

BORA-Veranstaltung

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

15. April 2015

- Einführung -
Barbara Müller-Simon, Dr. Volker Weissinger

1

Gemeinsame Arbeitsgruppe aus Vertretern der Suchtfachverbände und Vertretern der DRV – AG BORA:

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

2

Historie

- MBOR-Anforderungsprofil gilt nicht für Abhängigkeitserkrankungen
- Besonderheiten in diesem Indikationsbereich beachten (z.B. Stellenwert arbeitsbezogener Leistungen, Dauer der Behandlung, Spezifika der Klientel, Adaption)



AG BORA



Auftrag:

- „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ entwickeln

Vorgehensweise:

- mehrere Beratungen in 2014
- Besetzung der jeweiligen Kapitel mit Autoren aus DRV und Suchtverbänden
- konsensorientiertes Vorgehen in der AG
- Abstimmung des Textes in der AG BORA
→ Zuleitung an die AG Suchtbehandlung der DRV und Suchtverbände
- Zustimmung der Gremien der DRV und Suchtverbände
- Inkrafttreten zum 1. März 2015
- Veröffentlichung der Empfehlungen im Internet

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014



Fachverband Sucht e.V.



www.deutsche-rentenversicherung.de > Infos für Experten > Sozialmedizin & Forschung > Reha-Konzepte > Konzepte > Rahmenkonzepte

5

Gesetzliche Grundlage



Fachverband Sucht e.V.



§ 9 SGB VI

Nach § 9 SGB VI erbringt die DRV Leistungen zur Teilhabe, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder **sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.**

Hierzu dienen Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

6

Zielsetzungen der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker



Fachverband
Sucht e.V.

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Diese dient dazu

- die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern,
- eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden zu erhalten,
- eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen,
- erwerbsbezogene - das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische - Förderfaktoren zu stärken,
- Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentele Teilhabebehindernisse zu berücksichtigen,
- eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie
- Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln.

7

Arbeitslosigkeit in der Entwöhnungsbehandlung in %

(Deutsche Suchthilfestatistik 2013):
Tag vor Behandlungsbeginn



Fachverband
Sucht e.V.

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

	Gesamt	SGB II (ALG II)	SGB III (ALG I)
Stationäre Rehabilitations- einrichtungen Ø Alter 41,8 Jahre	50,3 (N=18.085)	38,5 (N=13.852)	11,8 (N=4.237)
Adaption Ø Alter 36,5 Jahre	84,0 (N=2.054)	68,2 (N=1.667)	15,8 (N=387)
Teilstationäre Einrichtungen Ø Alter 43,7 Jahre	47,7 (N=561)	29,5 (N=347)	18,2 (N=214)
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen Ø Alter 38,1 Jahre	39,7 (N=61.262)	33,6 (N=51.809)	6,1 (N=9.453)

8

Deutsche Suchthilfestatistik 2013

Stationäre Rehabilitation

(N = 36.012)

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn der Patienten: Hauptgruppen

Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn	%	N
I. Rehabilitanden in Arbeit (gesamt)		
Arbeiter/Angestellter/Beamter	29,9%	10.785
Selbständiger/Freiberufler	1,4%	507
II. Arbeitslose (gesamt)		
arbeitslos nach SGB III (Bezug ALG I)	11,8%	4.237
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	38,5%	13.852
III. Nichterwerbspersonen (z.B. Hausfrau/-mann, Rentner, Schüler)		
	16,3%	5.865



Fachverband
Sucht e.V.



9

Inhalte der Empfehlungen

Die Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker beschreiben

- Diagnostik- und Assessmentverfahren,
- den Prozess der Behandlungs- und Teilhabeplanung,
- therapeutische Angebote und Leistungen,
- erforderliche Formen der Kooperation und systemübergreifenden Vernetzung der Angebote sowie
- Dokumentation und Qualitätssicherung.



Fachverband
Sucht e.V.



10

Block I

- Screening
- Diagnostik
- Assessmentverfahren
- Therapie- und Teilhabeplanung inklusive BORA-Zielgruppen

Peter Missel, Georg Wiegand

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese

Hierzu gehören beispielsweise:

- Schulbildung, schulische Probleme, höchster erreichter Schulabschluss, Berufswunsch,
- Berufsausbildung mit / ohne Abschluss, Arbeitsbiografie, Gründe für eventuelle Berufswechsel, Umschulung,
- jetzige Tätigkeit mit konkreter Beschreibung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsinhalte und der Arbeitsatmosphäre,
- besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, Weg zur Arbeitsstelle, Kfz-Führerschein und
- Dauer und Begründung von Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit.

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz I

Fragestellungen hierzu sind beispielsweise:

- Arbeitet der Rehabilitand an einem Arbeitsplatz, an dem sich wenige oder viele Kontakte zu Menschen ergeben?
- Sind die Arbeitsanforderungen an ihn angemessen, eher zu niedrig / zu hoch / zu monoton / zu unregelmäßig?
- Unterhält er während der Arbeit regelmäßig Kontakt zu Kollegen und zu Vorgesetzten oder entzieht er sich dem ?
- Spricht er Konflikte am Arbeitsplatz von sich aus an und versucht sie zu lösen?
- Bringt er seine Interessen zum Ausdruck, versucht er sie durchzusetzen, auf welche Weise?



13

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz II

- Wird er in Arbeitsabsprachen einbezogen?
- Wird er an dienstlichen und informellen Gesprächen beteiligt?
- Wird er um seine Meinung / seinen Rat gefragt?
- Verfügt er über tätigkeitsbezogene Entscheidungs-, Verantwortungs- und Handlungsspielräume?
- Bestehen motivierende berufliche Perspektiven / Aufstiegschancen?
- Fühlt er sich von Vorgesetzten / Kollegen wertgeschätzt?
- Nutzt er seine betrieblichen Mitbestimmungsrechte und -möglichkeiten?



14

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens

Fragestellungen hierzu sind beispielsweise:

- Wie schätzt der betroffene Rehabilitand seine eigene Leistungsfähigkeit ein in Bezug auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit bzw. in Bezug auf irgendeine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes?
- Welche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz ergeben sich aus dem Suchtmittelkonsum?
- Welche Entwicklungsmöglichkeiten traut er sich bezogen auf das Leistungsvermögen zu?
- Stimmt die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit mit der klinisch-therapeutischen Einschätzung überein?



Fachverband
Sucht e.V.

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

15

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen

können für folgende Bereiche erforderlich sein:

- Gedächtnis (verbales, visuellräumliches, numerales Kurzzeitgedächtnis; Wiedererkennung- und freie Reproduktionsleistung; Kapazität des Arbeitsgedächtnisses; Langzeitgedächtnis),
- Wahrnehmung, visuell-räumliche Funktionen, Aufmerksamkeit und Konzentration, (weitere) exekutive Funktionen wie Planungs-, Kontroll- u. Problemlösefunktionen, Prozesse der Zielsetzung u. des vorausschauenden Denkens, Entscheidungsprozesse, Impulskontrolle u. emotionale Regulierung, Umstellfähigkeit, Flexibilität, Interferenzfreiheit, Verarbeitungskapazität,
- allgemeines Wissen, Intelligenzniveau,
- allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit,
- Einstellungen Interessen, Überzeugungen, Krankheitsbewältigungsstil,
- Persönlichkeitsfaktoren / -struktur, Selbstkonzept sowie
- komorbide Störungen wie zum Beispiel Angst und Depressivität.



Fachverband
Sucht e.V.

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

16

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Erwerbsbezogene Analyse

Mit dieser Analyse werden die erwerbsbezogenen Probleme, Ressourcen und daraus abgeleitete Behandlungsbedarfe erhoben.

Hierbei werden unterschieden:

- Screeningverfahren,
- Assessmentverfahren,
- Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten sowie
- zusätzliche Module.

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Screeningverfahren

In der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation werden Screening-Verfahren eingesetzt um festzustellen, ob und welche arbeits- und berufsbezogenen Interventionen ein Rehabilitand während der Rehabilitation benötigt. Werden durch das Screening Risiken hinsichtlich der Entwicklung von arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen entdeckt, sollen diese durch eine anschließende ausführlichere Diagnostik spezifiziert werden. Die Screening-Verfahren zur Ermittlung arbeits- u. berufsbezogener Probleme sollten zu Beginn der Rehabilitation durch den Leistungserbringer verwendet werden, um frühzeitig eine bedarfsgerechte arbeits- u. berufsbezogene Behandlungsplanung vornehmen zu können.

Für die Identifikation von arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation wurden verschiedene Screening-Instrumente entwickelt und validiert, von denen einige exemplarisch im Folgenden kurz vorgestellt werden.

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Screeningverfahren

Beim **Würzburger Screening**

(Löffler et al., 2009)

handelt es sich um einen Fragebogen für den Einsatz in Rehabilitationseinrichtungen mit neun Fragen zu den Themenbereichen „Subjektive Erwerbsprognose“, „Berufliche Belastung“ und „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“. Ferner existiert eine Kurzfassung zur Verwendung im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung. Aus der bisherigen Anwendung in anderen Indikationsbereichen ergeben sich wichtige Hinweise für die beruflich orientierte Behandlungsplanung zu Beginn der Rehabilitation.



Fachverband
Sucht e.V.



19

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Screeningverfahren

SIBAR, das Screening-Instrument für Beruf und Arbeit in der Rehabilitation (Bürger & Deck, 2009), ist ein kurzer Fragebogen mit elf Items. Eine längere Version umfasst neben den wichtigsten demographischen Daten zusätzlich eine differenziertere Erfassung der beruflichen Belastungen und des subjektiven Bedarfs an unterschiedlichen berufsbezogenen Behandlungsangeboten.

SIBAR umfasst drei unabhängige Bestandteile des berufsbezogenen Behandlungsbedarfs: „**Sozialmedizinische Risikofaktoren**“ (**Frühberentungsrisiko**), „**Berufliche Problemlagen**“ und „**Subjektiver Bedarf an berufsbezogenen Reha-Angeboten**“.

Das Verfahren hat sich als geeignet erwiesen, Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemlagen zu erkennen und die Behandlungsplanung entsprechend vorzunehmen.



Fachverband
Sucht e.V.



20

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Screeningverfahren

Der **SIMBO-C**, ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen (Streibelt, 2009), berücksichtigt sieben Indikatoren beeinträchtigter beruflicher Teilhabe, unter anderem verschiedene sozialmedizinische Parameter, die subjektive berufliche Prognose, die berufsbezogene Therapiemotivation und das Alter.



21

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Assessmentverfahren

Assessmentverfahren dienen der differenzierten Erfassung arbeitsbezogener und berufsbezogener Fertigkeiten. Die nachfolgende Darstellung einzelner Assessmentverfahren ist exemplarisch.



22

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

FCE-Systeme (functional capacity evaluation)

Zur objektiven Erfassung der individuellen arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit wurden vor allem im englischsprachigen Raum Testverfahren entwickelt, die unter der Bezeichnung **FCE-Systeme** (functional capacity-evaluation) Einzug in die medizinische Rehabilitation gefunden haben.

FCE-Systeme messen die individuelle Fähigkeit (capacity) eines Rehabilitanden, Anforderungen einer bestimmten Arbeitstätigkeit zu erfüllen und beinhalten neben standardisierten körperlich orientierten Testaufgaben auch anamnestiche Erhebungen, Interviewelemente und Beobachtungen. Die möglichst realitätsgerechte Beurteilung der Arbeitsfähigkeiten von Rehabilitanden bezieht sich schwerpunktmäßig auf häufig vorkommende physische Aspekte der Arbeit (zum Beispiel Heben, Tragen) und erfolgt über standardisierte Leistungstests.



23

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

FCE-Systeme (functional capacity evaluation)

EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) wird derzeit nur vereinzelt in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke verwendet.

Ebenso kommen in einigen stationären Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke in der Arbeitstherapie Bereits **work-park-Therapiegeräte** zur Anwendung, die als Test-Instrumente und auch als Anlage zum Training beruflicher Anforderungen genutzt werden können.



24

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Dokumentationssysteme

Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (**MELBA**) werden zur differentiellen Indikationsstellung eingesetzt. Es handelt sich um ein vorrangig psychologisches Erhebungsverfahren mit einem Vergleich von Fähigkeiten und Anforderungen (Profilvergleich), legt aber den Schwerpunkt auf psychologische Schlüsselqualifikationen. Es handelt sich um ein Fragebogen-Verfahren, das sich in drei Teile gliedert: Das Fähigkeitsprofil, das Anforderungsprofil und den Profilvergleich.



Fachverband
Sucht e.V.



25

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (**IMBA**) ist ein Assessmentinstrument zum Einsatz in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Mit ihm lassen sich Arbeitsanforderungen und menschliche Fähigkeiten von Rehabilitanden durch den Einsatz definierter Merkmale beschreiben und vergleichen. Aus einem daraus resultierenden Handlungsbedarf können gezielt Prozesse zur Gestaltung der Arbeit und Förderung der Fähigkeiten von Rehabilitanden abgeleitet werden. Es kann in Einrichtungen zur Unterstützung tätigkeitsorientierter Rehabilitationsleistungen an der Nahtstelle von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung verwendet werden. Ebenso eignet es sich für die Umsetzung des Betriebliche Eingliederungsmanagements (BEM).



Fachverband
Sucht e.V.



26

2. Diagnostik und Analyse der Ausgangsbedingungen

Beim Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (**Ida**) handelt es sich um ein Set von 14 Arbeitsproben, mit denen grundsätzliche Arbeitsfähigkeiten eingeschätzt werden können. Die Erkenntnisse zur Einschätzung der jeweiligen Leistungsfähigkeit werden hauptsächlich über die Beobachtung des Arbeitsverhaltens gewonnen. Das Verfahren ist an das Dokumentations- und Profilvergleichsverfahren MELBA angepasst.



27

AG BORA

Zielgruppen:

- **BORA-Zielgruppe 1:**
Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere **erwerbsbezogene** Problemlagen (bePI)
- **BORA-Zielgruppe 2:**
Rehabilitanden in Arbeit mit bePI
- **BORA-Zielgruppe 3:**
arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III
- **BORA-Zielgruppe 4:**
arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II
- **BORA-Zielgruppe 5:** Nicht-Erwerbstätige



28

Empfehlung zur Bildung von Zielgruppen

Rehabilitanden werden einer der fünf BORA-Zielgruppen zugeordnet. Therapeutische Angebote und Leistungen richten sich unter anderem auf diese Zuordnung aus.

Die Zuordnung ersetzt nicht eine individuelle und bedarfsgerechte Therapieplanung einschließlich der Entwicklung individueller erwerbsbezogener Therapieziele durch die Rehabilitationseinrichtung.



29

Block II

- Therapeutische Angebote
- Leistungen
- Settingspezifische Aspekte
(Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Adaption, Nachsorge)

Dr. Dietmar Kramer, Dr. Joachim Köhler, Dr. Theo Wessel, Denis Schinner



30

4. Therapeutische Angebote / Leistungen

- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- realistische Selbsteinschätzung der eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten
- Bezug zum Arbeits- und Berufsleben
- Rehabilitandenarbeit als klinikinterne Dienstleistungen



Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

31

4. Therapeutische Angebote / Leistungen

Basale erwerbsbezogene Fähigkeiten

- Grundarbeitsfähigkeiten
- soziale Fähigkeiten
- Selbstbild



Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

32

4.1 Beschreibung der therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte

- Arbeitsbezogene Behandlungsanteile sind von zentraler Bedeutung für die Rehabilitation.
- Die Teilnahme an entsprechenden Angeboten muss verbindlichen Charakter haben.
- Arbeitsbezogene Fragestellungen müssen vom gesamten therapeutischen Team professionsübergreifend berücksichtigt werden.
- Arbeitsbezogene Fragestellungen sind grundsätzlich auch Thema in den allgemeinen sucht- und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapieleistungen.

33

4.1 Beschreibung der therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte – beispielhafte Aufzählung!

Folgende Therapieangebote sind grundsätzlich sinnvoll und sollten in den Einrichtungen angeboten werden:

Problembewältigung am Arbeitsplatz:

Spezifische Risikofaktoren erkennen und bearbeiten, Festlegen von Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes, Autoritätskonflikte, Über- / Unterforderung, Verfügbarkeit von Suchtstoffen, Selbstunsicherheit, Arbeitszufriedenheit / Perspektiven, Teamfähigkeit / Kommunikation, Kritikfähigkeit, Stressbewältigung.

KTL: D561, D581, D586, D591, D 593, D596, E641, E651, F552, F571, G552, G576, G592, G601, G602, G605, G642, G676, L560

Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit, Umgang mit Ängsten:

Psychotherapeutische Motivierungsarbeit in der Gruppe, Psychoedukation, spezieller Umgang mit Gefühlsregungen wie Ängsten.

KTL: F552, F 582, G552, G576, G583, G601, G602, G605, G613, G642, G676

34

4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen

Erwerbsbezogene Leistungen sollen zielgerichtet an den jeweiligen Problemlagen der einzelnen Rehabilitanden ausgerichtet sein.

BORA 1:

insbesondere prophylaktische Leistungen

Beispiele:

- Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX)
- Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX)
- Interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining
- Klärung, wie der Rehabilitand mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann

4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen

BORA 2:

Maßnahmen entsprechend BORA 1

Darüber hinaus:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers
- Spezifische IG´s
- PC-Schulungskurse
- Sozialberatung
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie

4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen

BORA 3:

Beispiele:

- Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes
- Bewerbungstraining
- Umgang mit Ängsten und Konflikten
- Assessment- und Fallmanagementverfahren
- Gespräche mit dem Reha-Fachberater
- Spezifische IG´s
- PC-Schulungskurse
- Sozialberatung
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie

37

4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen

BORA 4:

Maßnahmen entsprechend BORA 3

Darüber hinaus:

- Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
- Umgang mit Resignation
- interne Belastungserprobung
- Betriebspraktika
- externe Belastungserprobung
- Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption)

38

4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen



Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

BORA 5:

Die Maßnahmen richten sich nach dem jeweiligen Unterstützungsbedarf.

Es kommen alle Maßnahmen der Gruppen BORA 3 und BORA 4 in Frage.



4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen



Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Empfehlung:

Die Durchführung erwerbsbezogener therapeutischer Leistungen orientiert sich an den BORA-Zielgruppen sowie an den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden.

40

4.3 Strukturanforderungen



- alle Berufsgruppen im multiprofessionellen Team
- räumlich-apparative Ausstattung für Diagnostik und Therapie
- Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung (Juli 2014)

41

5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker



- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008:
 - Instrument zum Erhalt beziehungsweise zur Erreichung der Eingliederung in Arbeit und Beruf
- Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011

42

5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker



BORA-Zielgruppen 1 und 2

- sozialrechtliche Beratung (D563)
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere Arbeitsplatzadaption (D561)
- soziale Gruppenarbeit, insbesondere Training sozialer Kompetenz (D596)
- arbeitsplatzbezogene Interventionen (C580)
- Gespräche mit Betriebsangehörigen (E630)
- Arbeitsplatzbesuch (E672).

43

5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker



BORA-Zielgruppen 3 und 4

- sozialrechtliche Beratung (D563)
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere Berufsklä-
rung unter Einbeziehung geeigneter Screeninginstrumente (D561)
- Klärung der wirtschaftlichen Sicherung (D552)
- sonstige (berufliche) Rehabilitationsberatung (D569)
- soziale Gruppenarbeit, insbesondere Umgang mit
Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung (D593)
- Training sozialer Kompetenz (D596)
- Bewerbungstraining (H842)
- arbeitsplatzbezogene Interventionen, insbesondere
Arbeitsplatztraining (E590)
- Bilanzierungsgespräch bei Arbeitsplatzpraktikum (E630)
- Belastungserprobung (E621, E622)

44

5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker



Die Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann auch in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten (Reha-Fachberatern), beziehungsweise in Abstimmung mit den örtlich zuständigen Job-Centern und Agenturen für Arbeit erfolgen.

45

6. Adaption



- Eine Adaptionbehandlung, als Spezifikum in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten, kann die letzte Phase der stationären Rehabilitation bilden.
- Insbesondere Rehabilitanden der Zielgruppe BORA 4, vereinzelt auch BORA 2, 3 und 5 stellen die Zielgruppe einer Adaption dar.

46

6. Adaption

Die Leistung umfasst u.a.:

- medizinische und psychotherapeutische Behandlung
- ggf. eine ergänzende Diagnostik
- den Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten
- die Anleitung zur Freizeitgestaltung in Verbindung mit Selbsthilfensätzen
- die externe Arbeits- und Belastungserprobung
- Integration in berufliche Bildungsmaßnahmen
- Hilfen bei der Wohnungssuche und Alltagsbewältigung
- Festigung der Abstinenz
- persönliche Stabilisierung bei auftretenden Krisen im (Berufs-) Alltag

Diese Leistungen zielen insgesamt auf die Erlangung der beruflichen (Re-)Integration ab.

47

6. Adaption

Die Adaptionseinrichtungen erbringen somit den Transfer von therapeutischen Inhalten in die Praxis und berücksichtigen den Lebensalltag des Rehabilitanden.

In der rehabilitativen Behandlung Abhängigkeitskranker wirkt diese Struktur festigend für den Behandlungserfolg und somit nachhaltig für die berufliche (Re-)Integration.

48

6. Adaption



Die für eine Adaption in Frage kommenden Rehabilitanden sind frühzeitig im Behandlungsverlauf zur Durchführungen adaptiver Behandlungen zu motivieren.

Rehabilitationseinrichtungen sind aufgefordert, in enge Kooperationen mit Adaptionseinrichtungen zu treten.

49

6. Adaption



Therapieangebote:

- Sozialrechtliche Beratung (D563, D552)
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben (D561)
- Einleitung spezieller Nachsorgeangebote (D573)
- Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern (D5724)
- erwerbsbezogene psychoedukative Gruppen (D593, D596, D599)
- sozialtherapeutische Einzelbetreuung (D620)
- Bilanzierungsgespräche bei externem Arbeitsplatzpraktikum (E630)
- Selbsthilfetraining, Aufbau von sozialer Kompetenz oder sonstiges (E641)
- Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (E601, E602), arbeitsweltbezogene Problematik im Bereich der Gruppenpsychotherapie (G576, G605),
- Durchführung interner und externer Belastungserprobung (E621, E622).

50

Block III

- Kooperation
- Vernetzung
- Fallmanagement
- Übergreifende Zusammenarbeit

Gerhard Eckstein, Uwe Hennig, Denis Schinner



Fachverband
Sucht e.V.



51

8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit

Grundlagen, Rahmenbedingungen, wesentliche Inhalte

- Eine frühzeitige und koordinierte Zusammenarbeit ermöglicht es, erwerbsbezogene Problemlagen, die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Rehabilitanden, arbeitsbezogene Ressourcen, individuelle Interventions- und Vermittlungsbedarfe sowie insgesamt die Perspektiven der beruflichen (Re-) Integration umfassend einzuschätzen und die erforderlichen Maßnahmen frühzeitig einzuleiten.
- Im Verlauf der Rehabilitation können diese Kontakte genutzt werden, um den Rehabilitanden praktische Erprobungen oder berufliche Orientierungsmaßnahmen zu ermöglichen. Möglichst frühzeitig sollte ein zeitnaher Übergang zu weiteren Leistungen, wie etwa eine Adaption, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die berufliche Wiedereingliederung oder erforderliche Vermittlungsbemühungen sichergestellt werden.

52



Fachverband
Sucht e.V.



8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit

Grundlagen, Rahmenbedingungen, wesentliche Inhalte

- Ein frühzeitiges, schnittstellenübergreifendes, abgestimmtes und vernetztes Handeln aller beteiligten Kooperationspartner.
- Frühzeitige Herstellung und Pflege der erforderlichen Kontakte sowie gute Kommunikationsstrukturen mit kurzen Informationswegen.
- Das Einverständnis und die Einbeziehung der Rehabilitanden.
- Bei regelmäßiger Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern ist es empfehlenswert, die wesentlichen Inhalte in Kooperationsvereinbarungen festzuhalten.
- Maßnahmen der Qualitätssicherung

53



8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit

Verantwortliche und Kooperationspartner

Abhängig vom Einzelfall kommen unter anderem in Betracht:

- Arbeitgeber / Werks- und Betriebsärzte / betriebliche Sozial- und Mitarbeiterberatung
- Arbeitsagenturen / Jobcenter
- Behandelnde Ärzte / Hausärzte / Psychotherapeuten
- Berufliche Rehabilitationseinrichtungen / Bildungsträger / Betriebe
- Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger
- Integrationsämter / Integrationsfachdienste
- Reha-Fachberater der Rentenversicherungsträger
- Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherungsträger
- Suchtberatungsstellen / Fachstellen / (Sucht-)Selbsthilfegruppen

☞ **Zusammenarbeit und Inhalte variieren je nach Zielgruppe und Zielstellung**

54



8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit

Weiterführende Entwicklungen

- Es existieren kreative und phantasievolle, wissenschaftliche erprobte Modelle und Erfahrungen.
- Manche Räder müssen nicht erfunden werden.
- Voneinander lernen.



Fachverband
Sucht e.V. 



55

8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit

Weiterführende Entwicklungen

Beachtung von Prinzipien der Kooperation (bilateral, Netzwerke, Vereinbarungen)

- Jeder Akteur erkennt den Nutzen der Kooperation für die Erfüllung des eignen Auftrags
- Verbindlichkeit
- Verfügbarkeit
- „top-down“
- Verantwortlichkeit



Fachverband
Sucht e.V. 



56

8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit



Fachverband
Sucht e.V.

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Weiterführende Entwicklungen

Modelle des Case-Managements

- Begegnung, Umgang und Nutzen des bestehenden Netzwerks der Versicherten
- Nutzen des bestehenden Netzwerks der Leistungserbringer
- Beibehaltung und Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten
- Beibehaltung der grundsätzlichen Aufgaben der Reha-Einrichtungen

57

8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit



Fachverband
Sucht e.V.

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Weiterführende Entwicklungen

Aufgaben/Rolle/Verständnis der Reha-Einrichtungen

- Deutliche Intensivierung bzw. Übernahme des Auftrags „Kooperation und Netzwerk“
- Erweiterung (oder „Erfüllung“?) des klassischen Behandlungsauftrags

Finanzierung

- Erweiterung der Konzeption und der darin formulierten Aufgaben

58

Block IV

- Dokumentation und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
- Qualitätssicherung

Dr. Andreas Koch



Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

59

9. Dokumentation

- Basisdokumentation
 - Beginn der Behandlung
(Diagnosen, soziodemografische Daten, Arbeits- und Berufsanamnese, Kontextfaktoren, Erwerbsstatus)
 - Ergebnisdaten zum Ende der Behandlung
(Art der Beendigung, Veränderung von einzelnen Eingangsparametern wie Erwerbsstatus Lebensunterhalt / Wohnsituation)
- Eingangs- und Abschlussdiagnostik
 - Einsatz von Verfahren und Instrumenten
 - Grundlage für Therapieplanung und Veränderungsmessung
- Patientenakte
 - Sammlung aller Informationen im Verlauf



Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

60

9. Dokumentation



- **Einrichtungsinterne Leistungserfassung**
 - neue KTL 2015!
 - Veränderungen im Bereich Arbeits- und Berufsbezogene Maßnahmen
 - Abschnitt 4.1
- **Reha-Entlassungsbericht**
 - siehe Leitfaden
 - freier Text auf Blatt 2: mit klaren Aussagen Verlauf und Ergebnisse darstellen sowie Leistungsbeurteilung und weiterführende Maßnahmen begründen
 - Bereich Arbeits- und Erwerbsorientierung (neben sozialmedizinischer Epikrise): Sozialmedizinische Anamnese, Reha-Prozess und – Ergebnis, Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

61

9.2 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung



- Besonders wichtiger Bestandteil der Reha-Leistung und des E-Berichtes!
- Beurteilung des Leistungsvermögens in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit:
 - Auseinandersetzung mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes
 - besondere Belastungen
 - Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden in Bezug zu diesen Anforderungen
- Angabe des maximalen zeitlichen Rahmens für die Ausübung dieser Tätigkeit
- qualitatives und quantitatives Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Ergebnisse sind Grundlage für:
 - Planung und Einleitung anschließender Rehabilitations- und Unterstützungsleistungen
 - Beantragung bzw. Bewilligung weiterer sozialrechtlicher Leistungen (bspw. EM-Rente)

62

10. Qualitätssicherung

- Qualitätssicherung und Evaluation
(insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit von Leistungen im Bereich Arbeits- und Berufsorientierung)
 - im Rahmen der externen QS
 - im Rahmen der internen QS
 - im Rahmen des internen QM



63

10.1 Externe Qualitätssicherung (Reha QS-Programm der DRV)

- Rehabilitandenbefragung
 - mit einzelnen Fragen zu Aspekten der Arbeits- und Berufsorientierung (insbesondere ‚Verbesserung der Leistungsfähigkeit‘)
- Peer Review-Verfahren
 - Fokus Reha-Prozess und Reha-Ergebnis
 - siehe Ausführungen zum E-Bericht und zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung
- Therapeutische Versorgung (KTL)
 - Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit der dokumentierten Leistungsdaten (Leistungsverteilung, Leistungsmenge, Leistungsdauer)
 - gesonderte Auswertung der therapeutischen Leistungen im Bereich Arbeits- und Berufsorientierung
- Reha-Therpiestandards (RTS)
 - Anforderungen in einzelnen ETMs (bspw. gesonderte bei Arbeitslosigkeit)
 - Neuer RTS Alkoholabhängigkeit ab Herbst 2015



64

10.1 Externe Qualitätssicherung (Reha QS-Programm der DRV)

- Visitationen
 - Checkliste
 - Aspekte: arbeitsbezogene Leistungen, Sozialmedizin, Sozialdienst
- Rehabilitandenstruktur
 - Soziodemografische Merkmale (bspw. Alter, Bildungsniveau, Erwerbsstatus)
 - Krankheitsbezogene Merkmale (bspw. Diagnosen, Leitungsfähigkeit)
- Sozialmedizinischer Verlauf
 - Verbleib im Erwerbsleben
 - Achtung: Beitragszahlung vor 2011 nicht nur aus Erwerbstätigkeit!
- QS-Berichte
 - tw. abhängig von Quorum (Mindestzahl Rehabilitanden)
 - Vergleich von Einrichtungen
 - Qualitätsentwicklung



65

10.2 Interne Qualitätssicherung

- Instrumente in den Reha-Einrichtungen zur Analyse von Indikatoren und Kennzahlen
 - Zeitverlauf
 - Einrichtungsvergleich
- Patientenbefragungen
 - Zufriedenheit am Behandlungsende oder am Stichtag
 - u.a. Leistungen im Bereich AT/ET
- Basisdokumentation
 - Erwerbsstatus vor und nach der Rehabilitation
 - Verbandsauswertungen und DSHS
- Katamnesen
 - Standard KDS nach einem Jahr
 - Behandlungserfolg (bspw. Erwerbstätigkeit, Kontextfaktoren)
 - Verbandsauswertungen
- Controlling zu Daten der externen QS



66

10.3 Internes Qualitätsmanagement

- Zertifizierungspflicht nach § 20 Abs. 2a SGB IX für stationäre Reha-Einrichtungen (BAR-Vereinbarung von 2009)
- Anforderungskatalog mit Qualitätskriterien (Struktur- und Prozessqualität auch im Bereich arbeits- und berufsbezogene Leistungen):
 - Nummer 5.2 – Dokumentation, verantwortliche Kontrolle und Steuerung relevanter Prozesse (beispielsweise Aufnahme, Diagnostik, Therapieplanung, Dokumentation, Erstellung Entlassungsbericht)
 - Nummer 8 – Teilnahme an der vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung und Nutzung der Daten im internen QM für die Weiterentwicklung der Einrichtung
 - Nummer 9 – Verfahren für die interne Messung und Analyse von Ergebnissen sowie Nutzung der Daten für das Controlling und kontinuierliche Verbesserung



67

10.4 Weiterentwicklung

- Bislang nur wenige oder eher globale Indikatoren zur Analyse der Arbeits- und Berufsorientierung
- mögliche Weiterentwicklungen im QS-Programm der DRV:
 - Im Rahmen der Rehabilitanden-Befragung könnten die Leistungen in der Einrichtung, die sich auf Beruf und Arbeit beziehen, differenzierter abgefragt werden.
 - Bei der Analyse der Rehabilitandenstruktur könnten die BORA-Zielgruppen explizit dargestellt werden.
- Integrationsquote? – Achtung!
 - Auftrag der Reha-Einrichtungen (Erwerbsfähigkeit)
 - Regionales Umfeld (Arbeitsmarkt)
 - Rehabilitandenstruktur (Zielgruppenmix)
 - andere Einflussfaktoren und Leistungen vor und nach der medizinischen Rehabilitation



68

BORA-Veranstaltung

Deutsche
Rentenversicherung
Bund

Fachverband
Sucht e.V. 

DHS
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der
medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

69