

## **Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker<sup>1</sup> vom 14. November 2014**

erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)

### **Inhaltsverzeichnis**

1. Grundlagen / Einleitung
2. Diagnostik / Analyse der Ausgangsbedingungen
  - 2.1 Eingangsdiagnostik
  - 2.2 Erwerbsbezogene Analyse
    - 2.2.1 Screeningverfahren
    - 2.2.2 Assessmentverfahren
    - 2.2.3 Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten
    - 2.2.4 Zusätzliche Module
3. Therapie- und Teilhabeplanung
  - 3.1 Bildung von Zielgruppen
  - 3.2 Individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung / Entwicklung von Therapiezielen
  - 3.3 Klinikinterne Prozesssteuerung und Vernetzung
4. Therapeutische Angebote / Leistungen
  - 4.1 Beschreibung der therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte
  - 4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen
  - 4.3 Strukturanforderungen (Personalausstattung, Qualifikation, räumlich apparativ)
5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker
6. Adaption
7. Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker
8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit
  - 8.1 Verantwortliche und zuständige Kooperationspartner
  - 8.2 Wesentliche Inhalte der Kooperation
  - 8.3 Weiterführende Entwicklungen
9. Dokumentation und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
  - 9.1 Dokumentation
  - 9.2 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung
10. Qualitätssicherung und Evaluation
  - 10.1 Externe Qualitätssicherung
  - 10.2 Interne Qualitätssicherung
  - 10.3 Internes Qualitätsmanagement
  - 10.4 Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Qualitätssicherung
11. Literatur

---

<sup>1</sup> Einbezogen sind durch diese Empfehlungen auch Rehabilitanden bei pathologischem Glücksspiel, wenn sie in Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen rehabilitiert werden.

## 1. Grundlagen / Einleitung

Seit 1975 ist das Sozialgesetzbuch (SGB) für sämtliche Sozialleistungsträger Grundlage ihres Handelns. Mit dem SGB IX wurde im Jahre 2001 der Anspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf selbstbestimmte Teilhabe differenziert und gestärkt. Die unterschiedlichen Sozialleistungsträger setzen die Ziele des SGB IX nach den Bestimmungen der für sie geltenden Leistungsgesetze um. Das Leistungsgesetz für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist das SGB VI. Nach § 9 SGB VI erbringt die DRV Leistungen zur Teilhabe, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Hierzu dienen Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA).

Mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) wurde von der DRV eine spezifische Behandlungsstrategie entwickelt, um den Rehabilitationserfolg bei Rehabilitanden<sup>2</sup> mit besonderen beruflichen Problemlagen zu optimieren (DRV, 2012). Grundlegende Zielsetzung ist dabei, die medizinische Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und insbesondere am aktuellen und angestrebten Arbeitsplatz auszurichten beziehungsweise die Motivation zur Wahrnehmung weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen im Anschluss an die Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu fördern. Damit wird der Ansatz der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welcher ein bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit zugrunde liegt, im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise gestärkt.

Explizit ausgenommen von dem MBOR-Konzept wurde der Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, da arbeitsbezogenen Maßnahmen dort bereits ein erheblicher Stellenwert sowohl in den Rehabilitations- und Therapiekonzepten und der personellen und strukturellen Ausrichtung der Behandlungseinrichtungen als auch im Leistungsgeschehen zukommt. Weitere Besonderheiten liegen darin, dass

- besondere erwerbsbezogene Problemlagen im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen besonders häufig auftreten und damit zum Regelfall gehören,
- erwerbsbezogene Leistungen - auch aufgrund der vergleichsweise längeren Behandlungszeiten - einen deutlich höheren zeitlichen und inhaltlichen Umfang aufweisen als in anderen Indikationsbereichen und
- die Adaption als mögliche letzte stationäre Phase der medizinischen Rehabilitation im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sich insbesondere auch mit der Förderung der beruflichen (Re-)Integration der Rehabilitanden befasst.

Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Diese Zielsetzung gelingt im Bereich der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen bereits in einem hohen Maße. Knapp 83 Prozent aller Rehabilitanden verließen 2013 die stationäre Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit einem Leistungsvermögen von 6 und mehr Stunden für die letzte Beschäftigung (ISRV, 2013: Tabelle 014). Gleichwohl werden auch in diesem Indikationsbereich Optimierungsmöglichkeiten gesehen. So fordert die aktuelle S3-Leitlinie Alko-

---

<sup>2</sup> In diesem Text wird zur besseren Lesbarkeit auf eine Differenzierung zwischen der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Bei allen Formulierungen werden Frauen und Männer gleichermaßen angesprochen.

hol in einer Schlüsselempfehlung, beispielsweise bei bestehender Erwerbslosigkeit bevorzugt Behandlungssettings anzubieten, die auch eine Reintegration ins Erwerbsleben fördern. Zukünftig sollten sich die entsprechenden Leistungen noch stärker am jeweiligen Bedarf der verschiedenen Rehabilitanden ausrichten.

Grundsätzlich lassen sich als Zielgruppen zunächst **Rehabilitanden**, die über einen Arbeitsplatz verfügen, von solchen, die arbeitslos sind, unterscheiden:

Für **Rehabilitanden mit Arbeit** geht es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorrangig darum, den Arbeitsplatz zu erhalten, bestehende Probleme am Arbeitsplatz zu erkennen, aufzugreifen und entsprechende berufsbezogene Ressourcen zu stärken sowie die berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber von Bedeutung.

Bei **arbeitslosen Rehabilitanden** stehen hingegen beispielsweise die Entwicklung einer erwerbsbezogenen Perspektive, das Training von grundlegenden und spezifischen Fertigkeiten des Erwerbslebens, die Planung konkreter Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe im Anschluss an die Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Vordergrund. Um die Zielsetzung der beruflichen (Re-)Integration zu erreichen, ist gerade bei arbeitslosen Rehabilitanden auch eine frühzeitige und enge Kooperation mit Partnern aus angrenzenden Leistungssektoren erforderlich (zum Beispiel Agenturen für Arbeit, Jobcenter), deren Aufgabenstellungen und Handlungsstrategien auf der beruflichen Wiedereingliederung liegen. Dabei ist zu beachten, dass - aufgrund der regional unterschiedlich ausgeprägten Arbeitsmarktsituation - das Arbeitsmarktrisiko sich je nach Einzugsbereich der Rehabilitanden deutlich unterscheiden kann.

Vor dem Hintergrund der besonderen Situation im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wurde die Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (AG BORA) eingerichtet, welche sich aus Vertretern der Deutschen Rentenversicherung und der Suchtverbände zusammensetzt. Sie hat gemeinsam Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker entwickelt.

**Exkurs:**

Die in diesem Text verwendeten Begriffe Arbeit, Berufstätigkeit, Erwerbstätigkeit und Erwerbsfähigkeit sind wie folgt zu verstehen. **Arbeit** ist eine zweckorientierte, planvolle Tätigkeit des Menschen unter Einsatz von körperlichen, geistigen und emotionalen Kräften zur Herstellung von Werten. **Berufstätigkeit** ist eine erwerbsmäßige Tätigkeit, die regelmäßig ausgeübt wird. **Erwerbstätigkeit** ist jede auf Erwerb gerichtete unselbständige oder selbständige Tätigkeit, auch wenn sie unentgeltlich ausgeübt wird. **Erwerbsfähigkeit** ist die Fähigkeit des Versicherten unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten Erkenntnissen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen (Pschyrembel Sozialmedizin, 2007; SGB VI Kommentar Jahn/Jansen).

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

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

Die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker 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 psychomentale Teilhabebehindernisse zu berücksichtigen,
- eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie
- Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln.

Die in den Empfehlungen beschriebenen und empfohlenen Instrumente und Leistungen sollen genderreflexiv angeboten und umgesetzt werden. Im Jahr 2003 wurde Gender Mainstreaming als ein Ziel der Sucht- und Drogenpolitik formuliert (Drogen- und Suchtbericht 2003), weil kulturelle Muster von Weiblichkeit und Männlichkeit zu unterschiedlichen Präferenzen bei psychoaktiven Substanzen und Konsummustern und deren Folgen führen. Die Ursachen für risikoreiches oder abhängiges Verhalten sind ebenso geschlechtsspezifisch wie die psychosozialen Auswirkungen von Missbrauch und Sucht auf beide Geschlechter. Gender strukturiert soziale Unterschiede und Arbeitsteilungen sowohl in den Einrichtungen als auch in den Betrieben der Arbeitswelt, sowie die Wünsche, Erwartungen und Möglichkeiten der Rehabilitanden an eine zufriedene Teilhabe.

Mit diesen Empfehlungen soll angeregt werden, die Rehabilitanden noch gezielter entsprechend ihrer individuellen Teilhabebedarfe zu fördern. Zielsetzung ist es, damit zu einer weiteren Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Diese Zielsetzung wird als nahtstellenübergreifende Herausforderung angesehen. Wichtig ist hierbei, dass bei Bedarf eine frühzeitige Einbeziehung der Reha-Fachberatung und anderer beteiligter Institutionen stattfindet.

## **2. Diagnostik / Analyse der Ausgangsbedingungen**

Für die berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gilt als grundlegende Zielsetzung, die Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere des aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes auszurichten. Hierbei ist je nach spezifischem Bedarf

- ein expliziter Schwerpunkt auf gesundheitsassoziierte erwerbsbezogene Problemlagen und den konkreten beziehungsweise angestrebten Arbeitsplatz zu legen,
- eine berufliche (Re-)Integration arbeitsloser Rehabilitanden anzustreben beziehungsweise zu fördern,
- die Motivierung zur Inanspruchnahme erwerbsbezogener Teilhabemöglichkeiten einschließlich Ausbildung und Qualifizierung zu stärken,
- eine Ausrichtung auf berufliches Verhalten, Bewerten und Erleben (subjektive Komponente) sowie auf den beruflichen Kontext selbst vorzunehmen und
- für einen durchgängigen und konkreten Arbeitsplatzbezug über den gesamten Behandlungsprozess zu sorgen.

**Zielgruppen** sind Rehabilitanden mit besonderen **erwerbsbezogenen Problemlagen**. Diese äußern sich unter anderem durch

- lange beziehungsweise häufige Fehlzeiten,
- eine negative subjektive Prognose hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft,
- drohenden Arbeitsplatzverlust,
- Arbeitslosigkeit oder
- eine sozialmedizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen.

Bei der Diagnostik, der Analyse der Ausgangsbedingungen und der Therapie- und Teilhabepanung finden unter anderem folgende Rahmenbedingungen und Maßgaben Berücksichtigung:

- Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Praxishandbuch, 2012),
- Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung der Deutschen Rentenversicherung,
- Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL),
- Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit, insbesondere das evidenzbasierte Therapiemodul (ETM) 05a Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose, ETM 05b Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige, das ETM 13a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose und das ETM 13b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige,
- Gemeinsame Empfehlungen zum Reha-Prozess der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) 2014 und
- Kategorien des Bildungs- und Ausbildungsstatus aus dem hierfür noch zu ergänzenden Kerndatensatz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2008).

Hinzu kommt die Berücksichtigung spezifischer sozialmedizinischer Problemlagen, zum Beispiel von Rehabilitanden im Rentenverfahren. Ergänzend kann der Ansatz der „Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)“ optional berücksichtigt werden (Spyra, 2011).

## 2.1 Eingangsdiagnostik

Der Rehabilitationsprozess beginnt mit der Eingangsdiagnostik, deren Ziel es ist, grundlegende Informationen für die Planung der Rehabilitationsleistung zu erhalten. **Klinische Diagnosen und Differentialdiagnosen** sind notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen bei der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Die medizinischen Diagnosen sind nach der ICD-10-GM zu kodieren. Diese Diagnosen alleine sind nicht ausreichend für die Beurteilung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben und der Notwendigkeit, der Art und des Umfangs von Leistungen zur Teilhabe. Nur das mit der Diagnose verbundene, individuell jeweils unterschiedlich ausgeprägte Profil von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe (vergleiche ICF) eines Rehabilitanden erlaubt die Einschätzung seines Leistungsvermögens im Erwerbsleben, aus der sich Art und Ziele der Rehabilitation ergeben. Sofern mehrere Diagnosen gestellt werden, sind sie in absteigender Reihenfolge ihrer sozialmedizinischen Bedeutung für das Leistungsvermögen aufzuführen.

Grundsätzlich ist nach den gültigen Leitlinien (zum Beispiel S-3-Leitlinie Alkoholabhängigkeit, Kapitel Entwöhnung und andere Formen der Postakutbehandlung) in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu verfahren.

Zur beruflich orientierten Eingangsdagnostik gehören neben der **sozialmedizinischen Diagnostik** die Arbeits- und Sozialanamnese mit der

- Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese,
- Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz und
- Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens.

### **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 für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit.

### **Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz**

Fragestellungen hierzu sind beispielsweise:

- Arbeitet der betroffene Rehabilitand an einem Arbeitsplatz, an dem sich nur wenige oder sehr viele Kontakte zu anderen 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 Kontakt?
- 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?
- 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?

### **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 beziehungsweise 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?
- Stimmen die Vorstellungen des Rehabilitanden hinsichtlich seiner Selbsteinschätzung mit der klinisch-therapeutischen Einschätzung überein?

Unter Beachtung von Datenschutzbestimmungen, das heißt mit Einverständnis des Rehabilitanden, können bedarfsweise auch konkrete Arbeitsplatzbeschreibungen beim Arbeitgeber eingeholt werden.

**Psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen** können gegebenenfalls für folgende Bereiche erforderlich sein:

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

Spezielle psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen sind in den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen (DRV, August 2012, Kapitel 9.2) ausführlich beschrieben.

## **2.2 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 und
- zusätzliche Module.

### 2.2.1 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- und berufsbezogener Probleme sollten möglichst zu Beginn der Rehabilitation durch den Leistungserbringer verwendet werden, um frühzeitig eine bedarfsgerechte arbeits- und berufsbezogene Behandlungsplanung vornehmen zu können.

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

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.

**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.

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

### 2.2.2 Assessmentverfahren

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

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 (vergleiche Erbstößer et al., 2003; Erbstößer, 2004; Genovese & Galper, 2009) (zur differentiellen Indikationsstellung). FCE-Systeme messen die individuelle



Fähigkeit (capacity) eines Rehabilitanden, Anforderungen einer bestimmten Arbeitstätigkeit zu erfüllen und beinhalten neben standardisierten körperlich orientierten Testaufgaben auch anamnestische 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.

**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.

Darüber hinaus werden **Dokumentationssysteme** zum Abgleich von Fähigkeiten und Anforderungen eingesetzt.

Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (**MELBA**) (Föhres et al., 2003) werden zur differentiellen Indikationsstellung eingesetzt. Bei MELBA handelt es sich um ein vorrangig psychologisches Erhebungsverfahren. Es basiert ebenfalls auf dem Vergleich von Fähigkeiten und Anforderungen (Profilvergleich), legt aber den Schwerpunkt auf psychologische Schlüsselqualifikationen. Hierbei handelt es sich wie beim IMBA (siehe unten) um ein Fragebogenverfahren. Das Verfahren MELBA ist als eigenständiges Verfahren konzipiert. Es gliedert sich in drei Teile: das Fähigkeitsprofil, das Anforderungsprofil und den Profilvergleich. Grundlage sind 29 definierte Merkmale, die fünf Merkmalsbereichen zugeordnet sind: soziale Merkmale (zum Beispiel Teamarbeit, Kontaktfähigkeit), kognitive Merkmale (zum Beispiel Problemlösen, Konzentration), Merkmale zur Art der Arbeitsausführung (zum Beispiel Ausdauer, Sorgfalt), psychomotorische Merkmale (zum Beispiel Antrieb, Reaktionsgeschwindigkeit) und Kulturtechniken / Kommunikation (zum Beispiel Lesen können). Um die Merkmale standardisiert und systematisch einschätzen zu können, gibt es Definitionen zu jedem der oben genannten Merkmale.

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 Rehabilitationseinrichtungen zur Unterstützung tätigkeitsorientierter Rehabilitationsleistungen an der Nahtstelle von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung verwendet werden. Ebenso eignet es sich für die Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM).

Beim Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten (**Ida**) handelt es sich um ein Set von 14 Arbeitsproben, mit denen grundsätzliche Arbeitsfähigkeiten eingeschätzt werden können. In den Arbeitsproben werden verschiedene Aufgabenstellungen aus dem Arbeitsleben abgebildet. 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, das heißt die Arbeitsproben beinhalten Operationalisierungen der in MELBA enthaltenen tätigkeitsbezogenen Schlüsselqualifikationen. Die Arbeitsproben sind mit allen zugehörigen Materialien über-

sichtlich in einem Diagnostikkoffer zusammengestellt. Für die einzelnen Arbeitsproben finden sich dort Instruktionen, Arbeitsmaterialien, Durchführungsbestimmungen und Hinweise zur Einschätzung beziehungsweise zum Transfer der mit idA gewonnenen Erkenntnisse in MEL-BA-Profilwerte. Für die meisten Arbeitsproben sind verschiedene Schwierigkeitsgrade wählbar, was einen breiten Einsatz des Verfahrens bei unterschiedlichen Rehabilitandengruppen ermöglicht. Daneben sind für die jeweilige Bearbeitungsdauer der einzelnen Arbeitsproben Vergleichswerte angegeben, die an einer Kontrollstichprobe von Arbeitnehmern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gewonnen wurden.

Darüber hinaus sind auch videogestützte Verhaltensbeobachtungen und feedbackgestützte Interventionen anwendbar.

### **2.2.3 Instrumente zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten**

Entsprechende Instrumente dienen dazu, Aspekte wie Arbeitsmotivation oder Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen zu erfassen.

Beispielhaft sei hier das Arbeitsbezogene(s) Verhaltens- und Erlebensmuster (**AVEM**) (Schaarschmidt und Fischer, 2006) genannt. Der AVEM ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der für den Einsatz im Rahmen arbeits- und gesundheitspsychologischer Fragestellungen gedacht ist. Das Verfahren erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen. Es werden dabei vier solcher Muster unterschieden: Muster G (Engagement, Widerstandskraft und Wohlbefinden), Muster S (Schonung), Risikomuster A (Selbstüberforderung) und Risikomuster B (Überforderung und Resignation). Während Muster G gesundheitsförderliches Verhalten und Erleben anzeigt, weisen die Muster A und B auf unterschiedliche Gesundheitsgefährdungen hin. Muster S wiederum ist weniger unter Gesundheits-, sondern mehr unter Motivationsaspekten von Interesse.

An der Universität Münster wurde 2006 ein Instrument zur „Diagnostik von Arbeitsmotivation“ von Rehabilitationspatienten (**DIAMO**) entwickelt, validiert und evaluiert. Mit DIAMO kann die Arbeitsmotivation von Rehabilitanden multidimensional erfasst werden. Die Messergebnisse von DIAMO können eine differentielle Zuweisung von bestimmten Behandlungsformen und gezielten erwerbsbezogenen Interventionen für Rehabilitanden in den Einrichtungen unterstützen. DIAMO wird derzeit speziell für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen weiterentwickelt.

### **2.2.4 Zusätzliche Module**

Die im Folgenden dargestellten zusätzlichen Module sind als optionale Ergänzung zu verstehen. Sie ersetzen nicht die exemplarisch unter 2.2.1 bis 2.2.3 erwähnten Verfahren.

Der **Work Ability Index (WAI)** wurde Anfang der achtziger Jahre entwickelt und dient zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowohl bei einzelnen Rehabilitanden als auch bei Beschäftigtengruppen. Die aktuelle deutschsprachige Fassung (Arbeitsbewältigungsindex - ABI) beruht auf der überarbeiteten englischsprachigen Originalversion von Tuomi et al. (2008). Beim ABI handelt es sich um einen Selbstauskunftsbogen mit zehn Items, die sieben Dimensionen zugeordnet sind. Die Arbeitsfähigkeit wird dabei durch die individuellen Ressourcen der Arbeitnehmer (körperliche, mentale, soziale Fähigkeiten, Gesundheit, Kompetenz, Werte) sowie durch die Arbeit (Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, soziales Arbeitsumfeld, Führung) bestimmt (Hasselhorn und Freude, 2007; BAuA, 2011).

Die **Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)** definieren Behandlungsbedarfe im Rahmen der Therapiesteuerung, wobei die Zuordnung der Rehabilitanden möglichst einheitlich innerhalb einer Fallgruppe und möglichst unterschiedlich zwischen den Fallgruppen vorgenommen wird. Es konnten vier Fallgruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den drei Dimensionen (psychische Dimension, soziale Dimension und substanzbezogene Dimension) identifiziert werden (vergleiche Müller-Farnow, 2002). Die Beeinträchtigung für die Bedarfsgruppen wird auf sechs Subdimensionen abgebildet: substanzbezogene Beeinträchtigung, Psychische Symptomatik, Psychische Ressourcen, Erwerbsproblematik, Arbeitsbezogenes Erleben und Verhalten und Soziale Unterstützung. Die Ergebnisse des RMK-Assessments (Rehabilitanden füllen die Fragebögen am Computer aus) werden rehabilitandenbezogen dem Behandler mit Empfehlungen für eine individuelle Behandlungsplanung zur Verfügung gestellt.

**Empfehlung:**

Für jeden Rehabilitanden soll eine Analyse der individuellen berufsbezogenen Problemlage erstellt werden. Eine beruflich orientierte Eingangsdagnostik einschließlich sozialmedizinischer Diagnostik, Arbeits- und Sozialanamnese ist hierbei obligatorisch. Es sollten Screeningverfahren für jeden Rehabilitanden eingesetzt werden. Assessmentverfahren können indikationsbezogen eingesetzt werden. Der Einsatz von Instrumenten zum arbeitsbezogenen Erleben und Verhalten wird empfohlen. Entsprechende Verfahren werden in diesen Empfehlungen exemplarisch genannt. Die konkrete Auswahl und Durchführung obliegt der Rehabilitationseinrichtung unter Berücksichtigung des mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbarten Therapiekonzepts.

### **3. Therapie- und Teilhabeplanung**

Ausgehend von den Ergebnissen der Eingangsdagnostik erfolgt die an dem individuellen Integrationspotential und Rehabilitationsbedarf ausgerichtete Entwicklung von Therapiezielen, die bei Bedarf im Laufe der Behandlung angepasst werden. Die Zielplanung erfolgt partizipativ gemeinsam mit dem Rehabilitanden und interdisziplinär in Abstimmung mit den unterschiedlichen Berufsgruppen im therapeutischen Team. Sie berücksichtigt die Dimensionen Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen der ICF. Die individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung für die arbeitsbezogenen Leistungen orientiert sich an den entwickelten Therapiezielen und bezieht sich auf klinikspezifische Abläufe oder Phasenmodelle.

Im Hinblick auf bestimmte Schwerpunktsetzungen oder auch Einschränkungen finden die Ergebnisse der psychologischen und neuropsychologischen Diagnostik sowie der somatischen medizinischen Diagnostik Berücksichtigung, wenn Zielgruppen gebildet werden.

#### **3.1 Bildung von Zielgruppen**

Analog der Aufzählung der in der Fachverband Sucht-Katamnese 2010 (Missel et al., 2013) gezeigten Prä-Post-Messung „Berufliche Integration der Rehabilitanden zum Beginn und zum Ende der Behandlung“ werden die dort gewählten Bezeichnungen für Kategorien zum beruflichen Status jeweils vor und nach der Leistung zur medizinischen Rehabilitation wie folgt gewählt:

- Arbeitsplatz vorhanden,
- arbeitslos und
- nicht erwerbstätig.

Folgende **Zielgruppen** werden gebildet. Hierbei handelt es sich um ein Raster, das individuell sehr unterschiedliche Maßnahmen erfordern kann (siehe Kapitel 4).

#### **Rehabilitanden in Arbeit:**

Hierzu zählen Auszubildende, Arbeiter / Angestellte / Beamte, Selbständige / Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen und in beruflicher Rehabilitation befindliche Rehabilitanden (LTA).

**BORA-Zielgruppe 1:** Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

**BORA-Zielgruppe 2:** Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

#### **Rehabilitanden ohne Arbeit:**

Bei Arbeitslosigkeit ist es wegen der unterschiedlich ausgeprägten Entstrukturierungsfolgen bei Abhängigkeitserkrankungen (vergleiche Henkel, 2008) möglich, Kurzzeit- von Langzeitarbeitslosigkeit zu unterscheiden, weil die Rehabilitanden hinsichtlich ihrer erwerbsorientierten Restrukturierungserfordernisse unterschiedliche therapeutische Interventionen benötigen.

**BORA-Zielgruppe 3:** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I).

Auch Erwerbstätige, die während Krankenschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag) werden in der Regel der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet. Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder ALG II. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

**BORA-Zielgruppe 4:** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II).

#### **Nicht-Erwerbstätige**

**BORA-Zielgruppe 5:** Hierzu zählen zum Beispiel Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Weitere Differenzierungen innerhalb dieser vorgeschlagenen kategorialen Zuordnungen zu Zielgruppen können sich aus der Diagnostik / Analyse der Ausgangsbedingungen (jenseits der hier vorgeschlagenen Kategorien für Zielgruppen) ergeben.

### **3.2 Individuelle bedarfsgerechte Therapieplanung / Entwicklung von Therapiezielen**

Für alle Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 1 bis 5 ist eine individuelle Therapieplanung und die Entwicklung von BORA-spezifischen individuellen Therapiezielen erforderlich.

### **3.3 Klinikinterne Prozesssteuerung und Vernetzung**

Bei der klinikinternen Prozesssteuerung und Vernetzung sind unter anderem zu beachten:

- die Berücksichtigung der Behandlung von psychischen, psychomentalen und somatischen Teilhabehindernissen bei der Applizierung therapeutischer Angebote (zum Bei-

spiel Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, indikative Angebote wie soziales Kompetenztraining, Stressbewältigung, Achtsamkeitstraining und Freizeitplanung) und

- die Berücksichtigung möglicher interner und externer Adaptionsmaßnahmen als Teilhabeplanung.

In der klinikinternen Prozesssteuerung der beruflichen Orientierung sind alle therapeutischen Leistungen als Rehabilitationsmodule untereinander zu vernetzen, das heißt bei Maßnahmen der beruflichen Orientierung finden beispielweise auch psychotherapeutische Aspekte Anwendung. Bei der Psychotherapie ist die berufliche Teilhabeplanung stets immanenter Bestandteil. Der Bezugstherapeut in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist nicht nur Therapeut beziehungsweise Psychotherapeut, sondern auch Koordinator der Gesamtrehabilitation und Teilhabeplanung. Gleiches gilt für den Bezugsarzt.

Empfehlung:

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.

#### **4. Therapeutische Angebote / Leistungen**

Primäres Ziel einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation ist die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Weiteres Ziel ist eine realistische Selbsteinschätzung der eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten (vergleiche Weissinger / Schneider, 2015). Es ist der Vergleich der Selbstwahrnehmung mit der Fremdwahrnehmung anzustellen, um zu einer realistischen Selbsteinschätzung der erwerbsbezogenen Fähigkeiten zu kommen. Dabei sind die Sichtweisen des Rehabilitanden, sein eigenes Erleben, seine Erwartungen, seine Maßstäbe und Ziele zu beachten und fortlaufend in die Therapieplanung mit einzubeziehen.

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker den sucht- und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen - auch bezogen auf erwerbsbezogene Aspekte - eine zentrale Bedeutung zukommt. Diese bieten nicht nur den Raum, persönliche, soziale und berufsbezogene Probleme zu bearbeiten, sondern auch, um vorhandene Einstellungen zu überprüfen, neue Lösungswege zu finden und alternative Verhaltensweisen zu erproben. Die damit verbundene Ressourcenentwicklung hat im engeren oder weiteren Sinne immer auch einen Bezug zum Arbeits- und Berufsleben, da es um grundsätzliche und spezifische Fähigkeiten im Umgang mit sich selbst, wie auch dem sozialen und beruflichen Umfeld geht. Zudem werden in diesem Kontext auch entsprechende Erfahrungen in anderen Therapiebereichen (zum Beispiel Arbeits-, Ergo-, Sporttherapie) reflektiert und gegebenenfalls vertieft.

Alle im Rahmen der Rehabilitation angebotenen Therapiebausteine sollen einen Beitrag zur Teilhabe und zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit leisten. Mit der Arbeits- und Ergotherapie, der klinischen Sozialarbeit und weiteren Interventionen zur beruflichen Wiedereingliederung gibt es in den Einrichtungen ein etabliertes Therapieangebot, das die Verknüpfung zu grundsätzlichen Aspekten der Arbeitseinstellung / -haltung und zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben herstellt. In den Einrichtungen werden insbesondere gezielt einge-

setzte medizinisch-arbeitsorientierte Leistungen unter Berücksichtigung der psychischen und körperlichen Einschränkungen durchgeführt.

Der Einsatz von Rehabilitandenarbeit als klinikinterne Dienstleistungen (zum Beispiel Garten-, Renovierungs-, Küchen- und andere allgemeine Tätigkeiten) ist ohne gezielte individuelle Indikation nicht sinnvoll. Entsprechende Tätigkeiten müssen eine therapeutische Zielsetzung haben, müssen einen Bezug zur Arbeitswelt haben, sollten befristet sein und insbesondere ein prozessorientiertes Trainingsfeld für die Rehabilitanden bieten. Hierbei kann es auch um das Training von Grundarbeitsfähigkeiten (siehe unten) in individuell konkreten teilhabebezogenen Handlungsfeldern gehen.

Neben körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen (Polyneuropathie, kognitive Beeinträchtigungen, Unfallfolgen und Ähnliches) gibt es auch andere, im Laufe eines suchtmittelbelasteten Lebens entstandene Kompetenzdefizite, insbesondere in Bezug auf die basalen erwerbsbezogenen Fähigkeiten und den Umgang mit modernen Arbeitsmitteln.

Diesbezüglich werden grundsätzlich 3 Bereiche erfasst:

- Die **Grundarbeitsfähigkeiten**, das heißt Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit,
- die **sozialen Fähigkeiten**, das heißt Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe sowie
- das **Selbstbild**, das heißt Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit (vergleiche Neupert-Schreiner, 2005).

Darüber hinaus können zum Beispiel auch spezifische arbeitsplatzbezogene Trainings (zum Beispiel am PC-Arbeitsplatz, an der Werkbank) - abhängig von den jeweiligen Möglichkeiten einer Einrichtung - sowie interne oder externe Belastungstrainings / Praktika durchgeführt werden.

Empfehlung:

Erwerbsbezogene Aspekte sind in allen Therapieangeboten der Rehabilitation zu berücksichtigen. Spezielle erwerbsbezogene Leistungen sollen sich an den aktuellen Anforderungen der Arbeitswelt und den individuellen Rehabilitationszielen orientieren. Neben einer Verbesserung basaler und konkret arbeitsplatzbezogener Fähigkeiten kann auch eine realistische Selbsteinschätzung dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit zu bessern beziehungsweise wiederherzustellen. Der Einsatz von Rehabilitandenarbeit als klinikinterne Dienstleistungen ist ohne gezielte individuelle Indikation nicht sinnvoll.

#### **4.1 Beschreibung der therapeutischen Angebote und Leistungsinhalte**

Der Stellenwert der erwerbsbezogenen Behandlungsanteile in allen Phasen der medizinischen Rehabilitation darf nicht nachrangig sein, sondern ist - wie die medizinische und psychotherapeutische Behandlung - von zentraler Bedeutung. Die Teilnahme an entsprechenden Angeboten muss verbindlichen Charakter haben. Die Inhalte, Auffälligkeiten, Schwierigkeiten und Ergebnisse dieses Bereichs müssen in die Gesamtrehabilitation einfließen und vom gesamten therapeutischen Team professionsübergreifend berücksichtigt werden. Ein ständiger Austausch ist dabei erforderlich.

Im Rahmen der Rehabilitation sind selbstverständlich auch die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mit seinen aktuellen Veränderungen zu berücksichtigen. Eine Vernetzung zu externen Stellen und die Vorbereitung weiterführender Maßnahmen ist erforderlich und soll auch konzeptionell ausdrücklich verankert sein.

Neben den nachfolgend aufgelisteten spezifischen Therapieangeboten sind - wie oben erwähnt - arbeitsbezogene Fragestellungen grundsätzlich auch implizites Thema in den allgemeinen sucht- und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapieleistungen.

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: D 561, 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

**Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers sowie dem Reha-Fachberater:** Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber / betriebliche Suchtkrankenhilfe, Information über die Suchterkrankung für den Arbeitgeber, Konfliktmonitoring, Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung und Erstellung eines Wiedereingliederungsplans, Weiterbildungsberatung, Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Betriebsseminar.

KTL: C580, D561, D562, D563, D564, D569, E672

**Interne Belastungserprobung:** Realitätsnahe Überprüfung des körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsvermögens zur Unterstützung der sozialmedizinischen Beurteilung, Überprüfung von bisherigen Behandlungserfolgen und von neu erworbenen sozialen Kompetenzen, Ermittlung von Leistungsbereitschaft und sozialer Anpassungsfähigkeit, realitätsnahe Konfliktbewältigung, Überprüfung und Anerkennung der berufsspezifischen Kompetenzen und Ressourcen, Erfassung der beruflichen Eingliederungschancen.

KTL: E621

**Externe Belastungserprobung** (auch am bisherigen Arbeitsplatz): Berufsorientierung / Berufsfindung, Überprüfung der Belastbarkeit, der Ausdauer und des Durchhaltevermögens, realitätsnahe Überprüfung der berufsbezogenen Alltagsanforderungen, Überprüfung von Selbst- / Fremdeinschätzung, Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit / Kommunikation.

KTL: E622, E630

**PC-Schulungskurse:** Qualifizierungsleistungen zum Erwerb von Grund- und Fortgeschrittenkenntnissen, Überwindung von Schwellenangst (Einsteiger / Rückkehrer), Vermittlung von Kenntnissen zur Internetnutzung im Hinblick auf Stellensuche und Bewerbung.

KTL: E572, E641

**Arbeitslosigkeit / Bewerbungstraining:** Auseinandersetzung mit dem Problembereich Arbeitslosigkeit, Überprüfung der Veränderungsmotivation, Vermittlung von Bewerbungsmethoden, Erstellen einer Bewerbungsmappe, Stellenangebotsanalyse, Vorbereitung auf Bewerbungsgespräch zum Beispiel im Rollenspiel, Realisierung einer Bewerbung, Arbeitssuche und -vermittlung.

KTL: D561, D562, D563, D564, D569, D582, D583, D592, D593, D620, G552, G576, G592, G601, G605, G642, G676, H841, H842

**Sozialberatung:** Sozialrechtliche Beratung, Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Abklärung beruflicher und persönlicher Qualifikationen und Perspektiven, Nachsorgeeinleitung.

KTL: D552, D553, D561, D562, D563, D564, D569, D573, D579

Die **Arbeitstherapie** ist gegenständlich und zweckgebunden ausgerichtet und stellt ein alternatives Vorgehen zu den stark reflexiven und verbal ausgerichteten psychotherapeutischen Verfahren dar. Bei der Arbeitstherapie lässt sich die Arbeitsmotivation, die Einstellung des Rehabilitanden zur Arbeit, seine Belastbarkeit und seine Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben (Arbeitsqualität und Arbeitstempo) gut erkennen. Die Arbeitstherapie ist unbedingt an den Erfordernissen der Arbeitswelt auszurichten, so dass auch besondere aktuelle Arbeitstherapiebereiche (zum Beispiel EDV-Techniken, büropraktisches Training, Teamarbeit, handwerkliche Tätigkeiten, Grundfertigkeiten mit Metall oder Holz) erforderlich sind.

KTL: E551, E552, E553, E554, E559, E561, E562, E563, E564, E569, E571, E572, E573, E574, E579, E580, E590, E601, E602, E651, E652, E653, E659, E660, E720

Die **Ergotherapie** hat unter anderem zum Ziel, Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Leistungen positiv zu verbessern, so dass die Betroffenen die größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Alltags- und / oder Berufsleben wieder erreichen können. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Leistungen eingesetzt.

Ihre Aufgabe besteht darin, die Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen und durch geeignete Förderleistungen Grundarbeitsfähigkeiten im instrumentalen (Handfertigkeit oder kognitive Leistungen) und sozio-emotionalen Bereich zu erarbeiten.

Bei manchen Rehabilitanden müssen aufgrund ihrer Funktionseinschränkungen neue berufliche Orientierungen gesucht oder es muss entschieden werden, welche Arbeitsmöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. In diesem Zusammenhang gehört es zu den Tätigkeiten des Ergotherapeuten, Anforderungsprofile über berufliche Leistungen zu erstellen, das Leistungsprofil des Rehabilitanden zu erfassen, eine Gegenüberstellung beider Profile vorzunehmen und die allgemeine Belastungsfähigkeit zu erproben.

KTL: E601, E602, E611, E612, E621, E622, E651, E652, E653, E659, E660, E720

**Einleitung weitergehender Maßnahmen:** Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

KTL: D553, D561, D562, D572, D573, D579

Die oben beschriebenen therapeutischen Leistungen sind im Therapiekonzept der Einrichtung beschrieben und verankert. Die Strukturanforderungen der Rentenversicherung müssen dabei ausreichend berücksichtigt werden.



Bei jungen Rehabilitanden erschwert ein fehlender **Schulabschluss** die weitere berufliche Integration. In einigen Einrichtungen der Drogenrehabilitation werden Schulprojekte parallel zur Rehabilitation oder nach der Rehabilitation mit dem Ziel durchgeführt, einen Schulabschluss zu erreichen. Diese integrierten beziehungsweise in Kooperation mit Bildungsträgern durchgeführten Angebote sind grundsätzlich sinnvoll. Allerdings fallen schulische Qualifizierungsmaßnahmen nicht in die leistungsrechtliche Zuständigkeit der Rentenversicherung. Die Finanzierung erfolgt aus den Bildungsetats der Länder beziehungsweise aus anderen Quellen. Aus Sicht der Rentenversicherung ist zu beachten, dass die Leistungen zur Teilhabe für die Rehabilitanden durch den Unterricht und die Prüfungen nicht beeinträchtigt werden. Der Unterricht kann zum Beispiel den Umfang einnehmen, der bei Rehabilitanden mit Schulabschluss durch die Arbeitstherapie ausgefüllt wird. Die Rehabilitanden sollen ferner ausreichend stabil sein, bevor sie an dem Programm teilnehmen. Hilfreich sind insbesondere Regelungen darüber, wie die Teilnahme auch nach Beendigung der Rehabilitation fortgeführt und abgeschlossen werden kann. Die Teilnahme soll dokumentiert und dem Leistungsträger übermittelt werden. Erste Ergebnisse von regionalen Schulprojekten haben ergeben, dass die Teilnahme an einer entsprechenden Maßnahme zur Nachholung eines Schulabschlusses die Abbruchquoten bei der stationären Rehabilitation Drogenabhängiger verringert (Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., 2006, Schulische Qualifikation in der Sucht-Reha, 2013).

Erwerbsbezogene Leistungen im engeren Sinne werden für den Bereich der Rehabilitation von Alkoholabhängigen auch in speziellen evidenzbasierten Modulen der **Reha-Therapiestandards** einrichtungsbezogen systematisch ausgewertet. Es handelt sich dabei um zwei evidenzbasierte Therapiemodule für arbeitsbezogene Leistungen jeweils für Rehabilitanden mit beziehungsweise ohne Arbeit (ETM 5a und 5b), zwei weitere Module zur Förderung sozialer Integration (ETM 12 Ergotherapie, ETM 13a und 13b Klinische Sozialarbeit) und ein Modul zur Förderung von psychosozialer Kompetenz (ETM 3). Die Ergebnisse der Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards werden den Einrichtungen zur Verfügung gestellt, um die Therapieangebote in den Einrichtungen zu verbessern und eine Mindestversorgung mit wissenschaftlich evaluierten Therapieangeboten sicherzustellen.

**Empfehlung:**

In den Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen ist ein komplexes Angebot verschiedener erwerbsbezogener Leistungen vorzuhalten, die für die individuelle Rehabilitationsplanung genutzt werden können und nach dem individuellem Bedarf und den vorhandenen Möglichkeiten auszurichten sind.

#### **4.2 Zielgruppenorientierte Leistungen**

Erwerbsbezogene Leistungen sollen zielgerichtet an den jeweiligen Problemlagen der einzelnen Rehabilitanden ausgerichtet sein. Dementsprechend ergeben sich für die verschiedenen Zielgruppen in der Regel unterschiedliche Therapieschwerpunkte.

**BORA 1:** Für Rehabilitanden mit Arbeit ohne besondere berufliche Problemlagen kommen an spezifischen berufsbezogenen Therapieangeboten insbesondere prophylaktische Leistungen in Frage, zum Beispiel Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber, betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM, nach § 84 SGB IX), stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining oder eine weitere Klärung, wie der Rehabilitand mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann.

**BORA 2:** Für Rehabilitanden mit Arbeit, bei denen besondere berufliche Problemlagen vorliegen, kommen darüber hinaus Leistungen unter anderem aus den Bereichen Problembewältigung am Arbeitsplatz, interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeitstherapie und Ergotherapie in Frage.

**BORA 3:** Für arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit bieten sich insbesondere Leistungen aus den Bereichen Umgang mit Ängsten und Konflikten, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Assessment- und Fallmanagementverfahren und gegebenenfalls Gespräche mit dem Reha-Fachberater an.

**BORA 4:** Für langzeitarbeitslose Rehabilitanden kommen über die Leistungen der Zielgruppe BORA 3 hinaus noch Therapieangebote wie Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, interne Belastungserprobung / Betriebspraktika, externe Belastungserprobung und Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption) in Frage.

**BORA 5:** Nicht-Erwerbspersonen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, sollten je nach Unterstützungsbedarf die therapeutischen Leistungen bekommen, die auch für Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden.

Empfehlung:

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

#### **4.3 Strukturanforderungen (Personalausstattung, Qualifikation, räumlich apparativ)**

In der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind nicht ausschließlich spezialisierte **Mitarbeiter oder Berufsgruppen** wie Ergotherapeuten, Arbeitstherapeuten und Sozialberater mit der beruflichen Reintegration befasst. Alle Berufsgruppen richten ihr Handeln an den übergeordneten Zielen des Erhalts oder der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie des Verhinderns eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben beziehungsweise der Reintegration ins Erwerbsleben aus. Zudem sind auch Kenntnisse über die aktuellen Anforderungen des Arbeitsmarkts erforderlich.

Wie die Verantwortung für die jeweiligen Therapiemodule in einem multiprofessionellen Team auf die einzelnen Mitarbeiter verteilt wird, ist der Organisationsverantwortung der Einrichtung vorbehalten. Sie hängt entscheidend von der Klientel, der Größe der Einrichtung, ihrer Lage und den Fähigkeiten einzelner Mitarbeiter ab.

Die **therapeutischen Angebote** können prinzipiell von folgenden Berufsgruppen erbracht werden: Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Beschäftigungstherapeuten, Berufstherapeuten, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Psychologen und Ärzten oder anderen geeigneten Berufsgruppen.

Die **räumlich-apparative Ausstattung** der Einrichtungen sollte den diagnostischen und therapeutischen Anforderungen an eine beruflich orientierte medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke gerecht werden. So sollten geeignete Räumlichkeiten sowie eine geeignete apparative Ausstattung für die diagnostischen Leistungen vorhanden sein (zum Beispiel

PC-gestützte Testdiagnostik oder Instrumente zur Erstellung eines Fähigkeitsprofils). Auch für die therapeutischen Angebote sollte die geeignete räumlich-apparative Ausstattung vorgehalten werden, so dass möglichst realitätsnahe berufliche Erprobungs- und Trainingsleistungen durchgeführt werden können (zum Beispiel Arbeitstrainings in verschiedenen Berufszweigen).

Erprobungs- und Trainingsleistungen können auch in Kooperation mit externen Einrichtungen durchgeführt werden. In diesem Zusammenhang ist eine gute regionale Vernetzung von Nutzen.

Bezüglich der **personellen und strukturellen Mindestanforderungen** gilt die Broschüre „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“ in der aktuellen Fassung. Beim Personal sind vor allem die quantitativen Anforderungen in den Bereichen klinische Sozialarbeit, Ergotherapie, Beschäftigungstherapie von Bedeutung. Für mögliche Abweichungen von formulierten Zielgrößen ist ein sogenannter Toleranzbereich nach unten von jeweils minus 20 Prozent für jede Funktionsgruppe festgelegt. Eine Beschränkung nach oben ist nicht vorgesehen. Die Überschreitung der Zielgröße kann konzeptionell bedingt in unterschiedlichem Ausmaß begründet sein. Qualitative Anforderungen an das Personal ergeben sich zusätzlich auch aus den Qualitätsmerkmalen der KTL-Codes für einzelne therapeutische Leistungen.

Empfehlung:

Bei der personellen und räumlich apparativen Ausstattung gelten die Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Darin sind Zielgrößen für einzelne Berufsgruppen beziehungsweise Funktionsgruppen beschrieben, die konzeptionell begründet auch nach oben und unten abweichen können.

## **5. Ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

Das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 3. Dezember 2008 führt aus, dass arbeitsbezogene Leistungen ein Instrument zum Erhalt beziehungsweise zur Erreichung der Eingliederung in Arbeit und Beruf darstellen. Bei der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker, die in der Regel wohnortnah in ambulanten Fachstellen durchgeführt wird, handelt sich um einen Versorgungsbereich, in dem im Vergleich zur stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker ein deutlich größerer Anteil an Erwerbstätigen zu finden ist. Hier sind der Erhalt der Erwerbsfähigkeit und das Verhindern eines vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben von zentraler Bedeutung. Die BORA-Zielgruppen 1 und 2 stehen hier besonders im Vordergrund.

Bei der ambulanten Rehabilitation werden in der Regel 40 + 4 Therapieeinheiten über einen Zeitraum von sechs Monaten bewilligt. Von diesen Therapieeinheiten sind bis zu 10 Therapieeinheiten für arbeitsbezogene Interventionen in 6 Monaten möglich. Bei einer darüber hinausgehenden Anzahl von Therapieeinheiten sind maximal bis zu 20 Einheiten für arbeitsbezogene Interventionen vorgesehen. Die abrechenbaren Einheiten für arbeitsbezogene Interventionen umfassen 60 Minuten und werden entsprechend dokumentiert und über die KTL verschlüsselt. Die Modalitäten werden detailliert in den „Hinweisen der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 23. September 2011 beschrieben (Gemeinsamer Leitfaden zur Erstel-

lung und Prüfung von Konzepten, Anlage 1, 2011). Die arbeitsbezogenen Leistungen sind in den Konzepten zu beschreiben. Der Bedarf ist bezogen auf die individuelle Problemlage im Einzelfall zu prüfen.

Das Interventionsspektrum berücksichtigt sozialrechtliche Beratung (KTL D552, D585, D595), Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere Arbeitsplatzadaption (KTL D561, D562, D563, D564, D569), soziale Gruppenarbeit, insbesondere Training sozialer Kompetenz (KTL D586, D596) und arbeitsplatzbezogene Interventionen (KTL C580), insbesondere Gespräche mit Betriebsangehörigen (KTL E630) und Arbeitsplatzbesuch (KTL E672).

Für die arbeitslosen Rehabilitanden in der ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, insbesondere für die BORA-Zielgruppen 3 und 4, steht folgendes Interventionsspektrum zur Verfügung: sozialrechtliche Beratung (KTL D563), Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere Berufsklärung unter Einbeziehung geeigneter Screeninginstrumente (KTL D561, D562, D563, D564, D569), Klärung der wirtschaftlichen Sicherung (KTL D552), sonstige (berufliche) Rehabilitationsberatung (KTL D569), soziale Gruppenarbeit, insbesondere Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung (KTL D583, D593), Training sozialer Kompetenz (KTL D586, D596), Bewerbungstraining (KTL H841, H842) und arbeitsplatzbezogene Interventionen, insbesondere Arbeitsplatztraining (KTL E590), Bilanzierungsgespräch bei Arbeitsplatzpraktikum (KTL E630) und externe und interne Belastungserprobung (KTL E621, E622).

Ergänzende Beratungen und Hilfen aus anderen Leistungsbereichen können mit der ambulanten Rehabilitation in den ambulanten Fachstellen verknüpft werden. 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.

**Empfehlung:**

Arbeitsbezogene Interventionen haben eine zentrale Bedeutung in den vielfältigen Leistungsformen der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker und sind spezifische Instrumente zum Erhalt beziehungsweise zur Erreichung der Teilhabe an Arbeit und Beruf. Die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird überwiegend berufsbegleitend durchgeführt und knüpft unmittelbar an die Arbeits- und Berufswelt an.

## **6. Adaption**

Adaption kann die letzte Phase einer stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sein. Sie wird in speziellen Adaptionseinrichtungen und Abteilungen durchgeführt. Mit Hilfe der Adaption sollen sich Rehabilitanden, die bereits lange Zeit nicht mehr am Erwerbsleben teilgenommen haben und / oder die ihren sozialen Bezugsrahmen inklusive Wohnung und Bekanntenkreis weitgehend neu aufbauen müssen, die Fähigkeiten aneignen und die Schritte erproben, die nötig sind, um Arbeit zu finden und zu halten, selbständig einen Haushalt zu führen und sich alkoholabstinent und drogenfrei am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen. Insbesondere Rehabilitanden der Zielgruppe BORA 4, vereinzelt auch BORA 2, 3 und 5 stellen die Zielgruppe einer Adaption dar.

Die Adaption umfasst die medizinische und psychotherapeutische Behandlung, den Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten, die Anleitung zur Freizeitgestaltung in Verbindung mit Selbsthilfensätzen und die externe Arbeits- und Belastungserprobung, die insgesamt auf die Erlangung der beruflichen (Re-)Integration abzielen. 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. Die für eine Adaption in Frage kommenden Rehabilitanden sind dahingehend frühzeitig im Behandlungsverlauf zur Durchführungen adaptiver Behandlungen zu motivieren und Rehabilitationseinrichtungen sind aufgefordert, in enge Kooperationen mit Adaptionseinrichtungen zu treten.

Da die Adaptionsphase einer stationären Phase nachfolgt, sind in der Regel die diagnostischen Einschätzungen der Rehabilitanden, unter anderem auch die Zuordnung zu einer BORA-Zielgruppe, bereits erfolgt. In der Adaptionsphase müssen deshalb die diagnostischen Einschätzungen bei Bedarf ergänzt werden. In der Adaption haben ein (möglichst externes) Arbeitsplatzpraktikum, gegebenenfalls die Integration in berufliche Bildungsmaßnahmen, Hilfen bei der Wohnungssuche und Alltagsbewältigung eine zentrale Bedeutung. Die Behandlung in der Adaption zielt insbesondere auch auf die Festigung der Abstinenz und die persönliche Stabilisierung bei auftretenden Krisen im (Berufs-) Alltag ab.

Folgende erwerbsbezogene Therapieangebote kommen in der Adaptionsphase häufig zur Anwendung:

Sozialrechtliche Beratung (KTL D552, D585), Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben (D561, D562, D563, D564, D569), Einleitung spezieller Nachsorgeangebote (D573, D579, D584, D594), Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern (D572), erwerbsbezogene psychoedukative Gruppen (D581, D582, D583, D585, D586, D589, D591, D592, D593, D595, D596, D599), sozialtherapeutische Einzelbetreuung (D620), Bilanzierungsgespräche bei externem Arbeitsplatzpraktikum (E630), Selbsthilfetraining, Aufbau von sozialer Kompetenz oder sonstiges (E641, E651, L560), Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung (E601, E602), arbeitsweltbezogene Problematik im Bereich der Psychotherapie (F552, G552, G576, G605, G642, G676), interne und externe Belastungserprobung (E621, E622).

**Empfehlung:**

Insbesondere für Rehabilitanden der Zielgruppe BORA 4, vereinzelt auch für Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 2, 3 und 5 kann eine Adaption indiziert sein. In dieser möglichen letzten Phase der stationären medizinischen Rehabilitation sind wesentliche Ziele unter anderem die Unterstützung der Rehabilitanden bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt und die Förderung der sozialen Teilhabe.

## **7. Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

Die Nachsorge gehört zu den sonstigen nachgehenden Leistungen zur Sicherung der Erfolge einer medizinischen Rehabilitation. Sie ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation und kommt für Abhängigkeitskranke in Frage, deren Rehabilitationsziele erreicht sind. In der Nachsorge werden unter anderem die in der Rehabilitation erworbenen, auf eine Erwerbstätigkeit bezogenen Verhaltensweisen und

Einstellungen der Rehabilitanden erprobt, nachhaltig gesichert und weiter gefestigt. Sie unterstützt Abhängigkeitskranke durch Gespräche über den Transfer der in der Rehabilitation erarbeiteten Vorhaben und Vorsätze, die auch ihre Erwerbstätigkeit betreffen. Ein zentrales Anliegen ist die Förderung der Inanspruchnahme von Maßnahmen schulischer und beruflicher (Wieder-)Eingliederung (zum Beispiel Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, Begleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung).

Therapeutische Elemente treten dabei zu Gunsten einer Unterstützung eigener Aktivitäten der Rehabilitanden zum Erhalt des Arbeitsplatzes oder zur möglichst dauerhaften Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zurück. Bei drohenden oder aktiven Krisen können in der Nachsorge mit den Rehabilitanden angemessene Konfliktlösungsstrategien erarbeitet werden.

Die ambulante Nachsorge kommt für alle BORA-Zielgruppen in Frage.

Näheres ist im Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge geregelt.

#### **8. Kooperation / Vernetzung / Fallmanagement / übergreifende Zusammenarbeit**

Die mit den Leistungen zur Teilhabe angestrebte dauerhafte berufliche (Re-)Integration abhängigkeitskranker Menschen erfordert ein **frühzeitiges, schnittstellenübergreifendes, abgestimmtes und vernetztes Handeln aller beteiligten Kooperationspartner**, um beispielsweise berufliche Hintergründe der Rehabilitanden zu klären, Anpassungen am (bisherigen oder künftigen) Arbeitsplatz anzustoßen oder Informationen über den Rehabilitationsverlauf und das Rehabilitationsergebnis zeitnah an relevante Kooperationspartner - unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen - weiterzugeben.

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit wird geprägt durch die Herstellung und Pflege der erforderlichen Kontakte sowie gute Kommunikationsstrukturen mit kurzen Informationswegen sowohl zu den Rehabilitanden als auch innerhalb des Rehabilitationsteams. Hierfür sind eine ausreichende Motivation und der Kooperationswille aller Beteiligten erforderlich.

Die Kontaktaufnahme zu externen Kooperationspartnern setzt stets das **Einverständnis der Rehabilitanden** voraus und sollte unter Einbeziehung des Rehabilitanden erfolgen. Eine erfolgreiche Durchführung gelingt nur bei ausreichender Motivation der Rehabilitanden. Diese gilt es herzustellen.

Der Informations- und Datenaustausch zwischen der Rehabilitationseinrichtung und allen externen Akteuren erfolgt unter Beachtung der **gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes**. Über den geplanten Datenaustausch, die betroffenen schutzwürdigen Interessen und den Datenschutz ist der Rehabilitand aufzuklären und das schriftliche Einverständnis einzuholen.

Bei regelmäßiger Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern ist empfehlenswert, die wesentlichen Inhalte in Kooperationsvereinbarungen festzuhalten. Maßnahmen der Qualitätssicherung können zudem sicherstellen, dass die Durchführung der Zusammenarbeit

auch tatsächlich entsprechend den getroffenen Vereinbarungen abläuft. Der zuständige Leistungsträger ist über bestehende Kooperationsvereinbarungen zu informieren.

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 .

### **8.1 Verantwortliche und zuständige Kooperationspartner**

Je nach Einzelfall und konkreter Zielstellung kommen unter anderem

- Arbeitgeber,
- Arbeitsagenturen, Jobcenter und andere Sozialleistungsträger,
- behandelnde Ärzte / Hausärzte,
- behandelnde Psychotherapeuten,
- Berufsbildungsträger,
- betriebliche Sozial- und Mitarbeiterberatung,
- Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation,
- Gemeinsame Servicestellen der Rehabilitationsträger,
- Integrationsämter und Integrationsfachdienste,
- Reha-Fachberater,
- Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherungsträger,
- Suchtberatungsstellen und Fachstellen,
- (Sucht-)Selbsthilfegruppen sowie
- Werks- und Betriebsärzte

als wichtige Kooperationspartner in Betracht.

Die Kooperationspartner und Inhalte der Zusammenarbeit variieren je nach Zielgruppe und individueller Zielstellung. Bereits frühzeitig sollen die erforderlichen Kontakte durch die Rehabilitationseinrichtung hergestellt werden.

Bei regelmäßiger Zusammenarbeit sind Kooperationsvereinbarungen wünschenswert und hilfreich. Die zeitnahe Informationsweitergabe an den zuständigen Rehabilitationsträger ist sicherzustellen. Eine regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der vorhandenen Kommunikationsstrukturen und Kooperationsvereinbarungen sollte im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems erfolgen.

### **8.2 Wesentliche Inhalte der Kooperation**

Der Informationsaustausch, die Einbeziehung und Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern ist frühzeitig und gegebenenfalls schon im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation notwendig, um relevante Informationen über den Arbeitsplatz und die individuellen Belastungsfaktoren der Rehabilitanden sowie weitere Kontextfaktoren und Ressourcen zu erhalten. 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.

Nachfolgend wird beispielhaft aufgeführt, welche Kontakte und Inhalte zur Stärkung des Erwerbsbezugs genutzt werden können:

### **Kontakte zu Arbeitgebern, Werks- und Betriebsärzten, zur betrieblichen Sozial- und Mitarbeiterberatung**

Die Arbeitgeber, Werks- und Betriebsärzte sowie die betriebliche Sozial- und Mitarbeiterberatung können Informationen zu dem konkreten Arbeitsplatz der Rehabilitanden oder zur psychosozialen Arbeitssituation geben.

Für die Erstellung einer detaillierten Arbeitsplatzbeschreibung sollten entsprechende Materialien beziehungsweise Informationen über die Personalabteilungen angefordert werden. In Einzelfällen ist auch eine Arbeitsplatzbesichtigung in Betracht zu ziehen, um einen realitätsnahen Eindruck von der Arbeitsplatzsituation mit ihren spezifischen Anforderungen zu erhalten. Dies kann dazu beitragen, ein individuell zugeschnittenes Trainingsprogramm für die Rehabilitation zu erstellen.

Im Verlauf der Rehabilitation können Betriebsseminare oder Gespräche mit Betriebsangehörigen genutzt werden, um spezifische Risikofaktoren am Arbeitsplatz zu erkennen und alternative Verhaltensmöglichkeiten zu erarbeiten.

In den Gesprächen mit dem Arbeitgeber sind wechselseitige Bedenken, Ängste oder Motivationen vor der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu thematisieren, wesentliche Informationen über die Erkrankung der Rehabilitanden mit deren Einverständnis zu geben, Fragen der beruflichen Eingliederung sowie vorhandene Leistungseinschränkungen und deren Auswirkungen auf die zukünftige Arbeitsplatzgestaltung abzuklären.

Die Einrichtung prüft die Möglichkeiten der stufenweisen Wiedereingliederung und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., BAR-MER/GEK [www.sucht-am-Arbeitsplatz.de](http://www.sucht-am-Arbeitsplatz.de), Fachverband Sucht e.V., Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., 2013, DRV Bund, 2010). Diese sind in dem Gespräch mit dem Arbeitgeber zu erörtern.

Für die Planung der Rückkehr an den Arbeitsplatz kann auch frühzeitig Kontakt zum Betriebs- oder Personalrat, gegebenenfalls zur Schwerbehindertenvertretung und dem Betriebsarzt aufgenommen werden. Bei entsprechendem Einverständnis der Rehabilitanden wird eine zeitnahe Übersendung des Entlassungsberichts an den Werks- oder Betriebsarzt empfohlen. In diesem Zusammenhang ist zum Beispiel bei Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder innerbetrieblicher Umsetzung auch an die Einschaltung des Reha-Fachberaters über den Rentenversicherungsträger zu denken.

#### **Empfehlung:**

Im Hinblick auf die Zielrichtung der medizinischen Rehabilitation soll bei einem vorhandenen Arbeitsplatz mit dem Arbeitgeber bereits zu Beginn der Rehabilitation Kontakt aufgenommen werden. Gegenstand der Gespräche sind beispielsweise die Gestaltung des Arbeitsplatzes, schwierige Situationen am Arbeitsplatz, Erwartungen des Arbeitgebers und des Rehabilitanden sowie die Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Hierbei kommt dem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement eine besondere Bedeutung zu.



### **Kontakte zu Arbeitsagenturen / Jobcentern**

Rechtzeitige und enge Kontakte zu den Arbeitsagenturen / Jobcentern fördern das vorrangige Ziel der beruflichen Wiedereingliederung von arbeitslosen Abhängigkeitskranken in der medizinischen Rehabilitation.

Die Rehabilitationseinrichtung sollte bei Arbeitslosen oder bei Arbeitssuchenden die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit der örtlich zuständigen Arbeitsagentur / dem örtlich zuständigen Jobcenter rechtzeitig vor der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation unterstützen. Das schließt eine Vor- und Nachbereitung des Gesprächs und die Erstellung eines vorläufigen Blattes 1a des Entlassungsberichts durch die Rehabilitationseinrichtung mit ein. Bei der Terminvereinbarung sollte beachtet werden, dass ein erstes Beratungsgespräch bei der Arbeitsagentur / dem Jobcenter im Rahmen einer Familienheimfahrt wahrgenommen werden kann. Die Kontaktaufnahme mit der Arbeitsagentur / Jobcenter setzt voraus, dass der künftige Wohnsitz und die grundlegende berufliche Perspektive geklärt sind, damit Integrationsbemühungen in die Wege geleitet werden können. In dem Gespräch sollten Perspektiven für die Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt und ein verbindlicher weiterer Beratungstermin für die Zeit unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation vereinbart werden. Von Seiten der Rehabilitationseinrichtung ist darauf zu achten, dass eine Veränderung des Entlassungszeitpunkts aus der medizinischen Rehabilitation der Arbeitsagentur / dem Jobcenter rechtzeitig durch den Betroffenen mitgeteilt wird.

Die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Rentenversicherung streben den Abschluss einer gemeinsamen Empfehlung zum Übergangsprozess an, um die Zusammenarbeit zwischen Arbeitsagenturen / Jobcentern und Rehabilitationseinrichtungen bei arbeitslosen Abhängigkeitskranken zu verbessern.

#### **Empfehlung:**

Das Rehabilitationsziel der beruflichen Wiedereingliederung soll bei arbeitslosen Abhängigkeitskranken in der medizinischen Rehabilitation durch Beratungsgespräche der Arbeitsagenturen / Jobcenter während der Familienheimfahrt und unmittelbar nach der medizinischen Rehabilitation gefördert werden.

### **Kontakte zu behandelnden Ärzten / Hausärzten / Psychotherapeuten**

Informationen an weiterbehandelnde Ärzte / Psychotherapeuten über die Ziele und Ergebnisse der Rehabilitationsbehandlung, insbesondere über die Nachsorge- beziehungsweise Weiterbehandlungsempfehlungen sind im Rahmen der Berichterstattung erforderlich.

### **Kontakte zu beruflichen Rehabilitationseinrichtungen, Bildungsträgern und Betrieben**

Über Kontakte zu Berufsförderungswerken, Berufsbildungszentren und externen Betrieben können Erfahrungen mit praktischen Arbeitstätigkeiten (zum Beispiel im Rahmen einer Belastungserprobung, einer Berufsfindungsmaßnahme, eines Praktikums beziehungsweise eines Assessments) und eine schnellere berufliche (Wieder-)Eingliederung ermöglicht werden.

### **Kontakte zu Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger**

In den Landkreisen und kreisfreien Städten sind von den Rehabilitationsträgern Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet worden. Diese beraten und unterstützen in allen Fragen der Rehabilitation, nehmen Anträge auf, ermitteln den zuständigen Sozialleistungsträger und sollen insgesamt ein schnelles Rehabilitationsmanagement gewährleisten. Für die Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestellen steht ein Handbuch zur Verfügung, wel-

ches einen Überblick über das Leistungsspektrum aller Leistungsträger nach dem SGB IX gibt (BAR, 2009). Das Handbuch kann auch als allgemeines Nachschlagewerk genutzt werden und ist im Internetangebot der BAR ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)) enthalten.

### **Kontakte zu Integrationsämtern und Integrationsfachdiensten**

Aufgabe der Integrationsämter ist die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben. Für die individuelle Unterstützung bedienen sie sich der Integrationsfachdienste. Eine frühzeitige Einbindung ist für eine schnelle berufliche (Wieder-) Eingliederung sinnvoll.

### **Kontakte zum Reha-Fachberater der Rentenversicherungsträger**

Kontakte zum Reha-Fachberater der Rentenversicherung dienen insbesondere dazu, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben schon während der medizinischen Rehabilitation vorzubereiten und Nahtlosigkeit zu gewähren. Fachberatungen der Rentenversicherung sollten regelmäßig für alle Rehabilitanden mit entsprechendem Bedarf angeboten werden.

### **Kontakte zum Sozialmedizinischen Dienst der Rentenversicherungsträger**

In Gesprächen mit den Ärzten der Rentenversicherungsträger können nachgehende Leistungen zur Teilhabe in deren Zuständigkeitsbereich geklärt und zeitnah eingeleitet werden.

### **Kontakte zu Suchtberatungsstellen / Fachstellen und (Sucht-)Selbsthilfegruppen**

Suchtberatungsstellen / Fachstellen und (Sucht-)Selbsthilfegruppen tragen insbesondere zu einer langfristigen Stabilisierung und nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolges bei. Die entsprechenden Kontakte sind frühzeitig durch die Rehabilitationseinrichtung und die Rehabilitanden herzustellen beziehungsweise aufrecht zu erhalten. Informationen über weiterführende Angebote sind zu vermitteln (BAR, 2006, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010).

## **8.3 Weiterführende Entwicklungen**

Um bestehende Vernetzungsansätze und die übergreifende Zusammenarbeit weiter zu entwickeln, bedarf es gezielter Anstrengungen aller Kooperationspartner. Rehabilitationseinrichtungen müssen verstärkt Netzwerkarbeit leisten und Kooperationen eingehen. Träger und Erbringer beruflicher (Re-)Integrationsleistungen sollen sich diesen Anfragen nicht verschließen und zur sektorübergreifenden Beratung und zur nahtlosen Leistungserbringung beitragen. Insbesondere im Bereich des Abbaus von Vermittlungshemmnissen, wie zum Beispiel fehlende Schulabschlüsse und berufliche Qualifikationen einschließlich Zusatzqualifikationen wie unter anderem Schweißer- oder Staplerführerschein, Verschuldung, fehlende Mobilität und Kinderbetreuung müssen konkrete Lösungsansätze gefunden werden.

Zu empfehlen ist, dass vor Ort die Rehabilitationseinrichtungen Kooperationsvereinbarungen mit ARGE n und in Optionskommunen mit den dortigen Jobcentern treffen. Es sollten möglichst einfache Beratungs- und Informationszugänge sowie feste Zuständigkeiten benannt werden (Drogen- und Suchtrat, 2011).

In diese Richtung weisen auch Projekte und Modelle einzelner Träger der Deutschen Rentenversicherung zum Fallmanagement. Hierbei wird dem Rehabilitanden ein persönlicher Begleiter / Fallmanager zur Seite gestellt. Arbeitslose Abhängigkeitskranke werden durch diesen insbesondere auch im Prozess der Arbeitssuche und -integration unterstützt mit dem Ziel einer langfristigen Aufrechterhaltung des Arbeitsplatzes. Dabei werden auch die Arbeit-

geber eingebunden und auf diesem Wege frühzeitige Interventionen bei Schwierigkeiten oder Rückfällen gewährleistet.

Empfehlung:

Bestehende Kooperationsstrukturen zu Betrieben, Beratungsstellen und / oder öffentlichen Stellen sollen erhalten und möglichst ausgebaut werden. Kooperationen können durch Kooperationsvereinbarungen verbindlicher gestaltet werden.

Sämtliche Kooperationspartner werden ausdrücklich ermutigt, konkrete Handlungsansätze zu entwickeln, die die berufliche Teilhabe des Rehabilitanden unterstützen. Die örtlichen Gegebenheiten müssen dabei Berücksichtigung finden.

## 9. Dokumentation und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

### 9.1 Dokumentation

Die Dokumentation von Verlauf und Ergebnissen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker und insbesondere der Leistungen im Bereich Arbeits- und Berufsorientierung findet statt

- in der Basisdokumentation,
- in der Eingangs- und Abschlussdiagnostik,
- in der einrichtungsinternen Leistungserfassung,
- in der Patientenakte (Sammlung aller Informationen im Verlauf) sowie
- im Reha-Entlassungsbericht (Zusammenführung aller Informationen zur Entlassung).

Mit der **Basisdokumentation** werden unter anderem wesentliche Daten zu Beginn der Behandlung (insbesondere Diagnosen, soziodemografische Daten, Arbeits- und Berufsanamnese, Kontextfaktoren, Erwerbsstatus) sowie erste Ergebnisdaten zum Behandlungsende (insbesondere Art der Beendigung, Veränderung von einzelnen Eingangsparametern beispielsweise Erwerbsstatus / Lebensunterhalt / Wohnsituation) erhoben.

Im Rahmen der **Eingangs- und Abschlussdiagnostik** werden unterschiedliche diagnostische Verfahren als Grundlage für die erwerbsbezogene Therapieplanung eingesetzt. Eine Veränderungsmessung findet durch Einsatz einzelner geeigneter Instrumente am Ende der Rehabilitation statt.

Die **Leistungserfassung** erfolgt auf der Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Wichtige KTL-Ziffern im Zusammenhang mit arbeits- und berufsbezogenen Leistungen sind in Kapitel 4.1 zusammengefasst.

Von den Rehabilitationseinrichtungen wird ein einheitlicher Qualitätsstandard für die Dokumentation bei Abschluss der Rehabilitationsleistung durch die Rentenversicherungsträger gefordert. Gemeinsame Dokumentationsgrundlage ist der „Leitfaden zum **einheitlichen Entlassungsbericht** in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ (Deutsche Rentenversicherung, 2015).

Der freie, aber gegliederte Text auf Blatt 2 ist so zu gestalten, dass mit klaren Aussagen der Verlauf und die Ergebnisse der Behandlung dargestellt und damit die Leistungsbeurteilung und weiterführende Maßnahmen begründet werden. Für den Bereich Arbeits- und Erwerbs-

orientierung sind neben der Sozialmedizinischen Epikrise insbesondere folgende Punkte der Gliederung von Bedeutung:

- Sozialmedizinische Anamnese,
- Reha-Prozess und -Ergebnis sowie
- Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen.

## 9.2 Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung

Die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit ist wesentlicher Bestandteil der Leistung zur medizinischen Rehabilitation und des Reha-Entlassungsberichts. Hinsichtlich der Beurteilung des Leistungsvermögens in der letzten sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit muss eine Auseinandersetzung mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes einschließlich besonderer Belastungen und der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden in Bezug zu diesen Anforderungen erfolgen. Es ist der maximale zeitliche Rahmen anzugeben, in dem diese Tätigkeit ausgeübt werden kann, selbst wenn der Rehabilitand aktuell nur in Teilzeit tätig ist. Des Weiteren wird das qualitative und quantitative Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt festgestellt. Die Ergebnisse sind Grundlage für die Planung und Einleitung anschließender Rehabilitations- und Unterstützungsleistungen, aber auch für die Beantragung / Bewilligung weiterer sozialrechtlicher Leistungen (beispielsweise Erwerbsminderungsrenten).

## 10. Qualitätssicherung und Evaluation

Qualitätssicherung (QS) und Evaluation (insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit von Leistungen im Bereich Arbeits- und Berufsorientierung) erfolgen

- im Rahmen der externen Qualitätssicherung,
- im Rahmen der internen Qualitätssicherung sowie
- im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.

### 10.1 Externe Qualitätssicherung

Von der Deutschen Rentenversicherung, die für den Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker als Federführer zuständig ist, wurde ein umfangreiches Instrumentarium zur Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt. Wesentliche Qualitätssicherungsinstrumente innerhalb des Verfahrens der DRV sind nachfolgend aufgeführt.

Die **Rehabilitanden-Befragung** informiert über die Zufriedenheit der Rehabilitanden sowie deren subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses. Einzelne Fragen beziehen sich auf Aspekte der Arbeits- und Berufsorientierung (insbesondere „Verbesserung der Leistungsfähigkeit“).

Die Begutachtungsergebnisse des **Peer Review-Verfahrens** legen den Fokus auf den Reha-Prozess und das Reha-Ergebnis. Im Hinblick auf die Arbeits- und Berufsorientierung sind insbesondere die entsprechenden Angaben im Entlassungsbericht von Bedeutung.

Die Berichterstattung zur **therapeutischen Versorgung** verdeutlicht das Leistungsgeschehen, in dem es Informationen zu Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit der dokumentierten Leistungsdaten darstellt. Es werden drei entsprechende Kennzahlen anhand der **KTL-Dokumentation** aus der Einrichtung analysiert (Leistungsverteilung,

Leistungsmenge, Leistungsdauer). Eine gesonderte Auswertung der therapeutischen Leistungen im Bereich Arbeits- und Berufsorientierung wird ebenfalls erstellt.

Im Rahmen der **Reha-Therapiestandards** der Deutschen Rentenversicherung wurden indikationsspezifische Standards für die therapeutische Versorgung in der Rehabilitation, auch bei Alkoholabhängigkeitskranken, entwickelt. In den Therapiestandards wird die Versorgung mittels so genannter „Evidenzbasierter Therapiemodule“ (ETM) abgebildet und bewertet. Grundlage hierfür sind die nach der KTL dokumentierten Therapieleistungen. Der Arbeits- und Berufsbezug wird in mehreren Therapiemodulen dargestellt, teilweise werden für spezifische Gruppen - beispielsweise für arbeitslose Rehabilitanden - besondere Anforderungen definiert.

Das Ziel von **Strukturerhebungen** ist, die personellen, technischen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen in den Rehabilitationseinrichtungen abzubilden. Weitere strukturnahe Prozessmerkmale beziehen sich auf die konzeptionellen Grundlagen der Einrichtung, die interne Kommunikation sowie die Personalentwicklung. Verschiedene Merkmale betreffen den Bereich der Arbeits- und Berufsorientierung.

**Visitationen** sind ein weiteres Verfahren zur externen Qualitätssicherung. In der entsprechenden Checkliste werden die Aspekte arbeitsbezogene Leistungen, Sozialdienst und Sozialmedizin als eigene Bereiche abgefragt.

Ergänzend werden weitere Daten aus den Routineverfahren der Rentenversicherung einrichtungsbezogen zur Verfügung gestellt, falls eine Mindestfallzahl (Quorum) erreicht wird. Der **Bericht zur Rehabilitandenstruktur** informiert über soziodemografische (zum Beispiel Alter, Bildungsniveau oder Erwerbsstatus) und krankheitsbezogene Merkmale (zum Beispiel Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen). Damit kann das Rehabilitandenspektrum aufgezeigt und es können die Ergebnisse zur Reha-Qualitätssicherung eingeordnet werden.

In Zusammenhang mit der Rehabilitandenstruktur bieten **Auswertungen zum Sozialmedizinischen Verlauf nach medizinischer Rehabilitation** Hinweise zum Reha-Ergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) und Tod ausscheiden.

Die Berichte zur Qualitätssicherung, die die DRV regelmäßig den Einrichtungen zur Verfügung stellt, dienen einerseits dazu, Rehabilitationseinrichtungen indikationsbezogen zu vergleichen. Andererseits werden die regelmäßigen Datenanalysen zur einrichtungsbezogenen Berichterstattung genutzt, die als Voraussetzung für eine stetige Qualitätsentwicklung angesehen wird.

## 10.2 Interne Qualitätssicherung

Neben der verpflichtenden Teilnahme an einem externen QS-Programm werden in den Rehabilitationseinrichtungen zahlreiche eigene Instrumente eingesetzt, um verschiedene Qualitätsdimensionen anhand von Indikatoren und Kennzahlen zu analysieren.

Einige Items der **Basisdokumentation** eignen sich auch für die interne Qualitätssicherung. So kann beispielsweise die Analyse der Rehabilitandenstruktur (Erwerbsstatus vor und nach

der Rehabilitation) anhand soziodemografischer Daten im Zeitverlauf einen Eindruck über die Veränderung der Zielgruppen der Einrichtung vermitteln.

Schriftliche **Patientenbefragungen** am Ende der Behandlung durch die Einrichtung sind mittlerweile ein Standardinstrument. Damit wird die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung insgesamt, aber auch mit den einzelnen Teilen der Einrichtung und den Elementen der Therapie (unter anderem Leistungen im Bereich Erwerbs- und Berufsorientierung) differenziert erhoben.

Die Mehrzahl der Rehabilitationseinrichtungen im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen führt seit Jahren **Ein-Jahres-Katamnesen** nach dem Standard des Deutschen Kerndatensatzes durch. Damit wird der Behandlungserfolg im Hinblick auf die Abstinenz und weitere Indikatoren (beispielsweise Erwerbstätigkeit, Kontextfaktoren) aufgrund einer Selbstauskunft der rückmeldenden Rehabilitanden erhoben. Diese Daten werden einrichtungsübergreifend von den Suchtverbänden ausgewertet und publiziert. Es stehen somit umfangreiche und aussagekräftige Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation im Hinblick auf die Teilhabe im Allgemeinen sowie die berufliche Teilhabe im Besonderen zur Verfügung.

Im Rahmen eines **Controlling**, ist es in vielen Rehabilitationseinrichtungen mittlerweile Standard, Daten aus der **externen Qualitätssicherung** auch mit Erwerbsbezug selbst auszuwerten, um diese Daten zur Steuerung des Versorgungsgeschehens zeitnah zu nutzen (beispielsweise zur therapeutischen Versorgung oder zur Erfüllung der Reha-Therapiestandards).

### 10.3 Internes Qualitätsmanagement

Aufgrund der Zertifizierungspflicht für stationäre Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 20 Abs. 2a SGB IX verfügt jede Fachklinik über ein internes Qualitätsmanagement (QM) nach den Vorgaben der BAR (BAR Vereinbarung, 2009). Ambulante und ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen verfügen ebenfalls über ein internes Qualitätsmanagement (§ 20 Abs. 2 SGB IX), jedoch ohne die Verpflichtung zur Zertifizierung. Der entsprechende Anforderungskatalog umfasst unter anderem die folgenden Qualitätskriterien:

- 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 und
- Nummer 9 – Verfahren für die interne Messung und Analyse von Ergebnissen sowie Nutzung der Daten für das Controlling und kontinuierliche Verbesserung.

Mit der Erfüllung dieser Kriterien ist sichergestellt, dass die Einrichtungen über die notwendige Struktur- und Prozessqualität auch im Bereich der arbeits- und berufsbezogenen Leistungen verfügen.

### 10.4 Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Qualitätssicherung

Obwohl ein umfassendes Instrumentarium für die Qualitätssicherung und Evaluation von Leistungen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker zur Verfügung steht, finden sich hier nur wenige und in der Regel globale Indikatoren, die explizit die Aspekte der

Berufs- und Arbeitsorientierung analysieren. Eine entsprechende Weiterentwicklung im QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung könnte beispielsweise folgende Aspekte einbeziehen:

- 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.

Insgesamt wäre es sinnvoll, den beruflichen Integrationserfolg nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation stärker in den Fokus der externen und internen Qualitätssicherung zu nehmen. Allerdings ist dabei Vorsicht geboten: Integrationserfolge oder Integrationsprobleme dürfen nicht alleine einer Rehabilitationseinrichtung zugeschrieben werden, da diese zum einen in einem bestimmten regionalen Umfeld agiert (beispielsweise gute oder schlechte Arbeitsmarktsituation) und zum anderen ihr Zielgruppen-Mix sich deutlich unterscheiden kann (beispielsweise hoher oder geringer Anteil arbeitsloser Rehabilitanden). Zudem ist zu berücksichtigen, dass vor und nach der Rehabilitation auch andere Einflussfaktoren oder Unterstützungsleistungen zum Tragen kommen, die Einfluss auf den Integrationserfolg von Rehabilitanden haben.

## 11. Literatur

- Bundesarbeitsamt für Arbeitsschutz (BAuA): Unfallverhütungsbericht Arbeit, 2011.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, 2006.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR): Gemeinsame Empfehlungen zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess), August 2014.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR): Handbuch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation, 2. Auflage, Mai 2009
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR): Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX, Oktober 2009.
- Bürger, W., Deck, R.: SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation, 2009, 48, 211 - 221.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), BARMER / GEK: [www.sucht-am-arbeitsplatz.de](http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de).
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe - Definition und Erläuterung zum Gebrauch, Stand: Oktober 2010 ([www.dhs.de](http://www.dhs.de)).
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Handlungsleitfaden zum Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement, Mai 2010.
- Deutsche Rentenversicherung Bund: Pschyrembel Sozialmedizin, de Gruyter, 2007.
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz: Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, 2014.
- Deutsche Rentenversicherung: Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand: August 2012.
- Deutsche Rentenversicherung: Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), 2015.
- Deutsche Rentenversicherung: Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der gesetzlichen Rentenversicherung 2015, Stand Juli 2014.
- Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei psychischen und Verhaltensstörungen, August 2012.
- Deutsche Rentenversicherung: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stand Juli 2014.
- Drogen- und Suchtbericht 2003, 30

- Drogen- und Suchtrat: Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben, Berlin, November 2011.
- Erbstößer, S., Nellesen, G., Schuntermann, M.: FCE-Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit – Bestandsaufnahme und Experteneinschätzung. DRV-Schriften, 2003, 44.
- Erbstößer, S.: Empfehlungen zum Einsatz von FCE-Systemen, DRV-Schriften, 2004, 52, 59-60.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.: Schulprojekte für suchtgefährdete und suchtkranke junge Menschen, fdr-Text Nr. 5, August 2006.
- Fachverband Sucht e.V., Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.: Suchtprobleme in Klein- und Kleinstbetrieben - Ein praxisorientierter Leitfaden für Führungskräfte, Dezember 2013.
- Föhres, F., Kleffmann, A., Müller, B.: Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA, 5. Auflage), 2003.
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008.
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012.
- Genovese, E., Galper, J.S.: Guide to the evaluation of functional ability: how to request, interpret and apply functional capacity evaluation. In: American Medical Association Press, Chicago, 2009.
- Hasselhorn, H.M., Freude, G.: Der Work Ability Index - ein Leitfaden, 2007.
- Henkel, D., Zemlin, U.: Arbeitslosigkeit und Sucht – Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, 2008.
- Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Anlage 1 des Gemeinsamen Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23. September 2011.
- IMBA-Projektteam, Dieckmann, H., Kaiser, H., Kleffmann, A.: Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt (IMBA), 2000.
- ISRV Tabelle 14.01M, ICD10: F10-19, 2013.
- Jäckel, D., Hoffmann, H., Weig, W.: Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn 2010.
- Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H.-M.: Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. In: Rehabilitation, 39, 297-306, 2000.
- Löffler u.a.: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (Praxis-handbuch), 3. erweiterte Auflage, 2012.
- Löffler, S., Wolf, H.D., Neuderth, S.: Screening - Verfahren in der medizinischen Rehabilitation. In: Hilbert, A., Müller-Fahnow, W., Radoschewski F.M.: Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation, 2009, 133 - 140.
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige (2013). In: Sucht/Aktuell 20/01-13, 13 - 25.
- Müller-Fahnow, W., Spyra, K.: Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK), Neue Finanzierungskonzepte für das Rehabilitationssystem auf der Basis von definierten Leistungskorridoren und Qualitätsanforderungen, 2002.
- Neupert-Schreiner, A.: Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Deutsche Rentenversicherung 10-11/2005, S. 577-598.
- Ranft, A., Fiedler, R., Greitemann, R.: Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO). In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2009, 59, 21-30.
- S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. AWMF-Register-Nr. 038-020 (2012).
- S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register-Nr. 076-001 (2014) Publikation in Vorbereitung.
- Schaarschmidt, U., Fischer, A.: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM), Manual (3. Auflage), 2006.
- Schulische Qualifikation in der Sucht-Reha. In: Konturen, Heft 5/2013, S. 28-32.
- Sozialgesetzbuch (SGB) für die Praxis, Sechstes Buch, Gesetzliche Rentenversicherung, Jahn/Jansen SGB VI § 10 Rz. 4 (Wurm).
- Spyra, K., Egner, U., Fahrenkrog, S.: Rehabilitanden-Management-Kategorien - Forschungsergebnisse für die klinische Praxis. In: Sucht/Aktuell 18/02.11, 28 - 28.



- Streibelt, M., Gerwin, H., Hansmeier, T.: SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. In: Die Rehabilitation, 2007, 46, 266 - 275.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. : Promotion of Work Ability, the quality of work and retirement. In: Occupational Medicine 2001, 51, 5, 318-324.
- Universität Freiburg: Evaluation des Modellprojekts „Berufliche Integration nach Stationärer Suchtbehandlung“ (BISS), Februar 2014.
- Weissing, V., Schneider, R.: Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben - Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement. In: Weber A, Peschkes L, de Boer WEL (Hrsg.): Return to Work - Arbeit für alle. Stuttgart: Gentner, 2015.

An der Erarbeitung der Empfehlungen haben mitgewirkt:

Dr. Ulrike Beckmann  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation

Gerhard Eckstein  
Deutsche Rentenversicherung Schwaben, Abteilung Rehabilitation

Uwe Hennig  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Abteilung Rehabilitation

Sabine Hoffmann  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland Pfalz, Leistungsabteilung, Dezernat 3.3

Dr. Andreas Koch  
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Vorstandsmitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Dr. Joachim Köhler  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation

Dr. Dietmar Kramer  
salus klinik Friedrichsdorf, Vorstandsmitglied Fachverband Sucht e.V. (FVS)

Peter Missel  
AHG Kliniken Daun, Vorstandsmitglied Fachverband Sucht e.V. (FVS)

Barbara Müller-Simon  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation

Anja Neupert-Schreiner  
Deutsche Rentenversicherung Schwaben, Abteilung Rehabilitation

Denis Schinner  
Fachklinik Release / Netzwerk Suchthilfe Hamm, Vorstandsmitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für das Deutsche Rote Kreuz

Dr. Volker Weissinger  
Fachverband Sucht e.V. (FVS)

Dr. Theo Wessel  
Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) – Fachverband der Diakonie Deutschland, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Georg Wiegand  
Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, Hauptabteilung Leistung 1 Reha-Strategie

Als Ansprechpartner für die gemeinsame Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (AG BORA) und die vorliegenden Empfehlungen stehen zu Ihrer Verfügung:

Barbara Müller-Simon  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Tel.: 030 865 39362  
E-Mail.: barbara.mueller-simon@drv-bund.de

Dr. Volker Weissinger  
Fachverband Sucht e.V.  
Tel.: 0228 261555  
E-Mail.: v.weissinger@sucht.de