

**Konzept des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums
zur Umsetzung der „Beruflichen Orientierung in der
medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“**



**Magnus – Huss -
Rehabilitationszentrum
Hamburger Allee 236-238
19063 Schwerin**

**Telefon: 0385 551599-0
Telefax: 0385 551599-55
E-mail: info@mhr-schwerin.de**

Inhalt

1. <i>Einführung</i>	3
1.1 Hintergründe der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker	3
1.2 Stellenwert der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Gesamtkonzept des Magnus Huss Rehabilitationszentrums	4
1.3 Definition der BORA-Zielgruppe	5
2. <i>Einrichtungsbezogene Struktur zur Durchführung der BORA</i>	6
2.1 Größe der Klinik und statistische Erhebungen mit sozialmedizinischer Relevanz ..	6
2.2 Personalausstattung und Ausbildungsstand	8
2.3 Spezifische Ausstattung von Räumen / Materialien	9
3. <i>Einrichtungsbezogene Organisation für die BORA-Zielgruppen</i>	10
3.1 BORA-spezifische Ausgangssituation.....	11
3.2 Zielgruppenorientierte Therapie in der Rehabilitation.....	12
4. <i>Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen</i>	15
4.1 Eingangsdagnostik	15
4.2 Erwerbsbezogene Organisation und Diagnostik während der Rehabilitation	17
4.3 Vorbereitung auf weitergehende Maßnahmen	20
5. <i>Medizinisch-beruflich, BORA-Zielgruppenorientierte Beratung und Therapie</i>	21
5.1 BORA-Zielgruppenorientierung	21
5.2 BORA in der Therapie	21
5.2.1 Gruppe „Problembewältigung am Arbeitsplatz“	21
5.2.2 Erwerbsbezogene Gruppen- und Einzelgespräche	22
5.2.3 Training sozialer Kompetenzen (SKT).....	22
5.2.4 PC- und Bewerbungstraining	23
5.2.5 Interne Belastungserprobung.....	23
5.2.6 Externe Belastungserprobung.....	25
5.2.7 Ergotherapie	26

5.2.8	Sozialberatung.....	27
5.2.9	Einleitung weitergehender Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.....	27
5.2.10	Fahrerlaubnisgruppe.....	29
5.2.11	Lehrküche und Ernährungsberatung.....	30
5.2.12	Sport und Bewegungstherapie.....	30
5.2.13	Entspannungstraining.....	31
5.2.14	Medizinische Sprechstunde.....	31
5.2.15	Vorträge.....	31
5.2.16	Sozialmedizinisches Abschlussgespräch.....	32
6.	<i>Dokumentation einschließlich KTL-Codierung.....</i>	<i>32</i>
7.	<i>Qualitätssicherung.....</i>	<i>36</i>
8.	<i>Anlagen.....</i>	<i>36</i>

Einführung

1.1 Hintergründe der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Aufgrund der suchtspezifischen Entwicklungsdynamik kommt es sehr häufig zu teils schwerwiegenden Defiziten in der schulischen und beruflichen Entwicklung von Abhängigkeitserkrankten, weshalb bedarfsorientierte, spezielle therapeutische Interventionen erforderlich sind, um den Auswirkungen der Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden.

Somit treten erwerbsbezogene Problemlagen im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen besonders häufig auf und gehören damit zum Regelfall. Deshalb hatten arbeitsbezogenen Maßnahmen dort schon lange einen erheblichen Stellenwert, sowohl in den Rehabilitations- und Therapiekonzepten und der personellen und strukturellen Ausrichtung.

Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten.

In Ermangelung einer S3-Leitlinie der AWMF zur Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen orientieren wir uns im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum an der S3-Leitlinie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit.

Vor dem Hintergrund der besonderen Situation im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen hat die Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA), zusammengesetzt aus Vertretern der Deutschen Rentenversicherung und der Suchtverbände, gemeinsame Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker entwickelt.

Auf diese Empfehlungen stützt sich das BORA-Konzept des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums.

1.2 Stellenwert der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Gesamtkonzept des Magnus Huss Rehabilitationszentrums

Mit dem BORA-Konzeptes erfolgt eine verstärkte zielgruppenbezogene Fokussierung auf die Bereiche Arbeit, Beruf und Erwerbstätigkeit. In der beruflichen Orientierung unseres Rehabilitationszentrums wird / werden

- die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen gefördert,
- die Leistungsfähigkeit und der Förderbedarf eingeschätzt,
- die Fähigkeiten, Fertigkeiten und die Belastbarkeit abgeklärt,
- erwerbsbezogene Förderfaktoren gestärkt,
- Barrieren im beruflichen Erleben und Verhalten, unter der Berücksichtigung psychischen Teilhabebehinderungen, abgebaut,
- berufliche Perspektiven, unter der Berücksichtigung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten, entwickelt.

Das Krankheitsmodell psychischer Abhängigkeiten basiert maßgeblich auf der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), wobei ein bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit zugrunde liegt, wie es in unserem Konzept beschrieben wird. Das SGB IX integriert die wesentlichen Auffassungen der ICF. Das heißt, dass Leistungen zur Teilhabe nur dann erbracht werden können, wenn die Teilhabe (z.B. Erwerbsleben, Selbstversorgung) betroffener Personen bedroht oder bereits beeinträchtigt ist. Daraus ergibt sich unter anderem der Auftrag im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, der Auswirkung der Suchterkrankung auf die Erwerbsfähigkeit der Rehabilitand*innen entgegenzuwirken oder, wenn möglich, zu beseitigen und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Rehabilitand*innen bzw. ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Gleiches gilt sinngemäß für Rehabilitand*innen, welche krankheitsbedingt noch nicht im Arbeitsprozess gestanden haben und deshalb die Aufgabe besteht, sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern.

Aus diesen Grundannahmen heraus ist es unbedingt erforderlich, neben der Psychotherapie von Anfang an einen Entwicklungsprozess ohne Drogen anzustoßen, der zeitlich weit über die eigentliche Behandlung hinausreicht und die Zielstellung einer langfristigen Eingliederung der Rehabilitand*innen ins Erwerbsleben berücksichtigt.

Hierzu gehört in erster Linie eine von Anfang an greifende berufliche Orientierung mit der Vermittlung des Verständnisses, dass Arbeit nicht nur der materiellen Versorgung dient, sondern ein wichtiges sinnstiftendes Element des Lebens darstellt. Das heißt, dass es darauf ankommt, den richtigen Platz im Bereich der Erwerbstätigkeit entsprechend den eigenen Fähigkeiten und Neigungen mit Nachdruck anzustreben und es nicht nur darum geht, einen beliebigen Arbeitsplatz zu besetzen.

Wir vermitteln daher unseren Rehabilitand*innen, dass es lohnenswert ist, sich auch längerfristige Ziele hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit zu stellen, um die Rehabilitand*innen somit auch gleichzeitig für längerfristige Abstinenz zu motivieren.

1.3 Definition der BORA-Zielgruppe

Die individuellen Zielsetzungen der beruflichen Orientierung im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum orientieren sich an den nachfolgend definierten BORA-Zielgruppen:

BORA-Zielgruppe 1

Rehabilitand*innen in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 2

Rehabilitand*innen in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 3

Arbeitslose Rehabilitand*innen nach Sozialgesetzgebung III (Bezug von Arbeitslosengeld I). Auch Erwerbstätige, die während der Krankschreibung arbeitslos werden (z. B. 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 Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld. Diese Rehabilitand*innen werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

BORA-Zielgruppe 4

Arbeitslose Rehabilitand*innen nach Sozialgesetzbuch II (Bezug von Bürgergeld).

BORA-Zielgruppe 5

Nichterwerbstätige:

Hierzu zählen z. B. Schüler*innen, Studierende, Hausfrauen/-männer, Zeitrentner*innen und sonstige Nichterwerbsrehabilitand*innen bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Steht bei Rehabilitand*innen die berufliche Reintegration bspw. aufgrund einer Altersrente oder anderen Faktoren, die eine Reintegration ins Erwerbsleben absehbar nicht realistisch erscheinen lassen, nicht mehr im Vordergrund, ist die Stärkung des Erwerbsbezugs jedoch keine relevante Zieldefinition der medizinischen Rehabilitation.

Kontraindikationen stellen akute Psychosen, akute Suizidalität sowie psychische und körperliche Erkrankungen dar, welche in der Behandlungshierarchie vor einer Entwöhnungsbehandlung einzuordnen sind.

2. Einrichtungsbezogene Struktur zur Durchführung der BORA

2.1 Größe der Klinik und statistische Erhebungen mit sozialmedizinischer Relevanz

Im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum können 64 Rehabilitand*innen eine umfassende medizinische Rehabilitationsbehandlung durchführen. Schwerpunkt der Behandlung im Rehabilitationszentrum ist es, das problematische Drogenkonsumverhalten und die damit verbundenen negativen Konsequenzen im Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere des Erwerbslebens, zu modifizieren und durch ressourcen- und kompetenzorientiertes Verhalten zu ersetzen.

Im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum werden jährlich voraussichtlich 250 Rehabilitand*innen im stationären Rahmen behandelt. Die Tabelle 1 verdeutlicht die Anzahl der Rehabilitand*innen in der Fachklinik „Schloss Tessin“ (Klinik mit bisher 47 Plätzen, aus der das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum nahtlos hervorgegangen ist) sowie die Erwerbssituation der Rehabilitand*innen in den Jahren 2019, 2020 und 2021.

Status	2019		2020		2021	
	Fälle	Anteil*	Fälle	Anteil*	Fälle	Anteil*
Arbeitende (angestellt) / Beamter/ Beamtin	6	4,8	11	9,01	4	2,9
Selbständige / freiberuflich Tätige	0	0	2	1,6	0	0
Sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst)	0	0	1	0	0	0
In beruflicher Rehabilitation	0	0	0	0	0	0
Auszubildender/ Auszubildende	1	0,8	0	0	0	0
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	5	3,3	4	3,3	1	0,72
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	108	86,4	89	72,95	130	94,2
Keine Angabe	0	0	0	0	2	1,45
Sonstige Nichterwerbspersonen	5	3,3	5	4,09	2	1,45
Summe	125		122		138	

Tabelle 1: Erwerbsstatus Rehabilitand*innen Fachklinik „Schloss Tessin“ in den Jahren 2019– 2021
(Anteil* - in %)

Da sich die grundsätzliche Zielgruppe der Rehabilitand*innen im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum gegenüber der Zielgruppe in der vorherigen Fachklinik „Schloss Tessin“ nicht verändern wird, gehen wir aktuell von durchschnittlich ähnlichen Statistikwerten bei der Erhebung dieser Daten, entsprechend der Anzahl der Rehabilitand*innen aus.

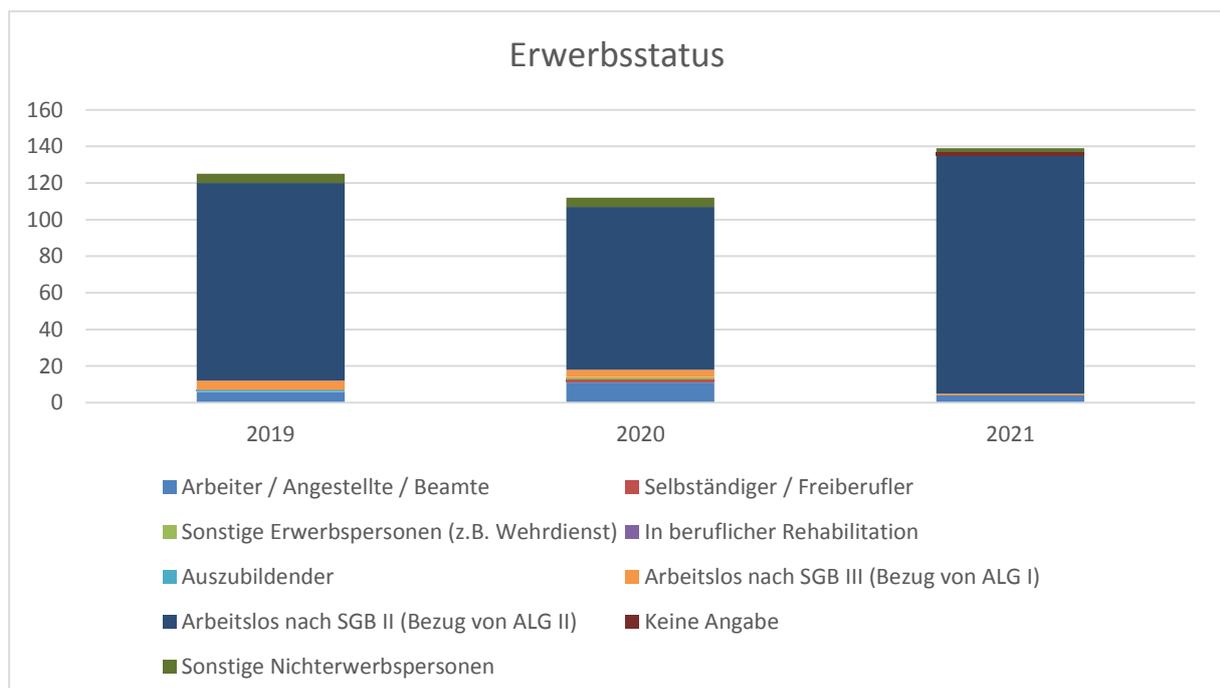


Diagramm 1: Aufteilung der Patienten (Fälle) nach Erwerbsstatus in den Jahre 2014 bis 2016

Aus der oben genannten Statistik (durchschnittliche Berechnung aus den Jahren 2019 bis 2021) kann geschlossen werden, dass die erwartete Verteilung und Zuordnung der Rehabilitand*innen je BORA-Zielgruppen, im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum folgendermaßen aussehen könnte:

Zielgruppe (ZG)	Prozentualer Anteil der Patienten in %
BORA-ZG 1	> 1
BORA-ZG 2	6,0
BORA-ZG 3	2,9
BORA-ZG 4	85
BORA ZG 5	3,1

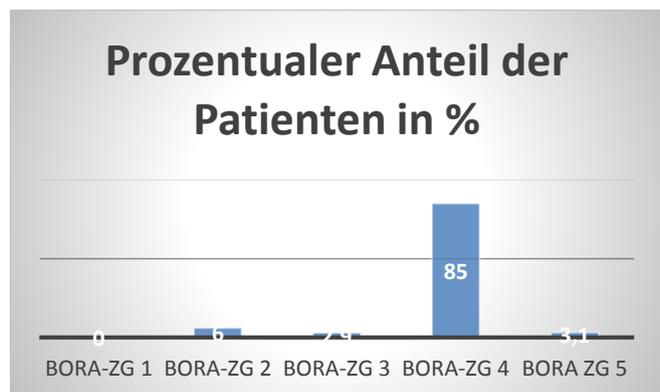


Tabelle 2: Zuordnung der Patienten (in %) zu den BORA-Zielgruppen (BORA-ZG)

Diagramm 2: Zuordnung der Patienten (in %) zu den BORA-Zielgruppen (BORA-ZG)

Aus den oben genannten Grafiken ist anzunehmen, dass die Rehabilitand*innen, die im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum aufgenommen werden, zu etwa 6 % der BORA-Zielgruppe 2 zugeordnet werden können, zu ca. 85 % der BORA-Zielgruppe 4, zu etwa 3 % der BORA-Zielgruppe 3 und zu etwa 3% zu den sonstigen Nichterwerbspersonen (z.B. Hausfrauen, etc.), also BORA-Zielgruppe 5 zugeordnet werden können.

2.2 Personalausstattung und Ausbildungsstand

Die Effizienz der Personalstruktur wird durch die regelmäßigen halbjährlichen Personalstandsmeldungen an den federführenden Leistungsträger, die Deutsche Rentenversicherung Nord, gesichert und weiterentwickelt.

Zum multiprofessionellen Team gehören: Ärzt*innen, Psycholog*innen (MA oder Diplom), Suchttherapeut*innen, Arbeitstherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Sporttherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen (Diplom oder B:A:), eine Physiotherapeutin, eine Hundetrainerin, eine Ernährungsberaterin (Ökotrophologin oder Diätassistentin), Verwaltungskräfte und Krankenschwestern/ Krankenpfleger. Ergänzt wird das Team durch einen Hausmeister. Durch Honorarverträge mittelbar in den Rehabilitationsprozess eingebunden sind Supervidierende.

Alle Berufsgruppen des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums „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“ (Deutsche Rentenversicherung 2015, S. 18). Diesbezüglich werden alle Mitarbeitenden bei Bedarf intern und extern geschult und gecoacht.

Die Teilnahme an regelmäßigen internen und externen Fortbildungen ist gewährleistet. Weiterhin werden von den Sozialarbeiter*innen im Rahmen von Fallvorstellungen alle anderen Mitarbeitenden über die theoretischen und praktischen Möglichkeiten der Hilfen zur Integration bzw. Reintegration in das Erwerbsleben weitergebildet.

Die Theorie bzw. die praktische Anwendung zum Screening Verfahren SIMBO-C und DIAMO haben sich die betreffenden Mitarbeitenden (Ergo- und Arbeitstherapeut*innen) im Rahmen einer geschaffenen Arbeitsgruppe unter Anleitung des Chefarztes klinikintern erarbeitet.

Bezüglich des Diagnose-Instrumentes „MELBA“ haben mehrere Mitarbeitender der Fachklinik eine entsprechende Weiterbildung absolviert und das Wissen an die Ausführenden (z.B. Arbeitstherapeut*innen) als hausinterne Weiterbildung weitergegeben.

Zudem werden einzelne Mitarbeitende punktuell und individuell bei entsprechenden Angeboten und Notwendigkeiten zu Weiterbildungen bzw. Schulungen entsendet.

2.3 Spezifische Ausstattung von Räumen / Materialien

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum ist räumlich und materiell so ausgestattet, dass den Rehabilitationstherapiestandards (RTS) der Deutschen Rentenversicherung entsprochen wird.

Die räumliche Ausstattung unserer Klinik ist an diagnostischen und therapeutischen Anforderungen einer beruflich-orientierten medizinischen Rehabilitation ausgerichtet. Wir stellen geeignete Räumlichkeiten sowie geeignete apparative Ausstattung für die diagnostischen Leistungen wie z.B. Testdiagnostik und Instrumente zur Erstellung eines Fähigkeitsprofils zur Verfügung.

Für die einzelnen Bezugsgruppen und unterschiedlichen therapeutischen Angebote stehen jeweils eigene Therapieräume zur Verfügung. Es existieren modern eingerichtete

Räumlichkeiten für die Gruppentherapie, Arbeits- und Ergotherapie, Entspannungstherapie, Sporttherapie, PC- und Bewerbungstraining, Lehrküche, Indikativangebote sowie Aufenthaltsräume der Rehabilitand*innen.

Die Abteilung Arbeits- und Ergotherapie verfügt über vier unterschiedliche Arbeitsbereiche in denen sich die Holzwerkstatt, die Metallwerkstatt, die Ergotherapie und die Fahrradwerkstatt befinden. Zusätzlich stehen ein separater Projektraum, ein Lagerraum und 4 Büroräume zur Verfügung, in denen Einzel- bzw. Beratungsgespräche mit den Rehabilitand*innen durchgeführt werden können.

Der Bereich der Hauswirtschaft ist der Arbeitstherapie zugeordnet. Da vielen unserer Rehabilitand*innen schon Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene fehlen, können sie im Arbeitstherapiebereich der Hauswirtschaft unter Anleitung diese Grundfertigkeiten erlernen und festigen.

Der arbeits- und ergotherapeutische Bereich Garten umfasst die Pflege und Gestaltung der Außenanlagen. Dafür stehen entsprechend notwendige Arbeitsgeräte (u.a. Rasenmäher, Heckenschere, Hacken, Harken, etc.) zur Verfügung.

Für das PC- und Bewerbungstraining ist ein Computerkabinett mit bis zu 10 Arbeitsplätzen eingerichtet. Alle Rechner sind mit entsprechenden Anwendungsprogrammen wie z.B. MS Office ausgestattet, so dass die Rehabilitand*innen die Möglichkeit haben, moderne Textverarbeitungs- oder Tabellenkalkulationsprogramme wie z.B. Word, Excel und Power Point kennenzulernen und erste Anwendungserfahrungen zu gewinnen. Dieser Raum kann ebenso für die Indikativgruppen im Bereich der beruflichen Orientierung genutzt werden.

Für sportliche Aktivitäten stehen ein großer Fitnessraum mit Sportgeräten, eine Sporthalle, ein Tischtennisraum, der Außenbereich mit Volleyballfeld und die naturnahe Umgebung des Rehabilitationszentrums zur Verfügung.

Der Zugang zum Rehabilitationszentrum ist barrierefrei. Die Zimmer sind für Menschen mit einer Gehbehinderung barrierefrei.

3. *Einrichtungsbezogene Organisation für die BORA-Zielgruppen*

Aus suchtspezifischer Sicht ist es unstrittig, dass eine erfolgreiche berufliche Integration eine wesentliche Grundlage für eine längerfristige Abstinenz von krankmachenden psychotropen Substanzen darstellt.

3.1 BORA-spezifische Ausgangssituation

Mindestens 75% unserer Rehabilitand*innen haben eine lückenhafte und/oder lange unterbrochene Berufsbiographie.

Eine bisher grundsätzlich gescheiterte Integration in den Arbeitsmarkt kommt bei unseren Rehabilitand*innen überdurchschnittlich häufig vor.

Etwa die Hälfte der Rehabilitand*innen ohne abgeschlossene Berufsausbildung haben auch keine abgeschlossene Schulbildung.

Häufig besteht eine Ambivalenz mit Abwehrhaltung gegen jegliche Art von Arbeitsaufnahme bzw. Aufnahme einer schulischen oder beruflichen Ausbildung, andererseits bestehen Wünsche hinsichtlich einer Berufstätigkeit, die aufgrund des Ausbildungsstandes oft eher unrealistisch sind. Teilweise besteht aber auch einfach nur Hoffnungslosigkeit hinsichtlich eines für sie als angemessen empfundenen Arbeitsplatzes.

Bei Rehabilitand*innen mit hauptsächlich Cannabis-Konsum besteht häufig ein hirnorganisches Psychosyndrom in Form eines „Amotivationssyndroms“.

Der weit überwiegende Teil unserer Rehabilitand*innen ist arbeitslos bzw. war über mehrere Jahre arbeitslos oder war noch nie oder noch nicht über einen längeren Zeitraum in einem geregelten Arbeitsprozess integriert. Diesen Rehabilitand*innen fehlen meist Basisfertigkeiten wie Pflichtgefühl, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Frustrationstoleranz, etc..

Bei der Durchführung der Psychotherapie in der medizinischen Rehabilitation ist von der Erkenntnis auszugehen, dass die Persönlichkeitsdefizite, die die Betroffenen an der Ausnutzung ihrer intellektuellen Ressourcen gehindert haben, eine entsprechende schulische beziehungsweise berufliche Ausbildung abzuschließen beziehungsweise diese entsprechend zu nutzen, größtenteils deckungsgleich mit den Persönlichkeitsdefiziten sind, die andererseits zu Problemen in Beziehungsgestaltungen geführt haben. Außerdem können Fehlentwicklungen im schulischen und beruflichen Werdegang bei entsprechender Sichtweise häufig als Beziehungsprobleme identifiziert werden.

Die gleichen Persönlichkeitsdefizite stellen aber auch, meist durchgehend im Zusammenhang mit den o.g. Folgen, die Ursache der Suchterkrankung dar. Das heißt, teilhabebezogen gibt es

keine wesentlich unterschiedlichen Therapien für berufliche, familiäre, soziale oder persönliche Fragestellungen und bedeutet weiterhin, dass bei einer hauptsächlichen Teilhabestörung andere Teilhabestörungen auf Grund der gleichen Persönlichkeitsdefizite immer mit betroffen sind.

Bei der Durchführung der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken kommt es deshalb darauf an, den psychotherapeutischen Teil der Behandlung und den erwerbsbezogenen Anteil der Behandlung nicht als Konkurrenz hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen anzusehen, sondern die deckungsgleichen persönlichkeitsbezogenen Zielsetzungen zu identifizieren und als Co-Effektprinzip in die Praxis aufzunehmen.

Wir stellen damit während der gesamten Therapie bewusst einen grundlegenden Bezug zum Arbeitsleben her, wobei nochmals darauf hingewiesen sei, dass die pathogenetischen Persönlichkeitsdefizite im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung meist die gleichen sind, die zu Problemen in der Beziehungsgestaltung führen und die auch für das Scheitern schulischer beziehungsweise beruflicher Entwicklungen ursächlich waren.

Durch die bessere Kompatibilität der Beobachtungen in den unterschiedlichen Bereichen rücken die einzelnen Therapiebereiche enger zusammen. Das gilt insbesondere für die Bereiche der beruflichen Orientierung und Psychotherapie.

3.2 Zielgruppenorientierte Therapie in der Rehabilitation

Die Verhaltensweisen der Rehabilitand*innen in unserer Klinik werden in allen Therapiebereichen im Sinne der Förderung sozialer Fähigkeiten bezüglich der Verbesserung der Voraussetzungen für eine Erwerbstätigkeit und gleichzeitig zur Verbesserung der Abstinenzfähigkeit gestaltet.

Spezielle Zielsetzungen ergeben sich vor dem Hintergrund der individuellen Ausgangssituation der Rehabilitand*innen, welche in einer ausführlichen und multiprofessionellen Eingangsdagnostik (s. 4.1 Eingangsdagnostik) erhoben werden, unter Berücksichtigung der Zuordnung zu den grundlegenden BORA-Zielgruppen.

BORA-Zielgruppe 1

Bei Berufstätigen ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen stehen im Rehabilitationsprozess sucht-psychotherapeutische und prophylaktische erwerbsbezogene Maßnahmen im Vordergrund.

Hier werden z.B. folgende Interventionen durchgeführt:

- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM nach § 84 SGB IX)
- Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 GB IX)
- Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber
- Interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining
- Klärung, wie Rehabilitand*innen mit der Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen können
- Sozialberatung
- Arbeits- und Ergotherapie als stabilisierende Faktoren
- Ggf. externe berufliche Belastungserprobung

Über weitergehende stabilisierende Behandlungsmöglichkeiten wird informiert, diese werden eventuell schon vorbereitet/ eingeleitet.

BORA-Zielgruppe 2

Bei Rehabilitand*innen, die sich in Arbeit befinden und mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen belastet sind, werden z.B. nachfolgende Interventionen durchgeführt:

- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining
- Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers
- PC-Training
- Sozialberatung
- Arbeits- und Ergotherapie als stabilisierende Faktoren
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM nach § 84 SGB IX)
- Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber
- Stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 GB IX)
- Externe berufliche Belastungserprobung

Da die erwerbsbezogenen Problemlagen aber auch darin bestehen können, dass das Anforderungsprofil des bisherigen Arbeitsplatzes eine hohe Rückfallgefährdung darstellt, muss zur Abstinenzsicherung eventuell auch eine berufliche Neuorientierung angestrebt werden. Hier kommen dann Maßnahmen in Frage, die unter den BORA-Zielgruppen 3 und 4 beschrieben werden.

BORA-Zielgruppe 3

Bei arbeitslosen Rehabilitand*innen nach SGB III werden vor allem Bewältigungsstrategien durchgeführt, z.B.:

- Umgang mit Ängsten und Konflikten

- PC- Schulungskurse
- Sozialberatung
- Bewerbungstraining
- Arbeitstherapie
- Ergotherapie
- Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes
- Assessment- und Fallmanagementverfahren
- Prüfung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Externe berufliche Belastungserprobung

Bei entsprechendem Bedarf werden eine Vermittlung in die Adaptionbehandlung oder z.B. Gespräche beim Rehabilitations-Fachberater empfohlen.

BORA-Zielgruppe 4

Bei langzeitarbeitslosen Rehabilitand*innen kommen ebenso die Leistungen der BORA-Zielgruppe 3 in Frage sowie zusätzlich nachfolgende Leistungen:

- Motivierung zur Aufnahme/Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit
- Umgang mit Resignation
- Interne Belastungserprobung
- Externe Belastungserprobung
- Einleitung weitergehender Maßnahmen (z.B. Adaption)
- Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei Rehabilitand*innen der BORA-Zielgruppe 4 sind die psychischen Folgen der Suchterkrankung oft so ausgeprägt, dass die Erkenntnisse und Veränderungen aus der Rehabilitation schrittweise in teilhabenahe Lebensstrukturen erprobt und gefestigt werden sollten. Ein weitergehender Nachsorgebedarf, der langfristig die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit unter verstärkter Berücksichtigung der Abstinenzsicherung beinhaltet, wird regelhaft besprochen.

BORA-Zielgruppe 5

Je nach Bedarf sollen die Rehabilitand*innen die therapeutischen Leistungen der BORA-Zielgruppen 3 und 4 erhalten.

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

Die Ergebnisse der beruflich orientierten Diagnostik dienen einer ersten Therapiesteuerung im Hinblick auf erwerbsorientierte Therapiemaßnahmen.

4.1 Eingangsdiagnostik

Die Eingangsdiagnostik im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum findet gemäß dem biopsychosozialen Konzept statt und stützt sich auf die Elemente der ICF, d.h. es werden Gesundheitsfaktoren, teilhabeorientierte Faktoren, Kontextfaktoren, Aktivitäten, Körperfunktionen erhoben.

Um eine bestmögliche Behandlung zu ermöglichen, die die vorhandenen Defizite der Rehabilitand*innen unter Berücksichtigung der Ressourcen optimal beeinflusst, findet vor und während der Behandlung Diagnostik statt.

Unmittelbar nach der Aufnahme im Rehabilitationszentrum erfolgt eine medizinische Anamneseerhebung sowie eine internistische und neurologische Untersuchung. Im Rahmen dessen wird auch ein psychopathologischer Befund nach der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) erhoben. Somatisch-gesundheitsbezogene Risikofaktoren werden bei dieser Anamneseerhebung erfasst.

Zur vollständigen Eingangsdiagnostik im Hinblick auf die berufliche Orientierung gehören die Erhebung des allgemeinärztlich-internistischen Befundes, des neurologischen und psychischen Befundes, die aktualisierte Arbeits- und Berufsanamnese, die Suchtanamnese, die Erhebung von subjektiven Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe im Beruf und Alltag, die Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes, der sozialversicherungspflichtige Status und bei den Rehabilitand*innen der entsprechenden BORA-Zielgruppen die Erhebung der Problemlagen am Arbeitsplatz.

Die Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese und die Eingangsdiagnostik „MELBA“ erfolgt durch die Arbeitstherapeut*innen. Die Arbeits- und Berufsanamnese wird mit Hilfe eines eigenen Fragebogens des Rehabilitationszentrums durchgeführt (siehe Anlage).

Die Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz erfolgt durch die Sozialarbeiter*innen mit Hilfe eines eigenen Fragebogens des Rehabilitationszentrums (siehe Anlage).

Routinemäßig werden zu Beginn der Behandlung folgende Tests bei jeder/m Rehabilitand*in durchgeführt:

Simbo-C

Für die Feststellung einer besonderen beruflichen Problemlage kommt der Simbo-C zur Anwendung. Beim Simbo-C handelt es sich um ein Screening-Verfahren mit 7 Items zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen bei chronischen Erkrankungen. Durchgeführt wird dieser in den ersten Tagen durch die Ergotherapeut*innen.

DIAMO

Weiterhin wird die Arbeitsmotivation mittels des DIAMO ermittelt. Der DIAMO ist ein Diagnostikinstrument für die Ermittlung der Arbeitsmotivation. Er besteht aus 59 Items, welche zu 10 Skalen zusammengefasst werden und unter motivationsförderlichen und motivationshemmenden Skalenclustern sowie der motivationalen Passung betrachtet werden. Durchgeführt wird dieser in den ersten Tagen durch die Ergotherapeut*innen.

Bei klinischem Verdacht auf eine spezifische Persönlichkeitsstörung oder schwerer wiegender anderer psychischer Störung kommen folgende Tests zur Anwendung, die durch die Gruppentherapeut*innen veranlasst und durchgeführt werden.

SCL90

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) in der deutschen Version von Franke ist ein Standardinstrument zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Die neun Skalen des SCL-90-R beschreiben die dimensionalsten Übergänge von „normaler“ alltäglicher Symptombelastung bis zur psychopathologisch relevanten Symptomatik in einem breiten Bereich verschiedener Störungsbilder

PSSI

Das Persönlichkeitsstil und Störungsinventar (PSSI) nach Kuhl und Kazén ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen quantifiziert.

Fagerströmtest

Der Fagerströmtest dient zur Ermittlung der Schwere einer Zigarettenabhängigkeit.

Bei spezifischen Fragestellungen z.B. zu ADHS, Angsterkrankungen etc. kommen optional weitere Testverfahren hinzu.

Zur Erfassung der Einschränkungen der Aktivitäten und der Teilhabe kann der Mini-ICF-APP genutzt werden; hierfür existieren Ausführungen der Deutschen Rentenversicherung.

Labor

Ein Routinelabor wird mit seltenen Ausnahmen (z.B. Verweigerung einer Blutentnahme, spezifische Phobie, krankheitsbedingte desolante Gefäßverhältnisse, unmittelbar vor Aufnahme erfolgtes Labor) bei allen Rehabilitand*innen bestimmt, nach Indikation wiederholt.

Im Ergebnis der Eingangsdagnostik erfolgt abschließend die Zuordnung zur BORA-Zielgruppe und die Ergänzung von individuellen und notwendigen Therapiezielen. Für den dazu notwendigen fachlichen Austausch von Ärzt*innen, Gruppentherapeut*innen, Arbeits- und Ergotherapeut*innen, sowie Sozialarbeiter*innen werden die wöchentlich mehrmals, in unterschiedlicher Zusammensetzung, stattfindenden Teamsitzungen genutzt.

Die jeweiligen Gruppentherapeut*innen sind für alle Belange der Rehabilitand*innen Koordinator, so auch für die „Berufliche Orientierung“, die in Zusammenarbeit, insbesondere mit den Ärzt*innen, Arbeits- und Ergotherapeut*innen und den Sozialarbeiter*innen erfolgt.

4.2 Erwerbsbezogene Organisation und Diagnostik während der Rehabilitation

Nach Abschluss der Diagnosestellung, das heißt, dem Aufzeigen sozialmedizinischer, persönlichkeitsgebundener und erwerbsbezogener Problemlagen wird ein individueller Therapieplan erstellt.

Die wesentlichen Ergebnisse werden im hausinternen Dokumentations- und Kommunikationssystem Patfak hinterlegt. Im Verlauf der Rehabilitation werden alle relevanten BORA-Geschehnisse dokumentiert. Alle Mitarbeitenden des Rehabilitationszentrums können auf die Daten zugreifen und alle wichtigen Ereignisse im Rahmen des BORA-Programms dokumentieren.

Der Therapieplan und die Therapieziele werden kontinuierlich überprüft, wobei die Zuordnung zu den jeweiligen indikativen Therapieangeboten nicht statisch erfolgt, sondern von den Gruppentherapeut*innen in der Reihenfolge und Dauer bezüglich der Teilnahme gesteuert wird. Die Zuordnung zu den Therapieangeboten erfolgt entsprechend des individuellen

Therapieplanes, welcher in interdisziplinärer Zusammenarbeit, in Verantwortung der Gruppentherapeut*innen und des Chefarztes wöchentlich angepasst wird. Die Teilnahme an den festgelegten Therapiebereichen ist dann für die Rehabilitand*innen Pflicht.

Aufgrund des immer komplexer werdenden Behandlungsanspruches hat die interne Kommunikation einen enormen Stellenwert. Neben der Hinterlegung aller behandlungsrelevanten Befunde im Dokumentationssystem finden hinsichtlich des Rehabilitationsverlaufes und als Möglichkeit der kontinuierlichen Modifizierung von Behandlungsplänen, auch in Bezug auf die „Beruflichen Orientierung“ wöchentlich verschiedene Sitzungen in unterschiedlichen Zusammensetzungen statt:

Es finden tägliche Morgenteams mit allen anwesenden Mitarbeitenden statt, um organisatorischer Belange des Tages zu besprechen. Jeweils am Montag und Freitag findet zur Mittagszeit ebenfalls ein Gesamtteam statt, welches ebenfalls der Besprechung organisatorischer Belange, des Umgangs mit Vorfällen oder kritischen Ereignissen dient. Hier werden auch Belange der Rehabilitand*innen oder des Umgangs mit Rehabilitand*innen-(Rückfällen) diskutiert.

Dreimal in der Woche findet eine Fallbesprechung statt, diese dient vor allem der Vorstellung neuer Rehabilitand*innen für die Komplementärtherapie durch die Bezugstherapeut*innen. Darüber hinaus erfolgt für jede Gruppe einmal die Woche eine Zusammenkunft des/der jeweiligen Bezugstherapeut*innen mit allen Komplementärtherapeut*innen um sich über aktuelle Entwicklung der jeweiligen Rehabilitand*innen auszutauschen.

Für die Bezugstherapeut*innen gibt es einmal in der Woche ein gemeinsames Team, in dem Belange der Psycho- bzw. Suchttherapie besprochen werden.

Die Komplementärtherapie trifft sich einmal im Monat um interne Belange zu besprechen.

Alle diese Treffen werden immer von mindestens einem Mitglied der Klinikleitung begleitet.

In regelmäßigen Abständen findet für alle Therapiegruppen unter Leitung des Chefarztes oder seiner Vertretung eine Visite unter Einbeziehung erwerbsbezogener Fragestellungen statt.

Die weitere Besprechung besonderer, persönlichkeitsgebundener Problemlagen im Zusammenhang mit dem bisherigen schulischen und beruflichen Werdegang kann kontinuierlich in Gruppen- und Einzelgesprächen erfolgen.

Die Mitarbeitenden im Bereich Sozialarbeit initiieren entsprechend dem individuellen Bedarf hinsichtlich der beruflichen Orientierung des Patienten eine Zusammenarbeit mit externen Institutionen. Bei entsprechender Indikation werden z.B. Kontakte zu:

- Bildungsträgern,
- anderen schulischen Institutionen,
- Jobcentern,
- der zuständigen Arbeitsagentur,
- Arbeitgebern,
- Betriebsärzten und
- Rehabilitationsberatern der Rentenversicherung geknüpft.

Eine begleitende Zusammenarbeit mit zuständigen Ämtern und Behörden wird stets im Sinne der Rehabilitand*innen angestrebt.

Wichtig ist hierbei, dass möglichst während der Rehabilitation persönliche Kontakte aufgenommen bzw. Termine vereinbart werden, um eine zeitnahe praktische Umsetzung der beruflichen Orientierung auch aus Gründen der Aufrechterhaltung der Abstinenz zu gewährleisten, da der Übergang aus dem therapeutischen Kontext in das „normale Leben“ auch immer eine Krisensituation darstellt.

In den Visiten, Gruppen- und Einzeltherapien mit Ärzt*innen, Arbeitstherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Bezugstherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen wird an der Entwicklung einer realistischen beruflichen Zukunftsperspektive, in Verbindung mit der Festlegung entsprechend sinnvoller indikativer Therapieangebote, gearbeitet.

Im Rehabilitationszentrum benutzen wir für eine standardisierte und vergleichbare Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitand*innen das „Merkmalsprofil zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA)“. Das MELBA-System bietet die Möglichkeit, das subjektive Fähigkeitsprofil der Rehabilitand*innen mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit oder anderer Tätigkeiten, z.B. Berufswünschen, mit seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten und Möglichkeiten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe, wie kognitive Merkmale (z.B. Arbeitsplanung, Arbeitsorganisation), soziale Merkmale (z.B. Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit), die Arbeitsausführung (z.B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z.B. Feinmotorik) und Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z.B. Rechnen, Lesen) in ihren Entwicklungen über den gesamten Therapieverlauf.

Am Ende der Rehabilitation erfolgten Abschlussgespräche mit den Rehabilitand*innen in allen für die „Berufliche Orientierung“ relevanten Therapiebereichen. Abschließend erfolgt das

sozialmedizinische Abschlussgespräch, in das die Ergebnisse aus den verschiedenen Therapiebereichen einfließen. Es wird eine sozialmedizinische Epikrise und Begutachtung schriftlich festgehalten.

4.3 Vorbereitung auf weitergehende Maßnahmen

Zur Nachhaltigkeit einer beruflich-orientierten medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten kann die Stabilisierung und Vertiefung der erreichten Ziele durch weitergehender Maßnahmen erforderlich sein. Der Umfang und die inhaltliche Schwerpunktsetzung werden gemeinsam erarbeitet und angemessene Maßnahmen geplant und eingeleitet. Die Prüfung und die Vermittlung erfolgt in Absprache mit den Bezugstherapeut*innen sowie mit den Sozialarbeiter*innen, die die weitere Umsetzung koordinieren. Im Folgenden werden einige weiterführende Maßnahmen vorgestellt:

Eine ambulante Fortführung der Rehabilitation mit bzw. ohne Verkürzung der vorangegangenen Phase kann bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation erfolgen, wenn die definierten Rahmenbedingungen der DRV Nord erfüllt sind.

Die Adaptionsbehandlung schließt sich nahtlos an die Rehabilitationsbehandlung an. Rehabilitand*innen mit beruflichen und sozialen Belastungen können im Anschluss die Adaptionsbehandlung in Anspruch nehmen, um in Hinblick auf das Erwerbsleben, die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit zu verbessern. Im Bereich der selbstständigen Lebensführung werden ebenso Hilfestellungen angeboten. Insbesondere Rehabilitand*innen der BORA-Zielgruppe 4 stellen die Zielgruppe einer Adaptionsbehandlung dar. Auch für die BORA-Zielgruppen 2, 3 und 5 kann vereinzelt eine Adaptionsbehandlung indiziert sein. Im letzten Drittel der Rehabilitation wird der Kontakt zur Adaption aufgenommen.

Beim Ambulant Betreuten Wohnen handelt es sich um eine Begleitung im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe nach SGB XII. Rehabilitand*innen mit eigener Wohnung können ambulante Unterstützung in den eigenen vier Wänden in Anspruch nehmen. Bereits während der Rehabilitation kann der Kontakt zum Anbieter hergestellt werden, damit die Rehabilitand*innen nach der Entlassung eine direkte Unterstützung erfahren.

Rehabilitand*innen, die bei der grundsätzlichen Lebensbewältigung nach der Rehabilitation eine umfassendere Unterstützung benötigen und wünschen, finden diese in stationären Nachsorgeeinrichtungen gemäß SGB XII. Dieses Angebot richtet sich an Rehabilitand*innen,

bei denen eine stationäre Versorgung erforderlich ist und deren Erwerbsfähigkeit durch eine längerfristige stationäre Hilfe und/oder Sozialtherapie weiter verbessert werden kann.

Für Abhängigkeitserkrankte hat die Ambulante Nachsorge in anerkannten Sucht- und Drogenberatungsstellen eine besondere Bedeutung. Um die Erfolge einer medizinischen Rehabilitation zu sichern und Rückfällen vorzubeugen, ist es wichtig, die Verhaltensweisen und Einstellungen in Bezug auf alltägliche Realitäten in den verschiedenen Teilhabebereichen zu festigen. Allen Rehabilitand*innen des Rehabilitationszentrums wird die ambulante Nachsorge vorgestellt. Die ambulante Nachsorge kommt für alle BORA-Zielgruppen in Frage.

Bei Rehabilitand*innen mit indiziertem weiterführenden Behandlungsbedarf und entsprechender Motivation wird möglichst frühzeitig Kontakt mit der entsprechenden Einrichtung durch die Rehabilitand*innen selbst oder bei Bedarf gemeinsam mit den Sozialarbeiter*innen oder Bezugstherapeut*innen aufgenommen.

5. Medizinisch-beruflich, BORA-Zielgruppenorientierte Beratung und Therapie

5.1 BORA-Zielgruppenorientierung

Wir verweisen auf die bereits in Gliederungspunkt 3.2 dieses BORA-Konzeptes differenziert dargestellten möglichen BORA-Therapiebausteine für die verschiedenen BORA-Zielgruppen. Im Folgenden werden die einzelnen Therapieangebote im Rahmen der beruflichen Orientierung, ergänzend zum Gesamttherapiekonzept des Magnus-Huss-Rehabilitationszentrums, dargestellt:

5.2 BORA in der Therapie

5.2.1 Gruppe „Problembewältigung am Arbeitsplatz“

Das Gruppenangebot „Problembewältigung am Arbeitsplatz“ ist ein indikatives Angebot für die BORA-Zielgruppen 1 und 2, kann bei Bedarf aber auch von den Rehabilitand*innen der Zielgruppen 3 und 4 genutzt werden.

In dieser Indikativgruppe geht es darum, die Auseinandersetzung der Rehabilitand*innen mit Problemen am Arbeitsplatz zu fördern, Konflikte und eigene Anteile daran zu erkennen und Konfliktlösungen zu erarbeiten. Es wird die Auseinandersetzung und der Umgang der

Rehabilitand*innen mit der Diagnose Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz gefördert. Ein wichtiges Thema für die Rehabilitand*innen mit einem vorhandenen Arbeitsplatz (BORA-Zielgruppe 1 und 2), ist der Umgang mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz. Gespräche mit dem Arbeitgeber werden angeboten. Dabei können u.a. auch die Fragen zur Wiedereingliederung geklärt werden (z.B. Anpassung der Arbeitszeit, stufenweise Wiedereingliederung). Rückkehrgespräche zwischen den Vorgesetzten und den Rehabilitand*innen sollen helfen, je nach individuellen Zielen, z.B. das Arbeitsklima oder die Kommunikation zu verbessern. Ziel ist es, die Rehabilitand*innen so schnell und so gut wie möglich wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren.

Jede/ Jeder Rehabilitand*in der BORA-Zielgruppe 1 und 2 sollte während der Rehabilitation zwei bis vier Mal an der Indikativgruppe teilgenommen haben.

5.2.2 Erwerbsbezogene Gruppen- und Einzelgespräche

Die fortlaufend stattfindenden Gruppen- und Einzelgespräche mit den Rehabilitand*innen finden ihren Erwerbsbezug u.a. dadurch, dass Themen wie die Ausbildung persönlichkeitsbedingter Problemlagen, z.B. bei narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierungen und Problemen im Umgang mit Vorgesetzten, selbstunsicheren Persönlichkeitsakzentuierungen und Abrufen der eigenen Leistungsfähigkeit, dependenten Persönlichkeitsakzentuierungen mit Überforderungssituationen, histrionischen Persönlichkeitsakzentuierungen und Problemen mit Mitschüler*innen und Kollegen/ Kolleginnen besprochen werden.

5.2.3 Training sozialer Kompetenzen (SKT)

Im Training sozialer Kompetenzen (SKT) werden die identifizierten Probleme im Bereich der sozialen Kompetenzen therapeutisch durch standardisierte Therapiemethoden bearbeitet, mit dem Ziel, diesbezügliche Fähigkeiten zu erkennen, zu erlernen und zu verbessern. Das Training ist nicht darauf gerichtet, dass Sozialverhalten der Rehabilitand*innen vollständig zu verändern, sondern die konstruktive Arbeit an den individuellen Schwierigkeiten und Problemen in den sozialen/ beruflichen Situationen aufzuzeigen und zu verbessern.

So können ungünstige kognitive oder emotionale Verarbeitung bzw. ungünstige Verhaltenskonsequenzen bei in Einzel- und Gruppengesprächen identifizierten erwerbsbezogenen Problemlagen im SKT aufgegriffen und modifiziert werden.

Die Rollenspiele mit eigenem sozialen und/oder beruflichem Bezug der Rehabilitand*innen sollen z.B.: das Stellen von Forderungen, die Fähigkeit angemessen zu kritisieren und die

Fähigkeit auf Kritik angemessen zu reagieren, das Herstellen und Aufrechterhalten von Kontakten, das Agieren unter öffentlicher Beachtung und auch den Umgang mit Fehlschlägen üben und verbessern. Das soziale Kompetenztraining wird indikativ von Gruppentherapeut*innen, einmal wöchentlich 60 Minuten, durchgeführt.

5.2.4 PC- und Bewerbungstraining

Das PC- und Bewerbungstraining richtet sich indikativ an die BORA-Zielgruppen 3 und 4, ist bei Bedarf aber auch für anderen BORA-Zielgruppen offen.

Das PC-Training soll den Rehabilitand*innen die Möglichkeit geben, Textverarbeitungsprogramme und Internetanwendungen kennenzulernen und grundlegende Anwendungserfahrungen zu machen. Aufbauend darauf hat das Bewerbungstraining zum Inhalt, Bewerbungsunterlagen zu erstellen (Aufbau, Anschreiben, Lebenslauf), Recherche und Analyse von Stellenangeboten und das Üben von Vorstellungsgesprächen.

Jede/ Jeder Rehabilitand*in der BORA-Zielgruppe 3 und 4 sollte während der Rehabilitation mindestens zwei Mal am PC- und Bewerbungstraining teilgenommen haben.

5.2.5 Interne Belastungserprobung

Die interne Belastungserprobung stellt ein Therapieangebot für alle BORA-Zielgruppen da, wobei grundsätzliche Zielstellungen für die einzelnen BORA-Zielgruppen unterschieden werden. Während es bei den BORA-Zielgruppen 1 und 2 eher um die Förderung der Selbstwirksamkeit und das Erleben in der Gruppe in einem arbeitstherapeutischen Umfeld geht, stehen z. B. bei der BORA-Zielgruppe 3 das strukturierte und kontinuierliche (Wieder-) Heranführen an Aufgaben und Arbeitsprozesse mit im Vordergrund und bei den BORA-Zielgruppen 4 und 5 meist vorerst die Förderung der Grundarbeitsfertigkeiten.

Es ergeben sich bei den erwerbsbezogenen Eingangsuntersuchungen oft Förderbedarfe bei den Grundarbeitsfähigkeiten, insbesondere Konzentrations- und Merkfähigkeit, Fein- oder Grobmotorik, Pünktlichkeit und Durchhaltevermögen oder Zutrauen in eigene Fähigkeiten, so dass die Arbeitstherapien unter den geschützten Bedingungen des Rehabilitationszentrums nach wie vor ein wichtiger BORA-Therapiebaustein sind.

Die interne Belastungserprobung beinhaltet die Bereiche Holzwerkstatt, Metallwerkstatt incl. Fahrradwerkstatt und Hauswirtschaft. In der Regel durchlaufen die Rehabilitand*innen, unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen und therapeutischen Indikationsstellung, jeden Arbeitstherapiebereich für einen Zeitraum von etwa 7 Wochen.

Der genaue Zeitraum der jeweiligen Zuordnung in die Arbeitsbereiche ist im Therapieplan festgelegt. Fortlaufend zur Arbeitstherapieeinheit erfolgt ein fachlicher Austausch zwischen Arbeitstherapeut*innen, Ärzt*innen und Bezugstherapeut*innen.

Die Holzwerkstatt bietet den Rehabilitand*innen die Möglichkeit, grundlegende Fertigkeiten der Holzbearbeitung kennenzulernen und auszuprobieren. Neben manueller Holzbearbeitung kann auch das maschinelle Arbeiten an modernen Maschinen unter Anleitung ausprobiert werden. Bevorzugt werden Projektarbeiten durchgeführt, in welchen die Rehabilitanden über einen längeren Zeitraum ein Arbeitsziel verfolgen. Beim Arbeiten in der Holzwerkstatt sind in der Regel nur geringe Vorkenntnisse erforderlich, so dass sich das Arbeiten mit Holz sehr gut eignet, Rehabilitand*innen an eine Arbeit heranzuführen und Ihnen Freude an der Arbeit zu vermitteln.

In der Metallwerkstatt können sich die Rehabilitand*innen in der Bearbeitung von verschiedenen Metallen ausprobieren und dafür notwendige Fertigkeiten wie z.B. Bohren, Schleifen, Sägen, erlernen. Die Aufgaben und Projektarbeiten in der Metallwerkstatt werden individuell nach Fähigkeiten/ Vorkenntnissen der Rehabilitand*innen geplant und begleitet. Die Fahrradwerkstatt, als ein Bereich der Metallwerkstatt, wird für die Wartung und Reparatur der Fahrräder des Rehabilitationszentrums genutzt. Beim Arbeiten in diesem Bereich sind, weil sicherheitsrelevant, höhere Vorkenntnisse erforderlich als in der Metallwerkstatt, insbesondere allgemein handwerkliche Fähigkeiten und ein gewisses Maß an technischem Verständnis.

Der Bereich der Hauswirtschaft ist der Arbeitstherapie zugeordnet. Da vielen unserer Rehabilitand*innen schon Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene fehlen, können sie im Arbeitstherapiebereich der Hauswirtschaft unter Anleitung diese Grundfertigkeiten erlernen und festigen. Weiterhin hat dieser Arbeitstherapiebereich zum Ziel, unseren Rehabilitand*innen die Erfahrung und die Freude daran zu vermitteln, sich eine persönliche Umgebung zu schaffen, in der sie sich wohlfühlen.

Einmal im Behandlungszyklus findet die interne Belastungserprobung in Form einer Projektwoche statt.

Die Rehabilitand*innen arbeiten dabei in allen Arbeitstherapiebereichen, wobei die Zuordnung während der Projektwoche möglichst in dem Bereich erfolgt, den der/die einzelne Rehabilitand*in jeweils mit seiner beruflichen Zukunft am ehesten in Verbindung bringt. Wir wollen mit den Projektwochen zur internen Belastungserprobung eine größere Realitätsnähe hinsichtlich einer Erwerbstätigkeit herstellen. Besonders geeignet ist diese Vorgehensweise zur besseren Beurteilung der arbeitsmedizinischen Parameter hinsichtlich der späteren sozialmedizinischen Beurteilung, so dass die vorliegenden sozialmedizinischen und

psychischen Einschätzungen, welche im Rahmen der zuvor stattgefundenen Therapieeinheiten erhoben wurden, jeweils präzisiert werden können. Am Ende der Projektwoche erfolgt eine Auswertung gemeinsam mit den Rehabilitand*innen, sowohl im Arbeitstherapiebereich, als auch in der eigenen Gruppe mit den Gruppentherapeut*innen.

Die Rehabilitand*innen werden in der internen Belastungserprobung immer von Arbeitstherapeut*innen angeleitet und beurteilt.

5.2.6 Externe Belastungserprobung

Für eine externe berufliche Belastungserprobung kommen bei entsprechender Indikation alle BORA-Zielgruppen 1-5 in Frage.

Ziele der externen Belastungserprobung können sein:

- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter realistischen Bedingungen,
- Arbeitsfähigkeit unter realistischen Bedingungen erproben und verbessern,
- Erfahrungen im Berufsalltag sammeln,
- Belastungserprobung und Erweiterung der persönlichen Belastungsgrenzen,
- Erfahrungen bezüglich Anforderungen und Überforderungen reflektieren sowie realistische berufliche Anschlussperspektiven entwickeln,
- Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl,
- Umgang mit Ängsten und Krisen am Arbeitsplatz verbessern,
- berufliche und soziale Wiedereingliederung,
- berufliche Neuorientierung.

Nach gemeinsamer ärztlich-therapeutischer Klärung mit den Rehabilitand*innen, ob eine externe Belastungserprobung indiziert ist und welche Bereiche in Frage kommen, wird mit Unterstützung der Sozialarbeiter*innen ein geeigneter Praktikumsplatz gesucht. In Absprache zwischen Ärzt*innen, Gruppentherapeut*innen, den Rehabilitand*innen, den Sozialarbeiter*innen und dem Praktikumsplatz erfolgt die Festlegung der Dauer der externen Belastungserprobung. Regelhaft gehen wir von einer Dauer von 5-10 Arbeitstagen aus.

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum baut sukzessiv einen Pool von Einsatzstellen in Betrieben auf. Es werden je nach Bedarf der Rehabilitand*innen geeignete Betriebe und Einrichtungen gesucht. Die durchführenden Betriebe werden im Vorfeld in der Regel durch die Sozialarbeiter*innen auf die externe Belastungserprobung vorbereitet. Hierzu gehören u.a. die

schriftlichen Praktikumsvereinbarungen, die Absprachen zu Kontakten, Austausch und Praktikumsbeurteilungen.

Für Rehabilitand*innen mit Arbeit bieten wir die Möglichkeit, die externe Belastungserprobung auch am eigenen Arbeitsplatz zu absolvieren. Dies wird mit den Bezugstherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen vorab geprüft und es wird Kontakt zum Arbeitgeber hergestellt. Dabei geht es 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. Der Zeitraum wird individuell festgelegt und richtet sich nach den Bedarfen der Rehabilitand*innen und Arbeitsstellen sowie der therapeutischen Einschätzung. Grundsätzlich sollte die externe Belastungserprobung 10 Werkzeuge nicht überschreiten.

Die externe Belastungserprobung wird von den Sozialarbeiter*innen und Gruppentherapeut*innen begleitet.

Die wöchentlichen Einzelgespräche mit den Gruppentherapeut*innen finden während der Praktikumszeit nach Möglichkeit weiterhin statt, so dass aktuelle Problemlagen aufgegriffen und besprochen werden können. Beim Auftreten akuter Probleme bzw. Belastungen haben die Rehabilitand*innen jedoch jederzeit die Möglichkeit, ein Krisengespräch in Anspruch zu nehmen.

Die externe Belastungserprobung wird durch das Auswertungsgespräch mit Rehabilitand*innen und der Praktikumsfirma abgeschlossen. Die Auswertungsgespräche erfolgen durch die Sozialarbeiter*innen oder Gruppentherapeut*innen.

5.2.7 Ergotherapie

Zum einen dient der Bereich Ergotherapie BORA-bezogen zum Testen eigener Fähigkeiten bzw. Regenerieren verschütteter Fähigkeiten. Zum anderen hat die Ergotherapie zum Ziel, Funktionen körperlicher, geistiger und psychischer Art durch entsprechende Leistungen positiv zu verbessern. In der Ergotherapie, wo z.B. durch Gestaltung von Bildern und Materialien mittels künstlerischer Techniken eine Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen, die Förderung der Impulskontrolle sowie die Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen im Vordergrund stehen, ist therapeutisch sehr anspruchsvoll. Bei manchen Rehabilitand*innen muss aufgrund ihrer Funktionseinschränkungen entschieden werden, welche Arbeitsmöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. Dabei besteht die Aufgabe darin, die

Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen. Mit dieser Gruppe werden arbeitstherapeutische Maßnahmen durchgeführt, die eine möglichst lange Autonomie in der eigenen Häuslichkeit zum Ziel haben. Auf diese Weise kann eine Neuorientierung in Gang gesetzt und neue Erlebnisweisen können freigesetzt werden, die die suchtmittelfreien Zeiten sinnstiftend füllen. Der Bereich wird von ausgebildeten Ergotherapeut*innen angeleitet.

5.2.8 Sozialberatung

Die Sozialberatung ist ein festes Therapieangebot für alle BORA-Zielgruppen.

Es findet eine kontinuierliche, individuelle und bedarfsorientierte Begleitung der Rehabilitand*innen durch Beratung und Information, konkrete Unterstützung bei z.B. notwendigen Kontaktaufnahmen und Antragstellungen hinsichtlich Ämtern, Behörden, Arbeitgebern, Rehabilitationsfachberatern, der Justiz, Beratungsstellen, Vermietern, Gläubigern, Nachsorgeeinrichtungen, etc. statt.

Es erfolgt eine BORA-orientierte Beratung hinsichtlich beruflichen Perspektiven, zu Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur stufenweisen Wiedereingliederung, Zuständigkeiten und Finanzierungen von z.B. Bildungsmaßnahmen, Umschulungen, Ausbildungen, Schulabschlüssen. Die Vermittlung von Wissen über gesetzliche Vorgaben ist ein wichtiger Bestandteil der Sozialberatung, um z.B. überzogenen Anspruchshaltungen oder Unkenntnis über gesetzliche Leistungsansprüche zu begegnen und so unrealistische Planungen und damit verbundene Enttäuschungen unserer Rehabilitand*innen zu minimieren. Die Beratungen zu den verschiedenen sozialrechtlichen Bereichen finden einzeln oder in der Gruppe statt.

5.2.9 Einleitung weitergehender Maßnahmen zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben

Die Einleitung dieser weitergehenden Maßnahmen erfolgt in Zusammenarbeit zwischen Gruppentherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Ärzt*innen.

Nachfolgend werden wesentliche Institutionen erwähnt, mit denen im Rahmen des BORA-Prozesses typischerweise Kontakte aufgenommen werden und die zur Optimierung des Verlaufs und des Ergebnisses genutzt werden können.

<p>Arbeitsagenturen/ Jobcentern (mit welchen am häufigsten zusammengearbeitet wird)</p>	<p>Kontaktaufnahme erfolgt zeitnah, um vorherige Maßnahmen abzuklären und die BORA-Maßnahmen passgenau auszuwählen. Die Unterstützung erfolgt bei der Terminvereinbarung und bei der Vor- und Nachbereitung des Gesprächs. Das Beratungsgespräch kann im Rahmen einer Heimfahrt wahrgenommen werden.</p> <p>Jobcenter Schwerin/ Bundesagentur für Arbeit Schwerin Am Margaretenhof 14-16 19057 Schwerin Tel.: 0385 4505892</p> <p>Da die Patienten aus verschiedenen Bundesländern zu uns kommen, erfolgt die Zusammenarbeit auch mit anderen Jobcentern.</p>
<p>Rehabilitationsfachberater (je nach Region wird auch zu den anderen Rehabilitationsfachberatern Kontakt aufgenommen)</p>	<p>Rehabilitand*innen können sich bereits während der Rehabilitation an den Rehabilitationsfachberater wenden, um sich über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu informieren und gegebenenfalls Leistungen zu beantragen.</p> <p>Rehabilitations-Beratungsdienst der DRV Nord Lübecker Str. 142, 19059 Schwerin Tel.: 0385 / 57 580</p>
<p>Berufsförderungswerke (mit welchen am häufigsten gearbeitet wird)</p>	<p>Um einen möglichst optimalen Übergang zur beruflichen Wiedereingliederung zu ermöglichen, können Gesprächstermine beim Berufsförderungswerk vereinbart werden.</p> <p>Berufsförderungswerk Stralsund GmbH Große Parower Str. 133, 18435 Stralsund Tel.: 03831 / 230</p>

	Berufsförderungswerk Hamburg August-Krogmann-Str. 52, 22159 Hamburg Tel.: 040 / 64 58 10
Sucht- und Drogenberatungsstellen	Zur langfristigen Stabilisierung und nachhaltigen Sicherung des Rehabilitationserfolgs werden Kontakte zu den Sucht- und Drogenberatungsstellen aufgebaut und aufrechterhalten. Während des Aufenthaltes der Rehabilitand*innen in der Rehabilitation, wird regelmäßiger Kontakt gepflegt und Übergaben eingeleitet.
Arbeitgeber	In Gesprächen mit dem Arbeitgeber können Bedenken, Ängste und Fragen zu der Wiedereingliederung thematisiert und geklärt werden. Das schriftliche Einverständnis im Rahmen einer Schweigepflichterklärung muss vorab mit dem Rehabilitand*innen besprochen und von ihm unterzeichnet werden.
Selbsthilfegruppen	Die aktive Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe sichert die Aufrechterhaltung der Abstinenz sowie die soziale Integration des Abhängigkeitskranken. Rehabilitand*innen, die bereits einer Selbsthilfegruppe angehören, werden angeregt, den Kontakt auch während der Behandlung aktiv zu gestalten.

5.2.10 Fahrerlaubnisgruppe

Die Fahrerlaubnisgruppe findet 3-4 Mal pro Jahr statt und wird durch eine externe Suchtberaterin mit entsprechender Qualifikation durchgeführt.

Bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, im besonderen Maße aber bei der Teilhabe am Erwerbsleben, ist der Besitz einer Fahrerlaubnis von großer Wichtigkeit. Dieser ist bei unseren Rehabilitand*innen eher die Ausnahme, da vielen die Fahrerlaubnis durch die zuständigen Ordnungsbehörden entzogen wurde oder die Fahrerlaubnis gar nicht erworben wurde. Das Ziel dieses indikativen Angebotes ist die Beratung bzw. Motivierung zum Erwerb bzw. Wiedererwerb einer Fahrerlaubnis, basierend auf der gesetzlichen Grundlage der

Begutachtungsleitlinien zur Krafffahrereignung der Bundesanstalt für Straßenwesen. Alle Rehabilitand*innen mit entsprechender Indikation können an dieser Gruppe teilnehmen.

5.2.11 Lehrküche und Ernährungsberatung

Die Lehrküche wird von einer Diätassistentin geleitet und findet für alle BORA-Zielgruppen statt. Hier können die Rehabilitand*innen wichtige Erfahrungen im Arbeitsbereich der Küche, aber vor allem zum Thema „gesunde Ernährung“ machen. Bereits während der Eingangsdiagnostik wird festgestellt, bei welchen Rehabilitand*innen mit bestimmten gesundheitlichen Problemen, wie z.B. Adipositas, Diabetes mellitus, Essstörungen, etc. eine Ernährungsberatung indiziert ist. Jede/r Rehabilitand*in erhält zeitnah einen Termin bei der Diätassistentin zur Evaluation des Hilfebedarfs und Erstellung eines Behandlungsplans, der mit den Rehabilitand*innen direkt besprochen wird. Bedarfsweise erfolgt eine Wiedervorstellung, veranlasst durch das ärztliche Personal oder auf Wunsch der Rehabilitand*innen selbst. Ziel der Lehrküche und Ernährungsberatung ist es, den Rehabilitand*innen zu vermitteln, dass gesunde Ernährung positive Auswirkungen auf das physische und psychische Wohlbefinden hat und somit auch zur Leistungssteigerung im Bereich der Erwerbsfähigkeit beitragen kann.

5.2.12 Sport und Bewegungstherapie

Während der Eingangsdiagnostik wird die Leistungsfähigkeit der Rehabilitand*innen von den Ärzt*innen festgestellt und dokumentiert. Ziel der Sport- und Bewegungstherapie ist es, mit geeigneten Mitteln des Sports und der Bewegung gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu kompensieren, zu regenerieren, Sekundärschäden vorzubeugen und gesundheitlich orientiertes Verhalten zu fördern und so auch die berufliche Leistungsfähigkeit zu verbessern.

Unser bewegungs- und sporttherapeutisches Angebot basiert auf drei Säulen:

- Bewegungs- und Sporttherapie
- Sporttherapie nach spezifischen Indikationen
- Freizeitsport

Für den Freizeit- und Breitensport erhalten unsere Rehabilitand*innen notwendige Anregungen, die auch nach Beendigung der Therapie zur Ausübung von Bewegung und Sport motivieren sollen. Je echter und intensiver der Patient zu seinem Körper in Beziehung tritt,

desto eher erreicht er in verantwortungsvoller und in für ihn individuell angemessener Weise eine gute körperliche Kondition, was sich wiederum positiv auf die Stimmung, das Selbstbewusstsein und die körperlich/ berufliche Leistungsfähigkeit auswirkt.

5.2.13 Entspannungstraining

Spezielle Körperwahrnehmungsübungen vermitteln besseres Körperbewusstsein. Durch das Einüben von An- und Entspannung einzelner Muskelgruppen werden die Rehabilitand*innen für den Unterschied zwischen angespannter und entspannter Muskulatur sensibilisiert, z.B. im Alltag oder am Arbeitsplatz.

Das Ziel ist es, psychischen und physischen Spannungszuständen vorzubeugen oder diese zu reduzieren. Durch den Aufbau von Bewältigungs- und Erholungskompetenzen und präventiver Schutzfaktoren sowie die Stärkung persönlicher Ressourcen sollen chronische Stressfolgen vermieden und das Erregungsniveau gesenkt werden. Es dient, sich besser im Beruf und Alltag zu entspannen.

5.2.14 Medizinische Sprechstunde

Die medizinisch-psychiatrische Betreuung wird durch die Visiten (wöchentlich einmal pro Gruppe), sowie durch eine Arztsprechstunde sichergestellt. Die Möglichkeit bei akuten körperlichen und psychischen Beschwerden, sowie in Konfliktsituationen die/den Ärzt*in bzw. das Pflegepersonal auch außerhalb der Sprechstunde aufzusuchen besteht jederzeit. Bei Bedarf werden bei niedergelassenen Fachärzt*innen aller Fachbereich Konsile organisiert.

Es finden regelmäßige Visiten als Einzelvisiten, gelegentlich im Zimmer der Rehabilitanden, statt. Bei spezifischen somatischen Beschwerden besteht eine funktionierende Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern und Fachärzten in der näheren Umgebung der Klinik.

5.2.15 Vorträge

In 14-tägigem Rhythmus werden Vorträge zur Wissensvermittlung und als Impulsvorträge mit z.B. folgenden Themen für alle BORA-Zielgruppen gehalten:

- Abstinenz
- Ziele

- Selbstvertrauen
- Rückfallprophylaxe
- Bewegung und körperliches Training
- Gesunde Ernährung
- Stress und Stressbewältigung
- Alltagsdrogen
- Gesundheitsinformation und –förderung
- Krankheitsspezifische Informationen
- Sozialrechtliche Informationen
- Umgang mit erwerbsbezogenen Problemlagen

5.2.16 Sozialmedizinisches Abschlussgespräch

Unmittelbar vor einer geplanten Entlassung der Rehabilitand*innen erfolgt eine sozialmedizinisch geprägte Abschlussuntersuchung, bei der eine allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung erfolgt und dokumentiert wird. Weiter werden abschließend Blutdruck, Herzfrequenz und Körpergewicht zum Entlassungszeitpunkt dokumentiert.

Ebenfalls zur Entlassungsuntersuchung wird der medizinische Behandlungsverlauf mit den Rehabilitand*innen rekapituliert und die Einschätzung des Rehabilitationsergebnisses diskutiert. Hinzu kommt die sozialmedizinische Beurteilung des Leistungsvermögens.

6. Dokumentation einschließlich KTL-Codierung

Die Dokumentation von Diagnostik, Rehabilitationsverlauf und -ergebnis erfolgt fortlaufend im digitalen Dokumentationssystem Patfak und abschließend im Rehabilitationsentlassungsbericht. Alle Informationen laufen zentral bei den Gruppentherapeut*innen zusammen.

Zur Anwendung kommen die in Anlage 3 „Liste der Terminarten mit KTL“ gelisteten KTL-Nummern.

Die Zuteilung der KTL-BORA-Leistungen erfolgt individuell. Das bedeutet, dass die Leistungsübersicht zwar eine Orientierung abbildet, jedoch immer im Einzelfall entschieden wird, welche Leistungen tatsächlich in Frage kommen. In den folgenden Tabellen werden für die BORA-Zielgruppen spezifische Maßnahmen aufgezeigt.

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
C	Information, Motivation, Schulung					
580	Gespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen	X	X			

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie					
553	Orientierende Sozialberatung einzeln			X	X	X
561	Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einzeln		X	X	X	X
562	Beratung zur stufenweise Wiedereingliederung einzeln		X	X	X	X
563	Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung einzeln		X	X	X	X
564	Beratung zur schulischen Laufbahn		X	X	X	X
569	Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln		X	X	X	X
573	Beratung zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen und externen Beratungsstellen einzeln	X	X	X	X	X
579	Sonstige Beratung zu Nachsorge und weitergehenden Maßnahmen einzeln			X	X	X
583	Soziale Arbeit in der Kleingruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe			X	X	X
591	Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz		X	X	X	X
593	Soziale Arbeit in der Gruppe: Berufliche Orientierung und berufliche Integration			X	X	X
596	Soziale Arbeit in der Gruppe: Training der soz. Kompetenz		X	X	X	X

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
E	Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie					
562	Arbeitstherapie in der Kleingruppe : EDV, Bürotechnik			X	X	X
571	Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft, Pflege			X	X	X
572	Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürotechnik			X	X	X
574	Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk			X	X	X
579	Sonstige Arbeitstherapie in der Gruppe			X	X	X
590	Arbeitstraining in der Kleingruppe			X	X	X
601	Verhaltensbeobachtung zur arbeitsbezogenen Beurteilung standardisiert einzeln			X	X	X
621	Interne Belastungserprobung einzeln			X	X	X
622	Externe Belastungserprobung einzeln			X	X	X
630	Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitspraktikum einzeln		X	X	X	X
651	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: psychisch-funktionell, psychosozial		X	X	X	X
652	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: sensomotorisch-perzeptiv			X	X	X
653	Ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe: motorisch-funktionell			X	X	X
659	Sonstige ergotherapeutische Behandlung in der Kleingruppe			X	X	X
672	Arbeitsplatzbesuch einzeln	X	X			
720	Projektgruppe			X	X	X

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie						
552	Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemlagen einzeln	X	X	X	X	X
571	Psychologische Gruppenarbeit problemorientiert: Stressbewältigung	X	X	X	X	X
582	Psychoedukative Gruppenarbeit : Motivationstraining	X	X	X	X	X

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
G Psychotherapie						
552	Psychotherapeutische Intervention bei arbeitsweltbezogener Problematik einzeln			X	X	X
576	Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe		X	X	X	X
601	Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Problemlösegruppe			X	X	X
602	Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Training sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten	X	X	X	X	X
605	Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe		X	X	X	X
676	Suchttherapie als indikative Gruppe: Arbeitsweltbezogene Gruppe			X	X	X

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
H Reha-Pflege und Pädagogik						
841	Berufsbezogene Qualifizierungsangebote in der Gruppe			X	X	X
842	Bewerbungstraining in der Gruppe			X	X	X

		BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
L Rekreationstherapie						
560	Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion	X	X			

7. Qualitätssicherung

Das Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum (ehemals Fachklinik „Schloss Tessin“) ist sowohl nach den Normen der DIN EN ISO9001:2015, als auch nach den Normen der deQus (Version 3.2) zertifiziert. Ein Qualitätsmanagementbeauftragter, welcher der Klinikleitung als Stabstelle zugeordnet ist, ist für die Pflege und kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements zuständig. Die Verwaltungsleitung fungiert als stellvertretende Qualitätsmanagementbeauftragte und wird im Rahmen einer deQus-Schulung das Zertifikat zum QMB erwerben

Die Fachklinik „Schloss Tessin“ war von Anfang an am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung beteiligt, was nahtlos im Magnus-Huss-Rehabilitationszentrum fortgesetzt wird.

Die Rückmeldungen zur Rehabilitationsstruktur, zu den therapeutischen Leistungen, zur Rehabilitand*innenzufriedenheitsbefragung, zu Berichtslaufzeiten und zum Peer-Review der Entlassungsberichte werden zeitnah nach Eintreffen der Qualitätssicherungsberichte den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht, mit den intern erhobenen Daten verglichen und ggf. in Qualitätszirkeln besprochen und Korrekturen herbeigeführt.

Hinzu kommen die Visitationen, die - vergleichbar mit den externen Qualitätsmanagement-Audits der Zertifizierungsgesellschaften - anhand einer ähnlichen Checkliste die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik überprüfen. Deren Ergebnisse münden in Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

Der gesamte Rehabilitationsprozess incl. der beruflichen Rehabilitation wird im Qualitätsmanagement-Handbuch der Klinik verankert.

8. Anlagen

Anlage 1: Arbeits- und Berufsanamnese

Anlage 2: Erhebungsbogen Arbeitstherapie

Anlage 3: Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz

Anlage 4: individueller Therapieplan (wöchentlich)