



Konzept der salus klinik Lindow zum Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die BORA-Zielgruppen

R. Schöneck & R. Cina
Stand: Oktober 2024

salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
www.salus-lindow.de
mail@salus-lindow.de

Änderungshistorie

| Datum | Seite | Autor |
|--------------|--|--------------|
| 03.11.15 | Fertigstellung | jlr, rca |
| 16.07.16 | Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV | jlr |
| 07.11.16 | Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV | jlr |
| 24.02.17 | Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV | jlr |
| 12.06.17 | Einsparungen | jlr |
| 28.06.17 | Überarbeitung nach Rückmeldung durch DRV S. 13, 15, 28, 37 | jlr |
| 01.11.19 | 1, 2, 6, 14, | rsk |
| 2.11.2020 | 1, 2, 3, 14, 38, 42, 43 | rsk |
| 4.11.21 | 1,2, 9, 15, 42, 43 | rsk |
| 26.10.22 | 18, 19, 43 | rsk |
| 17.10.23 | 1, 21, 22, 37, 42, 43 | rsk |
| 04.11.2024 | 1, 14, 18, 33 | rsk |


Vorwort

Aufgrund der hohen strukturellen Arbeitslosigkeit in der Region Brandenburg und Berlin kommt der Vermittlung von spezifischen emotionalen und sozialen Fertigkeiten und Problemlösestrategien zur Erlangung einer regulären Erwerbstätigkeit bei einer Vielzahl unserer Rehabilitand*innen entscheidende Bedeutung zu. Entsprechend waren soziale Reintegration und (Wieder)-Teilhabe am Arbeitsleben schon immer eine besondere Schwerpunktsetzung unseres Behandlungskonzepts, wie wir dies in zahlreichen Veröffentlichungen ausführlich dargestellt haben (Lindenmeyer, 2000; 2001; 2005; 2008; 2008a; Lindenmeyer und Kolling, 2008). In unseren Jahresberichten konnten wir zeigen, dass wir auf diese Weise den Anteil der Arbeitslosen je nach Jahrgang ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung um 15-25% gegenüber dem Behandlungsbeginn auch unter ungünstigen arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen in der Region senken konnten. Wir haben unser berufsorientiertes Behandlungskonzept nunmehr auf der Grundlage der BORA Empfehlungen 2014 systematisch ergänzt und weiterentwickelt.

Zur besseren Lesbarkeit haben wir jeweils die männliche Form bei der Benennung von Personengruppen gewählt. Selbstverständlich sind hierbei weibliche Personengruppen gleichermaßen gemeint.



R. Schöneck
Direktor



R. Cina
Leitender Arzt

Gliederung

Seite

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | Einführung | 06 |
| 1.1 | Definition der BORA Zielgruppe | 07 |
| 1.2 | Kontraindikationen | 08 |
| 1.3 | Therapieziele | 09 |
| 1.4 | Darstellung der Integration in das Gesamtkonzept | 11 |
| 2. | Einrichtungsbezogene Struktur für BORA-Zielgruppen | 13 |
| 2.1 | Größe der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen | 13 |
| 2.2 | Gesamtzahl der Plätze für BORA | 13 |
| 2.3 | BORA Personalausstattung | 13 |
| 2.4 | Spezifische Ausstattung von Räumen | 13 |
| 2.5 | Spezifischer Aus- und Fortbildungsstand von Mitarbeitern | 14 |
| 3. | Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen | 16 |
| 3.1 | Spezifisches Assessment zum Erwerbsbezug vor Aufnahme | 16 |
| 3.2 | Zusammensetzung und Organisation des BORA Teams | 16 |
| 3.3 | Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen | 16 |
| 3.4 | Zusammenarbeit mit externen Institutionen / Organisation der Belastungserprobung | 17 |
| 4. | Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik | 19 |
| 4.1 | Multiprofessionelle Eingangsdiagnostik | 19 |
| 4.2 | Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik | 20 |
| 4.3 | Arbeitsplatzanalyse | 21 |
| 4.4 | Arbeitslosigkeitsanalyse | 23 |
| 4.5 | Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils | 23 |
| 5. | Medizinisch-beruflich orientierte Beratung und Therapie | 26 |
| 5.1 | Ärztliche Aufgaben | 26 |
| 5.2 | Vorträge / Seminare | 27 |
| 5.3 | Berufs- und Sozialberatung | 27 |
| 5.4 | Berufsbezogene Gruppen der Psychotherapie und Sozialarbeit | 28 |
| 5.5 | Ergotherapie | 31 |
| 5.6 | Berufsbezogene Darlegung spezieller arbeitstherapeutischer Ansätze | 32 |
| 5.7 | Arbeitsplatztraining und Arbeitserprobung | 33 |
| 5.8 | Beendigung der Maßnahme und Nachsorge | 33 |
| 6. | Dokumentation einschließlich KTL-Codierung | 36 |
| 7. | Therapieplanung | 39 |

| | |
|------------------------------|-----------|
| 8. Qualitätssicherung | 42 |
| Literatur | 43 |

1. Einführung

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist der ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF) der WHO (DIMDI, 2005) ergänzt worden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel von Suchtbehandlung auch nicht mehr auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen Erkrankungen Suchtmittelabhängigkeit häufig nicht mehr möglich. Vielmehr müssen sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben richten, wie dies zum Beispiel mit Einführung des SGB IX im Jahre 2001 bereits für alle Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschrieben wurde (vgl. Abbildung 1).

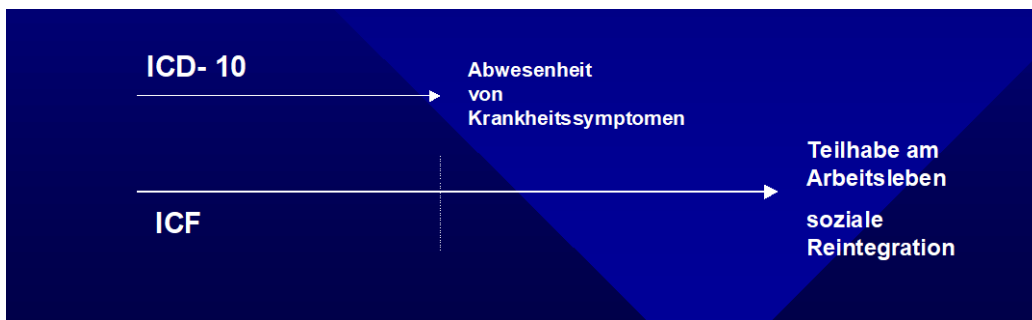
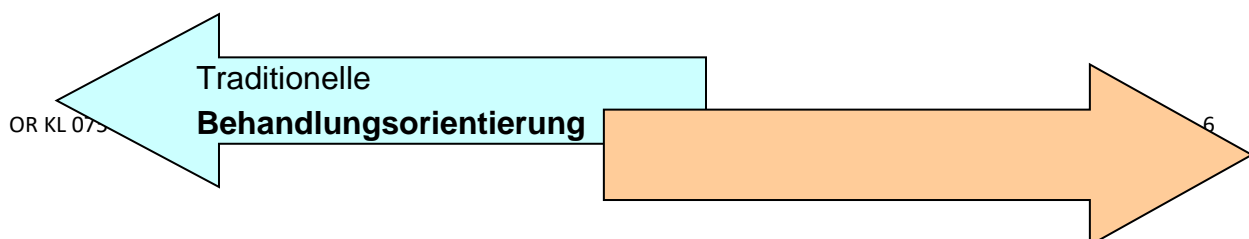


Abb. 1: Der erweiterte Gegenstand von Suchtbehandlung: Ziel des SGB IX ist nicht mehr nur die Beseitigung/Linderung von Krankheitssymptomen nach ICD-10 sondern die Überwindung/Kompensation der durch sie bedingten sozialen Behinderung nach ICF.

Vor diesem Hintergrund gilt es in der Suchtbehandlung der salus klinik Lindow vielmehr um einen teilhabebezogenen, ressourcenorientierten Abstinenzentwicklungsprozess anzustoßen, der zeitlich weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht (vgl. Abbildung 2). Dies bedeutete bislang, dass im Einzelfall eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses erfolgen musste.



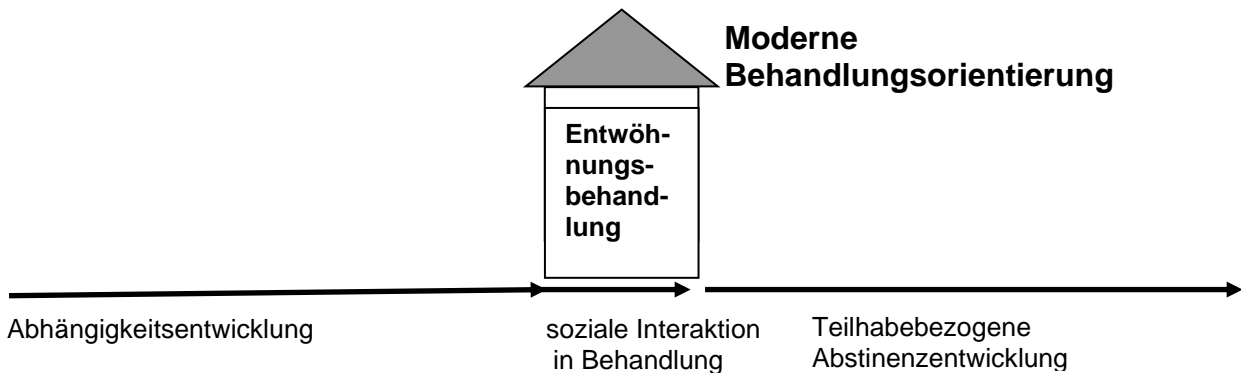


Abb. 2: Veränderte Behandlungsorientierung: Die Schwerpunkte der Suchtbehandlung lagen früher auf der Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsentwicklung und dem aktuellen Interaktionsverhalten der Rehabilitanden im Rahmen der Therapie. Heute liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der teilhabeorientierten Abstinenzentwicklung, die weit über die eigentliche Therapie hinausreicht.

Die von den Leistungsträgern angestoßene Konzeption der berufsorientierten Rehabilitation Abhängiger BORA ermöglicht nunmehr eine Erweiterung unserer bisherigen Kapazitäten von arbeitsplatzbezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt.

1.1 Definition der BORA-Zielgruppe

Es stellt eine hilfreiche Erweiterung unserer bisherigen differentiellen Bemühungen dar, dass nunmehr die Bestimmung der individuell unterschiedlichen Bedarfe der Rehabilitanden hinsichtlich einer berufsbezogenen Rehabilitation durch das BORA-Konzept der Leistungsträger wie folgt systematisiert wurde:

BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen. Hier sind keine spezifischen berufsbezogenen Behandlungsangebote erforderlich.

BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Hier ist eine spezifische Erfassung und wo immer möglich eine Verbesserung der individuellen berufsbezogenen Problemlage erforderlich, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Hier kommen insbesondere Leistungen aus den Bereichen Problembewältigung am Arbeitsplatz, interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, PC-Schulungskurse, Sozialberatung, Arbeitstherapie und Ergotherapie in Frage.

BORA-Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I). Auch Erwerbstätige, die während Krankenschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag). 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. Hier ist eine systematische Erfassung und

wo immer möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um sie möglichst dauerhaft in der Erwerbsleben wiederenzugliedern. Hier sind 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 indiziert

BORA-Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II). Auch hier ist eine systematische Erfassung und wo immer möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um sie doch noch dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern. Über die Leistungen der Zielgruppe BORA 3 hinaus kommen hier 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-Zielgruppe 5: Hierzu zählen schließlich zum Beispiel Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben. Hier ist eine systematische Erfassung und gezielte Förderung der individuellen beruflichen Neigungen und Potentiale erforderlich. Je nach Unterstützungsbedarf werden die therapeutischen Leistungen angeboten, die auch für Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden.

1.2 Kontraindikationen

Die Studien zur Entwicklung von Rehabilitandenmanagementkategorien RMK haben gezeigt, dass sich der individuelle Behandlungsbedarf von Alkoholabhängigen in 3 prinzipiell unabhängigen Beeinträchtigungsdimensionen darstellen lässt (Spyra et al., 2011):

- substanzbezogene Beeinträchtigung
- psychische Beeinträchtigung
- soziale Beeinträchtigung

Entsprechend ist ein beruflich-orientierter Rehabilitationsansatz zumindest vorübergehend nicht indiziert bei Rehabilitanden, bei denen die Voraussetzungen hierzu aufgrund körperlicher, substanzbezogener oder psychischer Problemlagen (noch) nicht gegeben sind. Beispiele hierfür sind u.a.:

- Traumatisierte Rehabilitanden, die unter ständigen Flashbacks oder Dissoziationen leiden
- Rehabilitanden mit stark gestörtem Interaktionsverhalten (Impulsivität, Aggression, Misstrauen) oder parasuizidalem Verhalten aufgrund einer Persönlichkeitsstörung
- Essgestörte Rehabilitanden mit starkem Untergewicht und entsprechend eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten

- Rehabilitanden mit starken körperlichen Einschränkungen (Schmerzen, dekompensierte Leberzirrhose, Herzrhythmusstörungen)
- Rehabilitanden mit stark einschränkendem Zwangsverhalten oder angststörungsbedingtem Vermeidungsverhalten
- Rehabilitanden ohne Abstinenzmotivation oder mit ständigen Alkohorrückfällen
- Rehabilitanden während des Ausschleichens von Medikamenten mit Suchtpotential

In all diesen Fällen ist zunächst eine Konzentration der Behandlungsbemühungen auf die primären Störungsbereiche erforderlich, bevor bei ausreichender Stabilisierung mit berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen begonnen werden kann.

Außerdem sind berufsbezogene Rehamaßnahmen nicht indiziert bei Rehabilitanden mit dauerhafter Berentung und bei Rehabilitanden ohne berufsbezogene Problemlagen (BORA-Zielgruppe 1).

1.3 Therapieziele

Hauptziel jeder Rehabilitationsmaßnahme ist die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Im Falle einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bedeutet dies 2 ineinandergreifende Unterziele:

- 1) **Zufriedene, dauerhafte Suchtmittelabstinenz:** Die Erwerbsfähigkeit von Suchtkranken ist insbesondere dadurch gefährdet bzw. beeinträchtigt, dass die Betroffenen ihr Suchtmittel ungeachtet negativer Folgen weiter konsumieren. Wesentliche Ursache hierfür ist das im Verlauf einer Suchtentwicklung im Sinne eines sog. Suchtgedächtnisses (Böning, 1994) ein immer stärkeres neuropsychologisches Ungleichgewicht entsteht zwischen der verstärkten Anreizwirkung von alkoholspezifischen Stimuli einerseits und einer verringerten Selbstkontrollfähigkeit der Betroffenen (Lindenmeyer, 2010b). Entsprechend gilt in der neuen S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen (AWMF, 2021) Alkoholabstinenz unverändert als primäres Therapieziel der 1. Wahl. Hinsichtlich eines berufsbezogenen Rehabilitationskonzepts bei Suchtkranken bedeutet Erwerbsfähigkeit unter anderem, dass Rehabilitanden insbesondere auch beruflicher Belastungen und Konflikte aber auch spezifische Trinkangebote im beruflichen Kontext ohne Alkohol bewältigen können. Spezifische berufliche Risikosituationen sind hierbei u.a.:
 - Überforderung: Heutige Arbeitsplätze sind zunehmend weniger durch körperliche Belastung als vielmehr durch psychischen Stress gekennzeichnet. Viele Beschäftigte sind einem erheblichen Qualifikationsdruck durch immer neue Informationstechnologien, der verstärkten Erwartung zu Flexibilisierung und der zunehmenden Bedrohung durch Arbeitslosigkeit in Form einer „Erosion der Vollzeitarbeitsverhältnisse“ und einer „Fragmentierung stabiler Berufsbiografien“ ausgesetzt (Zielke, 2000). Es stellt ein besonderes Rückfallrisiko dar, wenn Beschäftigte auf diese Situation mit einer Verausgabung und einer unökonomischen Aktivität reagieren, der sie vorrangig durch den Einsatz von Alkoholkonsum

sozusagen als chemische „Auszeit“ zunächst in der Freizeit und schließlich auch am Arbeitsplatz begegnen.

- Unterforderung: Gleichzeitig ist ein erhöhter Alkoholkonsum an eintönigen und unterfordernden Arbeitsplätzen zu beobachten. Hier dient der Alkohol eher als Kick und Abwechslung sozusagen als „chemisches Abenteuer“.
- Risikoberufe: Bestimmte Berufsgruppen haben ein besonderes Rückfallrisiko aufgrund sozialer Verführung. Hier sind Berufe mit einer Häufung von problematischem Alkoholkonsum (Baugewerbe, Straßenbau, Gastronomie, chemische Industrie, Ärzte, Manager) zu nennen, in denen sich Betroffene damit konfrontiert sehen, das selbst ein riskanter oder schädlicher Alkoholkonsum als normal, insbesondere aber Alkoholabstinenz als unnormal angesehen ist.
- Anhaltende oder drohende Arbeitslosigkeit: In einer Vielzahl von Studien konnte ein verstärktes Auftreten von Alkoholproblemen bei Arbeitslosigkeit festgestellt werden (Henkel, 2007). Allerdings wird das Suchtverhalten wohl weniger durch die Arbeitslosigkeit an sich, sondern durch das Ausmaß des dadurch verursachten Rückgangs an sozialen Ressourcen bestimmt (Puls et al., 2005). Zusätzlich stellt der Verlust des Arbeitsplatzes ein erhöhtes Rückfallrisiko dar.

2) **Erhalt bzw. Steigerung der beruflichen und sozialen Teilhabe**: Umgekehrt verschwinden die suchtbedingten sozialen und arbeitsplatzbezogenen Problemlagen in der Regel nicht von selbst, wenn der Betroffene aufhört sein Suchtmittel zu konsumieren. Teilweise sind die Beziehungen durch die anhaltende Suchtentwicklung erheblich konfliktbelastet, teilweise müssen eingetretene Schäden mühsam beseitigt werden, schließlich lassen sich manche negative Folgen wie Kündigung, Schulden nicht wieder rückgängig machen. Ein wesentliches Ziel in der Suchtbehandlung ist daher, wieder soviel berufliche und soziale Teilhabe wie möglich zu erzielen. Dies hat nach dem verhaltensökonomischen Suchtmodell von Vuchinic (1999) wiederum unmittelbare Rückwirkung auf die Stabilität der Suchtmittelabstinenz. Danach wird das Rückfallrisiko im Anschluss an die Behandlung durch Verhältnis der Verfügbarkeit von Alkohol im Vergleich zur Verfügbarkeit von anderen Ressourcen (z.B. Partnerschaft, soziale Kontakte, beruflicher Erfolg) zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse bestimmt. Entscheidend ist hierbei neben dem Umstand, in welchem Umfang eine Person über alternative Ressourcen anstelle von Alkohol verfügt, auch die zeitliche Nähe dieser Verfügbarkeit. Während Alkohol in der Regel sofort verfügbar ist, stehen alternative Ressourcen oft erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung (vgl. Abbildung 3).

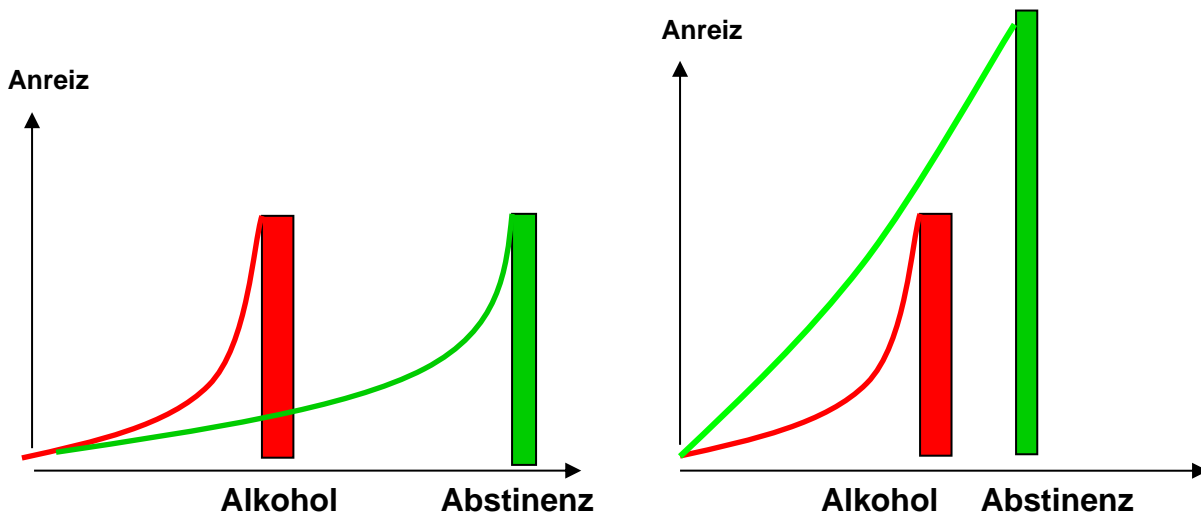


Abb. 3: Das Rückfallrisiko nach dem verhaltensökonomischen Suchtmodell von Vuchinic (1999) Im linken Diagramm besteht ein sehr hohes Rückfallrisiko: Die Vorteile von Abstinenz überwiegen nicht gegenüber der positiven Wirkung von Alkohol, v. a. aber sind sie lediglich langfristig und werden vom Betroffenen als unsicher erlebt. Im rechten Diagramm besteht dagegen ein eher geringes Rückfallrisiko: Die Vorteile von Abstinenz sind gegenüber der positiven Alkoholwirkung deutlich erhöht und sie sind außerdem für den Betroffenen relativ kurzfristig erreichbar und werden als sicher erlebt.

Hinsichtlich einer berufsbezogenen Rehabilitation lassen sich hieraus für die BORA-Zielgruppe 2-5 spezifische Therapieziele ableiten:

BORA-Zielgruppe 2: Hier ist eine spezifische Erfassung der individuellen berufsbezogenen Problemlage erforderlich, um daraus gemeinsam mit dem Rehabilitanden spezifische Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren zur:

- Sicherung des Arbeitsplatzes,
- Überwindung berufsbezogener Einschränkungen,
- Stärkung berufsbezogene Ressourcen,
- Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

BORA-Zielgruppe 3: Hier ist eine systematische Erfassung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich, um daraus gemeinsam mit dem Rehabilitanden spezifische Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren zur:

- Entwicklung einer realistischen erwerbsbezogenen Perspektive,
- Verbesserung von Fertigkeiten des Erwerbslebens,
- Optimierung der Arbeitssuche,
- Überwindung von Vermittlungshemmnissen,
- Stärkung berufsbezogener Ressourcen.

BORA-Zielgruppe 4: Auch hier ist eine systematische Erfassung und wo möglich eine Überwindung der individuellen Vermittlungshemmnisse erforderlich sowie bei Erfüllung der

Voraussetzungen eine Vermittlung in eine Adaptionsbehandlung im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung anzustreben. Da aber mit einer längeren Zeit weiterer Arbeitslosigkeit im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung zu rechnen ist, geht es gleichzeitig auch darum, den Rehabilitanden für Praktika, soziales Engagement oder Nachbarschaftshilfe zu bewegen, um auf diese Weise seine Erwerbsfähigkeit und Arbeitsorientierung weiter gezielt zu fördern und über diesen Umweg eine Rückkehr in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Die gemeinsam mit dem Rehabilitanden zu vereinbarenden Behandlungsmaßnahmen dienen entsprechend zur:

- Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen,
- Realistischen Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit,
- Verbesserung von Fertigkeiten des Erwerbslebens,
- Optimierung der Arbeitssuche,
- Aktivierung zu Praktika, sozialem Engagement und Nachbarschaftshilfe,
- Überwindung von Vermittlungshemmnissen,
- Einleitung einer nahtlosen Adaptionsbehandlung.

BORA-Zielgruppe 5: Hier ist eine systematische Erfassung der individuellen beruflichen Neigungen und Potentiale erforderlich, um daraus gemeinsam mit dem Rehabilitanden spezifische Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren zur:

- Entwicklung einer realistischen erwerbsbezogenen Perspektive
- Verbesserung von Fertigkeiten des Erwerbslebens
- Optimierung der Arbeitssuche
- Überwindung berufsbezogener Einschränkungen
- Stärkung berufsbezogener Ressourcen

Die anzustrebenden Therapieziele werden dann in jedem Einzelfall zu beobachtbaren und damit messbaren Zielkriterien operationalisiert und in der elektronischen Patientenakte für jeden Mitarbeiter der interdisziplinären Teams sichtbar dokumentiert.

1.4 Darstellung der Integration in das Gesamtkonzept

Angesichts des hohen Anteils von Rehabilitanden mit berufsbezogenen Problemlagen haben wir darauf verzichtet, einen gesonderten Bereich für BORA-Zielgruppen in der Klinik zu schaffen, sondern die derzeit in der Klinik für alle Rehabilitanden geltende Teilhabeorientierung durch neue, zusätzliche BORA-spezifische Behandlungsangebote strukturell ausgebaut und personell erweitert (vgl. Abbildung 4).

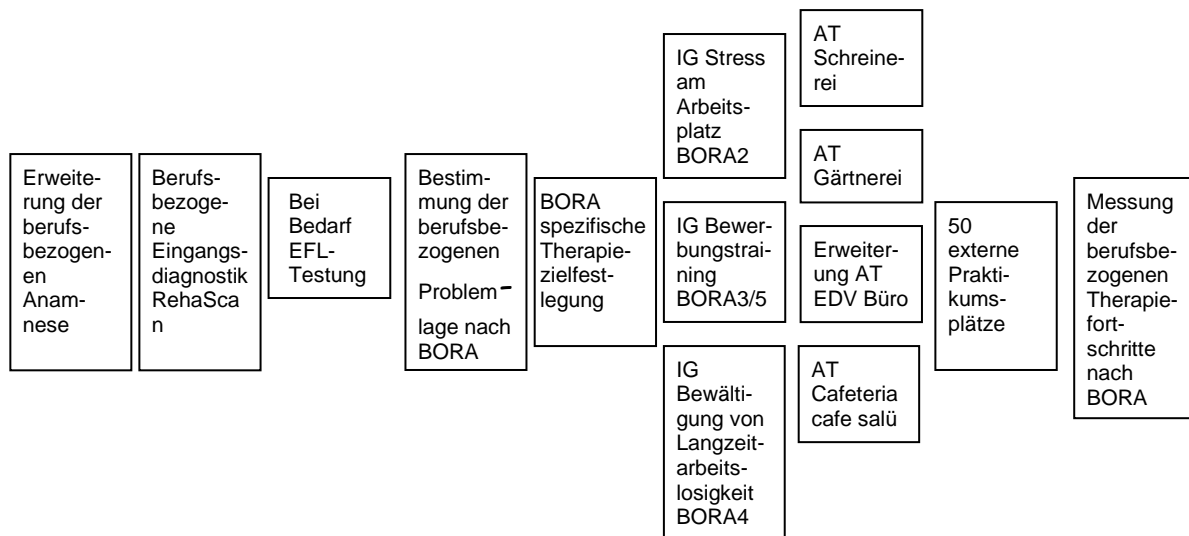


Abb. 4: Strukturelle Erweiterung der gegenwärtigen teilhabebezogenen Therapiekonzeption durch neue BORA-Zielgruppen orientierte Behandlungselemente

Hierdurch wollen wir eine sorgfältigere Erfassung der berufsbezogenen Problemlagen aller Rehabilitanden in der Eingangsdiagnostik, eine spezifischere und verbindlichere Zieldefinition für die im Einzelfall indizierten berufsbezogenen Therapiemaßnahmen, einen größeren zeitlichen Anteil von im Einzelfall indizierten berufsbezogenen Therapiemaßnahmen und schließlich eine systematischere Messung und Dokumentation der erzielten berufsbezogenen Therapiefortschritte erreichen.

2. Einrichtungsbezogene Struktur für BORA

2.1 Größe der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen indikationsbezogen

Die Abteilung Abhängigkeitserkrankungen der salus klinik Lindow verfügt über 181 Behandlungsplätze in einem separaten Bettenhaus. Auf der Grundlage unserer bisherigen Basisdokumentationsauswertung wird künftig in etwa mit folgendem Rehabilitandenanteil in den BORA-Zielgruppen zu rechnen sein:

BORA 1: 12%

BORA 2: 24%

BORA 3: 8%

BORA 4: 38%

BORA 5: 3%

2.2 Gesamtanzahl der Plätze zur BORA-Zielgruppen orientierten Rehabilitation

Alle Rehabilitanden durchlaufen die erweiterte berufsbezogene Anamnese und Diagnostik zur Ermittlung berufsbezogener Problemlagen.

Es stehen jeweils 6 Plätze in den 3 berufsbezogenen Indikationsgruppen „Stress am Arbeitsplatz“, „Bewerbungstraining“ und „Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit“ zur Verfügung.

Die notwendigen Plätze zur systematischen Abgleichung des arbeitsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils (MELBA, EFL-Testung, AZUBI-BK, Explorix) stehen je nach Bedarf zur Verfügung.

Es stehen jeweils 12 Plätze in den Arbeitstherapiebereichen: „Schreinerei“, „Gärtnerei“, „Übungsfirma EDV-Büro“, dem EDV-Training und der „Übungsfirma Café salü“ zur Verfügung. Es stehen ca. 50 Praktikumsplätze innerhalb und außerhalb der Klinik zur Verfügung.

2.3 BORA Personalausstattung

- Für die Durchführung jeder der 3 berufsbezogenen Indikationsgruppen „Stress am Arbeitsplatz“, „Bewerbungstraining“ und „Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit“ stehen jeweils 2-3 Psycholog*innen stundenweise zur Verfügung, sodass jede Gruppe 4x90 Minuten pro Woche auch bei Krankheit oder Urlaub angeboten werden kann.
- Für die Arbeitstherapie Gärtnerei stehen 2,5 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Für die Arbeitstherapie Schreinerei stehen 2,5 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Für die Arbeitstherapie EDV-Büro und das EDV-Training stehen 2 Arbeitstherapeuten zur Verfügung.
- Für die systematische Abgleichung des arbeitsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsprofils stehen je nach Bedarf stundenweise zur Verfügung:
 - o MELBA: 4 Arbeitstherapeuten
 - o EFL-Testung: 2 Physiotherapeuten
 - o AZUBI-BK: 2 Arbeitstherapeuten
- Für die arbeitstherapeutische Übungsfirma Café salü stehen 2 eingestellte Arbeitstherapeuten zur Verfügung.

- Zur Koordination der externen Praktika steht eine halbe Arbeitstherapeutenstelle zur Verfügung, um den individuelle Gestaltung und die Auswertung der Praktika entsprechend der BORA Zielsetzung im Einzelfall zu intensivieren.

2.4 Spezifische Ausstattung von Räumen

- Für die 3 berufsbezogenen Indikationsgruppen stehen jeweils Gruppentherapieräume mit Whiteboard sowie eine Videokamera und Monitor zur Auswertung von Rollenspielen zur Verfügung. Den Teilnehmern der Indikativgruppe „Bewerbungstraining“ stehen stundenweise auch PC-Arbeitsplätze zur Verfügung, um ihre Bewerbungsunterlagen zu vervollständigen. Außerdem haben die Rehabilitanden über W-LAN und Internetterminals Zugang zum Internet, um dort nach Stellenangeboten zu schauen.
- Die Arbeitstherapie Schreinerei verfügt über einen großen Werkraum mit 10 Hobelbänken, Werkzeugkästen und diversen Handmaschinen, sowie über einen Maschinenraum mit Kreissäge, Hobelmaschine und Bandsäge und ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.
- Die Arbeitstherapie Gärtnerei verfügt über einen Arbeitsraum mit Lager für Schutzkleidung, ein Gewächshaus, eine Garage für Gartengeräte und –maschinen, ca. 3 ha Außenanlagen sowie ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.
- Für die Arbeitstherapie EDV-Büro und das EDV-Training stehen Räumlichkeiten mit insgesamt 20 EDV-Arbeitsplätzen (mit zuschaltbaren Internetanschluss), einem Lagerraum und einem Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte zur Verfügung.
- Für die arbeitstherapeutische Übungsfirma Café salü sind ein Tresenbereich mit Cafemaschine, Eistruhe und Geschirrschränken sowie ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte vorhanden.
- Für die EFL Testung steht ein Parcours mit 20 Arbeitsstationen zur Verfügung, die jeweils typische Arbeitshaltungen und Arbeitsbelastungen simulieren. Auch hier gibt es ein Mitarbeiterbüro mit Anschluss an die elektronische Patientenakte.

2.5 Spezifischer Aus- und Fortbildungsstand bei Mitarbeitern

| Zuständigkeitsbereich | Ausbildung | Fortbildung / Anleitung |
|--|---|--|
| IG Stress am Arbeitsplatz | Psychologischer Psychotherapeut bzw. Diplompsychologe in fortgeschrittener Weiterbildung | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| IG Bewerbungstraining | Sozialarbeiter | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| IG Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit „Alltagsplanung“ | Psychologischer Psychotherapeut bzw. Diplompsychologe in fortgeschrittener Weiterbildung Sozialarbeiter | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| AT Gärtnerei | Landschaftsgärtner | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA |

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| | | Manual Teilnehmermaterialien |
| AT Schreinerei | Schreinermeister Arbeitstherapeut | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| AT EDV-Büro | Arbeitstherapeut EDV-Trainer | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| EDV-Training | Arbeitstherapeut EDV-Trainer | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| Übungsfirma Cafe salü | Arbeitstherapeut Ergotherapeut | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |
| EFL-Testung | Physiotherapeut | EFL-Fortbildung Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual |
| Koordination externe Praktika | Arbeitstherapeut | Schulung in Teilhabeorientierung/BORA Manual Teilnehmermaterialien |

3. Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen

3.1 Spezifiziertes Assessment zum Erwerbsbezug vor Aufnahme im Einladungsschreiben

Entfällt, da der Sozialbericht bereits sehr viele Informationen enthält, um die berufsbezogene Problematik entsprechend den BORA-Zielgruppen ausreichend abschätzen zu können. Außerdem können die für die endgültige Bestimmung der BORA-Zielgruppen notwendigen Informationen problemlos innerhalb der ersten 3 Behandlungstage erhoben werden.

3.2 Zusammensetzung und Organisation des BORA-Zielgruppen zugeordneten Teams

Wir haben keine nach BORA-Zielgruppen fest zugeordneten Behandlungsteams. Stattdessen wird durch den Bezugsarzt und den Bezugstherapeuten mit Unterstützung des Supervisors nach Abschluss der Eingangsdiagnostik innerhalb von ca. 3 Tagen nach der Aufnahme gemeinsam entschieden, welche BORA-Zielgruppen-spezifischen indikativen Behandlungsmaßnahmen dem Rehabilitanden angeboten werden. Dadurch entsteht in jedem Einzelfall ein spezifisches interdisziplinäres Behandlungsteam der mit den berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen betrauten Therapeuten des Rehabilitanden.

3.3 Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen

Grundlage der interdisziplinären Zusammenarbeit und des gegenseitigen Austausches ist die elektronische Patientenakte, die für den beteiligten Mitarbeiter alle relevanten Informationen über den Rehabilitanden jederzeit zugänglich macht. Über die elektronische Patientenakte erfolgt auch die Buchung und Überwachung der Teilnahme an allen Therapiemaßnahmen. Schließlich werden hier unmittelbar alle Verlaufsdaten von den einzelnen Therapiemaßnahmen unmittelbar festgehalten. Hierbei bestehen klare Regelungen, wer für welche Masken Lese- und Schreibrechte besitzt und bis zu welchem Zeitpunkt welche Daten eingegeben sein müssen (vgl. Abbildung 5). Dadurch kann sich jeder Mitarbeiter des interdisziplinären Behandlungsteams jederzeit einen unmittelbaren Eindruck vom aktuellen Behandlungsstand jedes vom ihm betreuten Rehabilitanden machen. Es entsteht hierdurch ein permanenter Informationsaustauschprozess zwischen den Mitgliedern der interdisziplinären Behandlungsteams.

| Inhalte / Behandlungsmaßnahme | Zeitpunkt | dokumentiert durch | Leserecht |
|---|--------------|------------------------|-----------|
| Berufsanamnese / Arbeitsplatzbeschreibung | 1. Woche | Bezugsarzt/ -therapeut | alle |
| Berufsbezogene Einschränkungen / Problemlagen | 1. Woche | Bezugsarzt/ -therapeut | alle |
| Ergebnisse Berufsbezogene Diagnostik RehaScan | 1. Woche | Bezugstherapeut | alle |
| Ergebnisse EFL-Diagnostik | 2./3. Woche | Physiotherapeut | alle |
| Operationalisierung Berufsbezogene Therapieziele | 2. Woche | Bezugstherapeut | alle |
| Festlegung und Buchung der Berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen | 2. Woche | Bezugstherapeut | alle |
| Einzeltherapie | 1.-12. Woche | Bezugstherapeut | alle |
| Arztkonsultationen | 1.-12. Woche | Bezugsarzt | alle |
| Ergebnisse externer Facharztkonsile | 2.-12. Woche | Bezugsarzt | alle |

| | | | |
|--|---------------|---|------|
| Teilnahme, Inhalte, Besonderheiten im Verlauf der berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen | 2.-12. Woche | Indikativer Therapeut, Arbeitstherapeut | alle |
| Sozialberatung (Einleitung von weiteren berufsbezogenen Reintegrationsmaßnahmen) | 2.-12. Woche | Sozialarbeiter | alle |
| Abschlussmessung der berufsbezogenen Einschränkungen und Problemlagen | 10.-12. Woche | Arbeitstherapeut | alle |
| Ergebnisse der Fallbesprechungen / Supervision | 2.-12. Woche | Bezugstherapeut | alle |
| Sozialmedizinische Einschätzung | 12. Woche | Bezugsarzt | alle |

Abb. 5: Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit durch die fortlaufende Dokumentation aller berufsbezogenen Behandlungsschritte in der elektronischen Patientenakte PADO

Die interdisziplinären Fallbesprechungen müssen daher nicht mehr zum Informationsaustausch herhalten, sondern können sich auf die Lösung von Behandlungskonflikten und die gegenseitige Absprache konzentrieren. Sie kommen nach Bedarf unter Leitung des zuständigen Supervisors zustande. Insbesondere die Absprache interaktioneller Strategien auf Beziehungsebene zwischen Rehabilitand und Behandler können anhand von Videoaufnahmen der Einzeltherapiesitzungen vertieft werden.

Insgesamt ermöglicht dieses Vorgehen mehr Zeit für die unmittelbare Arbeit am Rehabilitanden.

3.4 Zusammenarbeit mit externen Institutionen / Organisation der Belastungserprobung

Innerhalb der Klinik verfügen wir über folgende Praktikumsplätze zur Belastungserprobung:

- Fahrradwerkstatt (2 Plätze)
- Küche (1 Platz)
- Hauswirtschaft (1 Platz)
- Haustechnik (2 Plätze)
- Gärtnerei (2 Plätze)
- Schreinerei (1 Platz)
- Café salü (1 Platz)

Außerdem haben wir ca.50 externe Praktikumsplätze zur Belastungserprobung in folgenden Berufsfeldern organisiert:

| Berufsfeld | Inhalte |
|--------------------------------------|--|
| Altenpflege im Seniorenheim | Hilfe bei der Körperpflege, Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags der Bewohner, hauswirtschaftliche Arbeiten |
| Behindertenhilfe in einer Wohnstätte | Versorgung und Betreuung von geistig und mehrfach behinderten Menschen, Aktivierung und Freizeitgestaltung |
| Landwirtschaft | Feldarbeiten, Pflege und Versorgen der Tiere, Gartenpflege |
| Pferdehof und Ponyhof | Reinigen der Ställe und Ausläufe, Fütterung, kleine Reparaturen, Instandhaltung der Anlagen |
| Hausmeisterarbeiten | Pflege der Anlagen, Reparaturarbeiten, Winterdienst |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kfz- Werkstatt und Karosseriebau | Hilfe und Unterstützung beim Warten und Reparieren von Kraftfahrzeugen |
| Friseurgewerbe | Haare waschen, fönen, Reinigungsarbeiten |
| Schmiede- und Metallbau | einfache Schlosserarbeiten |
| Fischerei | zuarbeitende Tätigkeiten im Freien, Reinigen der Fische, Räuchern |
| Gartenbau | Gestaltung und Pflege von Außenanlagen, Arbeiten im Gewächshaus |
| Einzelhandel | Helferarbeiten in den Verkaufs- und Lagerräumen, Platzieren der Ware |
| Baubetriebe | Berufsspezifischer Einsatz, aber auch Lager-, Grabungs-, Abbruch- oder Aufräumarbeiten |
| Stuckateur | einfache Malerarbeiten, Gestaltung von Hausfassaden |
| Gastgewerbe | Reinigen und Pflegen der Räume, Überziehen der Betten und Bestücken der Bäder mit Hygieneartikeln |
| Inselpraktikum auf der Insel Werder | Landwirtschaftliche Arbeit (Baumpflege etc.) und Versorgung von Gästen und Gruppen auf der Insel |

Seit 2008 ist die salus klinik Lindow Träger von 4 Beratungsstellen für Langzeitarbeitslose mit suchtmittelbedingten Vermittlungshemmnissen an den Standorten Werder, Teltow, Belzig und Brandenburg, die durch den Landkreis Potsdam-Mittelmark finanziert werden. Die Mitarbeiter haben ihre Büros innerhalb der Jobcenter an den 4 Standorten. Durch gemeinsam vereinbarte verbindliche Abläufe und eines von allen Beteiligten akzeptierten gegenseitigen Informationsaustausches ist eine ungewöhnlich weitgehende Integration von den Prozessen der Arbeitsverwaltung, ambulanter Beratung und stationärer medizinischer Rehabilitation möglich (vgl. Abbildung 6):

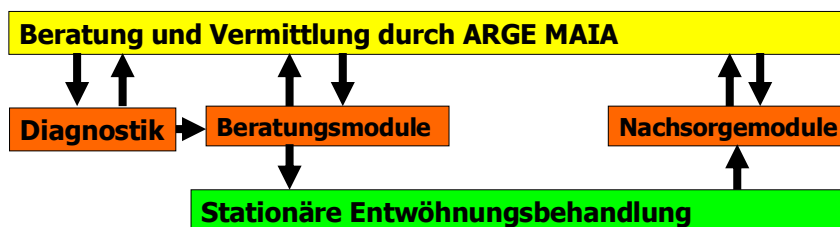


Abb. 6: Systematische Zusammenarbeit zwischen Jobcenter (ARGE MAIA), Suchtberatung und stationärer Entwöhnungsbehandlung in der salus klinik Lindow.

Seit 2008 besteht eine mit den Leistungsträgern abgestimmte Kooperation zwischen der salus klinik Lindow und dem Berufsförderungswerk Berlin-Brandenburg bezüglich einer integrierten 2-4tägigen Kurz-Berufsfindung/Arbeitserprobung (Kurz-BF/AP) mit folgendem Inhalt : Für Rehabilitanden, bei denen eine Rückkehr in den bisherigen qualifizierten Beruf aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich ist und eine qualifizierte LTA angezeigt erscheint, wird interkurrent ein berufsbezogenes Assessment im BFW durchgeführt, um die Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beschleunigen.

4. Medizinisch- beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

4.1 Multiprofessionelle Eingangsdiagnostik

Die **ärztliche Eingangsdiagnostik** besteht aus einem Aufnahmegespräch, in dem u.a. die Krankheitsgeschichte und die Eigenanamnese erhoben werden. Arbeitsunfähigkeitszeiten werden ebenso wie körperliche Funktionseinschränkungen und Beschwerden sowie subjektive Einschränkungen im Alltag, als auch im Berufsleben, erhoben und diagnostiziert. Um die berufsbezogene Anamnese zu systematisieren wurden hierbei folgende obligatorischen Eingabemasken in unserer elektronischen Patientenakte angelegt:

- aktuelle psychische und körperliche Beschwerden und soziale Belastungen
- bisherige Erkrankungen mit jeweiliger Funktionseinschränkung
- subjektive Einschränkungen nach ICF (vgl. Abbildung 7)

Inwieweit fühlen Sie sich in folgenden Aktivitäten eingeschränkt?

Motorische Aktivitätseinschränkungen:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-----------------|------------|----------------|
| ▶ Beweglichkeit | | |
| * Liegen | 2000 | harte Matratze |
| | | |

Kognitive Einschränkungen:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-------------|------------|---------|
| * | | |
| | | |

Einschränkungen bei allgemeinen Aufgaben / Anforderungen:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-------------|------------|---------|
| * | | |
| | | |

Inwieweit fühlen Sie sich in folgenden Lebensbereichen eingeschränkt?

Häuslicher Lebensbereich:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-------------|------------|---------|
| * | | |
| | | |

Beziehung zu anderen Menschen:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-------------|------------|---------|
| * | | |
| | | |

Berufsausübung:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-------------|------------|---------|
| * | | |
| | | |

Teilhabe am allgemeinen sozialen Leben:

| Bezeichnung | Seit wann? | Details |
|-------------|------------|---------|
| * | | |
| | | |

Über welche persönliche Stärken bzw. soziale Ressourcen verfügen Sie?

Persönliche Stärken:

| Bezeichnung | Details |
|-------------|---------|
| * | |
| | |

Soziale Ressourcen:

| Bezeichnung | Details |
|-------------|---------|
| * | |
| | |

Abb. 7: Erfassungsmaske der subjektiven Einschränkungen in der elektronischen Patientenakte.

In der **psychologischen Eingangsdiagnostik** erfolgt eine systematische Erfassung aller psychischen Beschwerden, der Biographie, der allgemeinen Lebenssituation und der Berufssituation sowie eine ausführliche Verhaltensanalyse, um auf dieser Grundlage ein individuelles Krankheitsmodell (i. S. eines Längsschnitts) zu erarbeiten. Um die berufsbezogene

Anamnese zu systematisieren wurden folgende obligatorischen Eingabemasken in unserer elektronischen Patientenakte angelegt:

- aktuelle psychische und körperliche Beschwerden und soziale Belastungen
- AU-Zeiten
- subjektive Einschränkungen nach ICF (vgl. Abbildung 7)
- systematische Erfassung der beruflichen Situation(vgl. Abbildung 8)

Abb. 8: Erfassungsmaske der beruflichen Situation in der elektronischen Patientenakte.

4.2 Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik

In der **Psychologischen Testdiagnostik** mittels des RehaScan-Fragebogenpakets wird der substanzbezogene, der psychische und der soziale Behandlungsbedarf des Rehabilitanden erhoben und der Rehabilitand einer der 4 Bedarfsgruppen zugeordnet. Die Rehabilitanden beantworten die Fragebogen direkt am PC, die Auswertung der Testergebnisse steht sofort bereit. Zur Ermittlung der berufsbezogenen Problemlagen enthält das RehaScan-System u.a. folgende Fragebogen:

- AVEM
- FSOZU

Die RehaScan-Software ermöglicht eine sofortige Auswertung und einen Ausdruck der Testergebnisse als Grundlage für die interdisziplinäre Fallbesprechung (vgl. Abbildung 9).

RMK – Therapie-Anfang

Pat.ID 900

Erna Musterfrau (1949)

Assessment-Ergebnisse - ÜBERSICHT

| Substanzbezogene Beeinträchtigung | | | |  |
|--|-----------|---------|-----------|---|
| | Range | Cut-Off | Pat.-Wert | |
| Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) | 0-40 | > 25 | 34,0 |  |
| Mehr als 1 Entzugsbehandlung im Vorfeld | ja / nein | | ja |  |
| Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen (AASE) | 0-80 | > 27 | 74,0 |  |
| Psychische Beeinträchtigung | | | | |
| | Range | Cut-Off | Pat.-Wert | |
| Psychische Symptomatik | | | |  |
| Beck Depressions-Inventar (BDI - II) | 0-63 | ≥ 14 | 49,0 |  |

Abb. 9: Ausriss aus dem Ergebnisbogen der RMK-Software (Vorgängerversion RehaScan).

4.3 Arbeitsplatzanalyse

Hier geht es um eine detaillierte Analyse der objektiven Anforderungen und Umgebungsbedingungen des Arbeitsplatzes einerseits und des subjektiven Erlebens des Arbeitsplatzklimas durch den Rehabilitanden andererseits. Um die Arbeitsplatzanalyse zu systematisieren wurden folgende obligatorischen Eingabemasken in unserer elektronischen Patientenakte angelegt (vgl. Abbildung 10):

| Beruflicher Werdegang | | | | | |
|-----------------------|---------|----------------|----------------|--------|-----------|
| Berufskategorie | Details | Von Jahr/Monat | Bis Jahr/Monat | Status | Bemerkung |
| ▶ Studium | | | | | |
| * | | | | | |

Zeitlicher Umfang
 Vollzeit Teilzeit stundenweise / geringfügige Beschäftigung

Arbeitsorganisation der letzten Beschäftigung

Tagesschicht (6-18 Uhr)
 Nachtschicht

Arbeitslast

Leichte Arbeit (< 10 kg)
 Mittelschwere Arbeit (10 bis 15 kg)
 Schwere Arbeit (> 15 kg)
 Schwerstarbeit (> 30 kg)

Arbeitshaltung

ständig (> 90% der Arbeitszeit)
 stehend
 gehend
 sitzend

überwiegend (51 bis 90% der Arbeitszeit)
 stehend
 gehend
 sitzend

zeitweise (bis zu 10% der Arbeitszeit)
 stehend
 gehend
 sitzend

gelegentlich (bis zu 5% der Arbeitszeit)
 stehend
 gehend
 sitzend

Letzte Beschäftigung mit besonderen Anforderungen

Anforderungen

- ▶ Fingergeschicklichkeit
- Große Kraft
- volle Farbtauglichkeit
- Hörvermögen
- Konzentrationsvermögen
- Reaktionsvermögen
- Umstellungs-/Anpassungsfähigkeit
- Kontaktfähigkeit

Besondere Belastungen der letzten Beschäftigung

Wegefähigkeit:
mit dem Fahrrad

Anfahrtsweg:
69 km

Kraftfahrzeuge

- ▶ Baumaschinen
- *

Besondere Belastungen

- ▶ Arbeit in Werkhallen
- Nässe, Kälte, Zugluft
- Hautkontakt mit Allergenen und Reizstoffen
- auf Gerüsten und Leitern
- unregelmäßiges Essen / unregelmäßige Pausen
- keine Möglichkeit zur Diät
- Anlagensteuerung / Überwachung
- ständig notwendige Konzentration
- Druckluft

Weitere Infos zur letzten Arbeitsstätte

Betriebsarzt
11

Arbeiten getrennt von Familie
22

Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen des Arbeitgebers
33

Freizeit

Letzter berufl. Status:

Erwerbssituation aktuell:

Situation seit:

Wie sicher ist der Arbeitsplatz:

Abmahnung:

Arbeitsklima:

Psychische Belastung:

Besonderheiten Psychische Belastung:

Körperliche Belastung:

Besonderheiten Körperliche Belastung:

Arbeitsanforderungen:

Kontakt zu anderen Menschen:

Kontakt zu Kollegen:

Konflikte am Arbeitsplatz:

Entscheidungs-/Handlungsspielraum:

Aufstiegsmöglichkeiten:

Wertschätzung durch Vorgesetzte:

Bemerkung aktuelle Situation:

Abb. 10: Erfassungsmasken zur Arbeitsplatzbeschreibung in der elektronischen Patientenakte.

4.4 Arbeitslosigkeitsanalyse

Bei arbeitslosen Rehabilitanden werden die spezifischen Vermittlungshemmnisse und die Einstellung des Rehabilitanden zur Arbeitslosigkeit durch eine entsprechende Maske in der elektronischen Patientenakte erhoben(vgl. Abbildung 11):

Letzter berufl. Status:

Erwerbssituation aktuell:

Situation seit:

Folgende Aussagen treffen auf die Arbeitslosigkeit zu

- ich finde keine (passende) Arbeit
- ich finde keinen Ausbildungsplatz
- ich habe so hohe Schulden, dass es sich nicht lohnt zu arbeiten
- ich bin zu krank um zu arbeiten
- nach so langer Arbeitslosigkeit nimmt mich keiner mehr
- die mir angebotene Arbeit interessiert mich nicht
- ich muss mein Kind oder pflegebedürftige Angehörige versorgen
- ich werde wohl bis an mein Lebensende arbeitslos bleiben
- ich bin zuversichtlich bald wieder Arbeit zu finden

Bestehen folgende Vermittlungshemmnisse?

- Älter als 55 Jahre
- Kindererziehung
- Langzeitleistungsbezug
- Pflege Angehöriger
- Migrationshintergrund
- Mangelnde Sprachkenntnisse
- Wohnungslosigkeit
- Überschuldung
- Kriminelle Vergangenheit

Abb. 11: Erfassungsmaske zur Arbeitslosigkeit in der elektronischen Patientenakte.

4.5 Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils

Bestimmung der BORA-Zielgruppe

Auf der Grundlage der berufsbezogenen Diagnostikerggebnisse erfolgt zunächst eine Zuordnung des Rehabilitanden zu den 5 BORA Zielgruppen. Diese wird zunächst durch die elektronische Patientenakte automatisch vorgeschlagen und dann innerhalb der interdisziplinären Fallbesprechung endgültig festgelegt (vgl. Abbildung 12):

Kriterien für BORA-Einstufung

BORA-Gruppe:

Erfüllte Kriterien:

Kommentar (nicht textrelevant):

Abb. 12: Zuordnung der BORA-Zielgruppe mit Unterstützung der elektronischen Patientenakte.

BORA-Eingangsdagnostik

Der Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils erfolgt je nach Fragestellung mithilfe der folgenden 4 Diagnostikverfahren innerhalb der Ergo-, Arbeits- oder der Physiotherapie:

- Das MELBA-System (Kleffen et al., 1997) bietet die Möglichkeit, das subjektive Fähigkeitsprofil eines Rehabilitanden mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit und seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe wie kognitive Merkmale (z.B. Arbeitsplanung), soziale Merkmale (z.B. Teamarbeit), die Arbeitsausführung (z.B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z.B. Feinmotorik) und die Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z.B. Lesen können). Die MELBA-Testung umfasst 2x150 Min.
- Das aus den USA stammende EFL-System (nach S. Isternhagen) bietet die Möglichkeit, die körperliche Belastbarkeit von Rehabilitand*innen an 29 standardisierten Arbeitsstationen systematisch zu untersuchen. Ziel dieser arbeits- und teilhabebezogenen Form der Physiotherapie ist es, die psychophysiologische Sensitivierung und dysfunktionale Schonhaltung von Rehabilitanden gegenüber Schmerzreizen bzw. körperlichen Belastungen zu erkennen. Dadurch kann differenziert entschieden werden, inwieweit jemand aufgrund körperlicher Einschränkungen in seiner letzten Tätigkeit oder in einem anderen Beruf wieder arbeiten kann bzw. sich für die Arbeitstherapie spezifische Ziele zur körpergerechten und kraftsparenden Verrichtung von Arbeitsabläufen ableiten lassen. Die EFL-Testung umfasst 2x150 Minuten.
- Die AZUBI-BK (Arbeitsprobe zur berufsbezogenen Intelligenz) dient der Erhebung der Leistungsfähigkeiten im Berufsalltag (insbesondere im Büro- und kaufmännischen Bereich). Das Grundmodul umfasst acht Teilarbeitsproben, die separat den sprachlichen Fähigkeitsbereich (Protokoll überarbeiten, Informationsschreiben korrigieren), den rechnerischen Fähigkeitsbereich (Logistikfragen bearbeiten, Bilanzwerte vergleichen, Verkaufszahlen prognostizieren) und das Gedächtnis (Kurzzeit, Langzeit, unintentional) prüfen. Das Zusatzmodul »Postbearbeitung« setzt sich aus vier Teilarbeitsproben zum Posteingang und Postausgang zusammen (Fax vervollständigen, E-Mails sortieren, Adressen prüfen und Porto berechnen) und misst vor allem die Fähigkeiten Bearbeitungsgeschwindigkeit und -genauigkeit sowie Konzentration und Gewissenhaftigkeit.
- Kognitive Testung: Bei Verdacht auf kognitive und intellektuelle Leistungsstörungen wird eine neuropsychologische Abklärung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisvermögens sowie der allgemeinen kognitiven Flexibilität (v.a. Alertness, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit) in Form einer computergestützten Testbatterie (TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung) durchgeführt. Außerdem werden weitere Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2), Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis und Aufmerksamkeitsstörungen (SKT), Diagnostikum für Cerebralschädigung (DCS) und Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) eingesetzt. Die kognitive Testung umfasst je nach erforderlicher Testbatterie 1x 60-90 Minuten.

Die Ergebnisse der verwendeten Verfahren werden dann in der BORA-Eingangsdagnostikmaske in unserer elektronischen Patientenakte in Form eines Abgleichs des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils in den 3 Bereichen:

- Grundarbeitsfähigkeiten
- Psychische Einschränkungen
- Somatische Einschränkungen

im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung zusammengetragen und der Selbsteinschätzung durch den Rehabilitanden gegenübergestellt (vgl. Abbildung 13):

| Grundarbeitsfähigkeiten | | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Kriterium | Selbsteinschätzung Patient | Einschätzung Therapeut Therapiebeginn | Bemerkung |
| ▶ Arbeitstempo | stark eingeschränkt | stark eingeschränkt | |
| Auffassungsgabe | eingeschränkt | stark eingeschränkt | |
| Arbeitsplanung | durchschnittlich | ausgeprägt | |
| Aufmerksamkeit | durchschnittlich | durchschnittlich | |
| Ausdauer | ausgeprägt | eingeschränkt | |
| Reaktionsgeschwindigkeit | weit überdurchschnittlich | stark eingeschränkt | |
| * | | | |

| Berufsrelevante psychische Einschränkungen | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Kriterium | Selbsteinschätzung Patient | Einschätzung Therapeut Therapiebeginn | Bemerkung |
| ▶ Aggressivität | sehr stark eingeschränkt | nicht eingeschränkt | |
| Selbstvertrauen | eingeschränkt | eingeschränkt | |
| Fehlschlag- und Kritikangst | leicht eingeschränkt | leicht eingeschränkt | |
| * | | | |

| Berufsrelevante somatische Einschränkungen | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Kriterium | Selbsteinschätzung Patient | Einschätzung Therapeut Therapiebeginn | Bemerkung |
| ▶ Bewegungseinschränkung | sehr stark eingeschränkt | leicht eingeschränkt | |
| verminderte Feinkoordination | nicht eingeschränkt | stark eingeschränkt | ▼ |
| * | | | |

Abb. 13: BORA-Eingangsdagnostik in der elektronischen Patientenakte.

Auf dieser Grundlage erfolgt die individuelle berufsbezogene Zielsetzung innerhalb der Arbeitstherapie.

5. Medizinisch-berufliche, BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie

5.1 Ärztliche Aufgaben

Angesichts des großen Anteils von Suchtrehabilitanden mit komorbiden somatischen und psychischen Störungen kommt dem Bezugsarzt eine zentrale Rolle zu, Rehabilitanden im Sinne einer verhaltensmedizinischen Perspektive je nach Indikation:

- einerseits zu einer realistischen Akzeptanz persönlicher somatischer oder psychischer Einschränkungen in beruflicher Hinsicht zu bewegen, um künftige Überforderung oder weitere Schädigungen zu vermeiden;
- andererseits glaubwürdig zu vermitteln, dass viele somatische oder psychische Einschränkungen in beruflicher Hinsicht durch entsprechende Therapiemaßnahmen überwindbar bzw. verringerbar sind;
- schließlich aufzuzeigen, dass auch bei unveränderlichen somatischen oder psychischen Einschränkungen ein nicht unerheblicher Spielraum von günstigeren bzw. weniger günstigeren Formen des damit Umgehens besteht.

Dies umfasst im Einzelnen u.a. folgende ärztliche Aufgaben:

- Einleitung und Bewertung von fachärztlichen Konsiliaruntersuchungen: Durch entsprechende Vereinbarungen mit den Ruppiner Kliniken, dem Ärztezentrum Neuruppin sowie mehreren Fachärzten in der näheren Umgebung besteht die Möglichkeit, jede Konsiliaruntersuchung kurzfristig durchführen zu lassen. Die Fahrten werden durch einen Transportdienst der Klinik durchgeführt. Der Arzt löst hierbei innerhalb der elektronischen Patientenakte einen Konsiliarbogen aus, in dem die ärztliche Fragestellung sowie die notwendigen Daten des Rehabilitanden (Diagnosen, aktuelle Beschwerde, Medikation) festgehalten sind. Diesen Bogen legt der Rehabilitand dem Konsiliararzt vor, der dort auch die Ergebnisse der Untersuchungen einträgt, die dann wiederum von Bezugsarzt bewertet und in die elektronische Patientenakte übernommen werden. Dem Bezugsarzt fällt auch die Aufgabe zu, die Ergebnisse der externen Konsiliaruntersuchung dem Rehabilitanden verständlich zu erläutern und glaubwürdig in die weitere Behandlungsplanung einzubauen.
- Umgang mit interkurrenten Beschwerden und Erkrankungen: Das Gesundheitsverhalten von Suchtrehabilitanden kann zwischen riskantem Negieren von bedeutsamen Einschränkungen oder Krankheitssymptomen bis hin zu übertriebenem Vermeidungsverhalten und sofortigem Wunsch nach Befreiung von arbeitsbezogenen Therapiemaßnahmen bei geringfügigen Beschwerden oder Konflikten reichen. Dem Bezugsarzt kommt hier die Aufgabe zu, die Beschwerden des Rehabilitanden kurzfristig abzuklären und dann eine glaubwürdige Entscheidung hinsichtlich einer ärztlichen Befreiung von arbeitsbezogenen Therapiemaßnahmen zu treffen und v.a. gegenüber dem Rehabilitanden zu vertreten. Weitere Schwerpunkte der verhaltensmedizinisch orientierten Behandlung sind:
 - die Vermittlung eines adäquaten, handlungsleitenden Krankheitsverständnisses,
 - die Veränderungen von Schon- und Krankheitsverhalten,
 - die Vermittlung eines konstruktiven Umgangs mit Schmerzen und anderen Körpersymptomen am Arbeitsplatz anstelle von Bagatellisierung bzw. Aggravierung,

- der Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. systematische Selbstbeobachtung oder Physiotherapie),
- Abbau von unmittelbar gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen am Arbeitsplatz (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten).
- Medikation: Häufig liefert gerade die Teilnahme von Rehabilitanden an berufsbezogenen Arbeitstherapiemaßnahmen dem Bezugsarzt wertvolle Hinweise für die Indikation bzw. Dosierung seit langer Zeit eingenommener Medikamente. Hier kommt dem Bezugsarzt die Aufgabe zu, den Rehabilitanden für einen konstruktiven Umgang mit medizinischen Hilfen und Medikamenten (u.a. die Erhöhung von Compliance bei notwendiger Dauermedikation, medikamentöser Neueinstellung, Handhabung bzw. Umstellung von Bedarfsmedikation) zu gewinnen.
- Auswertung und Vermittlung der EFL Begutachtung: Die Ergebnisse der EFL-Testung widersprechen häufig dem subjektiven Empfinden des Rehabilitanden. Durch die Interpretation und insbesondere ausführliche Vermittlung der Ergebnisse durch einen Arzt, werden die Chancen erhöht:
 - dass Rehabilitanden die Ergebnisse verstehen und glauben können
 - hieraus gemeinsame Ziele für die Arbeitstherapie abgeleitet werden können
 - die Ergebnisse systematisch in die sozialmedizinische Begutachtung einfließen

5.2 Vorträge / Seminare

Rehabilitand*innen, mit denen am Behandlungsbeginn keine ausreichende Übereinstimmung über die Ergebnisse der Diagnostik bzw. die daraus abgeleiteten Erklärungsmodelle oder Therapieziele und -methoden erzielt werden kann, werden über die Einzel- und Gruppentherapie hinaus einem spezifischen Motivationsförderungsprogramm zugeführt. Hierzu wurden die bislang 13 medizinisch-psychologischen Kurzvorträge zur Entstehung und Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer, 2016) um den Vortrag „Die Tragischen Lotto-Könige: Sucht und Arbeit“ erweitert, in dem die berufsbezogene Behandlungsperspektive nach BORA in rehabilitandengerechter Sprache vermittelt wird. Im Anschluss erhalten die Rehabilitanden den kurzen Fragebogen „Jobwärts“, um das neuerworbene Wissen auf ihre eigene berufliche Situation anzuwenden. Dieser wird dem Bezugstherapeuten zugeleitet und bildet die Grundlage für die nächste Einzeltherapiestunde.

Außerdem erhalten alle Rehabilitanden zu Therapiebeginn ein Einführungsseminar durch einen Sozialarbeiter, in dem sie über:

- die Möglichkeiten und sozialrechtlichen Voraussetzungen der beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen
- die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen bei krankheitsbedingten Problemlagen oder Konflikten am Arbeitsplatz
- die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten durch den Sozialdienst der Klinik

informiert werden.

5.3 Berufs- und Sozialberatung

Die BORA-Zielgruppen spezifische Berufs- und Sozialberatung erfolgt in Form von Einzelberatungsterminen durch die Sozialarbeiter der Klinik mit folgenden berufsbezogenen, inhaltlichen Schwerpunkten:

| Inhalt | Aufgaben-/Prozessbeschreibung |
|---|---|
| Arbeitsuche | <ul style="list-style-type: none"> • Beratung bzgl. Berufsorientierung • Internetrecherche über mögliche Stellen • Erstellen bzw. Optimierung der Bewerbungsunterlagen • Vorbereitung der Bewerbungsgespräche • Überprüfung der fortlaufenden Bewerbungsaktivitäten |
| Schuldenregulierung | <ul style="list-style-type: none"> • Beratung bzgl. Schuldenregulierung • Aufstellen einer Gläubigerliste • Aufstellen eines Haushaltsbuchs • notwendige Maßnahmen festlegen/ klären • Vermittlung in Schuldnerberatungsstellen |
| Nachsorge | <ul style="list-style-type: none"> • Prüfen der Indikation, Aufklärung bzw. Beratung des Rehabilitanden über Möglichkeiten der Nachsorge • sofern notwendig Vermittlung in interne Nachsorgevorstellungsrunden, ggf. Vermittlung von Besichtigungs- bzw. Vorstellungsterminen • Vorstellung der verschiedenen Einrichtungen im Haus • bei Zustimmung des Rehabilitanden zur stationären Nachsorge, Unterstützung bei der Beantragung der geplanten Maßnahme in Zusammenarbeit mit BZT und BZA • Kontaktaufnahme mit möglichen Einrichtungen, Abstimmung der Aufnahmebedingungen inkl. möglicher Aufnahmetermin • Unterstützung bei der Bewerbung, Begleitung bei Besichtigungsterminen • bei Kostenzusage, Abstimmung des nahtlosen Übergangs von Entlassung in Nachsorgeeinrichtung |
| Sozial-beratungsleistungen | <ul style="list-style-type: none"> • Information und Beratung bzgl. aller relevanten Sozialleistungen: Arbeit und Behörden, Arbeitsvermittlung, Regelung des Krankengeldes, berufsfördernde Leistungen, sozialrechtliche Leistungen • Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber • Berufliches Wiedereingliederungsmanagement (BEM) • Stufenweise Wiedereingliederung • Unterstützung der Gespräche mit Refachberater |
| Beantragung von Sozialleistungen | <ul style="list-style-type: none"> • Prüfen der bestehenden Ansprüche • bei positiver Entscheidung, Unterstützung bzw. Mitwirkung beim Stellen der relevanten Anträge • ggf. Unterstützung bei Problemen im Rahmen der Genehmigung mit zust. Behörden |

In regelmäßigen Abständen wird die Klinik durch die Rehaberater der Rentenversicherung besucht. Die Beratung erfolgt dann nach individueller Anmeldung im Einzelkontakt der Klinik. Die Beratungstermine werden durch Voraberstellung eines sog. Rehaberabungsbogens mithilfe der elektronischen Patientenakte vorbereitet. In ihm werden folgende Daten für den Rehaberater zusammengestellt:

- Anlass der Rehaberabung;
- Wichtige Daten zur Berufsanamnese;
- Vorläufige sozialmedizinische Einschätzung;
- Voraussichtliches Entlassdatum;

Die Ergebnisse der Rehaberabung werden mit Einverständnis des Rehabilitanden vom Sozialarbeiter in die elektronische Patientenakte übertragen.

In regelmäßigen Abständen werden Fahrten zum Berufsinformationszentrum (BIZ) der Arbeitsagentur in Neuruppin organisiert. Diese Fahrten werden im Einzelfall mit dem Rehabilitanden durch die Sozialarbeiter der Klinik vorbereitet.

5.4 Konzeption berufsbezogener Gruppen, z. B. Psychotherapie

Wir verfügen über 3 berufsbezogene Indikative Gruppen für die verschiedenen BORA-Zielgruppen:

Stress am Arbeitsplatz (BORA 2):

Ziel der Gruppe ist, die Sicherung des bestehenden Arbeitsplatzes, die Erhöhung der Rehabilitandenzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation sowie die systematische Vorbereitung des Rehabilitanden auf die Rückkehr an seinen Arbeitsplatz. Hierzu sollen insbesondere die arbeitsbezogenen Kommunikationsfertigkeiten und Stressbewältigungsfähigkeiten der Rehabilitanden gesteigert werden. Die Gruppe ist indiziert für Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 2, deren Situation am Arbeitsplatz durch Konflikte, Stress- und Belastungssituationen, lange Krankschreibung oder wirtschaftliche Unsicherheit belastet ist. Hierzu gehören auch Rehabilitanden, die über Mobbing Erfahrungen am Arbeitsplatz berichten oder die aufgrund von körperlichen/psychischen Einschränkungen mit ihrem Arbeitgeber über eine entsprechende Veränderung ihres Arbeitseinsatzes verhandeln müssen.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gruppe sind:

- Eine systematische Beschreibung des eigenen Arbeitsplatzes;
- Eine selbstkritische Analyse des eigenen Arbeitsverhaltens und der Arbeitsunfähigkeitszeiten in der Vergangenheit;
- Eine systematische Analyse von Stress- und Konfliktsituationen am Arbeitsplatz;
- Die realistische Überprüfung eigener Ansprüche und Wünsche;
- Die Entwicklung und Erprobung von Stressbewältigungstechniken;
- Die Entwicklung und Einübung von Konfliktbewältigungsstrategien;
- Die Vorbereitung auf die Rückkehr auf den Arbeitsplatz (Begegnung mit Vorgesetzten und Kollegen, Umgang mit der eigenen Abhängigkeit im Betrieb);
- Die Entwicklung eines Notfallplans bei Arbeitsplatzverlust.

Bewerbungstraining (BORA 3):

Ziel der Gruppe ist die frühzeitige, initiative und systematische Arbeitsplatzsuche von Rehabilitanden aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Die Gruppe ist insbesondere indiziert für arbeitslose Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 3, bei denen die Chancen auf eine Beschäftigung innerhalb der nächsten 6 Monate als günstig eingeschätzt werden.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gruppe sind:

- Eine systematische Sichtung bisheriger Berufserfahrungen, beruflicher Qualifizierungen und Neigungen;
- Die realistische Überprüfung eigener Ansprüche und Wünsche hinsichtlich eines künftigen Arbeitsplatzes;

- Die Einleitung systematischer Stellensuche;
- Die systematische und eigeninitiative Nutzung der Arbeitsverwaltung;
- Die Erstellung bzw. Optimierung von Bewerbungsunterlagen;
- Die Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche (insbesondere Umgang mit der eigenen Abhängigkeit im Bewerbungsgespräch);
- Die Protokollierung und kritische Auswertung der eigenen Bewerbungsanstrengungen.

Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit (BORA 4):

Die Gruppe ist indiziert für arbeitslose Rehabilitanden der BORA-Zielgruppe 4, denen realistischer Weise lediglich nur geringe Chancen für eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt innerhalb der nächsten 6 Monate gegeben werden können. Ziel der Gruppe ist der Erhalt bzw. der Ausbau einer beruflichen Orientierung und der Leistungsfähigkeit, indem die Betroffenen alle Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung ausloten, Praktika anfragt, soziales Engagement und Nachbarschaftshilfe zeigt, um über diesen Umweg wieder eine bezahlte Tätigkeit zu finden.

Inhaltliche Schwerpunkte der Gruppe sind:

- Offene Auseinandersetzung mit den geringen Chancen auf Beschäftigung;
- Eine systematische Sichtung bisheriger Berufserfahrungen, beruflicher Qualifizierungen und Neigungen;
- Die realistische Überprüfung eigener Ansprüche und Wünsche hinsichtlich künftiger Beschäftigung;
- Systematische Auslotung aller Möglichkeiten der beruflichen Wiedereingliederung;
- Eine systematische Suche Praktika;
- Die Aufstellung eines 1-Jahresplans;
- Die Vorbereitung auf entsprechende Kontaktaufnahme;
- Die Protokollierung und kritische Auswertung der eigenen Sondierungsanstrengungen.

Alle drei berufsbezogenen Gruppentherapieangebote finden 4x90 Minuten pro Woche statt. Es handelt sich hierbei um sogenannte „halboffene“ Gruppen (Lindenmeyer, 2010a), in denen ausscheidende Rehabilitand*innen durch neue Rehabilitand*innen ersetzt werden. Der Vorteil besteht in einer besseren Auslastung der Behandlungsplätze und in der Möglichkeit individuell unterschiedlich langer Gruppenteilnahme in Abhängigkeit von der Problematik eines Rehabilitanden. Aufgrund der ständigen Fluktuation der Rehabilitand*innen ist es allerdings nur bedingt möglich, eine Abfolge von auf einander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Stattdessen wird für jeden einzelnen Rehabilitanden ein inhaltlicher Verlauf innerhalb der Gruppentherapie konzipiert, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden abgearbeitet wird. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere Rehabilitand*innen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (vgl. Abbildung 14).

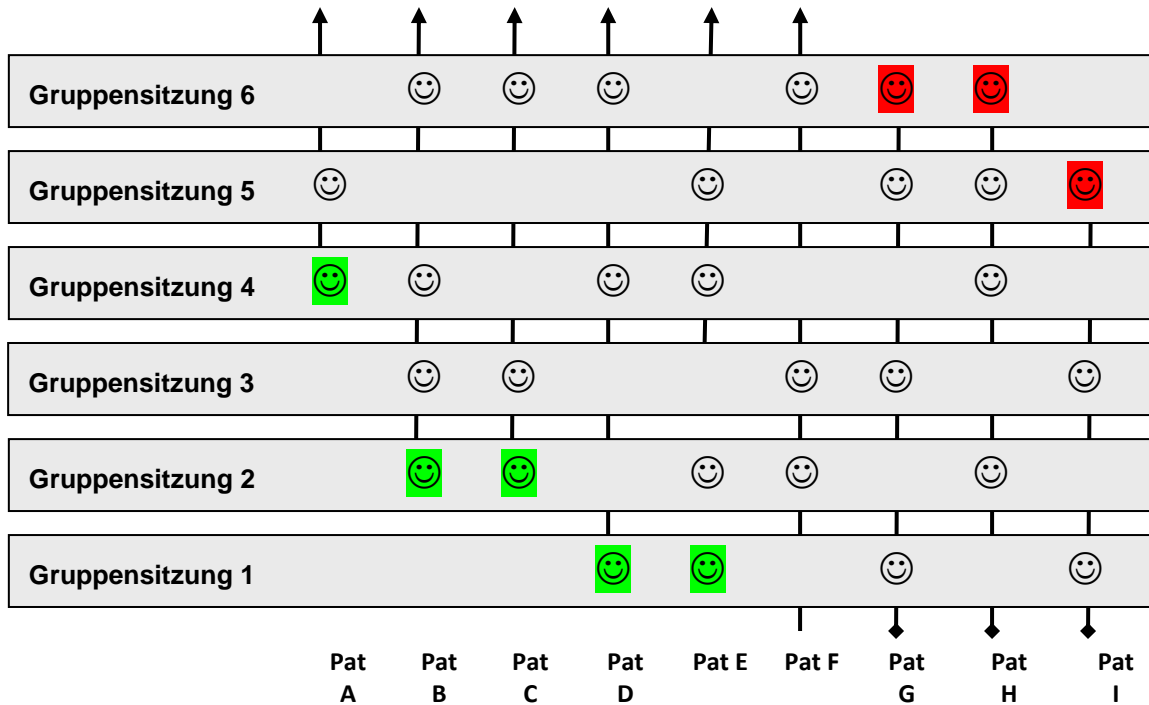


Abb. 14: Die Ablaufstruktur bei offenen Therapiegruppen. In jeder Gruppenstunde stehen nur einige Rehabilitanden nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (Smiley). Gruppenneulinge stellen sich in ihrer ersten Gruppensitzung vor (grüne Markierung), Ausscheidende Gruppenmitglieder bekommen eine Verabschiedung (rote Markierung).

Um den Rehabilitanden aber auch den Therapeuten ein zielgerichtetes Arbeiten in einer für den einzelnen Rehabilitanden didaktisch günstigen Weise zu ermöglichen, haben wir für alle 3 berufsbezogenen Gruppentherapieangebote ein entsprechendes Teilnehmerheft entwickelt (Lindenmeyer, 2010; 2011). Das Bearbeiten des Teilnehmerheftes durch den Rehabilitanden dient:

- der Vorbereitung auf Therapiesitzungen,
- der Strukturierung von Therapiesitzungen,
- der Dokumentation von Veränderungsaktivitäten zwischen den Therapiesitzungen.

Insgesamt unterstreichen die Teilnehmerhefte, dass die eigentliche Veränderungsarbeit durch den Rehabilitanden zwischen den Therapiestunden geschieht und ein passives „konsumieren“ von Gruppentherapiestunden wenig hilfreich sein würde.

5.5 Ergotherapie

Um bei Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen die Berufsbezogenheit der Ergotherapieangebote zu stärken, wird in allen Ergotherapieangeboten ein Teilnehmerheft „Ergotherapie“ verwendet, in dem folgende Inhalte dokumentiert werden:

| Inhalt | Ausgefüllt durch | Zeitpunkt |
|---|----------------------------------|------------|
| Operationalisierte Ziele der Ergotherapieaufnahme | Bezugstherapeut und Rehabilitand | Vor Beginn |

| | | |
|--|--|--|
| Selbsteinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen | Rehabilitand | Vor Beginn |
| Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und somatischen / psychischen Einschränkungen | Ergotherapeut der Klinik Bezugsarzt bzw. -therapeut | Vor Beginn |
| Protokollierung der Tätigkeiten und Selbstbewertung | Rehabilitand | Täglich während Ergotherapie |
| Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeiten und Einschränkungen | Ergotherapeut der Klinik | Ende der Ergotherapie therapie teilnahme |

Die Klinik verfügt über insgesamt täglich 12 Ergotherapiegruppen a 50 Minuten, die nach bestimmten Materialschwerpunkten unterschieden werden in Maltherapie, Töpfern, Emaillieren, Korbflechten u.a.

5.6 Berufsbezogene Darlegung spezieller arbeitstherapeutischer Ansätze

Die Klinik verfügt über 4 verschiedene Arbeitstherapiebereiche:

- Schreinerei: Die Aufgaben reichen von der eigenständigen Herstellung von Gebrauchsgegenständen und Modellen aus Holz bis zur Mitarbeit an der Möbelherstellung. Gearbeitet wird mit Handwerkzeug und in begrenztem Umfang mit Maschinen. Vermittelt werden diverse Kenntnisse der Holzverarbeitung.
- Gärtnerei: Die Aufgaben reichen von der Baum- und Pflanzenpflege, des Obst- und Gemüseanbaus bis zur Landschaftsgestaltung. Gearbeitet wird mit Handwerkzeug und in begrenztem Umfang mit Maschinen. Vermittelt werden diverse Kenntnisse in Pflanzenkunde.
- EDV-Büro: Gearbeitet wird am PC im realen Versandhandel der therapeutischen Übungsfirma „salus-Materialien“. Es geht um die Bearbeitung und Abrechnung der Kundenaufträge sowie die Erstellung von Werbekampagnen. Vermittelt werden diverse Kenntnisse in der EDV-Anwendung, Buchungs- und Rechnungswesen, sowie Führungsverhalten.
- Café salü: Gearbeitet wird im gastronomischen Service der therapeutischen Übungsfirma „café salü“, die die Cafeteria der Klinik betreibt. Die Aufgaben reichen vom Bestellwesen bis zur Bedienung, Tresenarbeit und Abrechnung. Vermittelt werden diverse Kenntnisse in Kundenorientierung, Bestell- und Abrechnungswesen.

In allen 4 Arbeitstherapiebereichen ist der inhaltliche Schwerpunkt je nach BORA-Zielgruppe etwas anders akzentuiert:

- Bei der BORA-Zielgruppe 2 liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf einer Optimierung des Arbeits- und Interaktionsverhaltens, der systematischen Überprüfung der Arbeitsbelastungsfähigkeit, dem Abbau von Vermeidungs- bzw. Schonverhalten sowie der Erweiterung von arbeitsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten, um die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu optimieren.
- Bei der BORA-Zielgruppe 3 und 5 liegt der inhaltliche Schwerpunkt auf der Überprüfung von Interessensneigungen und der Arbeitsbelastungsfähigkeit, der Optimierung des Arbeits- und Interaktionsverhaltens sowie der Erweiterung von arbeitsbezogenen Kenntnissen und Fertigkeiten zur weiteren Erhöhung der Vermittlungschancen.
- Bei der BORA-Zielgruppe 4 wird vorrangig eine Stärkung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung und positivem Selbstwertgefühl durch Arbeitseinsätze angestrebt sowie die Erweiterung von handwerklichen Kenntnissen und Fertigkeiten, um eine ausreichende Arbeitsorientierung auch bei längerer Arbeitslosigkeit aufrechtzuerhalten.

Um in jedem Einzelfall die individuelle Berufsbezogenheit der Arbeitstherapiepartizipation zu stärken, wird in allen Ergotherapieangeboten ein Teilnehmerheft „Arbeitstherapie“ verwendet, in dem folgende Inhalte dokumentiert werden:

| Inhalt | Ausgefüllt durch | Zeitpunkt |
|--|---|---------------------------------------|
| Operationalisierte Ziele der Arbeitstherapie | Bezugstherapeut und Rehabilitand | Vor Beginn |
| Selbsteinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen | Rehabilitand | Vor Beginn |
| Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und somatischen / psychischen Einschränkungen | Arbeitstherapeut der Klinik Bezugsarzt bzw. -therapeut | Vor Beginn |
| Protokollierung der Tätigkeiten und Selbstbewertung | Rehabilitand | Täglich während Arbeitstherapie |
| Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeiten und Einschränkungen | Arbeitstherapeut der Klinik | Ende der Arbeitstherapiepartizipation |

5.7 Arbeitsplatztraining, Belastungserprobung

Eine möglichst berufsnahe Belastungserprobung ist in einen der ca. 50 verschiedenen externen Praktikumsplätze möglich. Die Dauer der Erprobung variiert zwischen 4-6 Std. am Tag für 2-4 Wochen je nach individueller Indikation. Für alle Rehabilitanden wird ein Praktikumsvertrag abgeschlossen, der die Arbeitsinhalte, die Arbeitszeiten und die gegenseitigen Rechte und Pflichten regelt. Außerdem erhalten die Teilnehmer ein Teilnehmerheft „Externes Praktikum“, in dem folgende Inhalte dokumentiert werden:

| Inhalt | Ausgefüllt durch | Zeitpunkt |
|--|----------------------------------|---------------------------|
| Operationalisierte Ziele der Belastungserprobung | Bezugstherapeut und Rehabilitand | Vor Beginn |
| Selbsteinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen | Rehabilitand | Vor Beginn |
| Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeit und Einschränkungen | Arbeitstherapeut der Klinik | Vor Beginn |
| Protokollierung der Tätigkeiten und Selbstbewertung | Rehabilitand | Täglich während Praktikum |
| Fremdeinschätzung zu Grundarbeitsfähigkeiten und Einschränkungen | Praktikumsanleiter | Praktikumsende |

Hierdurch ist die erforderliche Transparenz aber auch Verbindlichkeit zwischen allen Beteiligten gesichert. Die Vermittlung geeigneter externer Praktikumsplätze entsprechend den individuellen berufsbezogenen Problemlagen des Rehabilitanden geschieht durch den Praktikumskoordinator der Klinik. Er hält persönlichen Kontakt zu den externen Praktikumsanleitern und ist der erste Ansprechpartner bei allen auftretenden Problemen. Der Praktikumsanleiter nimmt auch die entsprechenden Eintragungen in der elektronischen Patientenakte zur Anwesenheit, dem Verlauf und dem Ergebnis des externen Praktikums vor.

5.8 Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

Zur systematischen Bewertung der berufsbezogenen Therapiefortschritte haben wir in der elektronischen Patientenakte eine Abschlussbegutachtung nach BORA eingerichtet (vgl. Abbildung 15):

| Grundarbeitsfähigkeiten | | | |
|--------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Kriterium | Selbsteinschätzung Patient | Einschätzung Therapeut Therapiebeginn | Einschätzung Therapeut Therapieende |
| ▶ Arbeitstempo | stark eingeschränkt | stark eingeschränkt | durchschnittlich |
| Auffassungsgabe | eingeschränkt | stark eingeschränkt | stark eingeschränkt |
| Arbeitsplanung | durchschnittlich | ausgeprägt | ausgeprägt |
| Aufmerksamkeit | durchschnittlich | durchschnittlich | ausgeprägt |
| Ausdauer | ausgeprägt | eingeschränkt | durchschnittlich |
| Reaktionsgeschwindigkeit | weit überdurchschnittlich | stark eingeschränkt | eingeschränkt |
| * | | | |

| Berufsrelevante psychische Einschränkungen | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Kriterium | Selbsteinschätzung Patient | Einschätzung Therapeut Therapiebeginn | Einschätzung Therapeut Therapieende |
| ▶ Aggressivität | sehr stark eingeschränkt | nicht eingeschränkt | nicht eingeschränkt |
| Selbstvertrauen | eingeschränkt | eingeschränkt | nicht eingeschränkt |
| Fehlschlag- und Kritikangst | leicht eingeschränkt | leicht eingeschränkt | leicht eingeschränkt |
| * | | | |

| Berufsrelevante somatische Einschränkungen | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Kriterium | Selbsteinschätzung Patient | Einschätzung Therapeut Therapiebeginn | Einschätzung Therapeut Therapieende |
| Bewegungseinschränkung | sehr stark eingeschränkt | leicht eingeschränkt | nicht eingeschränkt |
| ▶ verminderte Feinkoordination | nicht eingeschränkt | stark eingeschränkt | leicht eingeschränkt |
| * | | | |

Abb. 15: BORA-Abschlussdiagnostik in der elektronischen Patientenakte.

Diese wird durch den Arbeitstherapeuten der Klinik bzw. den Koordinator der externen Praktika ausgefüllt und dient als Grundlage für die interdisziplinäre Fallbesprechung und die sozialmedizinischen Einschätzung. Die BORA-Abschlusseinschätzung hinsichtlich Grundarbeitsfähigkeit, psychischen und somatische Einschränkungen wird auf der Maske sichtbar in Bezug zu der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden und der beteiligten Therapeuten zu Behandlungsbeginn gesetzt.

Durch den Bezugstherapeuten, unterstützt durch die Sozialarbeiter der Klinik erfolgt außerdem die Einleitung der im Einzelfall indizierten Nachsorge eines Rehabilitanden. Prinzipiell sind folgende berufsbezogene Nachsorgeangebote möglich:

| Nachsorgeangebot | Indikation |
|---|--------------|
| Ambulante Nachsorge Reha-Sucht | BORA 1-5 |
| Selbsthilfegruppe | BORA 1-5 |
| Ganztägig ambulante Entlassphase | BORA 1 und 2 |
| Ambulante (mit und ohne Verkürzung der stationären Phase) | BORA 1-5 |
| Adaptionseinrichtung | BORA 4 |
| Langzeiteinrichtung (nicht durch die Rentenversicherung finanziert) | BORA 4 |

Angesichts des besonders hohen Rückfallrisikos innerhalb der ersten 3 Monate nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung ist bei der Einleitung von

Nachsorgemaßnahmen immer die Nahtlosigkeit und die Verbindlichkeit der Absprachen entscheidend. Sie wird in der elektronischen Patientenakte daher präzise dokumentiert (vgl. Abbildung 16):

| Weiterbehandlungen | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------------|
| | Maßnahme | Setting | Behandler / Institution | Ort | Status Vereinbarung | Status Kosten |
| ▶ | Psychotherapie (Einzel) | ambulant | fffff | Berlin | lediglich empfohlen | nicht beantragt |
| * | | | | | | |
| ◀ | | | | | | |
| Rehanachsorge | | | | | | |
| | Maßnahme | Setting | Behandler / Institution | Ort | Status Vereinbarung | Status Kosten |
| ▶ | Adaptionsbehandlung | stationär | zzzzzz | Potsdam | festе Terminvereinbarung | genehmigt |
| * | | | | | | |
| ◀ | | | | | | |
| Selbsthilfe | | | | | | |
| | Art SHG | Ort SHG | Status Vereinbarung SHG | Bemerkung | | |
| ▶ | Blaues Kreuz | Berlin | mit Patient vereinbart | ▼ | | |
| * | | | | | | |

Abb. 16: Dokumentation der Verbindlichkeit der Nachsorgemaßnahmen in der elektronischen Patientenakte.

6. Dokumentation einschließlich KTL-Codierung

Mithilfe der elektronischen Patientenakte PADO erfolgt eine verbindliche und allen beteiligten Therapeuten stets zugängliche Dokumentation aller berufsbezogenen Therapieschritte und im Verlauf der Behandlung sowie der Therapieergebnisse am Ende der Behandlung. Hierbei bestehen folgende Verantwortlichkeiten:

| Inhalte / Behandlungsmaßnahme | Zeitpunkt | Verantwortlich | Ort |
|--|---------------|---|------------------------|
| Berufsanamnese / Arbeitsplatzbeschreibung | 1. Woche | | PADO |
| Berufsbezogene Einschränkungen / Problemlagen | 1. Woche | Bezugsarzt / -therapeut | PADO |
| Selbsteinschätzung der berufsbezogenen Einschränkungen und Grundarbeitsfähigkeiten | 2./3. Woche | Bezugstherapeut | PADO |
| Ergebnisse Berufsbezogene Diagnostik RehaScan | 1. Woche | Bezugstherapeut | PADO |
| Ergebnisse EFL-Diagnostik | 2./3. Woche | Bezugsarzt / Physiotherapeut | PADO |
| Ergebnisse von MELBA-Diagnostik | 2./3. Woche | Arbeitstherapeut | PADO |
| Ergebnisse kognitiver Testung | 2./3. Woche | Bezugstherapeut | PADO |
| Operationalisierung Berufsbezogene Therapieziele | 2. Woche | Bezugstherapeut | PADO Teilnehmerheft |
| Festlegung und Buchung der Berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen | 2. Woche | Bezugstherapeut | PADO |
| Einzeltherapie | 1.-12. Woche | Bezugstherapeut | PADO |
| Arztkonsultationen | 1.-12. Woche | Bezugsarzt | PADO |
| Ergebnisse externer Facharztkonsile | 2.-12. Woche | Bezugsarzt | PADO |
| Teilnahme, Inhalte, Besonderheiten im Verlauf der berufsbezogenen Behandlungsmaßnahmen | 2.-12. Woche | Rehabilitand, Bezugstherapeut, Arbeitstherapeut | Teilnehmerheft PADO |
| Sozialberatung (Einleitung von weiteren berufsbezogenen Reintegrationsmaßnahmen) | 2.-12. Woche | Soz.Arb. | PADO |
| Abschlussmessung der berufsbezogenen Einschränkungen und Problemlagen | 10.-12. Woche | Arbeitstherapeut | PADO |
| Ergebnisse der Fallbesprechungen / Supervision | 2.-12. Woche | Bezugstherapeut | PADO |
| Therapeutischer Entlassbericht | 12. Woche | Bezugsarzt / -therapeut | PADO |
| Sozialmedizinische Einschätzung | 12. Woche | Bezugsarzt | PADO |

Bei unentschuldigtem Fehlen an einer Therapiemaßnahme erfolgt eine automatische Mail an den Bezugstherapeuten, um die Ursache hierfür mit dem Rehabilitanden unmittelbar abklären zu können.

Über die elektronische Patientenakte erfolgt eine automatische KTL Erfassung der Therapiemaßnahmen, an denen ein Rehabilitand teilgenommen hat:

| Berufsbezogene Therapiemaßnahme | KTL-Code 2015 |
|--|----------------------|
| IG Stress am Arbeitsplatz | L560 |
| IG Bewerbungstraining | H842 |
| IG Bewältigung von Langzeitarbeitslosigkeit „Alltagsplanung“ | F579 |
| IG EDV-Training | E572 |
| AT Gärtnerei | E652 |
| AT Schreinerei | E574 |
| AT EDV-Büro | E572 |
| AT Cafe salü | E571 |
| Externes Praktikum | E660 |
| Sozialberatung | D552 |

Der Entlassbericht wurde an folgenden Stellen um eine Beschreibung der berufsbezogenen Orientierung in der Behandlung erweitert:

- 2.2. Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren (detaillierte Beschreibung der Kontextfaktoren am letzten Arbeitsplatz bzw. der Arbeitslosigkeit)
- 3.4. Diagnostik (Ergebnisse BORA-Eingangsdagnostik)
- 4.1. Individuelle Reha-Ziele (BORA-spezifische Therapieziele)
- 4.3. Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis (Ergebnisse der BORA- Abschlussdiagnostik)

7. Therapieplanung

Die Therapieplanung erfolgt im Einzelfall nach Indikation über die elektronische Patientenakte. Die Rehabilitanden bekommen ihren wöchentlichen Therapieplan ausgedruckt. Die folgenden Therapiepläne können daher nur exemplarisch die unterschiedliche Therapieschwerpunktsetzung in Abhängigkeit der BORA-Zielgruppe verdeutlichen.

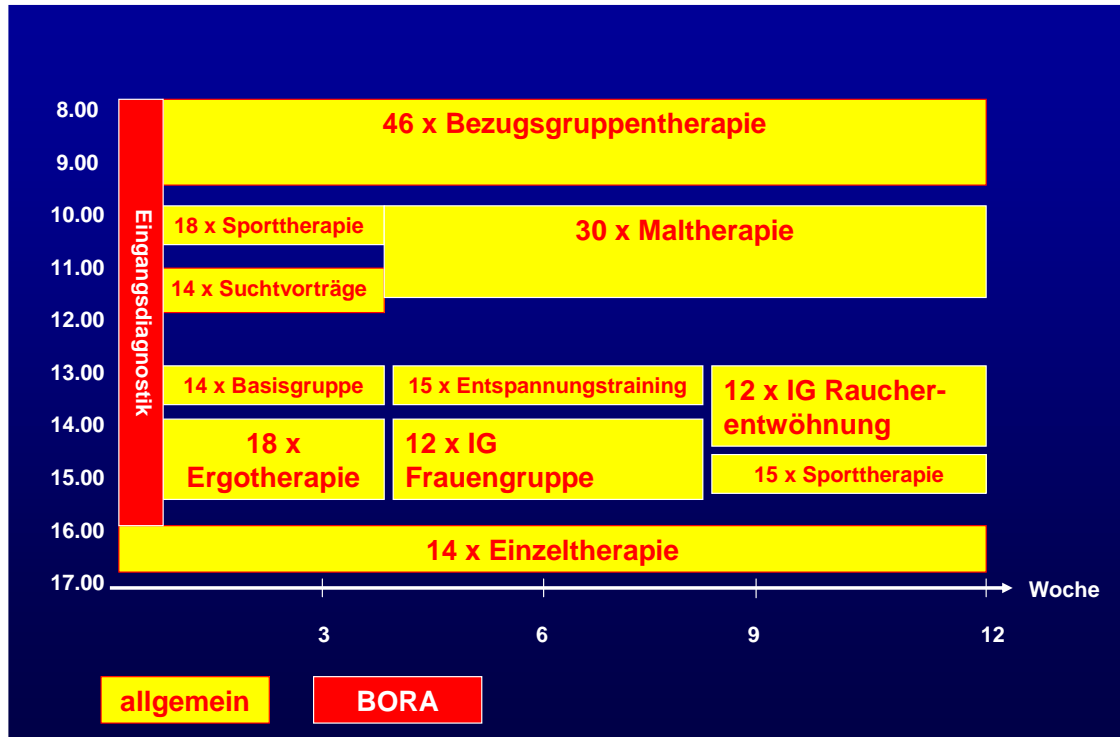


Abb. 17: Exemplarischer Therapieplan BORA-Zielgruppe 1.

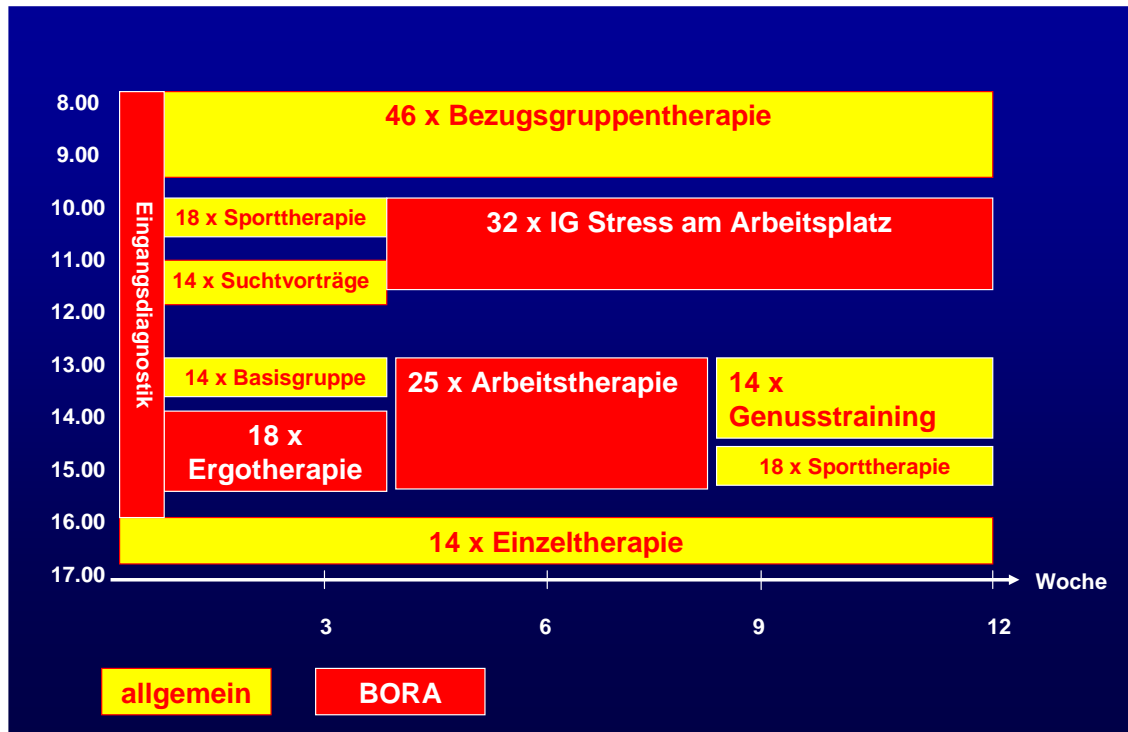


Abb. 18: Exemplarischer Therapieplan BORA-Zielgruppe 2.



Abb. 19: Exemplarischer Therapieplan BORA-Zielgruppe 3.

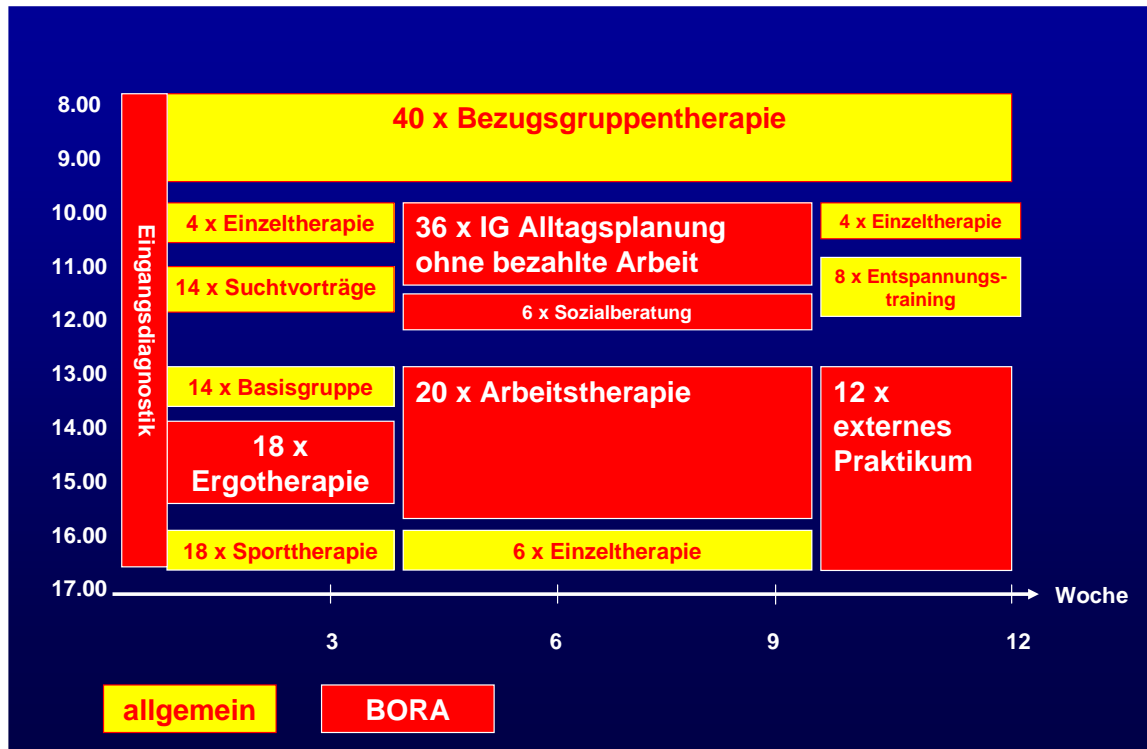


Abb. 20: Exemplarischer Therapieplan BORA-Zielgruppe 4.

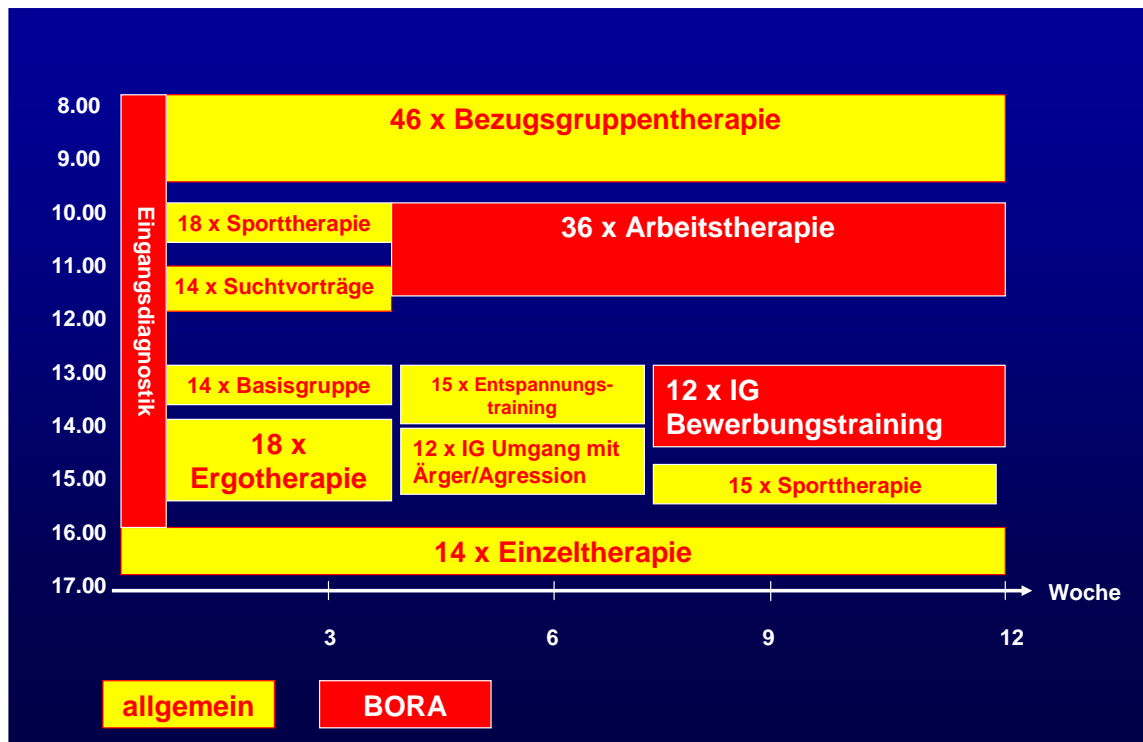


Abb. 21: Exemplarischer Therapieplan BORA-Zielgruppe 5.

8. Qualitätssicherung

Das BORA-Therapiekonzept ist vollständig in die externe und interne Qualitätssicherung bzw. das QM Handbuch der Klinik integriert, das im allgemeinen Suchtkonzept ausführlich beschrieben ist (Schöneck & Cina, 2024). Hier sind daher nur die Stichpunkte aufgelistet:

- Manualisierung der Therapieangebote
- Verwendung von Teilnehmerheften bei allen Therapieangeboten
- Einsatz von Qualitätszirkeln zur ständigen Optimierung
- Kontinuierliche Evaluation
- Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungen
- Engmaschige Supervision
- Wöchentliche Rehabilitandenbefragung
- Jährliche Kooperationspartnerbefragung
- Jährliche interne und externe Audits nach ISO, FVS/DEGEMED, BAR, MAAS-BGW und ENSH
- Kooperation mit Forschung und Wissenschaft

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2021). S3-Leitlinie – Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen. www.awmf.de.
- Böning, J. (1994). Warum muss es ein Suchtgedächtnis geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. *Sucht*, *40*, 244-252.
- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Eigenverlag: Köln.
- Kleffen, A., Weinmann, S., Föhr, F., & Müller, B. (1997). MELBA – Psychisches Merkmalsprofil zur Eingliederung Behinderter in Arbeit. Siegen: Eigenverlag.
- Lindenmeyer, J. (2000). Perspektiven für Perspektivlose? – Grenzen, Möglichkeiten und Erfordernisse der Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei RehabilitandInnen mit geringen beruflichen Reintegrationschancen. *Sucht aktuell*, *2*, (S. 72-73).
- Lindenmeyer J. (2001). Stell dir vor keiner hat Arbeit, aber alle sind beschäftigt. Veränderte Rehabilitationsziele in Zeiten struktureller Arbeitslosigkeit? In M. Heide (Hrsg.), „Wenn ich erst wieder Arbeit habe ...“ – Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker. Geesthacht: Neuland Verlag. (S. 89-102).
- Lindenmeyer, J. (2005). Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland (S. 45-60).
- Lindenmeyer, J. (2008). Berufliche Integration Suchtkranker im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in einer Fachklinik in Ostdeutschland. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt (S. 456-473).
- Lindenmeyer, J. (2008a). Abhängigkeitserkrankungen – Alkoholismus. In A. Hillert, W. Müller-Fahrnow, F.M. Radoschewski (Hrsg.), Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte Verlag, Köln (S. 348-367).
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2010a). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (2010b). Gibt es eine neuropsychologische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen? *Suchttherapie*, *11*, 166-172.
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2011). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (2016). Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2008). Alle reden von Arbeit... Effektivität und Effizienz von drei teilhabebezogenen Behandlungsmodulen im Rahmen stationärer Entwöhnung. . In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Qualitäten der Suchtbehandlung. Geesthacht, Neuland (S.232-244).
- Schöneck, r. & Cina, R. (2024). Therapiekonzept der salus klinik Lindow. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Lindow: Eigenverlag.
- Spyra, K., Egner, U., Fahrenkrog, S., Köhn, St., Lindenmeyer, J., & Missel, P. (2011). Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) in der Sucht-Rehabilitation – Forschungsergebnisse für die klinische Praxis. *Sucht aktuell*, *18* (2), 20-28.

Vuchinic, R. (1999). Behavioural economics as a framework for organizing the expanded range of substance abuse interventions. In J.A. Tucker, D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Changing addictive behaviour – bridging clinical and public health strategies* (pp. 191-220). New York: Guildford Press.