVR-Klinikum Düsseldorf wurde als ehemaliger Forschungsort für Studien zu HgT ebenfalls angeschrieben. Da sich nur wenige Teilnehmende auf die Anfrage der Forschung meldeten, wurden die Einschlusskriterien wie folgt durch die Forschenden erweitert:

3. Die Teilnehmenden haben die HgT-Intervention in ihrer vergangenen beruflichen Praxis bereits angewendet.

4. Die Teilnehmenden haben sich durch Übersetzungen oder theoretische Auseinandersetzungen auf wissenschaftlicher Basis mit der HgT-Intervention auseinandergesetzt, wodurch sie als Fachkundige gelten.

Nach der Anpassung der Einschlusskriterien konnten fünf Teilnehmende akquiriert werden, die sich für ein Interview bereit erklärten. Für den Pretest konnte eine weitere teilnehmende Person im direkten Arbeitsumfeld von einer forschenden Person der vorliegenden Arbeit gewonnen werden.

3.4.2 Erstellung des Interviewleitfadens

Die leitfadengestützten Interviews wurden nach den Vorgaben von Gläser und Laudel (2010) erstellt (→Anlage 10). Die Forschenden der vorliegenden Studie erstellten einen Interviewleitfaden und passten diesen an die jeweilige Expertengruppe an.

Zunächst wurde ein Interviewleitfaden für Ergotherapeut/-inn/-en, die in ihrer praktischen Arbeit Erfahrungen mit dem Interventionsprogramm HgT haben, erstellt (→Anlage 10). Dieser Interviewleitfaden wurde für die jeweiligen Fachkundigen von HgT angepasst. Dabei wurden alle Fragen des Hauptteils inhaltlich erhalten. Ausschließlich die „Eisbrecherfragen“ wurden an den jeweiligen Kontext der Expert/-inn/-en angepasst. Durch die sozialwissenschaftliche Herangehensweise der Datenerhebung mittels dieser Experteninterviews wurden soziale Erfahrungswerte, Situationen und Phänomene erhoben, die in Bezug auf die Meinungen bezüglich möglicher Nachsorgeangebote bedeutsam sind. Durch die Erkenntnisse erhielten die Forschenden der vorliegenden Studie eine umfassende Sichtweise von unterschiedlichen Fachpersonen. Der erstellte Interviewleitfaden basierte auf dem theoretischen Hintergrund (→Kap. 2) und dem daraus entwickelten hypothetischen Modell (→Kap. 3.2). Die Fragen wurden zu allen im theoretischen Hintergrund aufgeführten Themenaspekten formuliert, sodass ein möglichst umfassender Informationsgehalt zum Abgleich mit der aktuell bestehenden Evidenzlage sowie deren Wissenslücken erreicht werden konnte.

Bei der Erstellung der Interviewleitfäden wurden die vier Kriterien nach Hopf (1978, wie zitiert in Gläser und Laudel, 2010) beachtet:

1. **Reichweite**, um ein Spektrum an Themen anzusprechen und dabei nicht inhaltlich abzufragen oder Antworten zu antizipieren, sondern das freie Erzählen des Teilnehmenden anzuregen.
2. **Spezifität**, sodass die Leitfragen in den Kontext der befragten Person eingebettet sind, damit spezifische bzw. besondere Aussagen erhoben werden können.

3. **Tiefe**, sodass der Teilnehmende „bei der Darstellung der affektiven, kognitiven und wertbezogenen Bedeutung bestimmter Situationen und bei der Darstellung seiner Involviertheit unterstützt“ wird (Gläser & Laudel, 2010, S. 116).
4. **Personaler Kontext**, „der persönliche und soziale Kontext, in dem die Reaktion der befragten Person steht, muss in ausreichendem Umfang erfasst sein“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 116).

Um dem Kriterium der Reichweite zu entsprechen, wurde der Interviewleitfaden so konzipiert, dass er zu einem natürlichen Gesprächsverlauf und einem freien Erzählen anregen soll (Gläser & Laudel, 2010). Situationsbedingt konnte von der vorgegebenen Reihenfolge sowie der Fragenformulierung abgewichen werden. Zusätzlich zu den genannten Kriterien nach Hopf (1978) wurden die Prinzipien des theoriegeleiteten Vorgehens, der Offenheit, Neutralität sowie Einfachheit und Klarheit nach Gläser und Laudel (2010) eingehalten. Die Themen und Fragen wurden im Interviewleitfaden so gestellt, dass die durch die Untersuchungsfrage und die theoretischen Vorüberlegungen abgeleiteten Forschungslücken beantwortet werden können. Dies entspricht dem Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens (ebd.). Weiterhin wurden die Fragen so formuliert, „dass sie dem Interviewten die Möglichkeit geben, seinem Wissen und seinen Interessen entsprechend zu antworten“ (ebd., S. 115) und somit das Prinzip der Offenheit berücksichtigt. Beide Prinzipien tragen zum methodologischen Vorgehen bei (ebd.). Weiterhin wurde das Prinzip der Einfachheit und Klarheit beachtet.

Dies zeigt sich u. a. darin, dass vermehrt dichotome Fragen verwendet wurden. Die dichotomen Fragen wurden meist als Filterfragen verwendet und durch Nachfragen kombiniert, beispielsweise ersichtlich in Frage 3 oder 5 a (→Anlage 10). Damit das Prinzip der Neutralität eingehalten wurde, haben die Forschenden der vorliegenden Arbeit die Interviewfragen so formuliert, dass sie dem Befragten keine bestimmte Antwort nahelegen, welches beispielsweise in den Fragen 2, 5, 11 und 12 (→Anlage 10) zu erkennen ist. Somit wurden Suggestivfragen vermieden. Die Fragen wurden möglichst kurz formuliert bzw. in Haupt- und Nachfragen aufgeteilt. Zeitlich wurde das Interview so aufgebaut, dass es im Rahmen von 60 Minuten durchführbar war. Diese Entscheidung wurde aufgrund der Teilnahmebereitschaft der Expert/-inn/-en an der Studie getroffen.

Wie in Kapitel Forschungsethik (→Kap. 3.3) beschrieben, wurden die Teilnehmenden vor dem Interview durch eine Einverständniserklärung über den Ablauf des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Der Aufbau des Interviewleitfadens begann mit der Begrüßung und allgemeinen Hinweisen zur Durchführung des Interviews. Die notwendigen Aspekte (Gläser & Laudel, 2010) über die Aufklärung der Anonymität bzw. Pseudonymisierung der Experten, den Datenschutz, das Ziel der Forschung und die Einwilligung des Interviewpartners wurden in der

Einleitung eingeschlossen (Gläser & Laudel, 2010). Die „Eisbrecherfragen“, welche Themen wie das momentane berufliche Setting oder Erfahrungswerte mit dem HgT-Manual beinhalteten, wurden bei den Interviewleitfäden für die Fachkundigen mit Fragen nach dem jeweiligen Fachgebiet angepasst. Anschließend folgten Fragen zum Thema HgT. Hierbei standen die Erfahrungswerte der interviewten Personen bezüglich der Erfolge von Klient/-inn/-en mit der Intervention im Vordergrund. Anschließend folgten Fragen zu der Thematik Nachsorge, wobei Themen wie mögliche Inhalte und Formen der Nachsorge, nötige Klienten- und Therapeutenfaktoren sowie Finanzierungsmöglichkeiten bezüglich eines Nachsorgeprogrammes erfragt wurden. Der Hauptteil beinhaltete 12 Fragen und 25 optionale Vertiefungsfragen, wodurch das beschriebene Kriterium der Tiefe nach Hopf (1978, wie zitiert in Gläser und Laudel, 2010) beachtet wurde. Diese wurden jedoch nur gestellt, wenn die Aspekte nicht bereits durch die Interviewpartner genannt wurden. Mit abschließenden Worten wurde das Interview beendet.

3.4.3 Pretest

Der Pretest stellt vor der endgültigen Datenerhebung die Möglichkeit dar, die „Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu testen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 107). Für eine nachträgliche Verbesserung von Interviewfragen und zur Vermeidung von Datenverlust wurde ein Pretest des Leitfadens durchgeführt. Die teilnehmende Person entsprach den erweiterten Einschlusskriterien. Der Pretest wurde per Skype durchgeführt. Da sich die Aufnahme der Audiodatei als aufwendig gestaltete, wurde in den weiteren Interviews BlueJeans* als Videokommunikationsmittel bevorzugt. Das digitale Setting wird in Kapitel (→Kap. 3.4.4) genauer beschrieben. Die digitale Durchführung der Interviews wurde aufgrund der räumlichen Distanz der Forschenden untereinander und der räumlichen Distanz zu den Teilnehmenden bevorzugt. Eine größere terminliche Flexibilität sprach zusätzlich für dieses Vorgehen. Die Auswertung des Pretests zeigte, dass die gewählten Fragen nach Meinung der Forschenden der vorliegenden Studie die gewünschten Informationen eruierten und für die Teilnehmenden verständlich formuliert waren. Die von Gläser und Laudel (2010) beschriebene Möglichkeit der Abänderung des Leitfadens wurde für das Hinzufügen einer Unterfrage genutzt. Diese veränderte den Inhalt des Fragebogens nicht maßgeblich. Nach dem Pretest wurden keine großen Änderungen im Leitfaden vorgenommen, welche für das Datenmaterial zusätzlich relevante Informationen geliefert hätte. Da nur eine geringe Zahl an Teilnehmenden erreicht wurde, wurde der Pretest im Einverständnis mit der teilnehmenden Person als vollwertiges Interview in die Gesamtauswertung integriert.

3.4.4 Durchführung

Die Terminvereinbarungen mit den Teilnehmenden erfolgten per E-Mail. Sie erhielten am Vortag des Interviews einen Link für BlueJeans und die Einverständniserklärung mit der Bitte, diese zu lesen und zu unterschreiben. Wie oben beschrieben, wurde lediglich das Interview im Rahmen des Pretests per Skype geführt. Der zugesandte BlueJeans-Link erfüllte zusätzlich die Funktion der freundlichen Erinnerung. Während der Interviewdurchführung der Experten waren mindestens zwei der Forschenden anwesend. Dadurch konnte, wie von Gläser und Laudel (2010) beschrieben, eine Triangulation des „Erhebungsinstruments“ stattfinden. Das jeweilige Experteninterview wurde von einem Forschenden der vorliegenden Studie geführt. Die anderen Forschenden wurden zu Beginn des Interviews vorgestellt und waren während der Interviewdurchführung stumme Zuhörende. Zusätzlich bedienten die Zuhörenden die Technik und entlasteten damit den/die Interview/-er/-in. Abschließend hatten die Zuhörenden die Möglichkeit, Nachfragen zu stellen, um Wissenslücken zu schließen. Bei der Wahl des Interviewführenden wurde darauf geachtet, dass persönliche Interferenzen, die durch persönliche Bekanntschaft entstehen könnten, vermieden werden, da insgesamt vier der Teilnehmenden bereits vor Beginn der Forschung mit einem oder mehreren Forschenden in Kontakt standen. Jedes Interview wurde mit den forschungsethischen Aspekten (→Kap. 3.3) eingeleitet. Die Interviews wurden entweder über BlueJeans und/oder über die Tonaufnahme App AudiRec aufgezeichnet. Die Tonaufnahmen wurden nach der Transkription und dem Membercheck vollständig gelöscht.

3.4.5 Transkription und Membercheck

Im Schritt der Transkription wird das aufgezeichnete Interview verschriftlicht. Nach Gläser und Laudel (2010) gibt es dabei keine einheitlichen Regeln. Die Forschenden der vorliegenden Studie haben sich daher für das semantisch-inhaltliche Transkriptionssystem nach Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008) entschieden (→Anlage 12) und sind, wie von Gläser und Laudel (2010) vorgeschlagen, strikt nach dem System vorgegangen. Die Entscheidung für diese Transkriptionsform wurde aufgrund der Glättung bzw. Lesbarkeit, sowie des Fokus auf den semantischen Inhalt des Gespräches (Kuckartz et al., 2008) gewählt. Die Forschenden der vorliegenden Studie haben die Interviews unter Zuhilfenahme des Audiotranskriptionsprogramm F4transkript transkribiert. Beispielhafte Auszüge aus der Transkription sind in den Anlagen ersichtlich (→Anlage 14). Das Transkript wurde jeweils von einer zweiten forschenden Person überarbeitet, um Fehler in der Transkription aufzudecken. Nach Transkription und Glättung wurde den Teilnehmenden das Transkript ihres Interviews zum Membercheck zugesendet (→Anlage 7). Der Membercheck stellt nach Koelsch (2013) ein Merkmal der Validität dar und gewährleistet, dass das geglättete und transkribierte

Interview inhaltlich weiterhin den Aussagen der Teilnehmenden entspricht. Im Rahmen des Memberchecks konnten alle Teilnehmenden nachträglich Änderungen an ihren Aussagen vornehmen oder weitere Informationen hinzufügen. Diese Möglichkeit wurde von fünf Teilnehmenden genutzt, die vorgenommenen Veränderungen waren minimal, sodass keine ganzen Absätze gestrichen oder ergänzt wurden.

3.5 Methodischer Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse

Laut Gläser und Laudel (2010) werden die auszuwertenden Transkripte als „Material [...], in dem Daten enthalten sind“ (S. 199) bezeichnet. Während der Extraktion werden diesem Material vergleichsweise frühzeitig Informationen entnommen, strukturiert und ausgewertet.

Nach Gläser und Laudel (2010) unterscheidet sich dieser Schritt explizit von der deduktiven Analyse nach Mayring (2015), der diesen Schritt als Kodieren benennt und stattdessen Häufigkeiten analysiert. Weiterhin beschreiben Gläser und Laudel (2010), dass das Kategoriensystem bei Mayring (2015) im Gegensatz zur vorliegenden Vorgehensweise geschlossen und nicht veränderbar ist. Die Extraktion unterscheidet sich darin, dass die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Inhalte aus den Transkripten strukturiert in ein bestehendes Suchraster einsortiert wurden. Gläser und Laudel (2010) beschreiben die Extraktion in vier Schritten, nach welchen in der vorliegenden Studie vorgegangen wurde:

1. Vorbereitung der Extraktion
2. Extraktion
3. Aufbereitung der Daten
4. Auswertung

Das gesamte Material wurde von den Forschenden der vorliegenden Arbeit gleichberechtigt einbezogen. Informationen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage irrelevant waren, wurden, wie von Gläser und Laudel (2010) vorgegeben, ebenfalls extrahiert. Für die Extraktion wurde ein auf theoretischen Vorüberlegungen, Variablen sowie Hypothesen basierendes Suchraster verwendet, was dem theoriegeleiteten Vorgehen (Gläser & Laudel, 2010) entspricht. Im Vorfeld der Extraktion wurden die Variablen erneut überprüft und ergänzt (→Kap. 3.5.1). Weiterhin wurden die Dimensionen einzelner Variablen verändert (→Anlage 11), was dem Prinzip der Offenheit entspricht (ebd.). Das genannte Vorgehen beschreiben Gläser und Laudel (2010) als methodologische Prinzipien, die für ein regelgeleitetes und systematisches Verfahren sprechen.

3.5.1 Vorbereitung der Extraktion

Nach Abschluss der Erhebung und vor Beginn der Extraktion werden nach Gläser und Laudel (2010) das hypothetische Modell und die Definition der Variablen erneut überprüft, um die Extraktion bestmöglich vorzubereiten. Da Indikatoren eine bedeutende Verbindung zwischen „den relativ abstrakten Variablendefinitionen und dem empirischen Material“ (ebd., S. 208) darstellen, wurden diese von den Forschenden der vorliegenden Studie überprüft. Bei der Variable „Klientenfaktoren“ wurde der Indikator „Sprache“ hinzugefügt. Die Indikatoren der

Variable „Inhalte der Nachsorge“ wurden um „kurzfristige Aktivierung“ ergänzt. Weiterhin fiel auf, dass die Sachdimensionen der HgT-Therapeut/-inn/-en und der zugrundeliegenden Modelle, die jeweils mit „therapeutische Kompetenzen“ benannt wurden, nicht klar unterschieden werden konnten. Daher wurden die Sachdimensionen präziser formuliert, sodass eine konkrete Zuordnung erfolgen konnte. Zusätzlich wurde bei der Variable „HgT-Therapeut/-inn/-en“ die Definition „Fachkundige“ samt ihrer Indikatoren und Merkmalsausprägungen hinzugefügt. Die Indikatoren sowie die Sachdimensionen aller Variablen wurden erneut überarbeitet und ggf. angepasst oder verfeinert, da Doppelungen zwischen den Variablen ersichtlich waren. Somit konnten die einzelnen Variablen deutlicher voneinander abgegrenzt werden. Da die Variablen „Nachsorge“ und „Recovery“, wie im hypothetischen Modell sichtbar (→Kap. 3.2.2), ineinandergreifen, war hier eine klare Abgrenzung nicht möglich. Somit wurde festgelegt, dass Textpassagen dieser Variablen doppelt extrahiert werden. Bei der Variable „zugrundeliegende Modelle“ wurden die „sechs Säulen der Ergotherapie“ hinzugefügt, da diese nach Meinung der Forschenden die Grundlage einer ergotherapeutischen Behandlung bilden. Hartingsveld et al. (2010, wie zitiert in le Granse, van Hartingsveldt, & Kinébanian, 2019) beschreiben, dass im Berufsprofil der Ergotherapie sechs Ausgangspunkte von Bedeutung sind: klientenzentriert, betätigungsbasiert, kontextbasiert, evidenzbasiert, technologiebasiert und populationsbasiert. Diese dienen als Grundlage der Berufsausübung und wurden somit als Indikatoren der genannten Variable ergänzt. Die Änderungen wurden in die bestehenden Definitionen der Variablen übernommen und grau gekennzeichnet (→Anlage 11) Die Überprüfung und Veränderungen der Variablen wurden gemeinsam von allen Forschenden festgelegt und vorgenommen. Dies stellt nach Gläser und Laudel (2010) sicher, „dass eine hohe Übereinstimmung in der Extraktion“ erreicht wird (S. 210). Nach der gemeinsamen Extraktion des Pretests wurden Extraktionsregeln aufgestellt; als Analyseeinheit wurde die Größe eines Absatzes festgelegt (→Kap. 3.5.2). Für die Auswertungskategorien wurden die überarbeiteten Variablen einschließlich ihrer Definition, Indikatoren, Zeit- und Sachdimensionen übernommen. Zusätzlich wurden, wie in (→Anlage 15) ersichtlich, die Kausaldimensionen „Ursache“ und „Wirkung“ hinzugefügt, welche nach Gläser und Laudel (2010) die Beziehungen der einzelnen Variablen untereinander darstellen.

3.5.2 Extraktion

Während der Extraktion wurde das gesammelte Datenmaterial von den Forschenden der vorliegenden Arbeit in das erstellte Suchraster eingeordnet. Gläser und Laudel (2010) geben an, dass das Extrahieren nach Regeln ablaufen soll, um ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten. Auf Basis der Vorschläge von Gläser und Laudel (2010) wurden von den

Forschenden der vorliegenden Studie folgende Regeln für den Prozess der Extraktion festgelegt:

1. Vor der Extraktion lesen die Forschenden der vorliegenden Studie die Definitionen der Variablen.
2. Während der Extraktion werden „wichtige Informationen zentral in Sachdimensionen von Auswertungskategorien platziert [...], was einschließt, dass eine einzelne Dimension einer Kategorie keine Kausalkette enthalten sollte“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 214).
3. Es soll vermieden werden, Inhalte mehrfach unter verschiedenen Kategorien zu extrahieren.
4. Extraktionen sollen nicht über eine dreiteilige Kausalkette hinausgehen.
5. Es werden ausschließlich transkribierte Inhalte extrahiert.
6. Es soll sinngemäß extrahiert werden, das Extrahieren ganzer Sätze ist nicht notwendig.
7. Sollten Probleme während der Extraktion auftreten, können weitere Regeln hinzugefügt werden.

Für die Extraktion wurde das F4analyse Programm verwendet, in welches das Suchraster für alle Forschenden der vorliegenden Studie eingepflegt wurde. Um die Validität zu steigern, wurde nach Bortz & Döring (2006) eine investigative Triangulation durchgeführt. Dabei extrahierten die Forschenden der zugrundeliegenden Studie zunächst jedes Interview einzeln nach den Extraktionsregeln. Nach der Extraktion aller Interviews wurden die Datensätze der drei Forschenden mit dem F4analyse Programm fusioniert, von allen Forschenden gemeinsam verglichen und diskutiert und durch einen Konsens wurde eine abschließende Extraktion gewählt. Im nächsten Schritt wurden die extrahierten Informationen mit Hilfe der Auswertungskategorien in einer Extraktionstabelle übersichtlich dargestellt. Dabei wurde für jede Variable eine gesonderte Tabelle erstellt (→Anlage 15).

3.5.3 Aufbereitung

Laut Gläser und Laudel (2010) erfolgt die Aufbereitung der Daten, um „deren Qualität zu verbessern, indem verstreute Informationen zusammengefasst, Redundanzen beseitigt und Fehler korrigiert werden“ (S. 229). Dadurch wird das Material weiter reduziert und nach inhaltlichen Aspekten geordnet. Die Forschenden der vorliegenden Arbeit beachteten dabei, wie von Gläser und Laudel (2010, S. 230) vorgeschlagen, folgende Schritte:

1. Verstreute Informationen werden zusammengefasst.
2. Bedeutungsgleiche Informationen werden zusammengefasst.

3. Offensichtliche Fehler werden korrigiert.
4. Verschiedenartige Informationen werden beibehalten.

Die Aufbereitung der Daten benötigt wenige Regeln, hängt jedoch von der Forschungsfrage und den Variablen ab (ebd.). Die aufbereiteten Extraktionstabellen sind in den Anlagen (→Anlage 16) ersichtlich.

3.5.4 Auswertung

Nach Gläser und Laudel (2010) verfolgt der Schritt der Auswertung das Ziel, die Forschungsfrage zu beantworten und die Kausalmechanismen zwischen den im Forschungsinteresse stehenden Ursachen und Effekten zu identifizieren. Dieser Schritt lässt sich nur begrenzt in allgemeine Regeln fassen und hängt von dem gewonnenen Datenmaterial ab (ebd.). Die Forschenden der vorliegenden Studie wandten bei der Auswertung des Datenmaterials eine Mischform aus den zwei von Gläser und Laudel (2010) vorgegebenen Strategien an. Die erste Strategie ist die „vergleichende Analyse für viele Fälle“ (Abb. 9), die im Weiteren als „Strategie der Typisierung“ benannt wird. Die zweite Strategie ist die „vergleichende Analyse für wenige Fälle“ (Abb. 10). Gläser und Laudel (2010) bezeichnen die Typisierung als „eine Gruppierung von Fällen entsprechend ihren Merkmalsausprägungen in einer oder mehreren Dimensionen“ (S. 250). Hierbei werden zunächst die Merkmalsausprägungen in den einzelnen Fällen verglichen und bzgl. ihrer Gemeinsamkeiten untersucht (ebd.). Diese Merkmalsausprägungen werden im nächsten Schritt typisiert und in Merkmalsklassen eingeordnet. Durch eine abschließende Kausalanalyse kann auf den Kausalmechanismus der Klasse von Fällen nach Gläser und Laudel (2010) geschlossen werden.

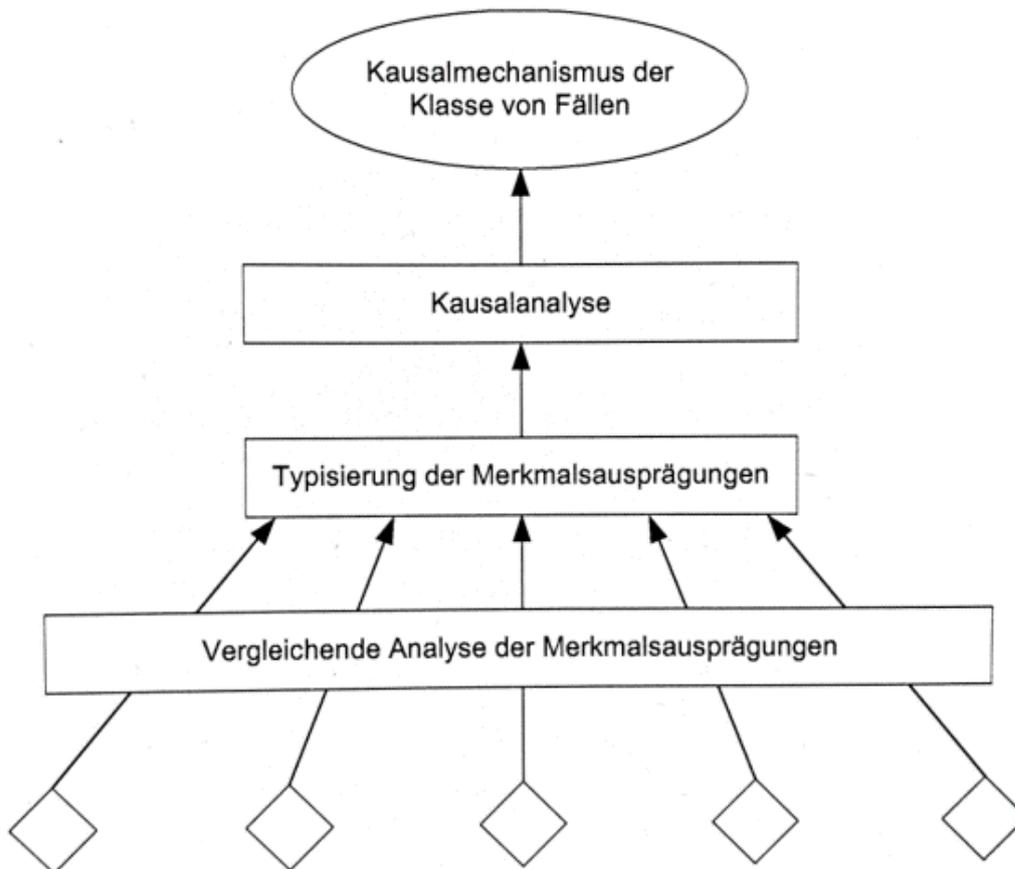


Abb. 9 Eine Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse vieler Fälle (Gläser & Laudel, 2010, S. 252)

Bei der vergleichenden Analyse für wenige Fälle schlagen Gläser und Laudel (2010, S. 247) vor, zunächst „den Kausalmechanismus jeden Falles zu identifizieren und anschließend diese Mechanismen vergleichend zu analysieren“. Die Analyse der Kausalitäten erfolgt auf drei Abstraktionsebenen. Auf der ersten Ebene liegt der Schwerpunkt auf den Ansichten der Interviewpartner/-innen und ihrer Meinung darüber, „welche Kausalzusammenhänge und -mechanismen in dem Fall, über den sie berichten, gewirkt haben“ (ebd., S. 247). In der zweiten Ebene wird der Kausalmechanismus eines Falles nachvollzogen. Durch die Forschenden der vorliegenden Arbeit wird in dieser Ebene beschrieben, „welche Ursachen in diesem konkreten Fall auf welche Weise welche Wirkung hervorgebracht haben“ (ebd., S. 248). Die dritte Ebene umfasst die gemeinsamen Kausalmechanismen der Interviewpartner. Mit der Analyse dieses Kausalmechanismus beginnt die „Einbettung in die Theorie“ (ebd., S. 248). Eine vergleichende Analyse erklärt abschließend die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen. Wie bei der Strategie der Typisierung kann dann auf den Kausalmechanismus der Klasse von Fällen geschlossen werden.

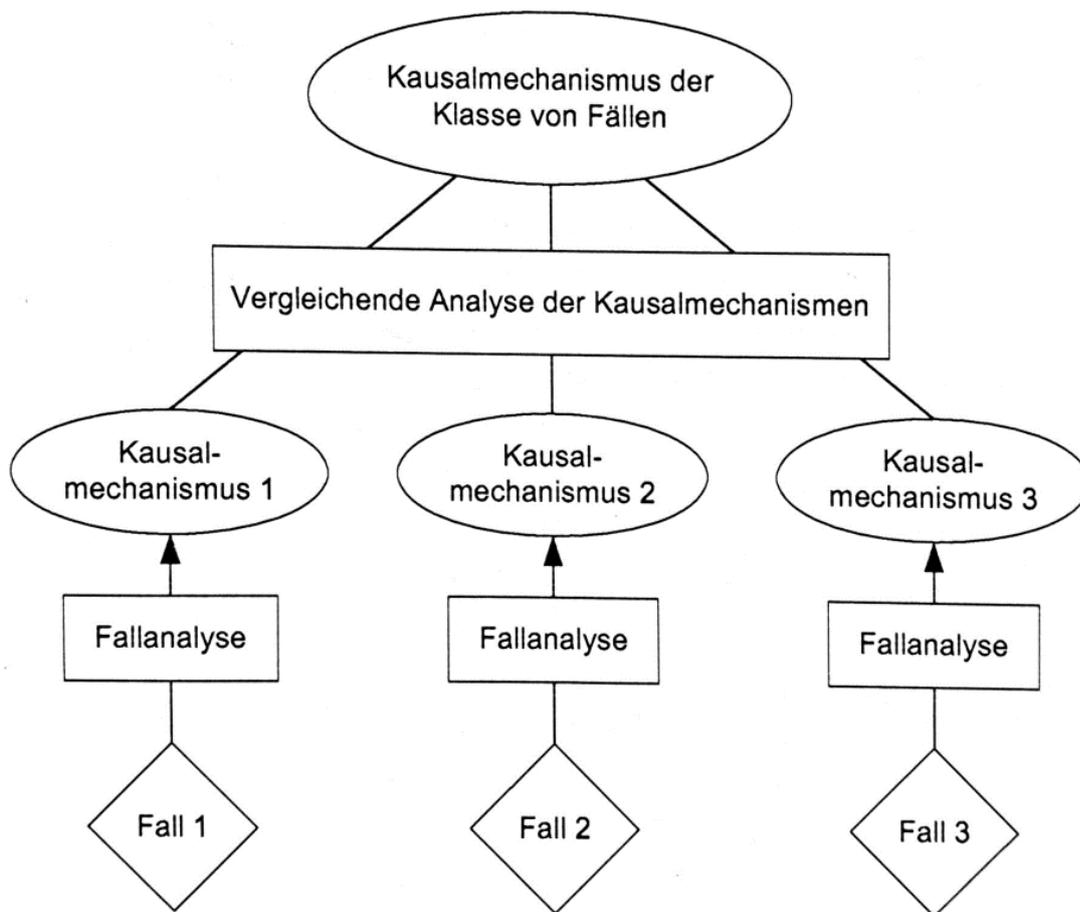


Abb. 10 Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse weniger Fälle (Gläser & Laudel, 2010, S. 249)

Das Vorgehen der Forschenden nach beiden Auswertungsstrategien (Abb. 11) liegt darin begründet, dass sich die Sichtweise der Fachkundigen durch eine Betrachtung des Forschungsthemas auf Meso- oder Makroebene teilweise von der Sichtweise der HgT-Therapeut/-inn/-en, welche eher auf der Mikro- und Mesoebene berichteten, unterschied. Im weiteren Auswertungsprozess wurden deshalb die Fälle der Fachkundigen gesondert betrachtet und deren Gemeinsamkeiten in den Merkmalsausprägungen herausgearbeitet. Das gleiche Vorgehen wurde auf die Fälle der HgT-Therapeut/-inn/-en angewandt. Hier wurde also nach der Strategie der Typisierung vorgegangen (→Anlage 16). Anschließend wurden beide herausgearbeiteten Kausalmechanismen miteinander verglichen. Dies beschreibt eher das Vorgehen der vergleichenden Analyse bei wenigen Fällen. Durch die beschriebene Vorgehensweise konnten die Unterschiede und die Gemeinsamkeiten in dem Kausalmechanismus der Fachkundigen und in dem Kausalmechanismus der HgT-Therapeut/-inn/-en bestmöglich dargestellt und in einem abschließenden Kausalmechanismus der Klasse von Fällen beschrieben werden.

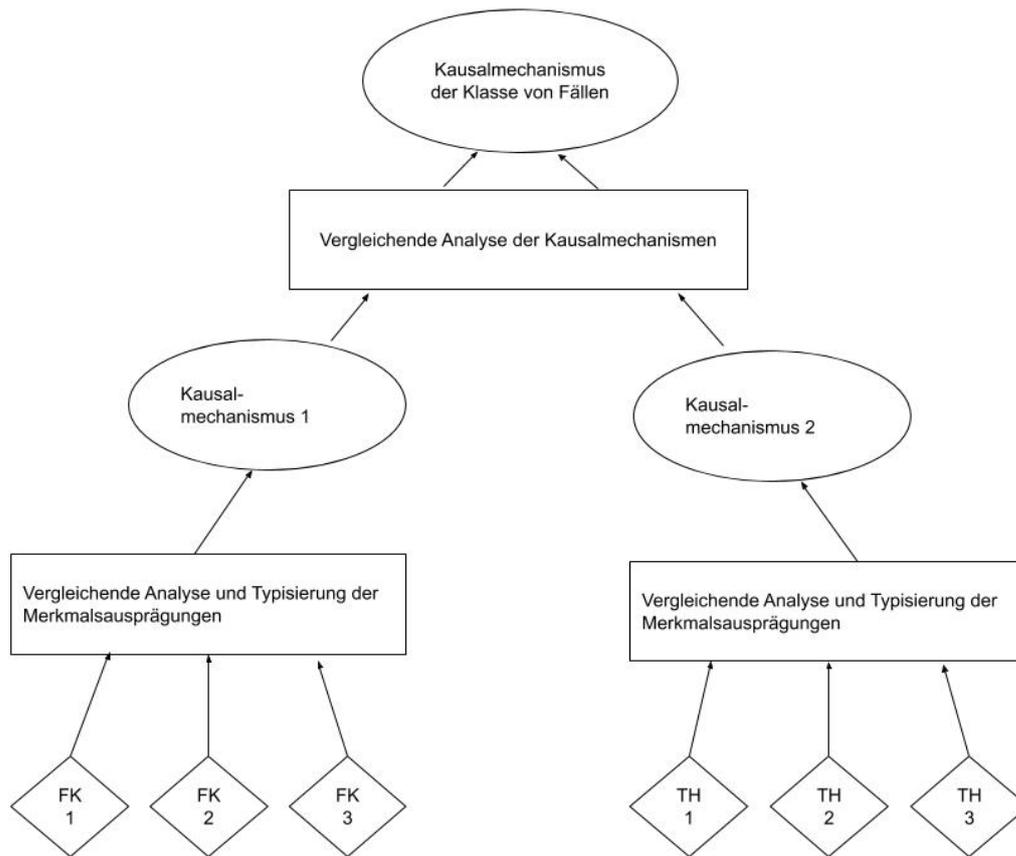


Abb. 11 Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse in der vorliegenden Studie

4 Resultate

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse dargestellt, die durch den Forschungsprozess erhoben wurden. Tab. 3 beschreibt zudem das Sampling.

Merkmal	HgT-Therapeut/-inn/-en	Fachkundige
Berufstätigkeit	1 – 10 Jahre	4 – 27 Jahre
Berufstätigkeit im Fachbereich Psychiatrie	4 Monate – 10 Jahre	8 Monate – 26 Jahre
Auseinandersetzung mit HgT	Fortbildung/Workshop, selbständige Auseinandersetzung mit dem Manual, durch Forschung	durch Forschung
Anzahl der mit HgT behandelten Klient/-inn/-en	3 – 9 Klient/-inn/-en	0 – 20 Klient/-inn/-en
Interviewdauer	TN1: 00:48:33 TN2: 00:52:30 TN3: 00:52:30	FK1: 00:48:05 FK2: 00:33:37 FK3: 01:06:01
Geschlecht	w, w, w	m, w, m

Tab. 3 Sampling Daten

Insgesamt wurden sechs Expert/-inn/-en befragt, wovon drei HgT-Therapeut/-inn/-en und drei fachkundige Personen waren. Alle Expert/-inn/-en waren, trotz bundesweiter Suche, im Bundesland Nordrhein-Westfalen tätig. Alle außer einer fachkundigen Person waren als Ergotherapeut/-inn/-en im psychiatrischen Kontext tätig. Eine fachkundige Person war im psychiatrischen Kontext tätig und brachte eine lange interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der Ergotherapeut/-inn/-en mit. In den folgenden Unterkapiteln werden die Resultate anhand der im hypothetischen Modell dargestellten Variablen verdeutlicht.

4.1 Klientenfaktoren

Die Klient/-inn/-en, die die Intervention nutzen und für Nachsorge infrage kommen, wurden durch die Mehrheit der Expert/-inn/-en als schwer chronisch krank beschrieben, wie beispielsweise durch diese Aussage: *„Ich bin ja nun im Langzeitbereich. Und [...] da sind ja nun die Klienten oftmals sehr chronifiziert“* (TN2, Absatz 48). Fachkundige benennen Menschen mit Depression als Klientel und HgT-Therapeut/-inn/-en benennen Menschen mit sozialen Ängsten als Klientel.

Die Expert/-inn/-en nannten zudem, dass durch die chronische Erkrankung Rückschläge und eine schwankende Gesundheit zu berücksichtigen sind. Anschließend nannten Fachkundige: *„Bei den schwer chronisch Kranken haben wir [...] ja Erkrankte mit Biografien, die auch jetzt über Jahrzehnte gehen [...] also werden sie dann entsprechend auch jahrzehntelang Angebote benötigen“* (FK3, Absatz 66).

4.1.1 Förderliche Klientenfaktoren

Für eine Teilnahme, die auch langfristig möglich ist, benötigt die Klientel aus Sicht der Expert/-inn/-en bestimmte Kompetenzen. Besonders herausgestellt wurde durch die Mehrheit der Expert/-inn/-en, dass Klient/-inn/-en eine Reflexionsfähigkeit und einen Willen, beziehungsweise eine Grundmotivation zur Veränderung mitbringen müssen, da sonst eine Nachsorge ineffektiv ist. Zudem wurde durch die Gruppe der Expert/-inn/-en genannt, dass auch grundlegende kognitive Fähigkeiten Voraussetzungen sind, um den Aufgaben und den Gesprächen folgen zu können. Eine fachkundige Person nannte als Richtwert zu diesem Thema: *„Verbale Kommunikation inklusive kognitiver Kompetenz für mindestens zehn Minuten [...] sollte schon vorhanden sein“* (FK3, Absatz 94). HgT-Therapeut/-inn/-en waren zudem der Meinung, dass bei Gruppenangeboten Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit notwendig sind.

Im Kontext E-Health und Klientenfaktoren nannten HgT-Therapeut/-inn/-en, dass Klient/-inn/-en grundlegend einen schwierigeren Zugang zu Technik haben, entweder durch mangelnde finanzielle Ressourcen oder durch fehlende Kenntnisse im Umgang mit digitalen Medien. Dazu nannte ein/-e HgT-Therapeut/-in, dass ihr Klientel immer jünger wird. Eine fachkundige Person äußerte sich dazu, dass zu berücksichtigen ist, dass die Generation der Digital Natives ein solches Angebot irgendwann als selbstverständlich ansieht oder ein solches Angebot erwartet.

4.1.2 Hemmende Klientenfaktoren

Klientenfaktoren, die die Teilnahme an Nachsorge erschweren, waren nach Expertenaussagen vor allem Krisen und akute Zustände. Dies wurde damit begründet, dass *„ein Klient, der in einer Krise ist, (...) in dem Augenblick [nicht] über Nachsorge nachdenken [kann]“* (TN2, Absatz 136). Zudem waren aus Sicht von zwei HgT-Therapeut/-inn/-en fehlende

Motivation und fehlender Wille ausschließende Faktoren. Fachkundige waren hier gegensätzlicher Meinung und sehen keinen Grund dazu, Klient/-inn/-en auszuschließen. Die fachkundigen Personen betrachteten ausschließende Kriterien differenzierter im Kontext von Einzel- und Gruppennachsorge. Im Bereich der Gruppennachsorge sahen fachkundige Personen Verhalten, unter dem die Gruppendynamik leidet, als ausschließend an. Hierzu zählten beispielsweise Krisen, aggressives Verhalten oder offenes Äußern von Suizidgedanken. Im Einzelsetting hingegen stellen diese Faktoren laut den fachkundigen Personen kein größeres Problem dar, sodass Nachsorge dennoch stattfinden kann.

4.2 HgT-Therapeut/-inn/-en

4.2.1 Benötigte Kompetenzen

Die Fachkundigen sagten aus, dass die gleichen Kompetenzen wie bei einer gängigen Therapiedurchführung nötig sind, um ein Nachsorgeangebot anzubieten. Von allen Expert/-inn/-en wurden Implementationsfähigkeiten, Gruppenleitungsfähigkeiten und die Fähigkeit in der Sprache der/des Klient/-in/-en zu sprechen genannt: *„Gleichzeitig ist es aber ja auch immer der Therapeut, der das dann eben sprachlich anpassen muss, damit es eben für den Klienten passt“* (TN3, Absatz 176). Für die HgT-Therapeut/-inn/-en war es außerdem wichtig, dass der/die Anbietende eine Fortbildung zu HgT absolviert hat. Weiterhin wurde von den HgT-Therapeut/-inn/-en genannt, dass ein Gespür für Gruppendynamik, eine Vision entwickeln können und Einfühlungsvermögen nötig sind. Letzteres wurde auch von den fachkundigen Personen ausgesagt, die zusätzlich Gesprächsgewandtheit, Deeskalationsgespräche führen können und eine eigene positive Grundeinstellung nannten. Weitere Kompetenzen konnten dem CMCE-Modell zugeordnet werden (→Kap. 2.4.2). Bei digitalen Angeboten in Form von E-Health nannten alle Expert/-inn/-en technischen Wissen als benötigte Kompetenz. Es wurde genannt, dass darüber hinaus keine anderen, als die für HgT-Nachsorge, notwendigen Kompetenzen benötigt werden.

4.2.2 Persönliche Erfahrungen

In Bezug auf die persönliche Erfahrung schilderte ein/-e HgT-Therapeut/-in, dass er/sie selbst bisher nicht mit Nachsorge in Berührung gekommen ist und Aufklärungsbedarf sieht. Auf diese Aussage wurde in der kulturellen Umwelt erneut eingegangen. Eine fachkundige Person schilderte die Erfahrungen mit Nachsorge und beschrieb einen eher flexiblen Umgang: *„In der Regel war das so, dass die natürlich nicht reingeschlappt sind in meine offene Therapiegruppe und haben da ihr Herz ausgeschüttet. [...] also meine Therapiegruppe war eigentlich immer so, dass man die auch mal zehn Minuten, Viertelstunde alleine lassen konnte“* (FK 3, Absatz 52).

4.3 Umweltfaktoren

4.3.1 Soziale Umwelt

Als fördernde Faktoren bezeichneten die befragten HgT-Therapeut/-inn/-en eine Unterstützung durch Kolleg/-inn/-en. Weiterhin sollten Gruppenregeln bei einem Gruppenangebot bestehen: „[...] *Art Gruppenregeln, die so ein Stückweit auch beinhalten, dass es nett bleibt*“ (TN 2, Absatz 134). Diese Aussage teilten auch die Fachkundigen, die hinzufügen, dass das Angebot niedrigschwellig gestaltet sein muss: „*Da [...] hätte ich gar kein Problem damit, wenn da Menschen hinkommen, die vielleicht gar nicht sich viel verbal äußern, sondern zuhören und dann davon profitieren. Wenn das für die Gruppe kein Problem ist [...]*“ (FK 3, Absatz 96). Als weiteren förderlichen Faktor in der sozialen Umwelt benannten die Fachkundigen Entstigmatisierung. Damit psychiatrische Nachsorgeangebote angenommen werden, müssen diese laut Aussagen der fachkundigen Personen zunächst entstigmatisiert werden. Im Gegenzug dazu beschrieben die Fachkundigen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen als hemmenden sozialen Umweltfaktor bezüglich Nachsorgeangebote und Selbsthilfe. Dies wurde damit begründet, dass die Klient/-inn/-en beispielsweise Angst haben auf Menschen zu treffen, die sie kennen. Von den HgT-Therapeut/-inn/-en wurden keine hemmenden Faktoren beschrieben.

4.3.2 Kulturelle Umwelt

Als positiv schätzten die Expert/-inn/-en eine angenehme und einladende Atmosphäre ein: „*Ich finde das sollte einladend sein, Therapie sollte eine nette Veranstaltung sein, heißt nicht, dass sie nicht wehtun kann aber der Therapeut sollte ein guter Gastgeber sein*“ (FK3, Absatz 96). Dabei sollte das Nachsorgeangebot an die zeitliche Arbeitsstruktur in Deutschland angepasst sein und eher in den Abendstunden stattfinden: „[...] *wenn man auch bedenkt, dass der ein oder andere arbeiten geht oder einer internen Tagesstruktur folgt. Also die Menschen müssen ja auch Zeit haben, um dort hinzugehen*“ (TN 3, Absatz 194). Weiterhin wurde von den HgT-Therapeut/-inn/-en ausgesagt, dass sich die Sicht der Bevölkerung auf Nachsorge allgemein verändern muss, da die psychiatrische Nachsorge in Deutschland eher unbekannt ist. Hingegen sagte eine fachkundige Person aus, dass sich lediglich die Berufsgruppe der HgT-Therapeut/-inn/-en mehr in vorhandene Projekte, wie beispielsweise Psy-RENA, integrieren sollte. Eine weitere Aussage bezog sich darauf, dass das Nachsorgeangebot möglichst mehrsprachig angeboten werden sollte. Als Begründung wird der Zuwachs an fremdsprachigen Klient/-inn/-en angegeben.

4.3.3 Physische Umwelt

Als fördernde physische Faktoren wurden von den HgT-Therapeut/-inn/-en beschrieben, dass das Angebot in dem, für die Klient/-inn/-en bereits bekannten Setting stattfinden sollte oder dort, wo Aktivitätsexperimente durchgeführt werden können: *„Also es wäre schon gut, wenn das [...] in dem Setting stattfindet könnte, wo es bisher stattgefunden hat. (...) Um einfach nicht dann noch mehr Veränderung rein zu bringen, sondern dass es irgendwie so beibehalten werden kann“* (TN3, Absatz 90). Bei einem digitalen Angebot sollte eine technische Ausstattung vorhanden sein. Für die fachkundigen Personen war aus physischer Sicht ein niedrigschwelliger und reizarmer Zugang zur Nachsorge ein fördernder Faktor. Der Ort sollte leicht und ohne hohe finanzielle Kosten erreichbar sein. Die Fachkundigen merkten an, dass in Bezug auf E-Health zunächst Datenschutzprobleme geklärt werden müssen.

4.3.4 Institutionelle Umwelt

Folgende Aussagen wurden als förderlich identifiziert. Aus Sicht der HgT-Therapeut/-inn/-en sollte die Möglichkeit bestehen, dass Klient/-inn/-en im selben Setting ambulant weiterbehandelt werden, wie während eines stationären Aufenthaltes. Weiterhin ist im stationären Kontext ein Gruppenangebot leichter durchzuführen als ein Einzelangebot: *„[...] es zeichnet sich ja schon im stationären Kontext ab, dass Handeln gegen Trägheit eben nur oder überwiegend im Gruppenkontext angewendet werden kann und dementsprechend könnte ich mir vorstellen, dass das besser zu realisieren wäre“* (TN3, Absatz 92). Die Anbietenden für HgT-Nachsorge müssen geschult werden und bereit sein, ein Angebot in den Abendstunden anzubieten. Eine Veränderung der Arbeitszeit war aus Sicht der HgT-Therapeut/-inn/-en ein fördernder Faktor für Nachsorge. Die fachkundigen Personen trafen hauptsächlich Aussagen auf Makroebene. Laut Aussagen einer fachkundigen Person können durch die lange Behandlungszeit bei psychiatrischen Erkrankungen Selbsthilfegruppen aufgrund einer einfachen Finanzierung möglicherweise dauerhaft besucht werden und sind in anderen Fachbereichen bereits besser etabliert: *„Wenn wir Somatikern etwas über Selbsthilfe und Peer-Beteiligung erzählen, dann lachen die sich schlapp und sagen das haben wir doch schon ewig“* (FK 3, Absatz 100). Zusätzlich besteht Nachsorge laut einer weiteren fachkundigen Person bereits in Form von Entlassungsmanagement. Der letzten Aussage widersprachen die befragten HgT-Therapeut/-inn/-en, welche aussagten, dass kein gutes Entlassungsmanagement besteht: *„[...] grundsätzlich ist mein subjektiver Eindruck, dass überhaupt so Übergänge zwischen stationär, ambulant und so weiter, dass da häufig Schwierigkeiten sind und dass das nicht so glatt läuft und dass dementsprechend es dann auch zu Rückfällen kommt und so weiter [...]“* (TN3, Absatz 202). Die HgT-Therapeut/-inn/-en beschrieben als weiteren hemmenden Faktor, dass psychiatrische Nachsorge in Deutschland bisher eher vernachlässigt wird. In einigen Bereichen stellt sich laut Aussagen der HgT-

Therapeut/-inn/-en die Frage von Nachsorge hingegen gar nicht, wie beispielsweise in dem Arbeitsbereich eines Langzeitwohnheimes. Von Seiten einer fachkundigen Person wurde den Kostenträgern ein großes Interesse am Thema Nachsorge zugesprochen.

4.3.5 Finanzierung von Nachsorge

Ein steigender Bekanntheits- und Wirkungsgrad ergotherapeutischer Programme können nach Meinungen der HgT-Therapeut/-inn/-en die finanzielle Förderung erleichtern. Mögliche Kostenträger waren aus Sicht der HgT-Therapeut/-inn/-en Heilmittelverordnungen der Krankenkassen, Tagesstätten, die Rentenversicherung sowie Sozialhilfeträger. Eine Finanzierung im Rahmen von ambulant betreutem Wohnen oder im Rahmen einer Komplettversorgung hielten die Expert/-inn/-en für möglich. Eine Förderung als festes Programm seitens der Krankenkasse wurde ebenfalls genannt: *„[...] das kann ja auch über den Weg gehen, dass man sagt, das ist ein festes Programm, was die Krankenkasse anbietet. Was gefördert wird, was die Krankenkasse finanziert [...]“* (TN2, Absatz 144). Die Fachkundigen nannten zudem als Kostenträger ortsansässige Firmen als Sponsoren, Ausschreibungen des Arbeitsamtes, Berufsgenossenschaften oder eine Regelung über Fachleistungsstunden. Für die Expert/-inn/-en sollte eine Teilnahme an der Nachsorge für Klient/-inn/-en kostenlos sein. Eine fachkundige Person benannte die Möglichkeit einer Selbstzahlerleistung als Option: *„[...] im schlimmsten Fall muss man sogar auch über Selbstzahler nachdenken also, dass auch wenn man eine [...] Nachsorgegruppe [hat], die ist dann ja nicht mehr SGB V definiert, da könnte man schon mal sagen fünf Leute, wenn da jeder fünf Euro am Abend zahlt. [...] vielleicht einmal im Monat“* (FK 3, Absatz 104). Ein Widerspruch zwischen zwei Fachkundigen bestand darin, ob Geld für Nachsorge zur Verfügung steht. Eine fachkundige Person sagte aus, dass Geld vorhanden ist, wogegen eine andere fachkundige Person aussagte, dass das Geld sehr knapp bemessen ist. Als einfachste Art der Finanzierung wurde von den Expert/-inn/-en der Zugang über die Heilmittelverordnungen beschrieben. Als weitere niedrigschwellige Finanzierung wurde von einer fachkundigen Person die unbürokratische Versorgung über vollstationäre Krankenhäuser aufgezeigt: *„[...] in einem vollstationären Krankenhaus ist eine Station ja erstmal finanziert und das Personal ist da und wenn man jetzt nicht bis auf das letzte durch taktet, dass da noch ein bisschen Luft ist, dass die auch mal am Rande ein Gespräch führen können“* (FK3, Absatz 50). Laut einer fachkundigen Person ist Nachsorge derzeit ein wichtiges Thema bei den Kostenträgern in Deutschland.

Als hemmenden Faktor für die Finanzierung von Nachsorgeangeboten beschrieb ein/-e HgT-Therapeut/-in, dass Nachsorge einen zu geringen Bekanntheitsgrad hat, weshalb die Finanzierung schwierig ist. Die Fachkundigen benannten als hemmenden Faktor bezüglich der Finanzierung, dass die Ergotherapie üblicherweise nur bei den Krankenkassen als

Kostenträger stark vertreten ist. Somit besteht die Gefahr, dass Krankenkassen die Heilmittelverordnungen anstelle von günstigen Nachsorgeangeboten kürzen. Laut einer fachkundigen Person haben Änderungen in der Gesetzgebung Auswirkung auf die Finanzierung von Angeboten: *„Momentan ist das noch so, dass die Tagesstätte ein Budget für ein Jahr kriegt. [...] durch das Bundesteilhabegesetz 2021 wird das wesentlich anders laufen. Da müssen wir Fachleistungsstunden [...] beantragen. Da wird das dann schwieriger mit der Nachsorge“* (FK 2, Absatz 116).

4.4 Handeln gegen Trägheit

Drei Expert/-inn/-en berichteten, dass es bei der HgT-Intervention innerhalb ihrer Arbeit hauptsächlich um das Thema Aktivierung ging, was zu einer höheren Betätigungsbalance geführt hat. Laut den Aussagen der Expert/-inn/-en sind weitere Themen, die häufig in der HgT Intervention aufgegriffen wurden, Zeitnutzung, Entwicklung von Routinen und das Thema Selbstreflexion: „[...] hat halt sehr davon profitiert, [...] überhaupt über seinen Alltag zu reflektieren und auch noch mal seine Aktivitätsmuster sozusagen zu überdenken“ (TN1, Absatz 31). Ein/-e HgT-Therapeut/-in beschrieb, dass die Anwendung von HgT weitergeführt werden sollte: „Also auch wenn jemand von der stationären / also nach Hause entlassen wird, ist die Trägheit ja nicht weg“ (TN3, Absatz 150). Ein/-e HgT-Therapeut/-in erklärte, dass er/sie HgT als einen Teil des Handwerkskoffers innerhalb der Therapie nutzt. Zusätzlich wurde von den Expert/-inn/-en genannt, dass das HgT-Manual sehr betätigungsorientiert ist (→Kap. 3.5.1).

4.5 Zugrundeliegende Modelle

4.5.1 CMCE-Skills

Die Aussagen bezüglich benötigter Kompetenzen für Nachsorgeangebote wurden von den Forschenden der vorliegenden Arbeit den CMCE-Skills zugeordnet. Mehrheitlich wurden von den befragten Expert/-inn/-en Koordinieren (vier Nennungen), Entwerfen/Konstruieren (vier Nennungen) sowie Zusammenarbeiten (vier Nennungen) genannt. Die Zusammenarbeit zwischen dem/der Therapeut/-en/-in und Klient/-in beschrieb eine fachkundige Person als sehr wichtig: „[...] dass man diejenigen kennt also dass man eine Beziehung hat und weiß, die wollen einem nichts Böses oder die sind [...] am Gegenüber interessiert“ (FK3, Absatz 48). Zusätzlich wurden Beraten (drei Nennungen) und Anpassen (drei Nennungen) als notwendige Kompetenzen für Nachsorge genannt. Eine fachkundige Person hat das CMCE-Skill Informieren als wichtig angesehen, die HgT-Therapeut/-inn/-en beschrieben jeweils einmal die CMCE-Skills Spezialisieren sowie Beteiligen/ sich Einbringen: „[...] ich kann mir vorstellen, dass es in der Nachsorge eben wichtig ist, [...] zu motivieren, zu aktivieren, manchmal kann man ja bestimmte Dinge einfach nicht alleine bewältigen“ (TN3, Absatz 150).

4.5.2 CPPF

Häufig wurde in verschiedenen Zusammenhängen von den Expert/-inn/-en die therapeutische Beziehung zu dem Klientel beschrieben. Diese Beziehung, im Sinne des Praxiskontextes des CPPFs (→Kap. 2.4.2), wirkt sich laut den Expert/-inn/-en auf den Erfolg und auf die Teilnahme von therapeutischen Angeboten aus. Ob Nachsorge überhaupt von Ergotherapeut/-inn/-en erfolgen sollte, hängt laut Aussage eine/-s/-r befragten HgT-Therapeut/-en/-in vom ergotherapeutischen Bedarf ab und entspricht somit dem zweiten Schritt des CPPFs (→Kap. 2.4.1). Weiterhin beschrieb ein/-e weitere/-r HgT-Therapeut/-in den Ablauf eines Therapieprozesses angelehnt an das CPPF und begründete damit, warum diese Berufsgruppe besonders geeignet für eine HgT-Nachsorge ist: „[...] da sind wir Ergotherapeuten ja auch (...) die beste Berufsgruppe, um eben zu gucken, was gibt es da für Barrieren, [...], was gibt es für Ressourcen [...]. Und dass man dann [...] die Durchführung ja auch nochmal reflektiert und Schlussfolgerungen daraus zieht für die nächste Handlung“ (TN 3, Absatz 142).

4.5.3 Sieben Dimensionen von Betätigung

Die sieben Dimensionen von Betätigung wurden von den HgT-Therapeut/-inn/-en einmal und von den Fachkundigen viermal erwähnt. Dabei ist die Dimension der Betätigungsbalance mit vier Nennungen von besonderer Bedeutung: „Ich glaube, es geht ja viel auch um die Balance. Also wie gestalte ich meinen Tag, wie abwechslungsreich ist das, wie gesundheitsförderlich

ist das und das ist ja auch so das zentrale Thema“ (TN3, Absatz 62). Von einer fachkundigen Person wurde zudem die Dimension der Routinen als wichtig für Nachsorgeangebote empfunden.

4.5.4 Sechs Säulen der Ergotherapie

Den hinzugefügten sechs Säulen der Ergotherapie (→Kap. 3.5.1) konnten von jeder befragten Gruppe zwei Aussagen zugeordnet werden. Dabei erwähnten die HgT-Therapeut/-inn/-en zweimal die Säule der Betätigungsorientierung: *„Hinzu kommt halt einfach, für mich ist das Programm tatsächlich völlig betätigungsbasiert [...]“* (TN2, Absatz 112), wogegen die Fachkundigen einmal Klientenzentrierung und zweimal Evidenzbasierung zur Sprache brachten.

4.6 Formen der Nachsorge

4.6.1 Peer-Support/ Selbsthilfe/ Selbsthilfegruppen

Von den interviewten Expert/-inn/-en waren fünf der Meinung, dass Selbsthilfe für ein Nachsorgeangebot sinnvoll wäre. Die Expert/-inn/-en benannten, dass die betroffene Klientel sich durch Selbsthilfe gegenseitig Mut zusprechen können, sodass Selbsthilfe das Gefühl von „Ich bin nicht allein“ oder „Ich bin kein Fehler“ vermitteln kann. Zusätzlich wurde genannt, dass Selbsthilfe insgesamt dazu anregt, sich über die erreichten Erfolge auszutauschen. Zwei HgT-Therapeut/-inn/-en sagten, dass Selbsthilfegruppen hingegen bei schwer psychisch kranken Personen begleitet werden sollten. Bei weniger schwer betroffener Klientel können sie sich hingegen vorstellen, dass keine Begleitung durch eine Fachperson stattfinden muss. Laut der Aussage einer fachkundigen Person muss Selbsthilfe nicht zwingend von einem/einer Ergotherapeut/-en/-in begleitet werden: *„Also ich glaube da muss es nicht unbedingt Therapeuten [...] geben aber wäre natürlich auch möglich, dass man das als Ergotherapeut macht“* (FK3, Absatz 34).

4.6.2 EX-IN

Fünf der Expert/-inn/-en sagten, dass sie eine Unterstützung in einer Nachsorge von EX-INlern für passend halten. Zwei HgT-Therapeut/-inn/-en und eine fachkundige Person waren der Meinung, dass dies jedoch mit einer professionellen Begleitung stattfinden sollte: *„Die Frage ist immer, was man EX-INlern auch zumuten kann, dass man auch eine gewisse Verantwortung für den Menschen hat“* (FK3, Absatz 137).

4.6.3 Fremdhilfe

Die Expert/-inn/-en benannten, dass Fremdhilfe als niedrigschwelliges Kontaktangebot für Nachsorge sehr sinnvoll ist und eine Möglichkeit für eine Beratung bieten könnte. Ein/-e HgT-Therapeut/-in benannte, dass eine Nachsorgegruppe durch Fremdhilfe geleitet werden sollte: *„[...] ich finde schwer, dass die Gruppe sich selbst organisiert. Also das finde ich schwer vorstellbar, bei dem schwer betroffenen Klientel“* (TN1, Absatz 122). Eine fachkundige Person beschrieb, dass Klient/-inn/-en durch Fremdhilfe Menschen ansprechen können: *„[...] denen sie vertrauen. Das muss nicht unbedingt der Ergotherapeut auf der Station gewesen sein, das war oft so, das kann aber auch eine Krankenpflegekraft oder eine Psychotherapeutin oder eine Stationsärztin sein“* (FK3, Absatz 48). Von den interviewten Personen wurde unterschiedliches Gesundheitsfachpersonal, das als Anbietende für Nachsorge infrage kommt, genannt. Hierzu zählen Psycholog/-inn/-en und Psychotherapeut/-inn/-en, Sozialarbeiter/-innen,

Krankenpflegekräfte, Heilerziehungspfleger/-innen und Ergotherapeut/-inn/-en. Zusätzlich sollten laut Aussage einer fachkundigen Person (FK3, Absatz 54) Ärzt/-e/-innen für Nachsorgeangebote gewonnen werden, sodass in einem interprofessionellen Team gearbeitet werden kann. Ein/-e HgT-Therapeut/-in (TN3, Absatz 90) gab an, dass das Angebot durch Fremdhilfe jedoch idealerweise mit dem/der gleichen Therapeut/-en/-in stattfinden sollte.

Eine fachkundige Person (FK1, Absatz 46) schlug als mögliches Fremdhilfeangebot das bestehende Psy-RENA Konzept vor, welches in einem interprofessionellen Team zusätzlich von Ergotherapeut/-inn/-en angeboten werden könnte.

4.6.4 Hometreatment

Ein/-e HgT-Therapeut/-in gab als mögliche Nachsorgeform Hometreatment* an: *„Ich fände das super, wenn ich da später mit den Leuten, bei denen vielleicht zu Hause noch weiter ARBEITEN könnte und NACHSORGE betreiben könnte“* (TN2, Absatz 60).

4.6.5 E-Health

Bezüglich der Thematik einer internetbasierten Nachsorge sagten drei Expert/-inn/-en, dass individuell entschieden werden sollte, ob ein digitales Angebot für die/den Klient/-in/-en sinnvoll ist: *„Ich könnte mir vorstellen, dass es Patienten gibt, die würden ein digitales Nachsorgeangebot eher wählen [...]. Genauso gut kann ich mir andere Menschen vorstellen, die sagen das geht gar nicht“* (FK3, Absatz 56). Es wurden von den Interviewteilnehmenden unterschiedliche Vorteile einer digitalen Nachsorge genannt, wie beispielsweise, dass das Angebot ortsunabhängig ist und somit auch im ländlichen Gebiet gut einsetzbar wäre. Zusätzlich ist die physische und soziale Hürde geringer, sodass Menschen eventuell eher an einem Angebot teilnehmen würden. Somit wäre das Angebot für Klient/-inn/-en, die Rückzugstendenzen zeigen, eine zusätzliche Möglichkeit, um mit Fachpersonal in Kontakt zu treten. Des Weiteren wurde als Vorteil genannt, dass Klient/-inn/-en die Möglichkeit hätten zu unterschiedlichen Zeiten, wie beispielsweise nachts, bei Problemen direkt eine E-Mail zu verschicken oder in einen Chat zu schreiben. Somit könnte die Person die Probleme direkt erläutern, statt bis zur nächsten Therapiesitzung zu warten.

Eine fachkundige Person sagte, dass ein digitales Angebot möglichst multimedial auf einer Plattform angeboten werden sollte, sodass es für Klient/-inn/-en beispielsweise möglich sein kann, einen Chat zu benutzen, Videosequenzen mit einer Fachperson zu haben, Treffen „Face to Face“ zu vereinbaren oder auch über eine App z.B. Aktivitäten des Tages aufzuzeichnen. Diese Aussage bestätigte ein/-e HgT-Therapeut/-in: *„Angenommen es gäbe [...] eine App, wo man seine täglichen Aktivitäten eintragen kann [...] also so eine App kann ja beim Reflektieren*

helfen [...] und dann kann ich am Ende des Tages wie so eine Checkliste abarbeiten“ (TN3, Absatz 104). Da ähnliche digitale Plattformen bereits bestehen, war eine fachkundige Person der Meinung, dass es sinnvoll ist, in bereits vorhandene Plattformen einzusteigen, da eine Erstellung dieser Programme sehr komplex ist (FK1, Absatz 62). Jedoch wurden von einer fachkundigen Person auch Nachteile eines internetbasierten Angebotes genannt: „[...] man darf das nicht zu kompliziert machen also eine App heißt dann schon wieder verschiedene Betriebssysteme, [Klienten] [...] müssen ein Smartphone haben, die müssen eine Datenfltrate haben oder gar W-LAN, das kann alles da sein aber das ist nicht bei jedem funktionsfähig da“ (FK3, Absatz 114). Zusätzlich gab die fachkundige Person zu bedenken, dass ein digitales Angebot erst Sinn macht, wenn die Generation der Digital Natives, die eher ein digitales Angebot nutzen würde, an psychiatrischen Erkrankungen leidet „[...] ich könnte mir vorstellen, dass man viel in die App investiert und nachher wenige Nutzer dafür begeistern kann [...], die Generation die jetzt 15, 13 und jünger ist [...], wenn die ihre ordentlichen Depressionen kriegen, dann werden die das wahrscheinlich erwarten [...]“ (FK3, Absatz 116). Möglicherweise erwartet die Generation laut Aussage der fachkundigen Person keine App, sondern ein anderes digitales Angebot, wie beispielsweise für einen Smart Speaker. Ein/-e HgT-Therapeut/-in gab an, dass er/sie ein digitales Angebot jedoch nur ergänzend zu einem Nachsorgeangebot anbieten würde, statt es ausschließlich digital zu führen.*

4.6.6 Therapiestruktur

Bezüglich der Therapiestruktur waren vier Expert/-inn/-en der Meinung, dass ein Nachsorgeangebot im Gruppen- als auch im Einzelsetting angeboten werden sollte: „[...] es gibt Menschen, [...] die kommen nicht in der Gruppe klar, für die muss es Einzelangebote geben. Für manche ist das besser, für manche ist jenes besser auch im Verlauf kann sich das ändern“ (FK1, Absatz 49-50).

Bezüglich der Gruppenangebote gab es bei den interviewten Personen unterschiedliche Ansichten. Eine Person gab an, dass ein offenes Gruppenangebot für Nachsorge am sinnvollsten wäre, sodass die Klient/-inn/-en die Gruppe je nach Bedarf besuchen können. Eine weitere Person gab hingegen an, dass eine geschlossene Gruppe am sinnvollsten wäre: „Ich kann mir aber auch gut vorstellen, da das Handeln gegen Trägheit ja auch einen roten Faden hat, wo das ein oder andere Thema auf das andere aufbaut [...], dass es Sinn machen würde, wenn man eine feste Gruppe wäre, die den Prozess durchschreitet“ (TN3, Absatz 90). Zusätzlich beschrieb die Person, dass auf die Zusammenstellung der Gruppe geachtet werden sollte, sodass entweder gezielt eine Homogenität oder Heterogenität besteht.

4.6.7 Dauer und Häufigkeit

Zu der Fragestellung, wie häufig ein Nachsorgeprogramm angeboten werden sollte, wurde von drei Expert/-inn/-en genannt, dass ein Angebot zunächst mindestens einmal die Woche stattfinden sollte und dann immer seltener je nach Bedarf variabel angeboten werden kann. Die Dauer der Nachsorge sollte laut Aussagen von zwei Fachkundigen etwa ein halbes Jahr andauern. Fünf Expert/-inn/-en erklären, dass die Dauer und Häufigkeit eines Nachsorgeangebots hingegen von den Bedürfnissen der Klient/-inn/-en abhängig ist: *„Also ich denke, eine gute Richtschnur ist glaube ich sechs Monate, [...]. Das mag bei manchen Klienten vielleicht auch kürzer sein müssen, mag auch mal Ausnahmeklienten geben“* (FK3, Absatz 36). Jedoch sollte eine Möglichkeit für den/die Klient/-en/-in bestehen, einen Fachkundigen aufsuchen zu können, wenn beispielsweise Krisensituationen aufkommen.

4.6.8 Weitere Nachsorgeformen

Eine fachkundige Person beschrieb, dass in anderen Ländern bereits Nachsorgegruppen etabliert sind. In Kanada bestand eine offene Erhaltungsgruppe, in die ehemalige Klient/-inn/-en einmal in der Woche eingeladen worden sind, ohne dass er/sie eine ärztliche Überweisung benötigte: *„[...] die Ergotherapeutin hat da gar nicht so viel gemacht außer dass sie den Raum geboten hat, also sowohl physisch als auch emotional, tatsächlich haben die Klienten sich gegenseitig beraten“* (FK3, Absatz 34). Die fachkundige Person beschrieb, dass das Krankenhaus dieses Angebot ohne eine Finanzierung angeboten hat *„[...] das ist so etwas wie Kundenbindung. Das kann man umsonst machen, wenn das langfristig wieder zu Geld führt. [...] weil ich doch weiß, dass die Leute wieder in mein Krankenhaus kommen, wenn es dann noch richtig schwierig wird“* (FK3, Absatz 129). Die genannte Erhaltungsgruppe war laut Angaben der fachkundigen Person auf HgT bezogen, sodass über Themen wie Betätigungsbalance, über Routinen, Aktivitätsexperimente etc. gesprochen wurde.

4.7 Inhalte der Nachsorge

Innerhalb des Themas Inhalte der Nachsorge wurden von den HgT-Therapeut/-inn/-en und Fachkundigen unterschiedliche Themenfelder, die ihrer Meinung nach wichtig sind, genannt.

4.7.1 Wiederholbare HgT-Themen

Themen, die in dem HgT-Manual enthalten sind und somit wiederholt behandelt werden könnten, wie Zeitnutzung, Betätigungsbalance, Psychoedukation, Stress- und Krisenbewältigung, Konfliktmanagement, die Entwicklung von Routinen oder das Thema Aktivierung, wurden als sinnvolle Nachsorgethemen angesehen. Im Bereich der Aktivierung wurde zusätzlich von einer fachkundigen Person genannt, dass langfristige Verpflichtungen, die eine Verankerung von Aktivitäten darstellen, als Nachsorgethema sinnvoll wären: *„[...] so konkrete Dinge, die mit Verpflichtungen einhergehen. [...] also die Anschaffung eines Tieres, wo dann sozusagen verbindliche Beziehungen bestehen“* (FK1, Absatz 22). Drei HgT-Therapeut/-inn/-en benannten, dass der Erhalt des bereits erreichten Therapieerfolges als Thematik aufgegriffen werden sollte: *„[...] dass es halt immer wieder auch so Handeln gegen Trägheit spezifische Anregungen gibt, [...] es soll vor allem mehr Erhalt geben/ der Erhalt des Therapieerfolges. Ich glaube das ist das Wichtigste“* (TN1, Absatz 87). Zudem wurde angegeben, dass eine kontinuierliche Begleitung sinnvoll ist: *„[...] dass die Klienten nicht in ein Loch fallen direkt nach der Klinik. Aber dass man da weiter dranbleibt als Ergotherapeut. Und die kontinuierlich begleitet“* (FK2, Absatz 30). Dies bestätigte die Aussage, dass Inhalte in einer Nachsorge wiederholt werden sollen.

Zwei Expert/-inn/-en hatten bei dem Thema Suchtverhalten, welches im HgT-Manual aufgegriffen wird, unterschiedliche Ansichten. Ein/e HgT-Therapeut/-in schließt das Thema Sucht für Nachsorge aus: *„[Suchtverhalten] sollte in der Nachsorge [...] vielleicht reduziert, wenn vielleicht auch komplett ausgeschlossen sein“* (TN1, Absatz 105). Eine fachkundige Person meinte hingegen: *„Suchtverhalten ist sicher ein großes, wichtiges Nachsorgethema“* (FK1, Absatz 68).

4.7.2 Themen, die nicht HgT-spezifisch sind

Zusätzlich wurden von den Interviewteilnehmenden mögliche Nachsorgethemen genannt, die nicht explizit in dem HgT-Manual behandelt werden. Hier wurde beispielsweise das Thema Konfliktmanagement (TN3, Absatz 146) als relevantes Thema benannt. Zwei Fachkundige waren der Meinung, dass individuelle Themen berücksichtigt werden sollten: *„Das können berufliche Themen sein, Beziehungsprobleme sein, Aktivitätsprobleme. Das Thema muss ein Nachsorgethema sein, was ein einzelner Mensch hat und als Nachsorgethema definiert“* (FK1, Absatz 68).

Ein/-e Therapeut/-in fügte zudem hinzu, dass eine graphische Gestaltung von Materialien für ihre Klientel hilfreich ist: *„Also meine Klienten stehen sehr auf Grafiken [...] und es hat sich gezeigt, dass Grafiken also auch so zum Beispiel diese Aufteilung von Freizeit und Schlaf und Arbeit [...] das finden meine Klienten total toll, davon würde ich mir mehr wünschen“* (TN2, Absatz 92).

4.8 Nachsorge

Die Auswertung zeigte, dass nur wenige Expert/-inn/-en direkt mit Nachsorge in Berührung gekommen sind. HgT-Therapeut/-inn/-en und Fachkundige nannten jedoch, dass sie in der Arbeit in Langzeiteinrichtungen, wie Wohnheimen und Tagesstätten mit einer Form von Nachsorge zu tun haben. Sie argumentierten, dass bei einer langfristigen ergotherapeutischen Unterstützung wie im tagesklinischen Bereich nachsorgeähnliche Funktionen durch Ergotherapeut/-inn/-en erfüllt werden.

Eine weitere fachkundige Person nannte, dass in ihrem/seinen stationären Kontext, bei Entlassung die Klient/-inn/-en aktiv zu weiterführenden Behandlungen, wie z.B. ambulante Ergotherapie, vermittelt wurden und dass diese Empfehlungen in dem Kontext die Nachsorge darstellen.

4.8.1 Bekanntheit und Bedarf

Zwei HgT-Therapeut/-inn/-en nannten, dass Nachsorge im psychiatrischen und ergotherapeutischen Bereich eher unbekannt ist. Als Vorschlag, um auf Nachsorge aufmerksam zu machen, nannte ein/-e HgT-Therapeut/-in: *„[...] dass man erstmal darüber nochmal besser informiert wird und [...] als mögliche Interventionsform (...) besser etabliert“* (TN1, Absatz 111). Zu dem Bedarf an HgT-Nachsorge nannten die Expert/-inn/-en einheitlich, dass Klient/-inn/-en sich nicht selbstständig nach Nachsorge erkundigt haben. Ein/-e HgT-Therapeut/-in begründete es damit, dass vor Beginn der Intervention klar war, dass es nur zwölf Einheiten sein sollen.

Andere Ursachen lagen nach Aussage von Fachkundigen darin, dass beispielsweise depressive Klient/-inn/-en wenig eigeninitiativ sind. Eine weitere fachkundige Person nannte, dass Klient/-inn/-en eher darüber nachdenken in den Beruf zurückzugehen, gesund zu werden oder Symptome zu minimieren. Dabei kommen sie weniger auf den Gedanken gezielt nach einer HgT-Nachsorge zu fragen. Aus der Gruppe der Fachkundigen wurde jedoch argumentiert, dass: *„[...] die Tatsache, dass sie nicht wieder nachfragen, [nicht] heißt [...], dass es kein sinnvolles Angebot wäre“* (FK3, Absatz 40). Ein/-e HgT-Therapeut/-in äußerte in Bezug auf Nachsorge die klare Aussage, dass er/sie Bedarf darin sehe, eine HgT-Nachsorge anzubieten. Expert/-inn/-en waren sich darin einig, dass Klient/-inn/-en nach Entlassung aus tagesstrukturierenden Einrichtungen wie stationäre Aufenthalte, in alte Routinen verfallen, die zu Rückfällen führen.

Aus der Gruppe der Fachkundigen wurde daher geäußert, dass ein Nachsorgeangebot bestehen muss, um die Nachhaltigkeit von Behandlungen allgemein zu gewährleisten.

4.8.2 Nachsorge als Angebot

Um eine Nachsorge oder ein nachsorgeähnliches Angebot anzubieten, nannte die Gruppe der Fachkundigen vor allem, dass sie es in ihrem aktuellen Kontext als nützlich erleben in einer festen Zeit regelmäßig ansprechbar zu sein. Ein/-e Expert/-in/-e aus dem Kontext der Tagesstätte brachte als Beispiel, dass eine Ehemaligengruppe einmal monatlich stattfindet. In diesem Angebot ist der/die Ergotherapeut/-in für alle Klient/-inn/-en auch für die Ehemaligen, ansprechbar, sodass ein Kontakt gehalten werden kann. Dies wirkt sich laut Angaben der/des Expert/-in/-en positiv aus. Diese Beschreibung deckt sich mit der bereits existierenden Nachsorgegruppe in Kanada (→Kap. 4.6.8).

Eine fachkundige Person nannte, dass es keine autonome HgT-Nachsorge geben sollte. Die Person formulierte, dass im Rahmen einer Gesamtbehandlung auch eine gesamte Nachsorge angeboten werden sollte. In dieser Gesamtnachsorge ist es laut Aussage der fachkundigen Person sinnvoll, die HgT-Nachsorge in einen Gesamtbehandlungskontext einzubetten. Die fachkundige Person schlug aus diesem Gedankengang heraus vor, sich an bestehenden Reha-Angeboten wie Psy-RENA zu orientieren und eine Möglichkeit zu finden, sich zu beteiligen.

4.9 Recoveryprozess

4.9.1 Recovery und HgT

Expert/-inn/-en nannten, dass der Recoverygedanke bereits ein zentraler Bestandteil von HgT ist und sinnvoll in die Intervention integriert wurde. Ein/-e Therapeut/-in war der Meinung, dass eine HgT-Nachsorge unterstützend für den Recoveryprozess ist und das Gelingen von Recovery fördert.

Der Recoveryprozess wurde durch die Expert/-inn/-en sehr ähnlich beschrieben. Es geht bei Recovery darum, seine eigenen Einschränkungen zu akzeptieren und diese als einen Teil von sich selbst zu sehen und dies in das alltägliche Leben zu integrieren. Innerhalb des Aspektes der Integration in den Alltag sahen Expert/-inn/-en HgT-Nachsorge als förderlich an. Alle HgT-Therapeut/-inn/-en und die Mehrheit der Fachkundigen trafen die Aussage, dass Recovery ein wichtiges Thema der Nachsorge ist, um recoveryorientiertes Denken und Handeln in Bezug auf die eigene Erkrankung zu ermöglichen. Den Nutzen von Recovery für Klient/-inn/-en sahen zwei HgT-Therapeut/-inn/-en im Erhalt des bisherigen Erfolgs aus der HgT-Intervention. Die Expert/-inn/-en formulierten als Nutzen von Recovery, dass Klient/-inn/-en Krisen besser bewältigen können. Diese Aussage wurde durch eine fachkundige Person bestätigt, indem beschrieben wird, dass Klient/-inn/-en *„eine längere Stabilität [...] haben“* (FK2, Absatz 78).

4.9.2 Recovery und Nachsorge

In der Auswertung benannte eine fachkundige Person auf Mesoebene, dass Recovery und Nachsorge zwangsläufig zusammengehören: *„[...] im Rahmen von Recovery, das heißt Genesung, wieder Eintritt in Gesellschaft / in das soziale Leben. Da muss man automatisch [...] im Sinne von NACHSORGE denken“* (FK1, Absatz 72).

Das Gelingen von Recovery ist aus Sicht einer fachkundigen Person auf Makroebene abhängig davon, ob Recovery als Prozess betrachtet wird und ob ein Angebot geschaffen wird, das langfristig nutzbar ist. Diese fachkundige Person nannte, dass die beschriebenen Voraussetzungen zu Nachsorge führen können. Ein/-e HgT-Therapeut/-in war der Meinung, dass der Erfolg und der Effekt von Nachsorge größer sind, wenn die HgT-Intervention nicht nur im stationären, sondern auch ambulanten Setting angeboten wird. In dieser Aussage überschneiden sich HgT-Therapeut/-inn/-en und Fachkundige. Beide Gruppen nannten, dass das Gelingen von Recovery größer ist, wenn nach dem stationären Setting eine Weiterführung durch Nachsorge besteht.

5 Diskussion

Nachstehend werden die beschriebenen Resultate durch die Beantwortung der drei Leitfragen und der Forschungsfrage (→Kap. 5.4) kritisch betrachtet und vor dem theoretischen Hintergrund und der studierten Literatur diskutiert. Anschließend erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen der vorliegenden Studie (→Kap. 5.5).

5.1 Beantwortung der ersten Leitfrage

Was kann der Inhalt einer Nachsorge zum Thema Handeln gegen Trägheit sein?

Die Expert/-inn/-en waren der Meinung, dass eine Wiederholung von HgT-Themen in einer Nachsorge sinnvoll ist. Dies bestätigt Carter (2014), der beschreibt, dass häufiges Wiederholen für den Lernprozess günstig ist. Ein Thema, welches in dem HgT-Manual beschrieben und in einer Nachsorge wiederholt behandelt werden könnte, wäre das Thema Suchtverhalten. Dieses Nachsorgethema wurde von den Expert/-inn/-en hingegen unterschiedlich betrachtet. Ein/e HgT-Therapeut/-in schließt das Thema Sucht für Nachsorge aus, eine fachkundige Person meinte hingegen, dass das Thema Suchtverhalten ein großes, wichtiges Nachsorgethema ist. Somit gab es zu diesem Thema keine einheitliche Meinung. Die Expert/-inn/-en benannten zusätzlich, dass der Erhalt des bereits erreichten Therapieerfolges als Thematik aufgegriffen werden sollte, was die Aussage von wiederholenden Inhalten bestätigt.

Innerhalb der möglichen Nachsorgethemen, die in der HgT Intervention aufgegriffen werden, benannten Expert/-inn/-en das Thema Psychoedukation. Dies wird in der Literatur bestätigt, Gühne et al. (2019) beschreiben, dass Psychoedukation möglichst über einen längeren Zeitraum, mit Integration von Angehörigen und in Gruppen stattfinden sollte. Zusätzlich wurde das Thema Aktivierung und eine damit verbundene Betätigungsbalance von den Expert/-inn/-en benannt. Dieses Thema wird in dem HgT Manual ebenfalls aufgegriffen. Krupa et al. (2017) beschreiben, dass das Planen und Ausführen von sogenannten „Aktivitätsexperimenten“ ein besonderer Schwerpunkt von HgT ist und als Grundlage des gesamten Therapieprozesses betrachtet wird. Sie dienen zusätzlich als Vorbereitung längerfristiger Veränderungen und können die/den Klient/-in/-en für weitere Anstrengungen motivieren (Pfeiffer, 2018). Von den Expert/-inn/-en wurden zusätzlich die Themen Zeitnutzung sowie die Entwicklung von Routinen benannt, welche ebenfalls in dem Themengebiet der Aktivierung eingebettet sind. Ein Nachsorgethema, welches sich in der vorangegangenen Literaturrecherche ebenfalls als wichtig herausgestellt hat, ist das Thema Stressbewältigung. Dieses wurde von den Expert/-inn/-en bestätigt. Grossmann, Niemann, Schmidt und Walach (2003) beschreiben, dass

Meditation, Achtsamkeitstraining oder Yoga Strategien zur Stressminderung sind. Bottaccioli, Bottaccioli und Minelli (2018) benennen als weitere Behandlungsformen Tai-Chi oder Qi-Gong. Zusätzlich benannten die Expert/-inn/-en das Thema Krisenbewältigung, was in einer Nachsorge aufgegriffen werden könnte. Auslöser von Krisen sind laut Fritzsche, Geiggers, Richter und Wirsching (2016) beispielsweise plötzliche Verluste, partnerschaftliche Konflikte, Erkrankungen und weitere stressauslösende Situationen. Arolt et al. (2007) beschreiben als Ziele von Kriseninterventionen die Entlastung in der akuten Situation, die Klärung der Ursachenfaktoren, die Erörterung von Lösungsmöglichkeiten und das Erlernen von Bewältigungsstrategien für zukünftige Krisen. Wenn sich ein/-e Klient/-in hingegen in einer akuten Krisensituation befindet, wird eine Nachsorge von den Expert/-inn/-en ausgeschlossen, da laut Angaben der Expert/-inn/-en die Klientel in dem Augenblick nicht an Nachsorge denken können.

Zusätzlich wurden von den Expert/-inn/-en mögliche Nachsorgethemen genannt, die nicht explizit in dem HgT-Manual behandelt werden. Hier wurden das Thema Konfliktmanagement sowie individuelle Themen, wie beispielsweise berufliche Themen als relevanter Inhalt von Nachsorge benannt.

5.2 Beantwortung der zweiten Leitfrage

Welche möglichen Formen der Nachsorge erachten Therapeut/-inn/-en und Fachkundige für HgT als sinnvoll?

Für ein Nachsorgeangebot in Form von Selbsthilfe sprachen sich fünf von sechs Befragten aus. Diese positive Einschätzung findet sich in der studierten Literatur wieder. In den Leitlinien zu psychiatrischen Erkrankungen findet sich der höchste Empfehlungsgrad für Selbsthilfe (→Kap. 2.7.3). Laut Markowitz (2015) gestaltet sich die Finanzierung von Selbsthilfegruppen eher unproblematisch. Dies deckt sich mit der Aussage einer fachkundigen Person. Die Befragten schilderten als Nutzen von Selbsthilfe insbesondere die Entstehung eines Zugehörigkeitsgefühls und die Förderung von Empowerment. Auch diese Annahmen finden sich im theoretischen Hintergrund wieder (→Kap. 2.7.3). Markowitz (2015) beschreibt zudem positive Auswirkungen auf Selbstwertgefühl, Lebensqualität und Recovery. Die Definition von Selbsthilfegruppen schließt eine Leitung von professionellen Beschäftigten aus und umfasst lediglich ein Hinzuziehen von professionellen Beschäftigten bei bestimmten Fragestellungen (GKV-Spitzenverband, 2016). Bei schwer psychisch kranken Personen waren zwei HgT-Therapeut/-inn/-en hingegen der Meinung, dass eine Selbsthilfegruppe ohne professionelle Begleitung ausgeschlossen sein sollte. Dies bestätigt Markowitz (2015), welcher beschreibt, dass diese Personengruppe von vornherein eine eingeschränkte Ausgangslage zur Teilnahme an Selbsthilfe mitbringt (→Kap. 2.7.3).

Grundsätzlich schätzten fünf von sechs Expert/-inn/-en eine Begleitung der HgT-Nachsorge durch Peer-Expert/-inn/-en als lohnenswert ein. Jedoch sollten Peer-Expert/-inn/-en eine HgT-Nachsorge nach Aussage der Hälfte der befragten Personen nur mit Unterstützung eine/-r/-s professionellen Beschäftigten anbieten. Als Hauptursachen führten die befragten Personen die mögliche psychische Instabilität des/der Peer-Expert/-en/-in, negative Erfahrungen und Schutz des/der Peer-Expert/-en/-in auf. Diese Gründe finden sich auch in der von Wroblewski et al. (2015) beschriebenen Studie wieder. Weitere, in der Literatur gefundene Aussagen, wie beispielsweise den von Drove et al. (2016) beschriebenen Vorbehalt, dass andere Berufsgruppen durch Peer-Expert/-inn/-en ihre Arbeitsplätze verlieren können, wurde von den Befragten nicht bestätigt. Von den Forschenden der vorliegenden Arbeit wurde anfangs die Hypothese aufgestellt, dass Peer-Expert/-inn/-en eine hilfreiche Unterstützung und einen weicheren Übergang zwischen dem Ende einer Behandlung und dem Beginn von Selbsthilfe darstellen können. Diese Hypothese wurde durch die befragten Expert/-inn/-en bestätigt. Obwohl durch das kleine Sampling keine Generalisierbarkeit der Aussagen möglich ist, kommen die Forschenden der vorliegenden Arbeit aufgrund der beschriebenen Erfahrungen zu dem Schluss, dass für Peer-Expert/-inn/-en immer eine professionelle Begleitung als

Unterstützung verfügbar sein sollte. Von eine/-m/-r Fachkundigen wurde genannt, dass Selbsthilfe und Peer-Beteiligung in anderen Fachbereichen etabliert ist.

Ein Nachsorgeangebot in Form von Fremdhilfe schätzten alle Expert/-inn/-en, insbesondere bei schwer betroffener Klientel, als sinnvoll ein. Dabei sollte das Angebot an die vorherrschende Klientel angepasst und entsprechend niedrigschwellig angeboten werden. Durch die Befragung der Expert/-inn/-en wurde deutlich, dass die Form des Angebotes insbesondere bei Fremdhilfe von den bestehenden Umweltfaktoren in der jeweiligen Einrichtung abhängt. Zwischen den befragten Expert/-inn/-en bestand der Konsens, dass besonders Ergotherapeut/-inn/-en die geeignete Berufsgruppe bei der Durchführung einer HgT-Nachsorge sind. Als Grund wurde die betätigungsorientierte Sichtweise angegeben. Eine Beteiligung anderer Gesundheitsberufe (→Kap. 4.6.3) wurde nicht ausgeschlossen, außer von einem/einer HgT-Therapeut/-en/-in, der/die keine weitere Begründung hierzu nannte. Alle der im theoretischen Hintergrund genannten Formen von Fremdhilfe (→Kap. 4.6) wurden ebenfalls von den Expert/-inn/-en beschrieben. Von eine/-m/-r HgT-Therapeut/-en/-in wurde zudem noch Hometreatment als eine weitere Form der Fremdhilfe beschrieben, um die Klient/-inn/-en auch zuhause begleiten zu können. Weiterhin wurden Trialog* und Familienhilfe* genannt. Die letztgenannten Formen stellen neue Erkenntnisse für die vorliegende Studie dar.

Weiterhin sinnvoll im Bereich der Fremdhilfe wurde von einer fachkundigen Person beschrieben, sich an bestehenden Konzepten, wie Psy-RENA oder digitale Therapieplattformen, zu beteiligen. Während den Interviews erfuhren die Forschenden der vorliegenden Studie zudem mehr über die HgT-Nachsorge, wie sie in Kanada bereits stattfindet (→Kap. 4.6.8). Hier stellt sich jedoch die Frage der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem. Jedoch zeigen die Erfahrungen in Kanada, dass die beteiligten Ergotherapeut/-inn/-en nur zur Begleitung des Angebots anwesend waren und der Gedanke der Selbsthilfe im Vordergrund stand.

Die Therapiestruktur wird nach den Aussagen der Expert/-inn/-en ebenfalls stark von den Umweltfaktoren beeinflusst. Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie wird für möglich gehalten und ist von der jeweiligen Klientel abhängig. Uneinigkeit herrschte darüber, ob eine Gruppe offen oder geschlossen angeboten werden soll. Alle genannten Punkte zur Therapiestruktur, wie Gruppen- oder Einzeltherapie und die Gruppentherapie als offenes, halb-offenes und geschlossenes Gruppenangebot, finden sich auch im theoretischen Hintergrund wieder (→Kap. 2). In der studierten Literatur wurde keine Priorisierung gefunden. Die Erfahrungen der bestehenden Erhaltungsgruppe in Kanada sprechen für eine offene Gruppengestaltung. Die Hälfte aller befragten Expert/-inn/-en nannte, dass ein Nachsorgeangebot zunächst einmal pro Woche beginnen und dann kontinuierlich in immer größeren Abständen verringert werden sollte. Wie bereits beschrieben (→Kap. 4.6.7), wird ein

halbes Jahr als grober zeitlicher Richtwert genannt und entsprach den Erfahrungswerten zweier fachkundiger Personen.

Wie im vorangegangenen Unterkapitel ersichtlich, zeigten die Aussagen der Expert/-inn/-en bezüglich eines digitalen Nachsorgeangebots eine Ambivalenz auf. Es herrschte jedoch Konsens darüber, dass es vor allem von den Fähigkeiten des/der Klient/-en/-in abhängt, ob E-Health genutzt werden kann. Von den Expert/-inn/-en wurden die vier Angebotsmöglichkeiten benannt, die auch in der studierten Literatur zu finden waren: E-Mails, digitale Messenger, Videochats und Apps (→Kap. 4.6.5). Der in der Literatur beschriebene Vorteil der örtlichen und zeitlichen Unabhängigkeit internetbasierter Angebote (Ebert et al., 2013) findet sich auch in den Resultaten wieder. Zusätzlich wurde von den Expert/-inn/-en eine sehr niedrigschwellige Hürde als Vorteil beschrieben. Diese Aussage findet sich in der beschriebenen Literatur nicht wieder. Für die Forschenden der vorliegenden Studie war die Aussage interessant, dass die ergotherapeutischen Angebote in bereits bestehende Plattformen integriert werden sollten, sodass Ressourcen gespart werden. Ebert et al. (2013) nennen als Nachteile die Verfügbarkeit und Funktionsfähigkeit von Hardware und fehlende Kompetenzen seitens der Klient/-inn/-en und Therapeut/-inn/-en. Diese Aussage wurde von den Expert/-inn/-en bestätigt. Die Aussage einer fachkundigen Person, dass digitale Angebote erst in der Generation der Digital Natives sinnvoll sind, wird von Ebert et al. (2013) nicht bestätigt, die eine altersunabhängige Teilnahme beschreiben.

5.3 Beantwortung der dritten Leitfrage

Wie schätzen Therapeut/-inn/-en und Fachkundige die fördernden und hemmenden Faktoren einer HgT Nachsorge ein?

Durch die Expert/-inn/-en wurden viele Faktoren genannt, die sich förderlich oder hemmend auf Nachsorge auswirken können. Im Hinblick auf das hypothetische Modell (→Kap. 3.2) lässt sich feststellen, dass die durch die Expert/-inn/-en benannten fördernden und hemmenden Faktoren den unabhängigen Variablen zuzuordnen sind. Die unabhängigen Variablen sind die Bereiche der Umwelten (Townsend & Polatajko, 2013), HgT – Therapeut/-inn/-en sowie die Klientenfaktoren.

In dem Bereich der physischen Umwelt (ebd.) wurde durch die Expert/-inn/-en genannt, dass eine leichte Erreichbarkeit und ein niedrighschwelliger Zugang zur Nachsorge förderlich sind. Ein Ort für Nachsorge müsste daher bewusst gewählt werden. Von den Expert/-inn/-en wurde zusätzlich genannt, dass sich die durch die Therapie bereits bekannte Räumlichkeiten eignen würden. Diese Räumlichkeiten müssen auch für Klient/-inn/-en gut erreichbar und an die öffentlichen Verkehrsmittel angebunden sein. Die Erreichbarkeit der Nachsorge wurde durch die Expert/-inn/-en im Zusammenhang mit den finanziellen Mitteln der Klient/-inn/-en betrachtet. Die Expert/-inn/-en verwiesen darauf, dass Klient/-inn/-en häufig geringe finanzielle Ressourcen zur Verfügung haben, was einen hemmenden Faktor für die Mobilität darstellen kann. Diese Aussage deckt sich mit Ljungqvist et al. (2016), die die Verbindung zwischen psychischen Erkrankungen und geringem sozioökonomischen Status nennen. Dieser hemmende Faktor ist bei einer Nachsorge zu berücksichtigen, da eine Finanzierung ohne Kostenträger von den Expert/-inn/-en als nicht praktikabel angesehen wird.

Als finanziell förderlichen Faktor benannten die Expert/-inn/-en, dass das Nachsorgethema sehr aktuell ist. Möglichkeiten einer Finanzierung für HgT-Nachsorge wurden von den fachkundigen Personen vielseitig betrachtet. Mögliche Kostenträger, die von den Expert/-inn/-en genannt wurden, waren Krankenkassen, Rentenversicherungen, Sozialhilfeträger oder Einrichtungen wie Tagesstätten. Als besondere Denkanstöße durch fachkundige Personen wurden als Geldgeber regionale Großkonzerne bzw. Firmen, Ausschreibungen des Arbeitsamtes oder die Berufsgenossenschaften genannt. Als hemmender Faktor wurde in diesem Kontext der Bekanntheitsgrad von Ergotherapie genannt. Dieser Faktor erschwert eine Finanzierung, da gegebenenfalls erst das Berufsbild und Handlungsfeld bei einem möglichen Kostenträger erklärt werden muss. Als weiteren hemmenden Faktor benannte eine

fachkundige Person, dass die Angst vor Stigmatisierung sich negativ auf die Teilnahme von Klient/-inn/-en auswirken kann. Dieses Verhalten bestätigen Gühne et al. (2019).

Expert/-inn/-en benannten zusätzlich, dass bei Klient/-inn/-en, die sprachlich eingeschränkt sind oder eine Sprachbarriere aufweisen, die Teilnahme an einem Nachsorgeangebot sehr schwierig bis nicht möglich sein kann. Als förderlich wurde somit von den Expert/-inn/-en ein mehrsprachiges Angebot genannt.

Aus Sicht der sozialen Umwelt ist es nach Meinungen der Expert/-inn/-en förderlich, Gruppenregeln aufzustellen. Diese sollten das Ziel haben eine Verbindlichkeit und Klarheit zu schaffen, die sich positiv auf die Gruppe auswirken. Als förderlich benannten die Expert/-inn/-en auch, dass aus Gründen der Stigmatisierung der Zugang zu Nachsorge möglichst anonym ermöglicht werden sollte. Ebenfalls wurde es als förderlich betrachtet, dass Klient/-inn/-en, die sich nicht aktiv in Gespräche einbringen und somit eher passiv teilnehmen, trotzdem in Nachsorgeangeboten integriert werden sollten.

Als kulturell förderlichen Aspekt wurde von den Expert/-inn/-en beispielsweise das Erzeugen einer angenehmen Stimmung, das heißt der umgebenden Kultur entsprechenden Gastfreundlichkeit, genannt. Als Beispiele für den deutschen Kulturraum wurde das Bereitstellen von Gebäck und Getränken dargestellt. Ebenfalls wurde es durch die Expert/-inn/-en als förderlich beschrieben, dass eine zeitliche Ausrichtung für Nachsorgeangebote an die Klientel stattfinden sollte. Eine Nachsorge sollte damit möglichst in den Abendstunden erfolgen, um arbeitenden Klient/-inn/-en oder Klient/-inn/-en, die sich in Angeboten zur Tagesstrukturierung befinden, eine Teilnahme zu ermöglichen.

Bezogen auf die physische, kulturelle und soziale Umwelt sollte ein Nachsorgeangebot somit laut Aussagen der Expert/-inn/-en leicht erreichbar und mehrsprachig sein. Ein niedrigschwelliger, anonymer und eher passiver Zugang sollte möglich sein. Das Angebot sollte einladend gestaltet sein und enthält Gruppenregeln, die neuen Teilnehmer/-inn/-en erläutert werden, um Verbindlichkeiten und ein angenehmes Miteinander zu schaffen.

Damit diese Faktoren geschaffen werden können, wurde es als förderlich angesehen, wenn der/die anbietende Therapeut/-in bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Eine dieser Voraussetzungen war nach Meinungen der Expert/-inn/-en die Teilnahme an der Fortbildung HgT. Des Weiteren wurde davon ausgegangen, dass eine Nachsorge zunächst implementiert werden muss, daher wurde durch die Expert/-inn/-en erklärt, dass Fähigkeiten zur Implementation förderlich sind, wie beispielsweise Durchsetzungsstärke und Kommunikationsgeschick. Für das Anbieten einer HgT- Nachsorgegruppe wurde es als förderlich angesehen, sich mit Gruppendynamiken auszukennen und die Regeln der Gruppe vertreten zu können. Zusätzlich wurde es als förderlich benannt, in der Lage zu sein, bei Bedarf

die Nachsorge an die Klientel anzupassen. Darüber hinaus wurden keine weiteren besonderen Qualitäten genannt, die ein/-e Ergotherapeut/-in nicht bereits erlernt hat.

Da Nachsorge auch im Bereich E-Health stattfinden kann, wurden für diesen Bereich spezielle fördernde und hemmende Faktoren benannt. Als hemmender Faktor wurde durch die Expert/-inn/-en der bereits beschriebene Aspekt des geringen sozioökonomischen Status der Klientel, der den Zugang zu digitalen Medien erschwert, benannt. Zudem wurde als hemmender Faktor für die Teilnahme von schwer chronifizierten Klient/-inn/-en benannt, dass diese möglicherweise nicht über ausreichend technisches Geschick verfügen, um teilnehmen zu können. Diese Aussage deckt sich mit der E-Health Studie von Ebert et al. (2013), in der 30% der Teilnehmenden aufgrund fehlender Voraussetzungen nicht teilnehmen konnten. Als förderlicher Faktor wurde hingegen von Expert/-inn/-en genannt, dass Klientel, die aufgrund von großer geographischer Distanz oder durch sozialen Ängsten an einem Nachsorgeangebot nur erschwert teilnehmen können, durch E-Health eine Möglichkeit zur Teilnahme haben. Des Weiteren wurde von den Expert/-inn/-en benannt, dass ein E-Health HgT-Nachsorgeangebot förderlich im Hinblick auf die Finanzierung sein kann. Nach Meinungen der fachkundigen Personen könnte eine Finanzierungsmöglichkeit durch das bereits bestehende Konzept Psy-Rena entstehen. Ein hemmender Faktor im Bereich E-Health wurde laut den Expert/-inn/-en auf Makroebene im Bereich des Datenschutzes genannt, der die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und somit besondere Vorkehrungen benötigt. Diese Vorkehrungen sind zurzeit im ergotherapeutischen Setting schwer umsetzbar. Daraus ergibt sich, dass ein HgT-Nachsorgeangebot zum aktuellen Zeitpunkt eher durch größere Träger wie Psy-RENA umsetzbar ist.

5.4 Beantwortung der Forschungsfrage

Wie sind die Meinungen von Therapeut/-inn/-en und Fachkundigen zu einem Nachsorgeangebot im Anschluss an das Therapieprogramm Handeln gegen Trägheit bei Menschen mit einer stationär behandelten psychiatrischen Erkrankung?

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Expert/-inn/-en sich für eine Nachsorge aussprechen und positive Möglichkeiten bezüglich des Recoveryprozesses für Klient/-inn/-en sehen. Durch Nachsorge könnte laut den Expert/-inn/-en beispielsweise ein verbesserter Übergang vom stationären in das ambulante Setting entstehen, sodass die Anwendung des Gelernten im Alltag stattfinden kann und somit ein Nachhaltigkeitsaspekt berücksichtigt wird. Diese Aussage wird durch Kielhofner (1989, wie zitiert in Lamb, 1976; Musto, 1975; Ozarin, 1975) bestätigt, der aussagt, dass Nachsorgeprogramme, die ein gelungenes Entlassungsmanagement ermöglichen, eine praktikable Alternative zu einem langen Krankenhausaufenthalt oder der unmittelbaren Entlassung von Erkrankten in die Gemeinschaft bieten. Als zusätzlichen positiven Aspekt benannten die Expert/-inn/-en, dass durch ein Nachsorgeangebot ein/e Ansprechpartner/-in zur Verfügung stehen würde, was dem/der Klient/-en/-in eine Sicherheit bietet und das Gefühl von „nicht alleine sein“ vermittelt. Diese Aussage wird durch Seger (2016) bestätigt, der beschreibt, dass Nachsorge eine kontinuierliche Begleitung des Betroffenen bietet und eine Kontrolle des Behandlungsverlaufs sowie die Verhinderung von Rezidiven zum Ziel hat.

Von einer/einem Expert/-in/-en wurde hingegen beschrieben, dass ein Nachsorgeangebot sich nicht ausschließlich auf eine Nachsorge für HgT beziehen sollte. Es wurde als sinnvoll angesehen, Inhalte wiederholt zu behandeln, jedoch auch andere Schwerpunkte zu setzen, sodass das Thema Nachsorge im Gesamtkontext betrachtet wird.

Bezüglich der Finanzierung mittels der gesetzlichen Krankenkassen sollte laut eine/-r/-s Expert/-in/-en darauf geachtet werden, dass durch die Möglichkeit einer Nachsorge eventuell keine langfristigen Verordnungen für Therapieeinheiten mehr ausgestellt werden könnten, um Kosten zu verringern. Da psychische Erkrankungen nach Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson und Davidson (2016) häufig mit einem geringen sozioökonomischen Status einhergehen, sollte jedoch ein kostenfreies oder kostengünstiges Nachsorgeangebot zur Verfügung stehen.

Es wurde hingegen genannt, dass das Thema Nachsorge in der psychiatrischen Ergotherapie in Deutschland bisher wenig Anwendung findet und daher eher unbekannt ist. Dieses wurde im Rahmen der Literaturrecherche (→Kap. 3.1.3) bestätigt, da sich nur wenig Evidenz zur

allgemeinen Nachsorge in der psychiatrischen Ergotherapie fand. Somit waren die Expert/-inn/-en der Meinung, dass das Thema Nachsorge vermehrt in den Vordergrund gerückt werden soll und sich eine Beteiligung für ein solches Angebot entwickeln kann. Hierzu bedarf es laut Aussagen der Expert/-inn/-en Implementationsfähigkeiten und viel Mut, damit das Thema Nachsorge an Bedeutung gewinnt.

Grundsätzlich wurde durch die Studie deutlich, dass der Bedarf, der Inhalt und die Form der Nachsorge von den Bedürfnissen des/der Klient/-en/-in abhängig sein soll.

5.5 Diskussion der Stärken und Schwächen

5.5.1 Stärken

Die Forschenden der vorliegenden Studie untersuchten ein für das kontemporäre Paradigma der Ergotherapie relevantes Forschungsthema. Weiterhin wird Nachsorge auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung diskutiert. Die vorliegende Studie ist somit in diesem Bereich als aktuell zu betrachten. Der Großteil der für die vorliegende Studie relevanten Hintergrundliteratur wurde von den Forschenden gesichtet. Dies zeigt sich darin, dass die überwiegende Mehrheit der Resultate im theoretischen Hintergrund erwähnt wurde. Die Meinungen der Forschenden der vorliegenden Studie wurden explizit als solche gekennzeichnet. Zwischen den befragten Expert/-inn/-en gab es eine Ausgewogenheit an Fachkundigen und HgT-Therapeut/-inn/-en, wodurch eine breite Sichtweise auf das Forschungsthema ermöglicht wurde. Der Ethikkodex (→Kap. 3.3) wurde durch die Verwendung der Einverständniserklärungen (→Anlage 9) eingehalten. Des Weiteren wurden die Expert/-inn/-en, denen durch ihre Aussagen keine komplette Anonymisierung zugesichert werden konnte, darauf hingewiesen, dass lediglich eine Pseudonymisierung möglich ist. Bezüglich des Forschungsprozesses lassen sich die Triangulierung nach Quellen und Forschern (Law et al., 1998) sowie die Durchführung des Memberchecks als Stärken betrachten. Durch die Nutzung des Programms F4 Analyse konnte die Triangulierung nach Forschern mit einer hohen Nachvollziehbarkeit durchgeführt werden. Weiterhin wurde der von Gläser und Laudel (2010) vorgegebene Forschungsprozess stringent befolgt (→Kap. 3) und ausführlich beschrieben. Die von Gläser und Laudel (2010) beschriebenen Formen der Auswertung wurden an das vorliegende Datenmaterial angepasst. Somit konnte das Datenmaterial im Kontext der Bachelorarbeit bestmöglich aufbereitet werden (→Kap. 3.5.4). Insgesamt war die Methodik dem Forschungsthema angemessen.

5.5.2 Schwächen

Bezüglich des Samplings lässt sich feststellen, dass alle Expert/-inn/-en aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen stammten, somit sind die Aussagen nicht für alle Bundesländer repräsentativ. Weiterhin war die Anzahl der mit HgT behandelten Klient/-inn/-en bei einem Teil der Expert/-inn/-en niedrig, wodurch die erste Leitfrage teilweise nicht ausreichend beantwortet werden konnte. Da alle Interviews online stattfanden, ist eine Schwäche der vorliegenden Studie, dass nonverbale Inhalte oder der berufliche Kontext nicht oder nur eingeschränkt aufgenommen werden konnten. Die Begründung für dieses Vorgehen ist in der Methodik beschrieben (→Kap. 3.4.4). Bei einigen Themen, wie z. B. bei Fragen nach der Finanzierung eines Nachsorgeangebotes, konnte keine Datensättigung erreicht werden. Dies lag an der geringen Anzahl von Teilnehmenden begründet. Das Sampling von N=9 wurde von den

Forschenden der vorliegenden Studie nicht erreicht. Dies lag vor allem in der geringen Anzahl von HgT-Therapierenden (→Kap. 3.4.1). In Folge der geringen Anzahl an Teilnehmenden wurde der Pretest in die Extraktion miteinbezogen. Die anfängliche Verwendung des Begriffs „Expert/-in/-e“ anstatt „fachkundige Person“ kann zu Unklarheiten führen und stellt eine weitere Schwäche dar (→Kap. 3.1.2). Die endgültige Auswertung der Daten wurde über Excel-Tabellen durchgeführt. Bei der Datenübertragung aus dem Analyseprogramm F4 kam es zu einem Datenverlust, der von den Forschenden der vorliegenden Studie erst zeitlich verzögert festgestellt, jedoch behoben wurde. Bei der Literaturrecherche und der Erstellung des hypothetischen Modelles wurde der Bereich der Umwelt vergleichsweise grob erfasst. Das führte dazu, dass die umweltbezogenen Daten wenig fundierte Verbindungen zum theoretischen Hintergrund aufwiesen.

6 Schlussfolgerung

Abschließend wird im folgenden Kapitel die aufgestellte These vorgestellt und die daraus resultierende Schlussfolgerung mit dem ursprünglichen Forschungsinteresse in Verbindung gebracht. Zusätzlich wird ein Ausblick gegeben, welche weitere Forschung auf dieser Studie aufbauen kann.

Durch die Beantwortung der Forschungsfrage in der Diskussion (→Kap. 5) wurde aus der Frage eine These: „Das Thema Nachsorge im Anschluss an das Therapieprogramm HgT sehen Therapeut/-inn/-en und Fachkundige bei Menschen mit einer stationär behandelten psychiatrischen Erkrankung als sehr förderlich für den Recoveryprozess an“. Weiterhin trägt das Angebot einer HgT-Nachsorge zu einem gelungenen Entlassungsmanagement und zur Krisenbewältigung bei. Alle der befragten Expert/-inn/-en schlossen eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen (→Kap. 4.6.3) nicht aus. Diese Offenheit kann zu einem interdisziplinären Zusammenarbeiten beitragen. Die Zusammenarbeit mit Peer-Expert/-inn/-en bzw. EX-INlern sowie die Entwicklung eines Angebots im Rahmen einer Selbsthilfe können die Ressourcen des therapeutischen Fachpersonals als auch den Recoveryprozess des/der Klient/-en/-in positiv fördern. Jedoch halten alle befragten Expert/-inn/-en eine Begleitung von EX-INlern durch Fachpersonal für sinnvoll, da eine gewisse Fürsorgepflicht eingehalten werden sollte. Dies zeigen auch die Erfahrungen in Kanada, bei der der/die anbietende Ergotherapeut/-in stets anwesend ist. Für eine Selbsthilfegruppe spricht, dass diese möglicherweise länger und leichter zu finanzieren ist. Ob die Nachsorge von HgT in Form einer Fremdhilfe angeboten werden kann, hängt wie bei der Selbsthilfe jedoch von mehreren Umweltfaktoren ab. Bei der Finanzierung einer Fremdhilfe werden Langzeitverordnungen der Krankenkasse präferiert. Alle Expert/-inn/-en zählten jedoch mehrere Möglichkeiten einer Finanzierung auf (→Kap. 4.3.5). Diese Möglichkeiten sollten bezüglich ihrer Durchführbarkeit in zukünftigen Studien näher beleuchtet werden. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass eine fachkundige Person davor warnte, dass kostengünstige Nachsorgeangebote zu Lasten der Finanzierung über die Heilmittelverordnung sein könnten. Auch die Therapiestruktur und Häufigkeit einer Nachsorge hängt von dem jeweiligen Kontext ab, in dem die Nachsorge angeboten werden soll. Als Empfehlung für die Praxis kann jedoch einmal die Woche über den Zeitraum von sechs Monaten gegeben werden. Dabei sollten die zeitlichen Abstände gegen Ende immer größer werden, sind jedoch immer auf den individuellen Bedarf eine/-s/-r Klient/-en/-in anzupassen. Der Inhalt einer HgT-Nachsorge sollte klientenzentriert an die Bedürfnisse der Klient/-inn/-en angepasst werden. Alle Inhalte von HgT sind jedoch dafür geeignet, in einer Nachsorge wiederholt zu werden, Uneinigkeiten bei den Expert/-inn/-en gab es lediglich bei den HgT-Inhalten, die das Thema Sucht aufgreifen. Weiterhin können Themen in der

Nachsorge besprochen werden, die nicht im HgT-Manual behandelt werden, jedoch für die Klient/-inn/-en von Bedeutung sind, wie z.B. Konfliktmanagement oder berufliche Themen. Eine leichte örtliche Erreichbarkeit und ein möglichst niedrighschwelliger Zugang, der vor allem an die finanziellen und tagesstrukturierten Möglichkeiten der Klient/-inn/-en angepasst werden, fördern die Teilnahmen an einem Nachsorgeangebot. Bei einem Gruppenangebot sollten Gruppenregeln zu Beginn eines Nachsorgeangebots festgelegt werden. Bezüglich der benötigten Kompetenzen der anbietenden Therapeut/-inn/-en wird eine Fortbildung oder intensive Auseinandersetzung mit dem HgT-Manual empfohlen, sodass das professionelle Reasoning Anwendung findet. Bezüglich der Wahl des Ortes und der Art des Angebots sollte die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen bei Überlegungen bezüglich eines Nachsorgeangebotes beachtet und berücksichtigt werden. Zusätzlich sollten laut Aussagen der Expert/-inn/-en bei einem Nachsorgeangebot auf sprachliche Barrieren geachtet werden, die aufgrund des Zuwachses an Menschen mit Migrationshintergrund auftreten können.

Sollten Praktiker Interesse an der Entwicklung eines digitalen Nachsorgeangebots haben, sind besonders Datenschutzrichtlinien einzuhalten. Daher wird die Verwendung bereits bestehender Therapieplattformen als sinnvoll und als realisierenden Zwischenschritt angesehen.

6.1 Ausblick

Im Verlauf dieser Arbeit ergaben sich weitere Forschungsmöglichkeiten, welche in Verbindung mit der vorliegenden Studie oder aufbauend durchgeführt werden können.

Um die Entwicklung der Ergotherapie im psychiatrischen Arbeitsfeld voranzutreiben, sehen es die Forschenden der vorliegenden Studie als wichtig an, weitere Forschungen bezüglich der Wirksamkeit von Ergotherapie und neuen Interventionsformen wie Nachsorge anzustellen. Die vorliegende Studie erfasst mit der Forschungsfrage die Meinungen von Expert/-inn/-en. Die Sicht von Klient/-inn/-en auf eine HgT-Nachsorge und die Bereitschaft zur Teilnahme bleibt hingegen unerforscht. Ein Vergleich beider Sichtweisen bietet sich für die Erforschung eines klientenzentrierten HgT-Nachsorgeangebots in zukünftigen Studien an. Ergänzend dazu kann erforscht werden, wie sich die Stigmatisierung auf eine Teilnahme an einem HgT-Nachsorgeangebot auswirkt. Als neue Aspekte, die in den theoretischen Vorüberlegungen nicht beachtet und genauer untersucht werden könnten, sind Trialog, Familienhilfe und Hometreatment als Formen von HgT-Nachsorge. Diese könnten bezüglich ihrer Ressourcen und Schwierigkeiten in zukünftigen Studien genauer betrachtet werden.

Die Finanzierungsmöglichkeiten von Nachsorge wurden in der vorliegenden Studie als größtes Hindernis genannt. Eine fundierte Forschung zu Finanzierungsmöglichkeiten kann Argumente liefern, die das Beantragen von Geldern erleichtern und Nachsorge ermöglichen könnte.

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass Nachsorge in der psychiatrischen Ergotherapie ein eher unerforschter Bereich ist, daher sind weitere Forschungen zu nachsorgespezifischen Interventionen und die damit einhergehende Aufklärung zu diesem Thema sinnvoll.

In Bezug auf die sich verändernde Therapielandschaft und die im Therapiekontext ankommende Generation der Digital Natives ist die Ergotherapie gefordert, auf neue Gegebenheiten zu reagieren. Im Bereich der psychiatrischen Ergotherapie ist das Thema E-Health ein weitgehend unerforschter Bereich, der sich in anderen Berufsgruppen, wie Psychotherapeut/-inn/-en deutlich schneller entwickelt. Um den Anschluss an digitale Angebote nicht zu verlieren und sich an entstehenden Konzepten wie Psy-RENA zu beteiligen, ist es notwendig, dass die Ergotherapie ihr Angebot zeitnah anpasst und wissenschaftlich durch Forschungen belegt.

Literaturverzeichnis

Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., ... Beckie, A. (2005). Continuity of Care and Health Outcomes Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services, 56*(9), 1061-1069.

American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy, 62*, 625-683.

Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Arolt, V., Reimer, C., & Dilling, H. (2007). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie: Springer-Lehrbuch*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Bäumel, J., Behrendt, B., Henningsen, P., & Pitschel-Walz, G. (2016). *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH. Abgerufen von: https://www.ciando.com/img/books/extract/3608269568_lp.pdf

Becker, T., Gühne, U., Riedel-Heller, S., & Berger, M. (2015). Sozial- und Gemeindepsychiatrie: psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. (5. Aufl., S. 171-187). München: Elsevier GmbH/Urban & Fischer Verlag.

Bejerholm, U., & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy, 61*, 21-32.

Bluejeans. (2019). Was bluejeans bietet. Abgerufen von: <https://www.bluejeans.com/de/produkte> (Abrufdatum: 22.10.19)

- Borges-J´unior, R., Salvini, R., Nierenberg, A. A., Sachs, G. S., Lafer, B., & Dias, R. S. (2018). Forecasting depressive relapse in Bipolar Disorder from clinical data. *IEEE International Conference on Bioinformatics and Biomedicine (BIBM), Bioinformatics and Biomedicine (BIBM)*, 613-616. Retrieved from: <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1109/BIBM.2018.8621255> (Retrieved on: 22.10.19)
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bottaccioli, A. G., Bottaccioli, F., & Minelli, A. (2018). Stress and the psyche–brain–immune network in psychiatric diseases based on psychoneuroendocrineimmunology: a concise review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1437(1), 31-42. <https://doi.org/10.1111%2Fnyas.13728>
- Boyt Schell, B. A., Gillen, G., Scaffa, M. E., & Cohn, E. S. (2014). Personal Factors and Occupational Performance. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard and Spackman´s occupational therapy* (12th ed., pp. 215-224). Philadelphia: Wolters Klumer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Braun, V. (2016). "Rezidiv" auf Pschyrembel Online. Abgerufen von <https://www.pschyrembel.de/Rezidiv/K0JU7/doc/> (Abrufdatum: 05.11.19)
- Braun, V. (2017). "Salutogenese" auf Pschyrembel Online. Abgerufen von <https://www.pschyrembel.de/Salutogenese/K0K9B/doc/> (Abrufdatum: 5.11.19)
- Brown, C. (2018). *Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Leitlinien der Ergotherapie: Band 4*. (M. le Granse, Übers.). Bern: Hogrefe Verlag. (Originalwerk veröffentlicht 2012)
- Buchsbaum, B. R., Lemire-Rodger, S., Bondad, A., & Chepesiuk, A. (2015). Recency, Repetition, and the Multidimensional Basis of Recognition Memory. *Journal of Neuroscience*, 35(8), 3544-3554. DOI: 10.1523 / JNEUROSCI.2999-14.2015
- Bundesgesundheitsministerium. (2016). Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen. Abgerufen von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psychvvg-kabinett.html> (Abrufdatum: 25.10.2019)

- Bundesgesundheitsministerium. (2018). Begriffe A-Z: E-Health. Abgerufen von:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html>
 (Abrufdatum: 20.05.2019)
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (1988). Sozialgesetzbuch (SGB)
 Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. S. 2477. Abgerufen von:
https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___20h.html (Abrufdatum: 04.07.19)
- CAOT. (2002). *Enabeling Occuaption: An occupational therapy perspective*. Ottawa: CAOT
 Publications ACE.
- CAOT. (2012). Profile of Practice of Occupational Therapists in Canada. Retrieved from:
<https://www.caot.ca/document/3653/2012otprofile.pdf> (Retrieved on: 04.07.19)
- Carter, R. (2014). *Das Gehirn: Anatomie, Sinneswahrnehmung, Gedächtnis, Bewusstsein, Störungen*. München: Dorling Kindersley Verlag GmbH.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (Eds.). (1997). *Occupational performance model (Australia)*.
 Sydney, Australia: Occupational Performance Network.
- Chisholm, D., & Boyt Schell, B. A. (2014). Overview of the Occupational Therapy Process
 and Outcomes. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard and
 Spackman's occupational therapy* (12th ed., pp. 265-280). Philadelphia: Wolters Klumer
 Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Cuntz, U., Kruse, J., Hildebrand, G., & Heuft, G. (2017). Paradigmenwechsel beim
 Entgeltsystem für psychosomatische und psychiatrische Krankenhäuser. *Zeitschrift für
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(1), 118-121.
- Curtin, J., & Hitch, D. (2018). Experiences and perceptions of facilitators of The WORKS.
Work, 59(4), 607–616. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.3233/WOR-182701>
- Davidson, L., Rakfeldt, J., & Strauss, J. (2010). *The roots of the recovery movement in
 psychiatry*. West Sussex: Wiley-Blackwell.

- Deck, R., Hüppe, A., & Arlt, A. C. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Die Rehabilitation*, 48, 39-46.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91-97.
- Deutsche Rentenversicherung. (o. J.). Psy-RENA: Psychosomatische Rehabilitationsnachsorge. Abgerufen von: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_Rehabilitation/03_prevention_nachsorge_selbsthilfe/nachsorge/psy_rena_node.html (Abrufdatum: 04.07.2019)
- Deutsche Rentenversicherung. (2008). Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Reha Nachsorge in der Rentenversicherung: Stand vom 07.04.2008. Abgerufen von: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>. (Abrufdatum: 04.07.19)
- DGPPN. (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Abgerufen von: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf (Abrufdatum: 04.07.19)
- Drove, I., Langer, L., & Sommer, K. (2016). Psychiatrie-Erfahrene im Dialog: Das Peer-Support Programm. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 55(1), 18-20.
- Duden. (2019). "digital native" auf Duden Online. Abgerufen von: https://www.duden.de/rechtschreibung/Digital_Native (Abrufdatum: 22.10.19)
- Ebert, D., Hannig, W., Tarnowski, B., Sieland, B., Götzky, B., & Berking, M. (2013). Web-based Rehabilitation Aftercare Following Inpatient Psychosomatic Treatment. *Die Rehabilitation*, 52, 164–172. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1345191>
- Ebert, D. D., Hanning, W., Tarnowski, T., Sieland, B., Götzky, B., & Berking, M. (2013). Web-basierte Rehabilitationsnachsorge nach stationärer psychosomatischer Therapie (W-RENA). *Die Rehabilitation*, 52(3), 164-72. DOI: 10.1055/s-0033-1345191

- Edgelow, M., & Krupa, T. (2011). Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *American Journal of Occupational Therapy*, 65 (3), 267-276.
- EX-IN Deutschland e. V.. (o. J.). Über EX-IN. Abgerufen von www.ex-in.de/ (Abrufdatum: 13.06.19)
- Finzen, A. (2015). Auf dem Wege zur Reform - die Psychiatrie-Enquete wird 40. *Psychiatrie Praxis*, 42(7), 392-396.
- Flick, U. (1999). *Qualitative Forschung* (2. Aufl.). Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Fritzsche, K., Geigges, W., Richter, D., & Wirsching, M. (2016). *Psychosomatische Grundversorgung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- GKV-Spitzenverband. (2016). Leitfaden zur Selbsthilfeförderung: Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 17. Juni 2013. Abgerufen von: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Selbsthilfefoerderung_2016_barrierefrei.pdf (Abrufdatum: 04.07.19)
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Götsch, K. (2015). Bezugswissenschaften und Bezugsrahmen der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln* (S. 56-64). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Gorenoi, V., Schönermark, M. P., & Hagen, A. (2007). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Abgerufen von: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta206_bericht_de.pdf
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychomatic Research*, 57(1), 35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S., & Becker, T. (2019). Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. DGPPN (Hrsg.). Abgerufen von: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020k_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-04.pdf (Abrufdatum: 29.10.2019)

Hammell Whalley, K. R. (2016). Empowerment and occupation: A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83*(5), 281-287. DOI: 10.1177/0008417416652910

Hartmann, S., & Zepf, S. (2005). Hilfe zur Selbsthilfe: Ergebnisse von Laienbehandlungen in unterschiedlichen Selbsthilfegruppen. Abgerufen von: <https://www.dagshg.de/data/Fachpublikationen/2005/DAGSHG-Jahrbuch-05-Hartmann-ua.pdf> (Abrufdatum: 04.07.19)

Huber, M. A. S. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Maastricht University. Retrieved from: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1486687/guid-ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET1.0>

Hucke, B., & Gans, M. (2009). *Qualitätsmanagement und Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt, 85*(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>

Jordan, W., Heinemann, A., Marx, A., & Downing, G. (2015). *Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kammer-Spohn, M. (2013). Recovery - ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung, 94*(38), 1450-1452.

- Kielhofner, G., & Brinson, M. (1989). Development and Evaluation of an Program for Young chronic Psychiatrically Disabled Adults. *Occupational Therapy in Mental Health*, 9(2), 1-25. DOI: 10.1300/J004v09n02_01
- Kubny-Lüke, B. (2009). Einführung. In B. Kubny-Lüke (Hrsg), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie*. (2 Aufl., 2-33). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Kuckartz, U., Dresing, T., Rädiker, S., & Stefer, C. (2008). *Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knuf, A., & Hammer, M. (2013). *Die Entdeckung der Achtsamkeit in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen*. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Koelsch, L. E. (2013). Reconceptualizing the Member Check Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 12,168-179. DOI: 10.1177/160940691301200105
- Krupa, T. (2014). Recovery Model. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12th ed., S. 564-573). Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.
- Krupa, T., Edgelow, M., Chen, S., Mieras, C., Almas, A., Perry, A., ... Bransfield, M. (2017). *Action over Inertia: Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden: Therapieprogramm für Gesundheit durch Aktivität – Handeln gegen Trägheit*. U. Marotzki, C. Mentrup, P. Weber (Hrsg.) (A. Pfeiffer & W. Höhl, Übers.). Idstein: Schulz Kirchner Verlag. (Originalwerk veröffentlicht 2010)
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Anleitung zum Formular für eine kritische Besprechung qualitativer Studien. Abgerufen von: <https://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/04/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Qualtiative-Studies-German.pdf> (Abrufdatum: 04.09.2019)
- Law, M., Bapiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2017). *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* (5th ed.). U. Marotzki, C. Mentrup, & P. Weber (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- le Granse, M., van Hartingsveldt, M., & Kinébanian, A. (Hrsg.). (2019). *Grundlagen der Ergotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Licht, S. (Ed.). (1948). *Occupational therapy source book*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I., & Davidson, L. (2016). Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems. *Community Ment Health Journal*, 52, 842–850. DOI:10.1007/s10597-015-9950-9
- Luhmann, N. (1997). Funktion und Kausalität. In: J. Friedrichs, K. U. Mayer & W. Schluchter (Hrsg.), *Soziologische Theorie und Empirie* (S. 23-50). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maier, W. (2016). "Affektlabilität" auf Pschyrembel Online. Abgerufen von <https://www.pschyrembel.de/Affektlabilit%C3%A4t/K01SE/doc/> (Abrufdatum: 5.11.19)
- Margraf, J., & Heinzow, B. (2018). "Resilienz" auf Psychrembel Online. Abgerufen von <https://www.pschyrembel.de/Resilienz/K0JPW/doc/> (Abrufdatum: 05.11.19)
- Markowitz, F. E. (2015). Involvement in mental health self-help groups and recovery. *Health Sociology Review*, 24(2), 199-212. DOI:10.1080/14461242.2015.1015149
- Mangold, S. (2013). *Evidenzbasiertes Arbeiten in der Physio- und Ergotherapie* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., & Gingerich, S. (2002). Illness management and Recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*, 53, 1272-1284.
- Oxford English Dictionary. (2019). „smart speaker“ auf Oxford English Dictionary. Abgerufen von https://www.lexico.com/en/definition/smart_speaker (Abrufdatum: 22.10.19)

- Perkhofer, S., Stamm, T., Ritschl, V., Hirman, A. H., Unterhumer, G., Oberhauser H., ...
 Neururer, S. (2016). Quantitative Forschung. In: V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm, (Hrsg.),
Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis
 (S. 137-202). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Pfeiffer, A. (2017). Veränderungsimpulse setzen - Handeln gegen Trägheit. *Ergotherapie und
 Rehabilitation*, 56(5), 24-27. DOI: 10.2443/skv-s-2017-51020170503
- Pfeiffer, A. (2018). Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden. *Ergopraxis*, (3), 16–22.
- Pfeiffer, A., & Höhl, W. (2018). Therapieprogramm „Handeln gegen Trägheit“:
 Verhaltensaktivierung psychisch kranker Menschen. *Neurotransmitter*, 29(1), 36-39.
- Pitts, D., & McIntyre, E. (2016). Recovery Frameworks. In T. Krupa, B. Kirsh, D. Pitts & E.
 Fossey (Eds.), *Psychosocial Frames of reference: Theories, Models, and Approaches for
 Occupation-Based Practice* (4th ed., pp. 37-56). Thorofare: SLACK Incorporated.
- Radenbach, K., & Wiesemann, C. (2016). “Man kann sich das heute nicht mehr vorstellen,
 wie die Psychiatrie damals ausgesehen hat”. *Ethik in der Medizin*, 28(4), 337-345.
- Ramsey, R., & Swarbrick, P. (2014). Providing Occupational Therapy Services for Persons
 with Psychiatric Disabilities. In B. A. Boyt Schell, G. Gillen, & M. E. Scaffa (Eds.), *Willard
 and Spackman’s occupational therapy* (12th ed., pp. 936-945). Philadelphia: Wolters
 Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reuster, T., von Sprei, F., Martius, P., Unterberger, J., & Broocks, A. (2015). Ergotherapie,
 Kunst-, Musik-, Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Störungen. In H. J.
 Möller, G. Laux & H. G. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*
 (S. 1205-1234). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In: V. Ritschl,
 R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen,
 Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 61-64). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Roer, D. (1992). Psychiatrie in Deutschland 1933-1945: Ihr Beitrag zu “Endlösung der
 Sozialen Frage” am Beispiel der Heimanstalt Uchtspringe. *Psychologie und
 Gesellschaftskritik*, 16(2), 15-37.

Scheurich, H. (2016). Krisen bewältigen. *ergopraxis*, 10, 29-31.

Schott, H., & Tölle, R. (Eds.). (2006). *Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C. H. Beck.

Seger, W. (2016). „Nachsorge“ auf Pschyrembel Online. Abgerufen von <https://www.pschyrembel.de/Nachsorge/S01P0/doc/> (Abrufdatum: 19.04.2019)

Sozialgesetzbuch (SGB VIII). (2019). Sozialpädagogische Familienhilfe. Abgerufen von: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/31.html> (Abrufdatum: 28.10.2019)

Tomlin, G., & Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 189–196. DOI: 10.5014/ajot.2011.000828

Topor, A., & Ljungqvist, I. (2017). Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 53, 823–831. DOI:10.1007/s10597-017-0146-3

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (Eds.) (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (2. Aufl.). Ottawa: CAOT.

Utschakowski, J. (2009). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern*. (1. Aufl., S. 14-21). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A., de Jonge, P., & Sytema, S. (2014). E–Mental Health Self-Management for Psychotic Disorders: State of the Art and Future Perspectives. *Psychiatric services*, 65(1), 33-49. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300050>

- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *60*, 234–250.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Verhoef, J., & Zalmstra, A. (2013). *Beroepscompetenties ergotherapie* (L. Köhler, Übers.). Den Haag: Boom Lemmer.
- Weißer, A. (2010). Geschichte der Psychiatrie. *LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen*, 7-69.
- WHO. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Retrieved from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
- WHO. (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf (Retrieved on: 04.07.19)
- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organization. Retrieved from: www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WHO. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
- WHO. (2019). What you need to know about digital health systems. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/e-health/news/news/2019/2/what-you-need-to-know-about-digital-health-systems>
- Wied, S., & von dem Knesebeck, O. (2016). "Selbstkonzept" auf Pschyrembel Online. Abgerufen von: <https://www.pschyrembel.de/Selbstkonzept/T03F7/doc/> (Abrufdatum: 11.08.19)

Winter, K., Radtke, M., & Berger, M. (2015). Recovery in Psychiatrie und Psychotherapie: Die unterschiedlichen und sich wandelnden Recovery-Konzepte. *Info Neurologie & Psychiatrie*, 17(6), 40-46.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

Wolff, J., Berger, M., Normann, C., Godemann, F., Hauth, I., Klimke, A., & Löhr, M. (2015). Wohin führt die Konvergenz der Psychiatriebudgets? *Der Nervenarzt*, 86(7), 852-856.

World Bank. (2014). Poverty net: What is empowerment?. Retrieved from: <http://web.worldbank.org> (Retrieved on: 01.08.2019)

Wroblewski, T., Walker, G., Jarus-Hakak, A., & Suto, M. J. (2015). Peer support as a catalyst for recovery: A mixed-methods study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 64-73. Retrieved from: <https://search.ebscohost.com.zuyd.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=100761530&lang=de&site=eds-live> (Retrieved on: 04.07.2019)

Anlagen

Anlage 1 Glossar

Fremdwort	Erläuterung
Affektlabilität	Bezeichnet ein „schnelles Mitschwingen der Affekte auf wechselnde äußere Reize mit charakteristisch raschem Wechsel der Stimmung, z. B. plötzlicher Übergang zwischen Lachen und Weinen“ (Maier, 2016).
Bluejeans	Bluejeans ist ein amerikanisches Unternehmen, das sich auf cloudbasierte Videokonferenzen spezialisiert hat (Bluejeans, 2019).
Change Agent	Stellt die Rolle von ergotherapeutischem Fachpersonal im Sinne des CAOT (2012) dar, in dem Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ihr Fachwissen und ihren Einfluss verantwortungsbewusst nutzen, um Betätigung, Betätigungsperformanz und Betätigungsteilnahme voranzutreiben.
Digital Native	Bezeichnet eine Person, die mit digitalen Technologien aufgewachsen ist und in ihrer Benutzung geübt ist (Duden, 2019).
Empowerment	Ist ein persönlicher sowie sozialer Prozess, der sichtbare und unsichtbare Beziehungen so verändert, dass die Macht gleichmäßiger verteilt wird (CAOT, 2002).
Familienhilfe	Beinhaltet nach § 31 SGB VIII (2019) folgendes: „[...] soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben“.
Hometreatment	Bezeichnet die psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und ist seit Verabschiedung des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) im Jahr 2016 als Krankenhausleistung eingeführt. Ambulante Leistungserbringer können ebenfalls mit einbezogen werden (Bundesgesundheitsministerium, 2016).

Re-Hospitalisierungsintervalle	Bezeichnet die Zeitspanne zwischen zwei Klinikaufenthalten. (Anmerkung: Es findet sich keine offizielle Definition dieses Begriffs. Er wird jedoch von Pfeiffer und Höhl in der deutschen Übersetzung von Handeln gegen Trägheit verwendet.
Resilienz	Bezeichnet das „Ausmaß der (psychischen) Widerstandsfähigkeit einer Person“ (Margraf & Heinzow, 2018).
Rezidiv	Bezeichnet das „Wiederauftreten einer Krankheit nach klinisch vermuteter Heilung“ (Braun, 2016).
Salutogenese	Bezeichnet das von „Aaron Antonovsky 1979 geprägte Gesundheitskonzept und ist dem Konzept zur Pathogenese komplementär. Es beschreibt vielfältige Ressourcen zur Erhaltung der Gesundheit. Zentrale salutogenetische Faktoren sind das Kohärenzgefühl und generalisierte Widerstandsressourcen“ (Braun, 2017).
Selbstkonzept	Bezeichnet die bewegliche geistige Struktur der Persönlichkeit, die die inneren Vorgänge wie Motivation, Gefühl, Informationsverarbeitung und zwischenmenschliche Prozesse interpretiert und reguliert. Mithilfe des Selbstkonzeptes eines Menschen werden Handlungen und die Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten interpretiert. Dazu gehören auch die Einstellung zur Lebens- und Krankheitsbewältigung, ein spezifisches Körperbild und eine konkrete Vorstellung über die eigene Leistungsfähigkeit (Wied & Knesebeck, 2016).
Smart Speaker	Ein Smart Speaker ist ein internetfähiger Lautsprecher, der durch gesprochene Befehle gesteuert wird und in der Lage ist, Audioinhalte zu streamen, Informationen weiterzugeben und mit anderen Geräten zu kommunizieren (Oxford English Dictionary, 2019).
Trialog	Bezeichnet eine Form des gleichberechtigten Austausches zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigma-Arbeit, Lehre, Forschung etc. (DGPPN, 2018).

Anlage 2 Abbildungsverzeichnis

Abbildungsnummer	Benennung	Quelle	Seite
Abb. 1	CMOP-E	Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2007). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). In E. A., Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation</i> (p. 23). Ottawa: CAOT Publications ACE.	14
Abb. 2	CPPF	Polatajko, H. J., Craik, J., Davis, J., & Townsend, E. A. (2007). Canadian Practice Process Framework (CPPF). In E. A., Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation</i> (p. 233). Ottawa: CAOT Publications ACE.	15
Abb. 3	CMCE	Polatajko, H. J., Townsend, E. A., Craik, J., & Davis, J. (2007). Canadian Model of Client-Centred Enablement (CMCE). In E. A., Townsend & H. J. Polatajko (Eds.), <i>Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation</i> (p. 110). Ottawa: CAOT Publications ACE.	17
Abb. 4	Nachsorge Mindmap	Eigenentwurf	25

Abb. 5	Unterschiede der Forschungsprozesse	Flick, U. (1999). <i>Qualitative Forschung</i> (2. Aufl.). Reinbek: Rowohlt Verlag.	45
Abb. 6	Erklärungsstrategien und Methodeneinsatz in der empirischen Sozialforschung	Gläser, J., & Laudel, G. (2010). <i>Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen</i> (4. Aufl., S. 28). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.	46
Abb. 7	Typen von Untersuchungsvariablen	Gläser, J., & Laudel, G. (2010). <i>Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen</i> (4. Aufl., S. 81). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.	51
Abb. 8	Hypothetisches Modell	Eigenentwurf	52
Abb. 9	Eine Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse vieler Fälle	Gläser, J., & Laudel, G. (2010). <i>Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen</i> (4. Aufl., S. 252). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.	64
Abb. 10	Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse weniger Fälle	Gläser, J., & Laudel, G. (2010). <i>Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen</i> (4. Aufl., S. 249). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.	65
Abb. 11	Auswertungsstrategie für die vergleichende Analyse in der vorliegenden Studie	Eigenentwurf in Anlehnung an Abb. 9 und Abb. 10.	66

Anlage 3 Tabellenverzeichnis

Tab. Nummer	Benennung	Quelle	Seite
Tab. 1	Vergleich Lang- und Kurzfassung der S3 Leitlinie des DGPPN	Eigenentwurf	28
Tab. 2	Personelle Faktoren nach Townsend und Polatajko, 2013	Eigenentwurf	39
Tab. 3	Sampling Daten	Eigenentwurf	67

Anlage 4 Suchstrategien

Datenbank	Suchworte	Einschränkungen	Treffer
AJOT			
08.03.19	selfhelp,self-help, aftersearch, after search		1
DiZ			
15.03.19	Action over inertia AND occupational therapy	Volltext, 2009-2019	1 170
15.03.19	Mental illnes AND occupational therapy intervention AND engagement	Volltext, 2008-2019	22 623
16.03.19	continuity of patient care AND mental illness	Volltext, 2000-2019	5 229
16.03.19	continuity of care AND severe mental illness AND occupational therapy		7 003
21.05.19	peer support AND occupational therapy OR occupational therapist OR ot AND mental health or mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness	Volltext, 2008-2019	54 208
02.07.19	Self-help groups AND psychiatric disorder	Volltext, 2010-2020	224 890
02.07.19	Self-help groups AND mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness	Volltext, 2010-2020	594 733
08.03.19	self-help groups AND occupational therapy		19 610
08.03.19	self-help groups AND occupational therapy	2009-2019	9 446
01.04.19	Self-help groups AND health care system		1 339
19.03.19	Maintenance AND Mental health		500 994
19.03.19	Maintenance AND Mental health NOT Methadone NOT Abstinence		451 648
13.03.19	recovery in mental health AND serious mental illness		81 895
13.03.19	Recovery AND self help groups	2000 - 2020	467 353
13.03.19	Recovery AND Occupationa therapy intervention	2000-2020	25 711
13.03.19	Recoverey AND Occupational therapy AND metal health	2000-2020 CINAHL Plus with Full Text	5 494
13.03.19	aftercare AND Occupational therapy intervention AND metal illness	2000-2020	1 661
13.03.19	aftercare AND Occupational therapy intervention AND metal illness	2000-2020	222
27.03.19	aftercare AND mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness	Volltext, 2000-2019	18 656
13.03.19	occupational therapy AND aftercare programs	2000-2019	3 527
13.03.19	occupational therapy mental disability AND selfhelp	2000-2019	306
13.03.19	occupational therapy mental disability AND selfhelp	2000-2019	306

13.03.19	occupational therapy mental disability AND self-help	2000-2019	7 717
13.03.19	occupational therapy mental disability AND self-help groups	2000-2019	7 450
13.03.19	occupational therapy mental disability AND aftercare	2000-2019	

PubMed			
08.03.19	occupational therapy mental disability AND self help groups		4
08.03.19	aftercare AND Mental illness NOT Cancer		6 469
08.03.19	aftercare AND Mental illness NOT Cancer NOT stroke		5 951
11.07.19	(memory) AND repetition	Review free fulltext < 5 Jahre	12
18.03.19	("Aftercare"[Mesh]) AND "Occupational Therapy"[Mesh] AND "Mental Disorders"[Mesh]		782
18.03.19	"Self-Help Groups"[Mesh] AND "Aftercare"[Mesh] AND "Occupational Therapy"[Mesh]		28
18.03.19	"Self-Help Groups"[Mesh] AND "Aftercare"[Mesh] AND "Occupational Therapy"[Mesh] NOT Alzheimer		26
18.03.19	"Self-Help Groups"[Mesh] AND "Occupational Therapy"[Mesh] AND "Mental Disorders"[Mesh]		6
18.03.19	"Mental Health Recovery"[Mesh] AND "Occupational Therapy"[Mesh]	2009-2019	1
19.03.19	maintenance AND Mental Health		5 000
19.03.19	maintenance AND occupational therapy		300

Otseeker			
19.03.19	aftercare AND mental illness		9

SpringerLink (Zugang über Bibliothek der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen)			
12.07.19	hofer AND Krisenbewältigung		119
12.07.19	Krisenbewältigung		3 445
12.07.19	Krisenbewältigung AND ergotherapie		32
12.07.19	Krisenbewältigung AND psychiatrie		215
12.07.19	Krisenintervention		3 469
12.07.19	Krisenintervention AND Ergotherapie		224

ErgoScience			
06.04.19	Empowerment AND Psychiatrie		2

Des Weiteren wurden die Literaturverzeichnisse der gefundenen Artikel verwendet, um weitere Quellen zu finden. Auch Primärliteratur, wie Bücher und Leitlinien, wurden in dieser Tabelle nicht erfasst.

Anlage 5 Anschreiben an die Teilnehmer ausführlich

Wir suchen genau Sie!

**ZU
YD**

Sie sind Ergotherapeut/in?

Sie sind in einem psychiatrischen Setting tätig?

Sie arbeiten mit dem Therapieprogramm "Handeln gegen Trägheit"?

Dann freuen wir uns auf Ihre Erfahrungen!

Worum geht es?

Ziel unserer Bachelorarbeit ist es, den Bedarf und die Möglichkeiten einer Nachsorge nach Abschluss der Intervention "Handeln ermöglichen- Trägheit überwinden" zu ermitteln. Dabei interessiert uns besonders, welche Rahmenbedingungen Sie für die Umsetzung einer Nachsorge für notwendig halten und welche Inhalte und Formen eine solche Maßnahme haben könnte.

Was erwartet Sie?

Im Zeitraum von Juli bis August möchten wir uns im Rahmen eines Interviews mit Ihnen austauschen. Das Interview wird etwa eine Stunde dauern und findet an einem Ort Ihrer Wahl oder per Skype statt.

Wir haben Ihr Interesse geweckt?

Dann melden Sie sich bitte per Mail (hgt-bsc@web.de) bis zum 15.07.2019 bei uns, um einen individuellen Termin für das Interview zu vereinbaren. Für Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Wer sind wir?

Wir, Jessica Buck, Sonja Lambracht und Daniel Nicht sind examinierte Ergotherapeuten und absolvieren derzeit an der Zuyd Hogeschool das Aufbaustudium Ergotherapie. Wir freuen uns, Sie in einem Interview kennenzulernen und bedanken uns ganz herzlich für Ihr Interesse und Ihre tatkräftige Unterstützung.



Datenschutz:

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückgenommen werden. Die bis dahin gesammelten Daten werden nur mit Ihrem Einverständnis verwendet. Werden im Interview Fragen gestellt, auf die Sie nicht antworten möchten, sind Sie nicht dazu verpflichtet. Alle Daten zu Ihrer Person und Einrichtung werden vertraulich und anonymisiert behandelt. Aus der Publikation sind weder Rückschlüsse auf Sie als Teilnehmer noch auf Ihre Einrichtung möglich. Das aufgezeichnete Interview wird transkribiert und Ihnen anschließend zugesendet. Sie haben die Möglichkeit Ihre Aussagen nachträglich zu ergänzen. Die Ergebnisse der Studie werden im Rahmen unserer Studienarbeit veröffentlicht, bei Interesse Ihrerseits informieren wir Sie gerne über die Ergebnisse unserer Bachelorarbeit.

Anlage 6 Anschreiben an Teilnehmer kurz

ERGOTHERAPEUT*INNEN GESUCHT

Du hast Erfahrungen mit dem Therapieprogramm „Handeln gegen Trägheit“?
Du hast das Therapieprogramm bereits mit psychiatrischem Klientel durchgeführt?
Du hast Lust dich an aktueller Forschung in Form eines Interviews zu beteiligen?

**ZU
YD**

Dann sind wir gespannt auf deine Erfahrungen und würden uns über deine Unterstützung bei unserer Bachelorarbeit freuen. Als Ziel haben wir uns gesetzt, den Bedarf und die Möglichkeiten einer Nachsorge nach Abschluss der Intervention "Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden" zu erforschen.

Wir haben dein Interesse geweckt?
Dann melde dich bitte für ausführlichere
Informationen bei uns unter: hgt-bsc@web.de

Kennst du noch andere Therapeut*innen, die
Interesse haben könnten?
Dann würden wir uns über das Weiterleiten der
Nachricht sehr freuen!

Vielen Dank
Jessica, Sonja und Daniel



Anlage 7 Mailverkehr

Von Mir <hgt-bsc@web.de> 

Betreff **Studienteilnehmer für Bachelorarbeit im Fachbereich Psychiatrie gesucht** 03.07.2019, 10:00

An fa-psychiatrie@dve.info 

Lieber Fachausschuss Psychiatrie,

im Rahmen unserer Bachelorarbeit an der Zuyd Hogeschool suchen wir, Jessica Buck, Daniel Nicht und Sonja Lambracht dringend Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen. Inhalt unserer Forschungsarbeit ist es, den Bedarf und Möglichkeiten einer Nachsorge nach Abschluss der Intervention "Handeln gegen Trägheit" zu untersuchen. Die Interviewteilnehmer und Teilnehmerinnen sollten im psychiatrischen Kontext arbeiten und "Handeln gegen Trägheit" bereits implementiert haben. Gibt es durch Sie als Fachausschuss die Möglichkeit, weitere Interviewpartner*innen zu akquirieren? Wir sind Ihnen für jede Idee dankbar und schicken Ihnen gerne unser Teilnehmeranschreiben.

Vielen Dank für Ihre Antwort!
Herzliche Grüße

Sonja Lambracht

Von Mir <hgt-bsc@web.de> 

Betreff **Transkript** 08.08.2019, 17:14

An  

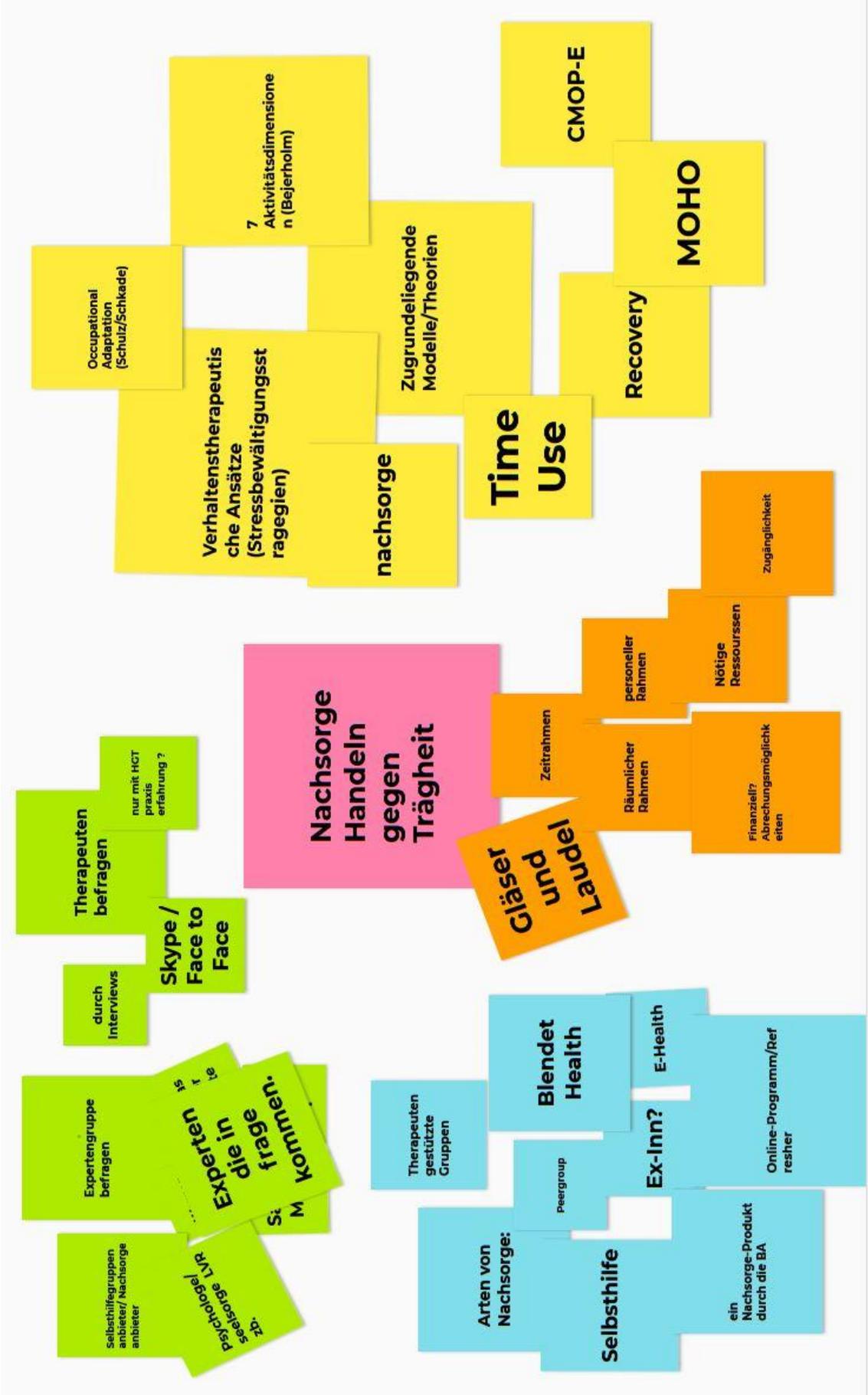
Liebe 

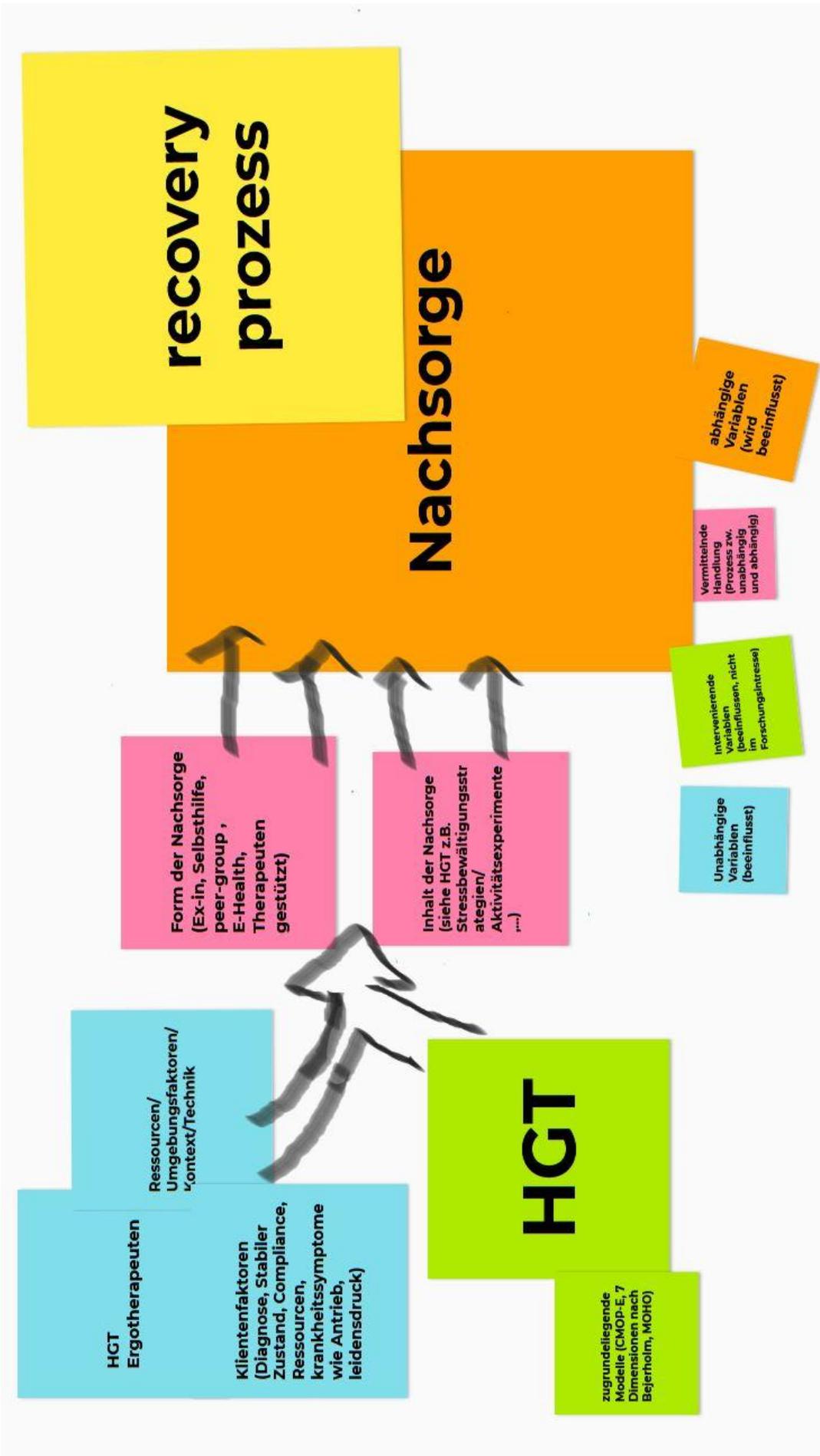
anbei das fertige Transkript. Wir würden uns freuen, wenn du dies bitte möglichst zeitnah an uns zurücksendest. Hier auch nochmal die Erinnerung an die eingescannte Einverständniserklärung. Herzlichen Dank nochmal, dass du dich für das Interview zur Verfügung gestellt hast.

Liebe Grüße

Jessica, Daniel und Sonja

Anlage 8 Vorüberlegungen zum Hypothetischen Modell





Anlage 9 Einverständniserklärung

Zuyd Hogeschool
Nieuw Eyekholt 300
6419 DJ Heerlen
Niederlande

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Bachelorarbeit

Titel

Nachsorge nach Abschluss der Intervention “Handeln ermöglichen- Trägheit überwinden”

Ziel der Forschung ist es, den Bedarf und die Möglichkeit einer Nachsorge nach Abschluss der Intervention “Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden” zu erforschen. Wir, Jessica Buck, Sonja Lambracht und Daniel Nicht, studieren in dem deutsch

en Studiengang für Ergotherapie an der Zuyd Hogeschool in Heerlen. Im Rahmen unserer Bachelorarbeit führen wir Interviews zu unserem Forschungsthema durch. Die Interviews finden voraussichtlich im Zeitraum vom Juli bis August statt. Die Beschreibung des Forschungsprojektes ist dem Informationsbrief zu entnehmen.

Sie erklären sich dazu bereit, an einem Interview im Rahmen der beschriebenen Studie teilzunehmen. Die Datenerhebung erfolgt durch ca. 60-minütiges leitfadengestütztes Interview, welches im direkten Kontakt oder per Skype stattfinden soll. Um die Daten auswerten zu können, ist eine Verschriftlichung der Interviews erforderlich. Hierzu werden die Gespräche mit einem Audio-Aufnahmegerät aufgenommen. Die Teilnehmer werden nach der Verschriftlichung der Interviews durch die Autorinnen darum gebeten, das Transkript gegenzulesen. Dies dient zur Überprüfung der Inhalte und trägt zur Qualitätssicherung der Studie bei.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ohne die Angabe von Gründen, einzelne Fragen nicht zu beantworten, ein Interview abzubrechen oder die Teilnahme an dieser Studie zu beenden. Außerdem können Sie das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Wenn Sie wünschen, werden bis dahin erhobene Daten gelöscht und in der Studie nicht berücksichtigt. Sollte es Fragen geben, die Sie nicht beantworten möchten, können wir diese ohne Angabe von Gründen überspringen.

Die Anonymisierung wird durch die Verwendung von Pseudonymen garantiert. Zudem wird die Verschwiegenheit über weitere personenbezogene Faktoren gewährleistet. Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Die Kontaktdaten werden nach Beendigung des Forschungsprojektes und die Aufnahmen der Interviews nach der Transkription gelöscht. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt. Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des

genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Meine Fragen wurden ausreichend beantwortet.

ja nein

Name und Unterschrift des Befragten:

(Ort, Datum, Unterschrift)

Wir versichern den Teilnehmer mündlich sowie schriftlich über unsere Studie umfassend informiert zu haben. Die Studie wird wie im Informationsbrief erläutert durchgeführt und wie oben beschrieben wird mit den erhobenen Daten sorgfältig umgegangen. Hat der Teilnehmer noch Fragen, werden diese beantwortet.

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Ort, Datum, Unterschrift)

Anlage 10 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Vorbereitung	
Online	Face to Face
<ol style="list-style-type: none"> 1. Check der Elektronik 30 Minuten vor dem Termin 2. Skype: Ist das WLAN stabil? Oder muss der Ort ggf. verändert werden? 3. Gespräch aufnehmen (möglichst mit zwei Geräten) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gespräch aufnehmen (möglichst mit zwei Geräten)
Begrüßung	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Schön, dass Sie da sind und sich Zeit für uns nehmen 2. Gegenseitiges Vorstellen 3. Benötigen Sie noch etwas, bevor wir anfangen? Wasser, Kaffee (Online: Ist die Verbindung stabil?) 4. Dann können wir beginnen <p><i>(Einschalten des Aufnahmegerätes)</i></p>	
Hinweis	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten oder auch das Interview abubrechen 2. Auch wenn zu Beginn nach persönlichen Daten gefragt wird, werden diese in der Studie anonymisiert. In der BC Arbeit und eventuellen weiteren Publikationen sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder die Einrichtung, in der sie arbeiten möglich 3. Hinweis Interview der Experten: hier kann keine absolute Anonymisierung gewährleistet werden. (Namen werden in der Studie nicht genannt, wir verwenden die Bezeichnung "Experten"/Anonymität nur bedingt zu berücksichtigen) 4. Alle Daten werden nach Datenschutzrichtlinien behandelt 5. Im Rahmen des Interviews werden wir ihre Ideen und Überlegungen nur annehmen, eine Vertiefung im Dialog oder Diskussion ist nicht möglich 	

Interview	
Eisbrecher	
<ol style="list-style-type: none"> 1. In welchem Bundesland arbeiten Sie zurzeit 2. Würden Sie uns kurz das Setting beschreiben, in dem Sie beruflich aktuell tätig sind? 3. Wie lange sind Sie schon als Ergotherapeut/in berufstätig? 4. Seit wann sind Sie im psychiatrischen Setting tätig? 5. Haben Sie eine Fortbildung in HGT gemacht? Oder (falls nicht) wie haben Sie sich mit dem Manual auseinandergesetzt? 6. Seit wann arbeiten Sie praktisch mit HgT? 7. Könnten Sie grob abschätzen, mit wie vielen Klienten Sie HgT bereits durchgeführt haben? 	
Übergang zum Hauptteil	
<p style="color: #E67E22;">Interviewer schildert kurz den Anlass, warum wir uns in der Bachelorarbeit mit HgT und Nachsorge befassen: Die Interviewer haben eine Fortbildung in HgT und arbeiten teilweise selber mit HgT und sind an der Entwicklung des Manuals interessiert. Im Rahmen des Angebots HgT kam es vermehrt dazu, dass Teilnehmer sich nach einer Nachsorge oder ähnlichem erkundigten. So kamen die Forscher zu der Ansicht, dass es an weiteren, kontinuierlichen Möglichkeiten den Transfer zu ermöglichen, mangelt und möchten ein mögliches Angebot hierzu beleuchten.</p> <p>Thema Handeln gegen Trägheit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Erfolge konnten Sie bisher bei den Klienten beobachten, die vertieft oder erhalten werden sollten? <ol style="list-style-type: none"> a. Fällt Ihnen dazu noch etwas aus Ihrem Arbeitsalltag ein? b. Können Sie das an Beispielen festmachen? 2. Wie könnten die erzielten Therapieerfolge ihrer Meinung langfristig erhalten werden? <ol style="list-style-type: none"> a. Haben Sie dafür ein Beispiel? 	

3. Haben ihre Klienten sich bei Abschluss der Intervention ebenfalls nach einer Weiterführung erkundigt?
 - a. Wenn ja, wie haben Sie darauf reagiert?
 - b. Wurde nach einem speziellen Angebot gefragt?

Überleitung Thema Nachsorge

Definition Nachsorge: Nachsorge erfolgt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder nach dem Abschluss einer Primärtherapie ("normalen Ergotherapie") und soll eine kontinuierliche Begleitung des Klienten sein, sodass der Behandlungsverlauf kontrolliert werden kann oder Rückfälle verhindert werden können.

4. Inwiefern sind Sie bisher allgemein mit dem Thema Nachsorge in Berührung gekommen?
 - a. Fallen Ihnen dazu Beispiele aus dem psychiatrischen Setting ein?
5. Wenn Sie sich vorstellen, für Ihre Klienten etwas wie Nachsorge (**in ihrer Einrichtung) nach Abschluss der Intervention HgT** etablieren zu wollen, wie sollte diese Ihrer Meinung nach idealerweise aussehen, wenn Ihnen keine Einschränkungen auferlegt wären?

(erstmal auf Antwort warten, danach Detailfragen stellen)

- a. Können Sie sich eher eine Einzel- oder Gruppensituation vorstellen?
Warum?
 - b. Welche Kollegen könnten Sie am ehesten bei einem HgT-Nachsorgeangebot unterstützen? Warum?
 - c. Würden Sie ein digitales Nachsorgeangebot für sinnvoll halten? Warum?
 - d. Halten Sie eine gegenseitige Unterstützung von Betroffenen (Selbsthilfe) für möglich?
Wenn ja, was könnten ihrer Meinung nach Vorteile der gegenseitigen Unterstützung sein?
Wenn nein, warum?
 - e. Wie regelmäßig und lange sollte eine Nachsorge angeboten werden? (Bzgl. Zeitraum, Regelmäßigkeit, Häufigkeit)
6. Welche Inhalte der HgT-Intervention sollten Ihrer Meinung nach in einer Nachsorge vertieft bzw. wiederholt behandelt werden?
Fallen Ihnen weitere Inhalte ein, die nicht HgT-spezifisch sind?
 7. Welchen Nutzen für die Klienten sehen Sie in einer HgT-Nachsorge?
 - a. bezüglich des Recovery Prozesses?
 8. Welche Fähigkeiten/Kompetenzen sollten Therapeuten mitbringen, um ein HgT-Nachsorgeangebot zu implementieren?
 - a. Für ein Gruppenangebot?
 - b. für ein Einzelangebot?
 - c. Für ein internetbasiertes Angebot?

<p>9. Welche Fähigkeiten/Kompetenzen sollten Klienten mitbringen, um an einem Nachsorgeangebot teilzunehmen?</p> <ol style="list-style-type: none"> Kognitiv? Affektiv/emotional? physisch/körperlich? Wie müsste das Angebot aussehen, damit eine Vielzahl von Klienten teilnehmen können? <p>10. Eben haben Sie beschrieben, welche Fähigkeiten ein Klient im besten Falle für ein Nachsorgeangebot mitbringen soll. Was wären hieraus abgeleitete Kriterien, die die Teilnahme an einem Nachsorgeangebot für einen Klienten ausschließen?</p> <p>11. Was müsste sich ggf. ändern, um Nachsorgeangebote etablieren zu können?</p> <ol style="list-style-type: none"> in Ihrer Institution in Deutschland generell <p>12. Welche Möglichkeiten zur Finanzierung sehen Sie für eine HgT- Nachsorge?</p> <ol style="list-style-type: none"> über die Krankenkassen über Landesebene, Bundesebene über Trägervereine 	
Ausleitung	
<p>Gibt es aus Ihrer Perspektive zu dem hier erörterten Thema weitere Aspekte, welche zu berücksichtigen sind, die bisher nicht gefragt wurden?</p>	
Abschluss	
<p>Vielen Dank für die Teilnahme</p> <p>Sind sie an den Ergebnissen der Bachelor Arbeit interessiert und wünschen sich, dass wir sie Ihnen zukommen lassen?</p> <p>Bitte denken Sie daran, die Einverständniserklärung des Interviews ausgefüllt an uns zu schicken.</p> <p>Verabschiedung</p>	

Anlage 11 Definitionen der Variablen

Definitionen der Variablen:

unabhängige Variable	Benennung: Klientenfaktoren
Definition	Unter Klientenfaktoren werden alle persönlichen Ressourcen, Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Gewohnheiten, Werte, Überzeugungen und Einstellungen der Klient/-inn/-en verstanden (Townsend & Polatajko, 2013).
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten: <ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht - Alter - Sprache (TN1) - Ethnizität - Kulturzugehörigkeit - Berufsidentität - Motivation - Hoffnungen - Träume - Sehnsüchte, Wünsche - Erfahrungen des/der Klienten/-in - affektive, kognitive und physische Ebene sowie Spiritualität nach dem CMOP-E - finanzielle Situation, finanzieller Rahmen der/des Klient/-in/-en - Finanzielle Ressourcen der/des Klient/-in/-en - Compliance, Adhärenz, Therapiebereitschaft - Leidensdruck
Zeitdimension	kontinuierlich, während der Therapie, im Kontakt mit Menschen
Sachdimension	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Klientengruppe - Bedürfnisse der/des Klient/-in/-en - Kontext der/des Klient/-in/-en - Ausgangslage für Nachsorge - Bereitschaft zur Teilnahme an Nachsorge

unabhängige Variable	Benennung: HgT-Therapeut/-inn/-en
Definition	Therapierende, die sich Handeln gegen Trägheit im Rahmen einer Fortbildung angeeignet haben und in ihrem Alltag mit Klient/-inn/-en anwenden sowie Fachkundige, die sich theoretisch mit HgT auseinandergesetzt haben.
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen die auf folgende Inhalte hindeuten: <ul style="list-style-type: none"> - Fortbildung zu HgT, HgT-Seminar - HgT ist im Arbeitsalltag implementiert/wird regelmäßig angewendet - HgT wird mit Klient/-inn/-en oder Klient/-inn/-engruppen angewendet - bereits ein oder mehr Therapieprozess(e) mit Klient/-inn/-en abgeschlossen haben - ergotherapeutisches Fachpersonal - Fürsprecher von Klient/-inn/-en - Begleitung des Therapieprozesses - regt zur Nachsorge an - fungiert als vermittelnde Person - Aspekte der Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten wie Bildungswissen und -kompetenz, Fachwissen, sowie Expertise und Fähigkeiten, Berufserfahrung, Bewältigungs- und Lernfähigkeiten, weiterhin Lernstile und Sprache - explizites Fachwissen der Fachkundigen, das sich auf die theoretische Auseinandersetzung zu HgT bezieht
Zeitdimension	- während der Therapie und als Ansprechperson darüber hinaus
Sachdimension	- Fachwissen der Therapierenden - Fachwissen der Fachkundigen - (Ergo)therapeutische Kompetenzen, die allgemein beschrieben werden - (Ergo)therapeutische Haltung/ Sichtweise

intervenierende Variable	Benennung: Action over Inertia - Handeln gegen Trägheit
Definition	Das deutsche Therapiemanual „Handeln ermöglichen - Trägheit überwinden“ ist eine Übersetzung der kanadischen Intervention „Action over Inertia“. Action over Inertia wurde im Jahr 2010 von einem Team um die kanadische Ergotherapeutin Prof. Dr. Terry Krupa entwickelt (Krupa et al., 2017). Übersetzt wurde es 2017 von Höhl und Pfeiffer. Das Therapieprogramm unterstützt die Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am alltäglichen Leben und richtet sich an praktizierende Ergotherapeut/-inn/-en im psychiatrischen Setting.
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten: <ul style="list-style-type: none"> - wenn von „HgT“ oder „Handeln gegen Trägheit“ oder „Action over Inertia“ oder „Aoi“ gesprochen wird - wenn von „dem Manual“ gesprochen wird - wenn Therapieprogramm genannt wird - wenn von Therapiematerialien, Arbeitsblättern oder Fragebögen gesprochen wird - wenn von (Therapie-)Intervention gesprochen wird - kann indiziert sein, wenn von Time Use gesprochen wird - Zeitnutzung (Time use) - Zeitnutzungsintervention
Zeitdimension	während der Intervention
Sachdimension	Durch die Intervention HgT hervorgerufene/-s: <ul style="list-style-type: none"> - Veränderung von Aktivitätsmustern - Steigerung von Aktivität/Betätigung - Erleben von Aktivität - Abnahme von Trägheit - Unterstützung des Recoveryprozesses - Arbeit mit HgT

unabhängige Variable	Benennung: Umweltfaktoren
Definition	Während einer ergotherapeutischen Behandlung bestehen beeinflussende Umgebungsfaktoren der Umwelt. Die Umwelt wird dabei in vier Bereiche, die physische, kulturelle, soziale und institutionelle Umwelt eingeteilt (Townsend & Polatajko, 2013).
Indikatoren	<p>Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten:</p> <p>Physische Umwelt</p> <ul style="list-style-type: none"> - beinhaltet natürliche Faktoren wie Natur, Berge, Flüsse, örtliches Klima - beinhaltet künstliche Umwelt wie Gebäude, Rampen, Aufzüge - Orte an denen Betätigung stattfinden kann (Townsend & Polatajko, 2013) <p>Soziale Umwelt</p> <ul style="list-style-type: none"> - direktes Umfeld, Familie, Peers - generelle Interaktion mit Menschen - professionelle Interaktion mit ärztlichen und therapeutischem Fachpersonal sowie mit Dienstleistungsanbietenden - Gesellschaft in der der/die Klient/-in lebt und Aktivitäten durchführt (Townsend & Polatajko, 2013) - bezieht sich auch auf alle digitalen sozialen Kontakte und Kommunikation <p>Institutionelle Umwelt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Finanzierungen und Gesetzgebungen (Townsend & Polatajko, 2013) - Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik, Dienstleistungen im Gesundheitssystem (WHO, 2001) <p>Kulturelle Umwelt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethnizität, Geschlecht, Alter - Gewohnheiten und Rituale der umgebenden Kultur - Religion, Glauben (Townsend & Polatajko, 2013)
Zeitdimension	beeinflussen die Therapie vor, während und nach der HgT-Intervention und zu jedem Zeitpunkt, zu dem Aktivität stattfindet.
Sachdimension	<ul style="list-style-type: none"> - Interaktion mit der physischen, sozialen, institutionellen und kulturellen Umwelt (Townsend & Polatajko, 2013) - förderliche und hemmende Umweltfaktoren - Veränderungen der Interaktion mit der Umwelt - Exploration der Umwelt

intervenierende Variable	Benennung: zugrundeliegende Modelle
Definition	Die zugrundeliegenden Modelle in Bezug auf HgT sind das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polataiko, 2013) sowie die Dimensionen von Aktivität nach Bejerholm und Eklund (2006).
Indikatoren	<p>Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn von dem/den zugrundeliegenden Modell/-en gesprochen wird - sechs Säulen der Ergotherapie <p>CMOP-E:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kanadische Modellreihe oder Triplet - wenn von einer ganzheitlicher Betrachtung des/der Klienten/-in gesprochen wird - wenn von dem Therapieprozess gesprochen wird (CPPF) - wenn CMCE Skills konkret benannt werden - wenn von Betätigungsbereichen (Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit) gesprochen wird <p>7 Dimensionen nach Bejerholm und Eklund (2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balance der Aktivitäten - Körperliche Aktivitäten - Struktur und Routine - Bedeutung und Zweck von Aktivität - Zufriedenheit mit Aktivitäten - Soziale Interaktion durch Aktivitäten - Zugang zum sozialen Umfeld
Zeitdimension	Die zugrundeliegenden Modelle begleiten den Therapieprozess und gelten für die Zeit der Intervention.
Sachdimension	<ul style="list-style-type: none"> - einflussnehmende Theorien auf den Forschungsgegenstand - mit dem Forschungsgegenstand verknüpfte Modelle <p>Die Modelle nehmen spezifisch Einfluss auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art und Form der Intervention - verwendetes Fachwissen und Sichtweise auf den/die Klienten/-in in Bezug auf die sechs Säulen der Ergotherapie - CMCE-Skills

abhängige Variable	Benennung: Nachsorge
Definition	Laut Seger (2016) ist Nachsorge ein Teil der tertiären Prävention und bezeichnet alle medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie sonstige Hilfsangebote, die zur vollständigen Erreichung bzw. Sicherung eines Therapieziels oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges stattfinden.
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten: <ul style="list-style-type: none"> - Prävention, insbesondere Tertiärprävention (Seger, 2016) - Nachsorge - Entlassmanagement - unterstützende/stabilisierende Maßnahmen außerhalb einer stationären Versorgung - wenn Selbsthilfegruppen benannt werden - Rückfallvermeidung oder Rückfallprophylaxe - Übergangshilfen (von stationär zu Alltag) - ambulante Versorgung - Erhaltung
Zeitdimension	im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder nach Abschluss der Primärtherapie
Sachdimension	<ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen zum Erhalt des Therapieerfolges - Erhaltungstherapie - Therapiekontinuität - Prävention, insbesondere Tertiärprävention (Seger, 2016)

vermittelnde Handlung	Benennung: Formen der Nachsorge
Definition	Die Formen der Nachsorge lassen sich grob in Fremd- und Selbsthilfe einteilen. Fremdhilfe wird von Borgetto (2004, wie zitiert in Gühne, Weinmann, Riedel-Heller, & Becker, 2019) als bezahlte und unbezahlte Unterstützung durch nicht betroffene Laien oder Fachkräfte definiert. Selbsthilfe wird von Borgetto (2004, wie zitiert in Gühne et al., 2019) als „alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen verstanden, die sich auf die Bewältigung eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen“. Das Deutsche Bundesgesundheitsministerium (2018) definiert E-Health als Oberbegriff, unter dem die Behandlung und Betreuung von Patient/-inn/-en gefasst ist und moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) genutzt werden.
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten: Fremdhilfe: <ul style="list-style-type: none"> - einzeltherapeutische Follow-up-Termine - Kriseninterventionstermine - gruppentherapeutische Nachsorgeangebote (z. B. Erhaltungsgruppe) - interdisziplinäre Gruppenangebote Selbsthilfe: <ul style="list-style-type: none"> - Selbsthilfegruppen - Peer-support, EX-IN <ul style="list-style-type: none"> - wenn von Unterstützung durch Betroffene gesprochen wird - wenn Peer, Peer-Support, Peer-Support Services oder von Unterstützung/Austausch durch Gleiche oder Gleichgesinnte genannt wird - wenn von Austausch von Erfahrung gesprochen wird - wenn EX-IN genannt wird - wenn Psychiatrieerfahrene/r genannt wird - Unterstützung von Betroffenen durch ehemals Betroffene - EX-IN, Genesungsbegleiter/-in, Expert/-in/-e aus Erfahrung, Peer-Expert-in/-e - Experienced Involvement Wenn von E-Health oder E-Health-gestützten Gruppen- oder Einzelangeboten gesprochen wird <ul style="list-style-type: none"> - Apps - Email-Verkehr - Facechats

	<p>Mischformen</p> <ul style="list-style-type: none"> - interdisziplinäre Zusammenarbeit z. B. Peer und Ergotherapeut/-in - internetbasierte Nachsorge <p>Wenn von Formen der Nachsorge gesprochen wird Wenn von Art der Nachsorge gesprochen wird</p>
Zeitdimension	Zeitraum, in dem Nachsorge stattfindet
Sachdimension	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfsangebote nach der Therapie - Hilfsangebote nach stationären Aufenthalten - Anbieter der Nachsorger <ul style="list-style-type: none"> - Ergotherapeut/-inn/-en - andere Fachkräfte - Peers - Peer-Experten/-in - Angebote im Rahmen von Selbsthilfegruppen - zeitliche Ressourcen (z. B. einzelne Termine, kontinuierliche Termine) - Therapiestruktur (offene, halboffene oder geschlossene Gruppe, Einzeltherapie) - räumliche Ressourcen

unabhängige Variable	Benennung: Inhalte der Nachsorge
Definition	Bezeichnet alle Inhalte eines Nachsorgeangebotes, welche nach Abschluss der Primärbehandlung zur vollständigen Erreichung bzw. Sicherung eines Therapieziels oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges stattfinden (Seger, 2016).
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen, die auf folgende Inhalte hindeuten: <ul style="list-style-type: none"> - Psychoedukation - Bereitstellung von Gesundheitsinformationen - Bereitstellung von Informationen über Aktivität, Gesundheit und/oder psychische Erkrankungen - Stressbewältigung - Coping Strategien - Krisenintervention - Krisenbewältigung - Krisenunterstützung - Wiederholung des Gelernten - Aktivitätsexperimente - Betätigungsexperimente - schnelle Veränderungen - Kurzfristige Aktivierung (Zusatz TN1) - wenn über Inhalte einer Nachsorge gesprochen wird, wie beispielsweise: „Inhalte einer Nachsorge könnten sein ...“ „Themen einer Nachsorge können sein ...“
Zeitdimension	Zeitraum, in dem Nachsorge stattfindet
Sachdimension	Aussagen zu Inhalten von Nachsorge Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge Überlegungen/Gedanken zu Inhalten <ul style="list-style-type: none"> - Hilfsangebote nach der Therapie - Hilfsangebote nach stationären Aufenthalten - Therapieform - zeitliche Ressourcen - räumliche Ressourcen

abhängige Variable	Benennung: Recovery
Definition	Recovery bedeutet nach Winter, Radtke & Berger (2015) in der konkreten Übersetzung „Erholung, Genesung, Wiedergewinnung“. Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade (2011) definieren Recovery in ihrer Studie als einen zutiefst persönlichen, einzigartigen Prozess zur Veränderung der eigenen Einstellungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und/oder Rollen. Recovery ist eine Art und Weise, ein zufriedenstellendes, hoffnungsvolles und mitwirkendes Leben zu führen, auch wenn Einschränkungen durch Krankheiten verursacht werden.
Indikatoren	Explizite oder implizite Aussagen die auf folgende Inhalte hindeuten: <ul style="list-style-type: none"> - wenn von einem Prozess (Erleben über längere Zeit), von Erholung, Genesung, Wiedergewinnung, Wellbeing oder einem guten Gefühl gesprochen wird - wenn von einer zufriedenen, hoffnungsvollen Einstellung in Bezug auf die Zukunft gesprochen wird - wenn von Teilhabe und Teilnahme trotz Einschränkungen gesprochen wird - wenn über Wiedergewinnung von Aktivitäten des täglichen Lebens und der Teilhabe gesprochen wird - „der/die Klient/-in hat gelernt, damit umzugehen“ - „der/die Klient/-in hat seinen/ihren Weg gefunden“ - Recovery lässt sich an Wiederholung und Kontinuität erkennen - Steigerung von Wellbeing - Zufriedenheit trotz Erkrankung
Zeitdimension	Recovery ist als Prozess zu betrachten, der vor, während und nach der Intervention stattfinden kann.
Sachdimension	<ul style="list-style-type: none"> - Prozesse von Erholung, Genesung und Wiedergewinnung - Erholung und bedeutungsvolles Leben im Kontext von Erkrankung - Akzeptanz der Erkrankung - Umgang mit der Erkrankung - Veränderung des eigenen Umgangs - Inhalt der Selbstbewertung

Ein semantisch-inhaltliches Transkriptionssystem

KUCKARTZ et al. formulieren „bewusst einfache und schnell erlernbare Transkriptionsregeln, die die Sprache deutlich ‚glätten‘ und den Fokus auf den (semantischen) Inhalt des Redebeitrages setzen“ (2008, S. 27).

Dieses System haben wir für viele umfangreiche Forschungsprojekte eingesetzt, an denen jeweils mehrere Transkribierende gleichzeitig beteiligt waren.⁷ Aus den Rückmeldungen der Transkribierenden, Lektoren und Forschenden aus Hunderten bearbeiteter Interviewstunden haben wir diese Regeln konkretisiert und um einige Hinweise erweitert, um die Einheitlichkeit der Transkripte zu gewährleisten und eine bessere Basis für die spätere Analyse zu bekommen.

Das Regelsystem besteht aus drei Teilen:

1. Inhaltlich-semantische Transkription
2. Erweiterte inhaltlich-semantische Transkription
3. Hinweise zur einheitlichen Schreibweise

⁷ Im Rahmen unseres Transkriptionsdienstes arbeiten wir mit 40 Schreibkräften für verschiedenste qualitative Forschungsprojekte zusammen und sammeln seit einigen Jahren unsere Erfahrungen daraus.

Inhaltlich-semantische Transkription

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So 'n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.

9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schmitt.rtf.

Anlage 13 Interviewauszug

Auszug aus Interview 4 als Nachweis des Transkriptionssystems nach Kuckartz, Dresing, Rädiker und Stefer (2008)

1 ID: Okay. Dann wie könnten die einzelnen Therapieerfolge deiner Meinung nach langfristig erhalten werden? Aus HgT? #00:08:50-6#

2 TN3: Ja (...). Also langfristig bedeutet ja auch dann mit Blick auf Nachsorge, ne. Wie kann es in der Nachsorge gestaltet werden? Also es ist ja auch nochmal die Frage, ob man das jetzt im Einzelsetting oder im Gruppensetting anbieten möchte. Und ich kann mir gut vorstellen also oder / die Erfahrung zeigt ja auch, dass Handeln gegen Trägheit besser in Einzelsituationen, also die Arbeitsblätter besser in einer 1:1 Situation bearbeitet werden können und dementsprechend glaube ich für die NACHSORGE wäre es vielleicht auch gar nicht schlecht, dass in einem Gruppensetting anzubieten. Einfach um mit dem Handeln gegen Trägheit in Kontakt zu bleiben und da im Austausch zu bleiben, könnte mir auch ganz gut vorstellen, dass es in einem Gruppensetting in einer Nachsorge funktionieren könnte. Auch rein aus pragmatischen Gründen. #00:09:53-0#

3 ID: Hm. (bejahend) Okay. (...) Haben sich deine Klienten bei Abschluss der Intervention schon mal über eine Weiterführung oder zu einer Weiterführung erkundigt? #00:10:08-5#

4 TN3: Ne, bisher nicht, ich bin mir aber des / da auch gar nicht so sicher, ob sie wussten, dass wir jetzt da gerade die Intervention Handeln gegen Trägheit machen. Also bei / #00:10:20-5#

5 ID: Okay. #00:10:21-3#

6 TN3: Die Anwendung nicht so als ich / ich handle jetzt oder ich interveniere / oder ich nutze das Therapieprogramm und ich hangel mich daran entlang, sondern mehr so zwischendurch mal ein Arbeitsblatt einfließen lassen in die täglich Arbeit, deswegen ist so Anfang und Ende der Intervention Handeln gegen Trägheit wahrscheinlich gar nicht so deutlich gewesen. Das war so ein Teil des Handwerkskoffers. #00:10:51-2#

7 ID: Hm. (bejahend) Und hat sich ein Klient NACH der Ergotherapie bei dir nach Nachsorge generell erkundigt? (...) Oder nach so etwas ähnlichem? #00:11:08-3#

8 TN3: Ja. Also / ist halt schwierig, weil in dem Setting, indem ich gearbeitet habe zuletzt dass das / die wohnen halt Langzeit in dieser Wohneinrichtung. Und dann also / ich habe nicht lange genug da gearbeitet, um Menschen beim Auszug zum Beispiel zu begleiten. Also da hat sich die Frage der Nachsorge vielleicht gar nicht so gestellt. #00:11:38-5#

9 ID: Okay. Dann komme ich jetzt einmal nochmal so zu dem Thema Nachsorge und auch, wie wir Nachsorge jetzt für die Forschung definiert haben. Das würde ich dir jetzt einmal vortragen. Und zwar Nachsorge erfolgt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder nach dem Abschluss einer Primärtherapie, also das heißt zum Beispiel normale Ergotherapie. Und soll ein kontinuierliche Begleitung des Klienten sein sodass der Behandlungsverlauf kontrolliert werden kann oder dass Rückfälle verhindert werden können. #00:12:15-0#

10 TN3: Ja. #00:12:16-2#

11 ID: Und jetzt ist meine Frage, inwiefern bist du allgemein Nachsorge in Berührung gekommen? #00:12:22-4#

12 TN3: (...) Insofern, dass die Bewohner, die ins Haus eingezogen sind, die kamen meist gerade aus dem stationären Setting. Das bedeutet, wir waren so ein bisschen die Nachsorge vielleicht, an der einen oder anderen Stelle. Also ich habe bisher noch niemanden in die Nachsorge entlassen, aber ich habe bisher eine nachsorgeähnliche Funktion erfüllt, würde ich sagen. #00:12:59-5#

13 ID: Okay. Und hattest du auch noch in anderen Bereichen irgendwie Kontakte mit Nachsorge? Oder irgendwie / gemerkt hättest, da ist jetzt noch jemand in einer Nachsorge oder nicht, oder? #00:13:14-9#

14 TN3: Ne ich hätte mir das an ganz vielen Stellen hätte ich mir mehr Nachsorge gewünscht (lacht). #00:13:18-2#

15 ID: Okay. #00:13:19-4#

16 TN3: Also ich finde da ist ein großer Bedarf. #00:13:22-6#

17 ID: Hm. (bejahend). #00:13:23-7#

18 TN3: Aber Erfahrung, nein. #00:13:27-8#

19 ID: Okay. Dann kommen wir jetzt zu der nächsten Frage. Und zwar wenn du dir vorstellst, dass du an deine Klienten / ich fang nochmal an, sorry. Neue Frage, wenn du dir vorstellst, dass du für deine Klienten so etwas wie Nachsorge in deiner Einrichtung nach Abschluss der Intervention Handeln gegen Trägheit etablieren möchtest, wie sollte diese NACHSORGE deiner Meinung nach idealerweise aussehen, wenn dir keine Einschränkungen auferlegt wären? #00:14:03-5#

20 TN3: Ja. Ich hab ja eben schon mal in Richtung Gruppenangebot gedacht. #00:14:13-1#

21 ID: Ja. Design es gerne. Wie wäre es für dich ideal? #00:14:17-7#

22 TN3: Ja. Also es wäre schon gut, wenn das wirklich auch in dem Setting, also dann auf ambulanter Art, aber in dem Setting stattfindet könnte, wo es bisher stattgefunden hat. (...) Um einfach nicht dann noch mehr Veränderung rein zu bringen, sondern dass es irgendwie so beibehalten werden kann, idealerweise auch mit den gleichen Therapeuten, also ich frage mich gerade, welche Vor- und Nachteile es haben könnte, wenn die Gruppe wechselt. Also es ist ja nicht immer so, dass die Gruppe sich einmal zusammensetzt und dann die nächsten zehn Wochen zusammen bleibt, sondern es kann ja auch sein, der eine fängt später an, der andere kommt früher. Ich kann mir aber auch gut vorstellen da das Handeln gegen Trägheit ja auch einen roten Faden hat, wo das ein oder andere Thema auf das andere aufbaut, kann ich mir gut vorstellen, dass es Sinn machen würde, wenn man eine feste Gruppe wäre, die dann den Prozess durchschreitet. Wo dann eben nicht jede Woche wieder eine Neueinführung ist, sondern dass man eben kontinuierlich am Ball bleiben kann, ohne Unterbrechung. Also so eine Gruppe muss sich vielleicht auch finden, so eine Gruppe / ja braucht eine gewisse

Vertrauensbasis, also vom Klientel her macht es ja auch Sinn, wenn wir Menschen mit sozialen Ängsten und so weiter vor Augen haben, kann ich mir vorstellen wenn es eben eine festbestehende Gruppe wäre, die gemeinsam den Prozess eben zum Abschluss bringt. #00:16:04-9#

23 ID: Okay. Das heißt für dich ist eine Gruppensituation eher vorstellbar als eine Einzelsituation? #00:16:13-5#

24 TN3: Ja allein aus pragmatischen Gründen, also man muss es ja auch von den personellen Ressourcen bewerkstelligen können und es zeichnet sich ja schon im stationären Kontext ab, dass Handeln gegen Trägheit eben nur oder überwiegend im Gruppenkontext angewendet werden kann und dementsprechend, könnte ich mir vorstellen, dass das besser zu realisieren wäre. #00:16:37-9#

25 ID: Okay. #00:16:38-7#

26 TN3: Wenn man sich natürlich / du hast ja nach Wunschkonzert gefragt, idealerweise (lacht) / ja, wäre natürlich ein Einzelsetting oder Kleingruppen / es ermöglicht natürlich eine intensivere Auseinandersetzung. #00:17:00-5#

27 ID: Okay. Also wenn ich richtig verstehe, eine Kleingruppe wäre idealer als eine große Gruppe? #00:17:10-6#

28 TN3: Ja. Genau, also (unv., Mikrofon rauscht). #00:17:13-5#

29 ID: Wie viele Teilnehmer hätte für dich eine Kleingruppe? #00:17:15-3#

30 TN3: Bis zu fünf. #00:17:18-1#

Anlage 14 Auszug der Extraktion im F4 Programm

Text	Selektion	Zusammenfassung	Verteilung	Suche
89 ID: Ja. Design es gerne. Wie wäre es für dich ideal? #00:14:17-7#				
90 TN3: Ja. Also es wäre schon gut, wenn das wirklich auch in dem Setting, also dann auf ambulanter Art, aber in dem Setting stattfindet könnte, wo es bisher stattgefunden hat. (...) Um einfach nicht dann noch mehr Veränderung rein zu bringen, sondern dass es irgendwie so beibehalten werden kann, idealerweise auch mit den gleichen Therapeuten, also ich frage mich gerade, welche Vor- und Nachteile es haben könnte, wenn die Gruppe wechselt. Also es ist ja nicht immer so, dass die Gruppe sich einmal zusammensetzt und dann die nächsten zehn Wochen zusammen bleibt, sondern es kann ja auch sein, der eine fängt später an, der andere kommt früher. Ich kann mir aber auch gut vorstellen da das Handeln gegen Trägheit ja auch einen roten Faden hat, wo das ein oder andere Thema auf das andere aufbaut, kann ich mir gut vorstellen, dass es Sinn machen würde, wenn man eine feste Gruppe wäre, die dann den Prozess durchschreitet. Wo dann eben nicht jede Woche wieder eine Neueinführung ist, sondern dass man eben kontinuierlich am Ball bleiben kann, ohne Unterbrechung. Also so eine Gruppe muss sich vielleicht auch finden, so eine Gruppe / ja braucht eine gewisse Vertrauensbasis, also vom Klientel her macht es ja auch Sinn, wenn wir Menschen mit sozialen Ängsten und so weiter vor Augen haben, kann ich mir vorstellen wenn es eben eine festbestehende Gruppe wäre, die gemeinsam den Prozess eben zum Abschluss bringt. #00:16:04-9#				
91 ID: Okay. Das heißt für dich ist eine Gruppensituation eher vorstellbar als eine Einzelsituation? #00:16:13-5#				
92 TN3: Ja allein aus pragmatischen Gründen, also man muss es ja auch von den personellen Ressourcen bewerkstelligen können und es zeichnet sich ja schon im stationären Kontext ab, dass Handeln gegen Trägheit eben nur oder überwiegend im Gruppenkontext angewendet werden kann und dementsprechend, könnte ich mir vorstellen, dass das besser zu realisieren wäre. #00:16:37-9#				
93 ID: Okay. #00:16:38-7#				
94 TN3: Wenn man sich natürlich / du hast ja nach Wunschkonzert gefragt, idealerweise (lacht) / ja, wäre natürlich ein Einzelsetting oder Kleingruppen / es ermöglicht natürlich eine intensivere Auseinandersetzung. #00:17:00-5#				
95 ID: Okay. Also wenn ich richtig verstehe, eine Kleingruppe wäre idealer als eine große Gruppe? #00:17:10-6#				
96 TN3: Ja. Genau, also (unv., Mikrofon rauscht). #00:17:13-5#				
97 ID: Wie viele Teilnehmer hätte für dich eine Kleingruppe? #00:17:15-3#				
98 TN3: Bis zu fünf sind eine kleingruppe. #00:17:18-1#				
99 ID: Okay. (...) Welche Kollegen könnten dich am ehesten bei einem Handeln gegen Trägheit Nachsorgeangebot unterstützen? #00:17:30-0#				
100 TN3: Was ich so toll an Handeln gegen Trägheit finde, ist das eben auch interdisziplinär angewendet werden kann, also ich könnte mir in dem Zusammenhang auch gut vorstellen, dass gemeinsam mit Psychologen zu machen. Also das ist ja auch sehr kognitiv verhaltenstherapeutisch orientiert, dementsprechend werden natürlich die Psychologen mit den entsprechenden Schwerpunkten sinnvoll. Ich finde es hat aber auch viele rein ergotherapeutische / also man muss ja auch immer gucken, dass Dinge auch, die typisch ergotherapeutisch sind, dass wir die irgendwie auch ein bisschen behalten und uns damit identifizieren und dementsprechend finde ich das mit Ergotherapeuten zu gestalten ideal. #00:18:13-6#				
101 ID: Hm. (bejahend) #00:18:14-9#				
TN3				

Codes

- Daniel Nicht 0
- HgT - Therapeuten 77
 - HgT Therapeuten (E-health) 19
 - Recovery 14
 - Inhalte der Nachsorge 39
 - Aktivitätsexperimente 10
 - Wiederholung 6
 - Krisenbewältigung 5
 - Stressbewältigung 5
 - Psychoedokation 7
 - Formen der Nachsorge 79
 - Fremdhilfe 3
 - Peer-Support 9
 - E-Health 34
 - Selbsthilfegruppen 7
 - EX-IN/Genesungsbegleiter 11
 - Nachsorge 40
 - Zugrundeliegende Modelle 1
 - Handeln gegen Trägheit 18
 - Umweltfaktoren 53
 - Klientenfaktoren 29
 - einschließend 23
 - ausschließend 19
- Sonja 0
 - HgT - Therapeuten 16
 - ergotherapeutische Kompetenzen 52
 - hgT-Erfahrung 22
 - Berufserfahrung 20
 - Recovery 14
 - Inhalte der Nachsorge 19
 - Aktivitätsexperimente 5
 - Wiederholung 11
 - Krisenbewältigung 10
 - Stressbewältigung 3
 - Psychoedokation 8
 - Formen der Nachsorge 9
 - Selbsthilfe 30
 - Fremdhilfe 22
 - E-Health 28
 - weitere Formen 7
 - Dauer/Häufigkeit 9
 - Therapiestruktur: offen/geschlossen/einzel 22
 - Nachsorge 30
 - Zugrundeliegende Modelle 15
 - Handeln gegen Trägheit 14
 - Umweltfaktoren 3
 - Kulturell 13
 - institutionell 60
 - Sozial 12
 - physisch 5
 - Klientenfaktoren 48
 - Jessica Buck 0
 - Recovery 4
 - Inhalte der Nachsorge 37
 - Aktivitätsexperimente 4
 - Wiederholung 5
 - Krisenbewältigung 7
 - Stressbewältigung 3
 - Psychoedokation 4
 - Formen der Nachsorge 9
 - Fremdhilfe 31
 - Peer-Support 5
 - E-Health 33
 - Selbsthilfegruppen 13
 - EX-IN/Genesungsbegleiter 10
 - Nachsorge 54
 - Finanzieller Rahmen 34
 - Zugrundeliegende Modelle 4
 - Memos 32

- 36 Exp. 3: Also ich denke ja psychiatrische Ergotherapie ist ein Langzeitgeschäft also da / man macht sich was vor, wenn man glaubt, dass man mit zehn Einheiten irgendjemanden rettet, dann müssten die Menschen nicht über Jahrzehnte zum Psychiater gehen oder zu wem auch immer. Also ich denke, eine gute Richtschnur ist glaube ich sechs Monate, dass man sich innerhalb von sechs Monaten bewegen sollte, was Ziele anbetrifft, also man sollte Dinge verfolgen, die man in sechs Monaten erreichen kann. Das mag bei manchen Klienten vielleicht auch kürzer sein müssen, mag auch mal Ausnahmeklienten geben, wo das länger ist aber so Pi mal Auge würde ich sagen sechs Monate und wenn man so ein bisschen in die Veröffentlichung zum Thema Routinen guckt, also die Zahl 30 war jetzt keine Zahl von mir, dann sieht man das so mindestens um diese Zahl herum weil man davon ausgeht, dass man Dinge so oft getan haben muss, damit sie routiniert werden. Also einmal montags Rasen mähen reicht nicht aus, wenn man 30 Mal montags Rasen gemäht hat, fragt man sich am 31. Montag wahrscheinlich gar nicht, muss ich heute Rasen mähen, sondern steht auf der Wiese und macht das. #00:14:39-8#
- 37 IS: OK. Hm. (bejahend) Dankeschön. #00:14:42-4#
- 38 Exp. 3: Aber das heißt nicht, dass das die Ergotherapeutin begleiten muss also ich denke, dass ist die Umsetzung beim Klienten liegt aber man muss es ja im Prozess auch beachten und gerade, da sind wir als Therapeuten glaube ich auch eine große Gefahr, wir wollen ja auch immer viel, dass schnell was passiert weil wir das auch für uns als Erfolg abbuchen also ich glaube wir sollten da auch immer uns selber kritisch betrachten und den Ball flach halten weil es nützt nichts, irgendwie was tolles erreicht zu haben was danach, wenn wir nicht mehr da sind sag ich mal, dass es dann stoppt. #00:15:14-9#
- 39 IS: OK. Haben sich deine Klienten nach Abschluss von Handeln gegen Trägheit ebenfalls nach einer Weiterführung erkundigt? #00:15:25-5#
- 40 Exp. 3: Ne, das habe ich nicht erlebt, muss ich sagen. Das kann aber auch daran liegen, dass ich die meisten Klienten ja ambulant aus dem Akutkrankenhaus begleitet habe auch noch nach Entlassung weiter begleitet habe und meistens waren die Ergebnisse so zufriedenstellend, dass die eigentlich erstmal sag ich mal, ihr Leben leben konnten. Ich würde davon ausgehen, dass manch einer sicherlich, wenn dann halt irgendwas nicht funktioniert, sich wieder melden würde. Aber die konkrete Frage nach was gibt es für weiterführende Angebote oder Nachsorgemöglichkeiten gab es jetzt bei mir nicht. Hab Klienten aber generell selten sehr aktiv erlebt also das muss euch nicht frustrieren also ich hab Klienten gefragt, ob sie in Selbsthilfegruppen / obwohl es erwiesenermaßen sehr sinnvoll ist an Selbsthilfegruppen teilzunehmen, das war so etwas warum ich immer als Ergotherapeut eigentlich niemanden hab vom Acker gehen lassen, ohne den mindestens eine Adresse von einer Selbsthilfegruppe ausgedruckt mitzugeben, ja also die Tatsache dass sie nicht wieder nach fragen, heißt nicht, dass es kein sinnvolles Angebot wäre oder wir vielleicht sogar überlegen müssen, das zu mindestens anzubieten. #00:16:41-6#
- 41 IS: Hm. (bejahend) OK. Weil es vielleicht auch am Krankheitsbild liegt. #00:16:47-6#
- 42 Exp. 3: Ja. Tatsächlich habe ich überwiegend Patienten mit schweren Depressionen gehabt aber das ist jetzt / das könnte auch daran liegen, dass die vielleicht weniger Fragen, vielleicht ist es bei anderen Krankheitsbildern anders, dass die viel offensiver danach fragen, was / wie geht es jetzt weiter, was könnte ich noch weiter tun. Ja. #00:17:05-2#
- 43 IS: OK. Als nächstes würde ich ein bisschen mehr in Richtung Nachsorge überleiten und gebe dir dazu eine Definition von Nachsorge, wie wir sie in unserer Bachelorarbeit verwenden. Nachsorge erfolgt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt oder nach Abschluss einer Primärtherapie also der normalen Ergotherapie und soll eine kontinuierliche Begleitung des Klienten sein, sodass der Behandlungsverlauf kontrolliert werden kann oder Rückfälle verhindert werden können. Genau. Inwiefern bist du allgemein mit dem Thema Nachsorge in Berührung gekommen? #00:17:48-4#

Codes	
Daniel Nicht	0
HgT - Therapeuten	77 (19)
Recovery	14
Inhalte der Nachsorge	39 (33)
Formen der Nachsorge	79 (64)
Nachsorge	40
Zugrundeliegende Modelle	1
Handeln gegen Trägheit	18
Umweltfaktoren	53
Klientenfaktoren	29 (42)
Sonja	0
HgT - Therapeuten	16 (84)
Recovery	14
Inhalte der Nachsorge	19 (37)
Formen der Nachsorge	9 (119)
Nachsorge	30
Zugrundeliegende Modelle	15
Handeln gegen Trägheit	14
Umweltfaktoren	3 (80)
Klientenfaktoren	48
Jessica Buck	0
Recovery	4
Inhalte der Nachsorge	37 (23)
Formen der Nachsorge	9 (92)
Nachsorge	54 (34)
Zugrundeliegende Modelle	4
Handeln gegen Trägheit	26
Umweltfaktoren	17
HgT - Therapeuten	74 (25)
Klientenfaktoren	37

Anlage 15 Extraktionstabelle

Teilnehmende Person	Aussage	Sachdimension	Ursache	Wirkung
TN1, Absatz 29	Also ich glaube das/ also es geht ja bei Handeln gegen Tragheit auch sehr viel um Aktivierung und ich glaub/ kann ich vorstellen, dass dieser Aspekt, dieser Aspekt ja auch der kurzfristigen Aktivierung, dass man den weiter verfolgen könnte. Und das man den auch immer wieder noch mal so, sozusagen ins Leben ruft. Also nicht nur in diesem einen Teil, in diesem einen Modul, sondern dass man das halt im weiteren Verlauf auch einfach noch mal nutzen könnte.	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge		bereits bearbeitet Inhalte können in Nachsorge erneut verwendet werden
TN1, Absatz 35	Ja und ne und ich denke schon das man entweder, sozusagen das Programm noch mal in einer in weiterer/ in vielleicht ein bisschen abgewandelt mit/ ne das war vielleicht ein paar Bögen/ Arbeitsbögen raus lässt, dass man das vielleicht einfach noch mal durchführt.	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge		HgT kann in Nachsorge nochmal wiederholt werden
TN1, Absatz 49	erstens, um vielleicht ne noch mal sozusagen sich mit dem Thema weiter auseinanderzusetzen	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge	Klient/-in hat Inhalte verstanden	In Nachsorge können Inhalte vertieft werden
TN1, Absatz 49	auch vielleicht, um wenn die merken das es halt wieder schwieriger wird zu schauen, ob man nicht vielleicht doch noch mal Therapie in Anspruch nimmt oder so	Hilfsangebote nach Therapie, zeitliche Ressourcen	Für Klient/-in wird es wieder schwieriger	Möglichkeit der erneuten Therapieaufnahme
TN1, Absatz 49	mit dem Inhalt, dass man auch Handeln gegen Tragheit Inhalte dann in dieser/ innerhalb dieser Gruppe halt vermittelt	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge; Therapieform	HgT-Nachsorgegruppe	Inhalte von HgT werden vermittelt
TN1, Absatz 71	man könnte/ könnte man/ könnte sich überlegen, welche Module man nochmal wiederholt und dass dann vielleicht auch nochmal mit dem Patienten bespricht, (...) was nochmal gemacht wird.	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge	Wiederholung bekannter Module	Klient/-in kann in Entscheidungsprozess bzgl. Nachsorgeinhalte miteinbezogen werden
TN1, Absatz 75	Also ich hätte ja am Anfang von diesen kurzfristigen Aktivierungen gesprochen DIE würde ich mir vorstellen.	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge		als Inhalt von Nachsorge sinnvoll
TN1, Absatz 77	kann man glaube ich auch immer wieder diesen/ also den anfänglichen Bogen durchführen (...) wo/ also ich weiß/ das weiß ich nicht mehr genau. Aber es gibt glaube ich so einen Bogen, wo halt auch nochmal über die verschiedenen Aktivitätsmuster abgefragt werden und wie gut die durchgeführt werden und wie zufrieden der Patient damit ist. Das könnten/ also das kann man sicherlich auch immer wieder mal anwenden.	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge	Bogen zur Abfrage von Aktivitätsmuster und Zufriedenheit des/der Klient/-en/-in (Anm. Zeit-Nutzungs-Protokoll) wird zu Beginn jeder HgT-Intervention durchgeführt	wiederholte Anwendung des Bogens innerhalb eines Nachsorgeangebots
TN1, Absatz 77	Und (...) dann war da/ dann gibt's ja auch so allgemeine Informationen. Also sowas wie Psychoedukation in etwas abgewandelter Form. Das kann man denke ich auch immer wieder mal einbringen. (...) ja	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge	Psychoedukation ist Teil von HgT	Psychoedukation sollte auch Inhalt einer Nachsorge sein
TN1, Absatz 77-79	Wobei das Ausfüllen, das jetzt jeder einen so einen Bogen ausfüllt, finde ich allerdings wieder schwierig, weil jeder ja unterschiedlich auf/ vielleicht (unw.) unterschiedliche Probleme hat und dann müsste das nochmal individuell besprochen werden, das ist vielleicht ein bisschen viel. Wenn man das in der Gruppe macht. Da würden halt eher solche Sachen wie Aktiv/ also noch mal so ein bisschen in Richtung Aktivitätsexperimente gehen oder	Aussagen u. Vorschläge zu Inhalten von Nachsorge; Therapieform	Bögen aus HgT müssen individuell besprochen werden, da Klient/-inn/-en unterschiedliche Probleme haben	Gruppenangebot sollte beispielsweise eher Aktivitätsexperimente beinhalten

Anlage 16 Auswertungstabelle

Expertengruppe	Aussagen bezüglich Klientenressourcen für E-Health	Zusammenfassung	Widerspruch	Auswirkung
TN	<p>TN1, Absatz 99: Internetzugang ein niederschwelliger Zugang und dann könnte man vielleicht sogar schwer/ also müssten da noch weniger Fähigkeiten da sein, außer die Technik. Also außer die technischen Fähigkeiten. Und dann, aber könnten aber theoretisch die Patienten kränker sein, wenn man das jetzt mal so platt sagt.</p> <p>TN2, Absatz 80: ist natürlich auch immer die Frage: Mein Klientel ist in der Regel nicht sehr reich und haben große Geldprobleme. Das heißt, manche Sachen haben die vielleicht gar nicht zur Verfügung. Also ich sage jetzt mal eine teure App kann sich der ein oder andere vielleicht nicht leisten. Ich bin mir nicht sicher, ob immer jeder WLAN hat zum Beispiel. Im Moment zum Beispiel nicht.</p> <p>TN2, Absatz 124: Je nachdem, wenn das über Technik läuft. (...) DA dann tatsächlich/ Also ich glaube, die haben weniger ein Problem mit der Technik selber, als mit der Beschaffung der Technik und Finanzierung der Technik.</p>	<p>Nach Meinungen der TN ist die Beschaffung der Hardware aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen bei psychisch erkrankten Menschen ein Hemmnis für die Teilnahme an einem E-Health Angebot. Zudem ist fraglich, ob schwerbetroffene Klienten in der Lage sind, die digitalen Medien zuverlässig zu nutzen.</p>	nein	<p>Eine E-Health Nachsorge ist aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen psychisch erkrankter Menschen eher auszuschließen.</p>
Expertengruppe	Aussagen für ausschließende Faktoren einer Nachsorge	Zusammenfassung	Widerspruch	Auswirkung
TN	<p>TN1, Absatz 99: sollten nicht /schwer akut krank sein</p> <p>TN2, Absatz 135 - 136: Was wären Faktoren, die Klienten für eine Nachsorge ausschließen, vereinfacht? #00:40:26-9FTN2: Eine Krisenhaftigkeit. Also wenn ein Klient in einer AKUTEN Krise ist. (...) Da spielt es keine Rolle, ob stationär oder zu Hause oder im Wohnheim, egal wo er ist. Ich denke ein Klient, der in einer Krise ist, kann nicht (...) in dem Augenblick über Nachsorge nachdenken. (...) Ja und ich glaube auch tatsächlich einer/ wenn ein Klient nicht eine gewisse Grundmotivation hat, dann wird es auch nichts bringen. Also (...) wenn ein Klient im Vorfeld nicht den Nutzen des Programms gesehen hat und für sich erkannt hat: Okay, das bringt mir was, das bringt mich voran. Dann muss ich dem das nicht aufzwingen. Dann wird es auch nicht in der Nachsorge, wird er nicht auf mich zukommen und sagen das hat mir wahnsinnig viel gebracht. Können wir daran weiterarbeiten.</p> <p>TN3, Absatz 190: ein Abschluss wäre, wenn derjenige keinen Sinn, keinen Nutzen, keinen Willen zeigt.</p> <p>TN3, Absatz 190: wenn derjenige nicht erkennt, was er daraus ziehen kann</p> <p>TN3, Absatz 190: nicht compliant ist, dann führt es auch nicht zum Erfolg.</p> <p>TN3, Absatz 190: Also wenn er die Motivation und die Anreize fehlen, die Veränderungsbereitschaft fehlt, würde ich sagen.</p>	<p>Für TN sind folgende Aspekte für eine Teilnahme an Nachsorge ausschließend: Menschen in akuter Krise. Klienten die keinen keine Veränderungsbereitschaft zeigen und Personen, die keine Compliance / Adhärenz für die Intervention entwickeln.</p>	<p>TN fokussieren die Compliance und Teilnahmebereitschaft.</p>	<p>In ausschließenden Kriterien sind sich TN und FK ähnlich. Beide Gruppen schließen Klienten in akuten Krisen oder manischen Phasen für Nachsorgegruppen aus. Hier wäre ein Einzelsitzung angebracht. TN nennen fehlende Motivation und Compliance, sowie das Fehlen von Veränderungsbereitschaft als ausschließende Faktoren. Ergänzend nennt die Gruppen der FK aggressives Verhalten sowie offene Suizidalität und mangelndes Sozialverhalten als ausschließendes Verhalten für Nachsorge.</p>
FK	<p>FK2, Absatz 96: Eigentlich sehe ich gar keinen Grund jemanden ausschließen zu wollen. Also vielleicht aus einer Gruppe. Aber im Einzelsitzung nicht</p> <p>FK2, Absatz 100: Aggressives Verhalten</p> <p>FK2, Absatz 102: wenn jemand akute Suizidgedanken äußert. Also das kann er vielleicht beim Therapeuten machen aber nicht in der Gruppe, weil es kann halt viele andere triggern</p> <p>FK2, Absatz 102: nachdem, in welcher Krise oder Manie oder was auch (unw, Mikrofon rauscht) immer, wo sie auch immer drin sind (...) sind sie glaube ich nicht so nahbar. Und das könnte für eine Gruppe ganz schwer sein.</p> <p>FK3, Absatz 94: wer jetzt völlig mutistisch vor einem sitzt und nach drei Sätzen erschöpft mich kuhaugig anguckt, ist kein Patient für Handeln gegen Trägheit</p> <p>FK3, Absatz 96: Patienten sind nicht akut,</p> <p>FK3, Absatz 98: Naja wenn die soziale Kompetenz so eingeschränkt ist, dass die gesamte Gruppe darunter leidet, ist es sicherlich ein Kriterium was nicht geht.</p> <p>FK3, Absatz 98: wenn jemand vielleicht so akut krank ist, dass die gesamte Gruppe quasi sich nur noch Sorgen um den einzelnen macht oder sich dann nur noch alles um die eine Person dreht, dann ist es sicherlich für die Gruppe schwierig. Im Einzelsitzung würde das wahrscheinlich dazu führen, dass man eher dazu raten würde, keine Nachsorge zu betreiben,</p>	<p>FK halten folgende Aspekte für eine Teilnahme an einer HgT Nachsorge für ausschließend: aggressives Verhalten, offene Äußerungen von Suizidgedanken in der Gruppe, Menschen in einer Krise oder Manie und mangelndes Sozialverhalten. Diese Faktoren gelten jedoch nur für Gruppen, nicht für Einzelnachsorge.</p>	<p>FK fokussieren sich auf das Verhalten, das eine Gruppenituation stört. Auf Einzelsituationen lassen sich die Aussagen nicht übertragen.</p>	<p>FK fokussieren sich auf das Verhalten, das eine Gruppenituation stört. Auf Einzelsituationen lassen sich die Aussagen nicht übertragen.</p>

Anlage 17 Einverständniserklärungen für die HBO-Kennisbank

Anlage IV: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG HBO-KENNISBANK

**ZU
YD**

Publication Consent Form for the inclusion and publication of a graduation project¹ in the HBO knowledge database

Zuyd University is linked to a knowledge database which makes graduation projects digitally available to third parties.

This enables the student to bring his or her graduation project to a wider audience. This in turn promotes the creation, acquisition and sharing of knowledge within and among academic institutions, and the exchange of knowledge with society as a whole (the business community and public sector).

By completing and signing this form, the student grants Zuyd University permission to include and publish the graduation project in the digital knowledge database.

Rights and obligations of the student ²

The student hereby grants Zuyd University permission to include his or her graduation project free of charge in the digital knowledge database, and to make it available to users within and outside Zuyd University.

The student hereby declares that the placement-awarding organisation and/or client do not object to the inclusion and publication of the graduation project in the digital database.

The student retains the copyright to the graduation projects. He or she can at any time request that the Library of Zuyd University withdraw or restrict publication.

The student reserves the right to publish the graduation project elsewhere, and thus grants Zuyd University a non-exclusive right to publish the graduation project.

Rights and obligations of Zuyd University [1]

The department sets the criteria which the graduation projects must meet to qualify for publication, and releases the files for publication.

The student's consent grants Zuyd University the right to make the graduation project available to users within and outside the University, to edit and make copies of the project, with due observance of copyright protection.

The student grants Zuyd University permission to publish the project for study, academic and research purposes. In order to publish the graduation project for commercial purposes, the University must seek the student's consent first.

¹ Or comparable graduation project such as a graduation dissertation, (bachelor) thesis or profession-specific product.

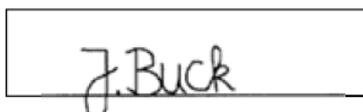
² More information on copyright can be found at <http://www.surffoundation.nl/DIRECT>

The student grants the University the right to change or restrict access to the graduation project. Zuyd University is obliged at all times to change or restrict access to the graduation project at the author's request.

Consent

I hereby declare that this graduation project represents my own work.
As the copyright owner of my graduation project, I hereby grant Zuyd University the non-exclusive right to keep an unaltered copy of my graduation project in a digital database, and to publish this project subject to the aforementioned terms and conditions.

Signature



Details for publication of the graduation project

Graduation Date	<>	12.11.2019
Title of graduation project	<>	Bachelorarbeit
Key words (separated by a comma)	<>	Nachsorge, Ergotherapie, Handeln gegen Trägheit, Action Over Inertia,
Co-authors of the graduation project ³	<>	Sonja Lambracht, Daniel Nicht
Name of Student	<>	Jessica Buck
	<>	
Name of lecturer	<>	Uta Roentgen
Organisation/company where the project was undertaken	<>	Zuyd Hogeschool
	<>	

Publishing the graduation project

Zuyd University will initially publish the graduation project on www.hbo-kennisbank.nl.

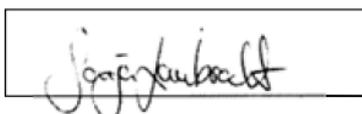
³ If the dissertation has been written by more than one student, all authors must grant their permission for publication.

The student grants the University the right to change or restrict access to the graduation project. Zuyd University is obliged at all times to change or restrict access to the graduation project at the author's request.

Consent

I hereby declare that this graduation project represents my own work.
As the copyright owner of my graduation project, I hereby grant Zuyd University the non-exclusive right to keep an unaltered copy of my graduation project in a digital database, and to publish this project subject to the aforementioned terms and conditions.

Signature



Details for publication of the graduation project

Graduation Date	<>	12.11.2019
Title of graduation project	<>	Bachelorarbeit
Key words (separated by a comma)	<>	Nachsorge, Ergotherapie, Handeln gegen Trägheit, Action Over Inertia,
Co-authors of the graduation project ³	<>	Jessica Buck, Daniel Nicht
Name of Student	<>	Sonja Lambracht
	<>	
Name of lecturer	<>	Uta Roentgen
Organisation/company where the project was undertaken	<>	Zuyd Hogeschool
	<>	

Publishing the graduation project

Zuyd University will initially publish the graduation project on www.hbo-kennisbank.nl.

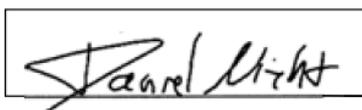
³ If the dissertation has been written by more than one student, all authors must grant their permission for publication.

The student grants the University the right to change or restrict access to the graduation project. Zuyd University is obliged at all times to change or restrict access to the graduation project at the author's request.

Consent

I hereby declare that this graduation project represents my own work.
As the copyright owner of my graduation project, I hereby grant Zuyd University the non-exclusive right to keep an unaltered copy of my graduation project in a digital database, and to publish this project subject to the aforementioned terms and conditions.

Signature



Details for publication of the graduation project

Graduation Date	<>	12.11.2019
Title of graduation project	<>	Bachelorarbeit
Key words (separated by a comma)	<>	Nachsorge, Ergotherapie, Handeln gegen Trägheit, Action Over Inertia,
Co-authors of the graduation project ³	<>	Jessica Buck, Sonja Lambracht
Name of Student	<>	Daniel Nicht
	<>	
Name of lecturer	<>	Uta Roentgen
Organisation/company where the project was undertaken	<>	Zuyd Hogeschool
	<>	

Publishing the graduation project

Zuyd University will initially publish the graduation project on www.hbo-kennisbank.nl.

³ If the dissertation has been written by more than one student, all authors must grant their permission for publication.