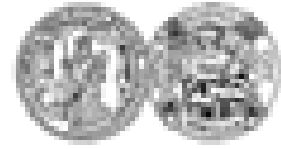


# **Manual zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung**

eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation  
für erwerbslose Abhängigkeitserkrankte zur  
Verbesserung des (Wieder-) Einstiegs ins  
Erwerbsleben und Reduzierung des Rückfallrisikos



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE-WITTENBERG

**Herausgeber:**

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 8  
06097 Halle/Saale

**Autoren:**

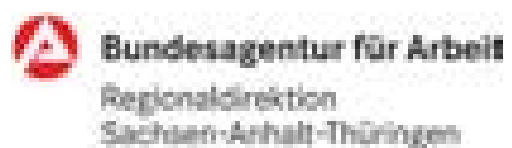
Dr. Susanne Saal, Dipl. PGW  
Kerstin Urban, Dipl.-Sozialpäd., Fachklinik Alte Ölmühle Magdeburg  
Jacqueline Zlatosch, Dipl.-Sozialpäd. M. A., AHG Klinik Römhild  
Bettina Stupnink, Dipl.-Sozialarb., Soteria Klinik Leipzig GmbH  
Jörg Mühlbach, Diakonie Krankenhaus Harz GmbH, Elbingerode  
Dr. phil. Benno Fabricius, Adaptionseinrichtung der Soteria Klinik Leipzig GmbH

**Unter Mitarbeit von:**

Joachim Stopp, Dipl.-Psych., Diakonie Krankenhaus Harz GmbH, Elbingerode  
Tina Großmann, Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen,  
Halle

**gefördert durch:**

die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland und die Bundesagentur für Arbeit



---

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Wie ist das Manual entstanden? .....	5
1.2	Für wen ist das Manual gedacht? .....	5
1.3	Voraussetzungen für die Durchführung der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung .....	6
1.4	Qualifikation der Fallbegleiter.....	6
1.5	Was ist die Arbeitsbezogene Fallbegleitung?.....	7
1.5.1	Ziel der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung .....	7
1.5.2	Herausforderungen und Grenzen der AFB.....	8
2	Maßnahmen zur Förderung des (Wieder-) Einstiegs in Arbeit und Beruf .....	9
2.1	Intensivierte Erwerbsdiagnostik in Zusammenhang einer erweiterten Sozialanamnese .....	10
2.2	arbeits- und berufsbezogene Einzelfallarbeit .....	13
2.2.1	Inhalte der Arbeitsbezogenen Einzelfallarbeit .....	13
2.2.2	Monitoring und Evaluation .....	17
2.3	klientenbezogene arbeitsorientierte Netzwerkarbeit .....	17
2.3.1	Inhalte der klientenbezogenen arbeitsorientierten Netzwerkarbeit .....	19
2.3.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit in der medizinischen Rehabilitation .....	19
2.3.3	Klientenbezogene Netzwerkarbeit in der Nachsorge .....	20
2.3.4	Monitoring und Evaluation .....	21
3	Alltagsbewältigung .....	22
3.1	Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung .....	23
3.1.1.	Identifikation eines Handlungsbedarfs hinsichtlich Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung zum Ende der Entwöhnungsbehandlung .....	25
3.1.2.	Einzelfallarbeit zur Förderung der Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung .....	26
3.1.3.	klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Förderung der Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung .....	27

---

3.1.4.	Schnittstelle Suchtberatung: Kooperation zwischen den Fallbegleitern und den Suchtberatungsstellen .....	28
3.1.5.	Selbsthilfegruppen im Kontext der Fallbegleitung .....	28
3.1.6.	Monitoring und Evaluation .....	29
3.2	Wohnumfeld .....	30
3.2.1	Einzelfallarbeit zur Sicherung der Wohnsituation .....	32
3.2.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Sicherung der Wohnsituation .....	32
3.2.3	Monitoring und Evaluation .....	33
3.3	Finanzielle Situation .....	33
3.3.1	Einzelfallarbeit zur Sicherung der finanziellen Situation.....	35
3.3.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Sicherung der finanziellen Situation.....	35
3.3.3	Monitoring und Evaluation .....	36
3.4	Rechtssituation.....	36
3.4.1	Einzelfallarbeit zur Rechtssituation.....	37
3.4.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur rechtlichen Situation .....	38
3.4.3	Monitoring und Evaluation .....	38
3.5	Soziale Kontexte.....	39
3.5.1	Einzelfallarbeit bei abstinentzgefährdenden sozialen Problemstellungen.....	40
3.5.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit bei abstinentzgefährdenden sozialen Problemstellungen .....	40
3.5.3	Monitoring und Evaluation .....	41
4	Krisenmanagement - Rückfallpräventive Maßnahmen und Krisenintervention .....	42
4.1	Rückfallpräventive Maßnahmen.....	42
4.1.1	Einzelfallarbeit in der Rückfallprävention .....	44
4.1.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Rückfallprävention .....	45
4.1.3	Monitoring und Evaluation .....	45
4.2	Rückfallintervention und Bewältigung nach Abstinenzunterbrechung.....	46
4.2.1	Einzelfallarbeit zur Rückfallbewältigung.....	47
4.2.2	Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Rückfallintervention und –bewältigung ..	47
4.2.3	Monitoring und Evaluation .....	48
4.2.4	Exkurs: Umgang mit Suchtvergangenheit.....	48

---

5	Anlage zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung.....	49
5.1	Schweigepflichtsentbindung.....	50
5.2	AFB-Information für externe Einrichtungen.....	51
5.3	Vereinbarung zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung .....	52
5.4	AFB-Diagnostik-Tool.....	53
5.5	Gesprächsleitfaden zur Erkennung krisenhafter Situationen und Rückfallgefahr.....	58
5.6	Übersicht - arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen in der Regelversorgung der medizinischen Rehabilitation.....	59
5.7	Krisenplan .....	61
5.8	Notfallpass.....	62
6	Anlage: Beschreibung ausgewählter erwerbsbezogener Leistungen der medizinischen Rehabilitation.....	64
6.1	Bewerbungstraining.....	65
6.1.1	Aufgaben- und Zielstellung.....	66
6.2	Externe Belastungserprobungen.....	67
6.2.1	Einbindung in die Betriebsakquise.....	68
6.2.2	Begleitung von externen Belastungserprobungen.....	69
6.2.3	Checkliste zum Arbeitsplatzprofil.....	70

# 1 Einleitung

Das Manual beschreibt die Arbeitsbezogene Fallbegleitung (AFB), eine Maßnahme zur Förderung der Erwerbsfähigkeit bei Suchtrehabilitanden während und nach der Suchtrehabilitation. Diese komplexe Intervention war Bestandteil einer Studie, die durch eine gemeinsame Förderung der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und der Bundesagentur für Arbeit ermöglicht wurde: im Rahmen des Forschungsprojektes „Schnittstellenübergreifende Arbeitsbezogene Fallbegleitung in der suchtttherapeutischen Nachsorge als Schlüssel zu Erwerbsintegration und Rückfallprophylaxe“ (SaBiNE) wurde das Konzept der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung aus einen vorhergehenden Praxisprojekt weiterentwickelt und auf Wirksamkeit geprüft.

## 1.1 Wie ist das Manual entstanden?

Das Konzept zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung (AFB) wurde als Bestandteil der Studiendurchführung vor Beginn der Implementierung in den Suchtfachkliniken durch die durchführenden Fallbegleiter (Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten mit mehrjähriger Berufserfahrung in der Suchtrehabilitation), unter Leitung eines wissenschaftlichen Mitarbeiters der Universität Halle-Wittenberg entwickelt. Im Verlauf der praktischen Umsetzung der AFB in den Kliniken flossen die praktischen Erfahrungen der Fallbegleiter in die Weiterentwicklung des Konzeptes ein, so wie es in der aktuellen Fassung vorliegt. Das Manual beschreibt dabei die AFB, wie sie im Studienverlauf in den Suchtfachkliniken durchgeführt wurde.

## 1.2 Für wen ist das Manual gedacht?

Das Manual ist im Sinne eines Handlungsleitfadens für Praktiker der Sucht(kranken-)hilfe konzipiert. Um das Manual nicht zu überfrachten, wurde weitgehend auf wissenschaftliche Ausführungen zur Thematik Suchterkrankungen und Erwerbslosigkeit verzichtet. Das Manual richtet sich dabei in erster Linie an Mitarbeiter stationärer und auch ambulanter Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Es beschreibt inhaltliche und formale Rahmenbedingungen des Konzeptes. Kenntnisse zur grundlegenden Methodik des Case Managements und zu sozialrechtlichen Bestimmungen im Zusammenhang von Leistungen der Suchtkrankenhilfe werden in der Anwendung des Manuals vorausgesetzt und sind nicht näher ausgeführt.

Das Manual ist modular aufgebaut, das meint, die Darstellung von Aufgabenbeschreibungen erfolgt getrennt nach stationärem und ambulantem Setting.

So ist auch ein Einsatz von Einzelbausteinen in Einrichtungen außerhalb der medizinischen Rehabilitation wie in Suchtberatungsstellen, psychiatrischen Ambulanzen oder im betreuten Wohnen denkbar.

### **1.3 Voraussetzungen für die Durchführung der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung**

Eine erfolgreiche Implementierung der AFB in bestehende Versorgungsstrukturen und deren Durchführung in gleichbleibender Qualität setzt neben der Verwendung eines Manuals und Formularen insbesondere folgendes voraus: eine intensive Schulung der Mitarbeiter, reguläre Supervisionen, regelhafte organisatorische Unterstützung, eine Integration ins Team und in die Versorgungsprozesse der Einrichtung. Eine weitere wichtige Komponente stellt der Betreuungsschlüssel dar. Im Projekt SaBiNE wurden aus organisatorischen Gründen max. 15 Klienten pro Monat in die AFB aufgenommen, aber wurden dennoch zeitweise bis zu 40 Rehabilitanden gleichzeitig betreut. Die Erfahrungen des Projektes zeigen, dass ein niedrigerer Betreuungsschlüssel die Betreuungsintensität verbessern kann. Aktuelle Forschungsergebnisse empfehlen je nach Typ des Case Managements einen Betreuungsschlüssel von 1:35 bis 1:10 (Vanderplasschen, Rapp et al. 2004).

Tools zur Erhebung der Durchführungszuverlässigkeit solcher Programme sind an anderer Stelle beschrieben (Teague, Mueser et al. 2012) und können der Qualitätssicherung derartiger Programme dienen.

### **1.4 Qualifikation der Fallbegleiter**

Mitarbeiter, die Aufgaben der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung übernehmen, sollten eine Ausbildung als Sozialpädagoge, Sozialarbeiter und Berufserfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken haben bzw. können mit entsprechender Weiterbildung und Berufserfahrung ggf. auch Vertreter anderer qualifizierter Berufsgruppen sein. Grundlegend vorhanden sein sollten Kenntnisse zur grundlegenden Methodik des Case Managements, zu relevanten Strukturen des Gesundheits- und Suchthilfesystems, sozialrechtlichen Regelungen insbesondere im Zusammenhang von Leistungen der Sucht(kranken-)hilfe sowie und Grundkenntnisse zu suchtherapeutischen Behandlungskonzepten. Weitere grundlegende Kompetenzen für die Umsetzung der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung entsprechen dem Kompetenzprofil für Case Manager (Löcherbach 2009).

## 1.5 Was ist die Arbeitsbezogene Fallbegleitung?

Die AFB richtet sich an erwerbsfähige Suchtrehabilitanden ohne Arbeit, die motiviert sind, sich mit dem (Wieder-) Einstieg in Arbeit und Beruf auseinanderzusetzen.

Die Arbeitsbezogene Fallbegleitung ist ein Case Management mit Fokus auf die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, dass während der Entwöhnungsbehandlung beginnt und die Rehabilitanden bis ein Jahr nach Ende der Entwöhnungsbehandlung begleitet. Die AFB ist schon allein aufgrund ihres methodischen Ansatzes des Case Managements eher der Sozialen Arbeit als der Suchttherapie zuzuordnen, obwohl es dennoch insbesondere im Handlungsfeld der Rückfallprophylaxe zu Überschneidungen beider Bereiche kommt.

Die AFB ist sowohl in der stationären Rehabilitation verortet und kann in dieser Funktion als ein Baustein arbeits- und berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation gesehen werden. Andererseits dauert die AFB auch in der poststationären Zeit an und ist somit auch als Element der Nachsorge zu sehen.

### 1.5.1 Ziel der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung

Arbeitsbezogene Fallbegleitung verfolgt das primäre Ziel des (Wieder-) Einstiegs ins Erwerbsleben. Um eine Erwerbstätigkeit anzutreten, ist eine stabile Erwerbsfähigkeit ebenso unabdingbar wie entsprechende Arbeitsangebote. Die Erwerbsfähigkeit wiederum setzt sowohl eine stabile soziale als auch gesundheitliche Situation voraus.

Um das Ziel des (Wieder-) Einstiegs ins Erwerbsleben zu erreichen, sind neben direkt erwerbsintegrierenden Maßnahmen auch Maßnahmen zur Unterstützung der sozialen Teilhabe und Rückfallprävention notwendig. Die Vielfalt relevanter Aufgabenfelder verdeutlicht auch die folgende Abbildung:

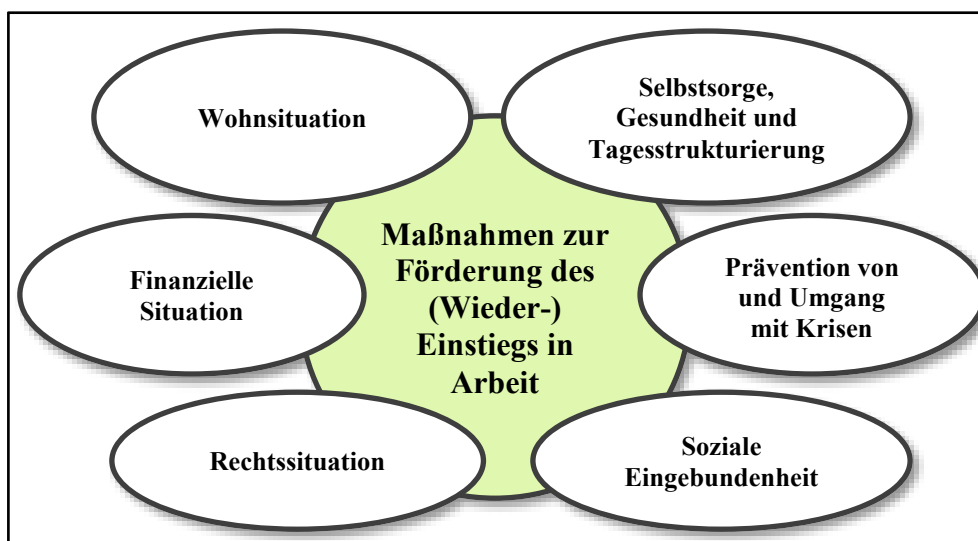


Abbildung 1 - Handlungsfeld der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung



Bei Klienten, die im Vorfeld weniger als ein Jahr arbeitslos gewesen sind, ist eine Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im direkten Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eher wahrscheinlich als bei Klienten mit längerer Dauer der Arbeitslosigkeit. Der Fokus der AFB liegt primär auf direkten Maßnahmen zur Förderung des (Wieder-) Einstiegs in Arbeit, was sich auch in der Gliederung des Manuals widerspiegelt. Dennoch können je nach kurz- oder eher mittelfristiger Perspektive einer möglichen Rückkehr in Arbeit die Inhalte der AFB entsprechend der jeweiligen Zielsetzung inhaltlich stark variieren.

Ein wichtiges Element der AFB ist die Vorbereitung und Koordination des **Übergangs in die poststationäre Phase**. So greift der Fallbegleiter bereits in der Phase der Entwöhnungsbehandlung (nicht nur) arbeits- und berufsbezogene Bedarfe erwerbsfähiger Suchtrehabilitanden ohne Arbeit auf, um gemeinsam mit dem erwerbslosen Suchtrehabilitanden die Rückkehr in Arbeit und Beruf in der nachstationären Phase langfristig vorzubereiten und um das Rückfallrisiko zu mindern. Das setzt die Bereitschaft von Kooperationspartnern zur erwerbsbezogenen Kooperation bereits während der Phase der medizinischen Rehabilitation ebenso voraus wie entsprechende Rahmenvereinbarungen, die den Kliniken ebenso wie den ambulanten Kooperationspartnern Handlungssicherheit geben.

### **1.5.2 Herausforderungen und Grenzen der AFB**

Die Case Manager der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung waren sowohl mit dem Klienten beratend und vermittelnd aktiv als auch steuernd und beratend aktiv auf der Ebene der Netzwerkpartner.

Folgenden Herausforderungen sahen sich die Fallbegleiter in der Umsetzung der AFB gegenüber, die sich auch auf den Wirkungsgrad der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung auswirken können:

- Wechselnde bzw. unzureichende Motivation des Klienten, im Sinne der getroffenen Vereinbarungen mitzuarbeiten
- Hoher Betreuungsschlüssel der Fallbegleiter und das damit verbundene z. T. sehr hohe Arbeitsaufkommen
- Zum Teil große Entfernung der Wohnorte der Klienten zum Studienzentrum und die damit verbundenen Einschränkungen des Vor-Ort-Tätig-Seins
- Komplexität der Problemstellungen, denen sich die Klienten gegenübersehen

Im unterschiedlichen Ausmaß konnten je nach Studienzentrum bzw. regionaler Partner weiterhin folgende Aspekte zum Teil erschwerend in der AFB sein:

- mangelhafte zeitliche Flexibilität in der Ausgestaltung der AFB
- mangelhafte Einbindung in Prozessabläufe der Klinik/ins Behandlungsteam
- häufiger Wechsel von Ansprechpartnern
- Zurückhaltung von Netzwerkpartnern in der Kooperation während der Phase der medizinischen Rehabilitation

Das Konzept berücksichtigt zum Teil schon Strategien, die auf die eben benannten Problemstellungen abzielen. Dennoch konnten nicht alle zufriedenstellend gelöst werden, z. B. die Frage weiter Entfernungen zum Klienten. Sollten Einrichtungen über die Einführung der AFB nachdenken, sind im Sinne einer Optimierung des Konzeptes weitere Lösungen auf diese Problemstellungen zu finden.

## 2 Maßnahmen zur Förderung des (Wieder-) Einstiegs in Arbeit und Beruf

Die Arbeitsbezogene Fallbegleitung richtet sich an erwerbsfähige Suchtrehabilitanden ohne Arbeit, die motiviert sind, sich mit dem (Wieder-) Einstieg in Arbeit und Beruf auseinanderzusetzen.

Direkte Maßnahmen zur Förderung des (Wieder-) Einstiegs in Arbeit und Beruf stellen das primäre Handlungsfeld der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung (AFB) dar, werden jedoch bei Bedarf wesentlich durch Maßnahmen zur Förderung der Alltagsbewältigung und Rückfallprävention ergänzt.

Direkte Maßnahmen zur Förderung des (Wieder-) Einstiegs in Arbeit und Beruf lassen sich dabei in drei Handlungsfelder einteilen:

Intensivierte  
Erwerbsdiagnostik in  
Zusammenhang einer  
erweiterten  
Sozialanamnese

arbeits- und  
berufsbezogene  
Einzelfallarbeit

klientenbezogene  
arbeitsorientierte  
Netzwerkarbeit zur  
Anbahnung von  
Beschäftigungsverhältnissen

## 2.1 Intensivierte Erwerbsdiagnostik in Zusammenhang einer erweiterten Sozialanamnese

Die intensivierete Erwerbsdiagnostik bildet den Ausgangspunkt aller arbeits- und berufsfördernden Maßnahmen. Dabei greift die AFB auf Informationen zurück, die im Verlauf der medizinischen Rehabilitation von den beteiligten Therapiedisziplinen zusammengetragen wurden, strukturiert diese und ergänzt sie gegebenenfalls.

### Inhalte

**Aufbauend auf den Informationen zur Erwerbsanamnese ergeben sich folgende spezifische Aufgaben der AFB-Diagnostik:**

- ☞ die Ermittlung eines Anforderungsprofils seiner letzten Tätigkeit (falls nach ärztlichen Ermessen eine Rückkehr in die letzte Tätigkeit möglich ist)
- ☞ Abgleich der von der Einrichtung erhobenen körperlich-funktionellen, kognitiven und psychischen Leistungsfähigkeit mit Anforderungsprofil der Zieltätigkeit (sofern noch nicht geschehen)
- ☞ Ermittlung der subjektiven Erwerbsprognose und der Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben

Als Herausforderung in der AFB-Diagnostik erweist sich die Tatsache, dass die im Modellprojekt beteiligten Rehabilitationseinrichtungen unterschiedliche Instrumente zur Erhebung vergleichbarer Zielgrößen nutzten. Aus diesem Grund wurde ein AFB-Diagnostik-Tool (Anlage 5.4) entwickelt, das zwar die Zielgrößen der Erwerbsdiagnostik definiert, aber hierzu eine einrichtungsspezifische Instrumentenwahl ermöglicht.

**Tabelle 1** - diagnostische erwerbsbezogene Zielgrößen und exemplarische Instrumente

diagnostische Zielgrößen	In den Studienzentren verwendete Instrumente/ Datenquellen (exemplarische Aufzählung, ist weder repräsentativ noch abschließend)
<b>Erwerbsanamnese</b>	
schulische/berufliche Bildung	Informationen aus dem Sozialbericht und/oder weiteren Antragsunterlagen
beruflicher Werdegang	Weiterführende Erhebung in der Regel unter den Vorgaben des Entlassberichtes der DRV

<b>Feststellung des Potenzials zur Erwerbsfähigkeit (hinsichtlich Zielberuf)</b>	
<p>erwerbs- bzw. berufsbezogene psychische und kognitive Leistungsfähigkeit (u.a. auch Erfassung der Methoden-, Aktivitäts-, Umsetzungscompetenz, sozial-kommunikative und personale Kompetenz)</p>	<p><b>MELBA</b> – Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (Weinmann, Kleffmann et al. 1991)</p> <p><b>d2</b> – Aufmerksamkeits- &amp; Belastungstest (Brickenkamp 2002)</p> <p><b>HAWIE-R/WAIS-IV</b> – Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (Petermann und Wechsler 2012)</p> <p><b>DCS II</b> - Diagnosticum für Cerebralschädigung (Weidlich und Lamberti 1997)</p> <p><b>AVEM</b> - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (Schaarschmidt und Fischer 2006)</p> <p><b>RSQ-D</b> - Response Styles Questionnaire – Deutsche Version (Kühner, Huffziger et al. 2007)</p> <p><b>BSI</b> - Brief Symptom Inventory (Derogatis 2001)</p> <p><b>PSSI</b> - Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (Kuhl und Kazén 2009)</p>
<p>erwerbs- bzw. berufsbezogene körperlich-funktionelle Leistungsfähigkeit</p>	<p><b>EFL</b> (Isernhagen, Hart et al. 1999)</p> <p><b>ERGOS<sup>®</sup></b> (Kaiser, Kersting et al. 2000)</p> <p><b>SAPPHIRE</b> - Arbeitskapazitäten System (Simwork 2014)</p> <p>ergänzend Funktionsmessungen aus bewegungstherapeutischen bzw. ergotherapeutischen Bereich/ selbstentwickelte Profilvergleichsverfahren</p>
<b>subjektive Erwerbsprognose und Erwerbsmotivation</b>	
	<p><b>Würzburger Screening</b> (Skala SE) (Löffler, Wolf et al. 2008)</p> <p><b>FBTM</b> - Fragebogen zur Erfassung der berufsbezogenen Therapiemotivation (Zwerenz, Knickenberg et al. 2005, Zwerenz und Beutel 2006)</p> <p><b>DIAMO</b> - Diagnostikinstrument für Arbeitsmotivation (Ranft, Fiedler et al. 2009)</p>

Der überwiegende Teil der Informationen hierzu wird im Verlauf der medizinischen Rehabilitation von den verschiedenen Professionsgruppen in der Klinikdokumentation zusammengetragen.

Änderungen im Verlauf und notwendige Detaillierungen der Informationen werden über Rücksprache im therapeutischen Team oder auch eine Klientenbefragung ermittelt. Da in der Patientendokumentation der Klinik bereits eine arbeits- und berufsbezogene Dokumentation stattfindet, wurde diese im Rahmen der AFB im Projekt genutzt und auf die Entwicklung eines separaten Assessmentinstrumentes verzichtet. Allein die zum Teil für Erwerbsbelange als unzureichend erachteten Informationen zu Handlungskompetenzen und Schlüsselqualifikationen wurden im AFB-Diagnostik-Tool (Anlage 5.4) ergänzt.

### **2.1.1 Intensivierte Erwerbsdiagnostik in der medizinischen Rehabilitation**

Das Eingangsassessment der AFB-Erwerbsdiagnostik wird mit Beginn der AFB 6 Wochen vor Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation durchgeführt und zum Entlassungszeitpunkt aktualisiert.

#### *Primäre Beteiligte und weitere Akteure<sup>1</sup>*

**Behandelnde**      **Ärzte**,      leitende      Therapeuten,      Bezugstherapeuten,  
Ergotherapeuten/Arbeitstherapeuten,      Bewegungstherapeuten,      sozialer Dienst der  
Rehabilitationseinrichtung

### **2.1.2 Intensivierte Erwerbsdiagnostik in der Nachsorge**

Ein wiederholtes Assessment (Reassessment) in den veränderlichen Zielgrößen der Erwerbsdiagnostik ist immer dann indiziert, wenn eine direkt erwerbsintegrierende Maßnahme beginnt bzw. endet. Zum Abschluss der AFB sollte ebenfalls im Sinne der Evaluation der Fallbegleitung ein Reassessment durchgeführt werden.

#### *Primäre Beteiligte und weitere Akteure<sup>1</sup>*

Mitarbeiter der Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, Suchtberater, Rehafachberater, Bildungsträger, Praktikums-/Arbeitgeber, gesetzlicher Betreuer, Bewährungshelfer, Mitarbeiter der Schuldnerberatung, Haus-/Facharzt

---

<sup>1</sup> Die Beteiligung des Fallbegleiters und des Klienten wird in den folgenden Abschnitten vorausgesetzt, aber nicht separat benannt.

## 2.2 arbeits- und berufsbezogene Einzelfallarbeit

In der arbeits- und berufsbezogenen Einzelfallarbeit steht die gemeinsame Erarbeitung und Umsetzung von Lösungsstrategien erwerbsbezogener Problemsituationen von Fallbegleiter und Klient im Vordergrund. Dabei hat die Einzelfallarbeit neben dem (Wieder-) Einstieg in ein stabiles Erwerbsverhältnis auch zum Ziel, den Klienten zu befähigen, mit erwerbsbezogenen Problemsituationen eigenverantwortlich und konstruktiv umzugehen. In der gemeinsamen Planung und Umsetzung erwerbsintegrierender Maßnahmen ist die Mitwirkung des Reha-Teams und externer Partner ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Gelingen des (Wieder-) Einstieges in Arbeit. In Abschnitt 2.3 (klientenbezogene arbeitsorientierte Netzwerkarbeit) wird darauf näher eingegangen.

### 2.2.1 Inhalte der Arbeitsbezogenen Einzelfallarbeit

#### Inhalte der Arbeitsbezogenen Einzelfallarbeit

- ☞ Reflexion von Schlüsselqualifikationen und Handlungskompetenzen als Ressourcen der Rückkehr ins Erwerbsleben
- ☞ Partizipative Vereinbarung erwerbsbezogener Ziele
- ☞ Beratung zu geeigneten berufsbezogenen Leistungen der Kliniken sowie Maßnahmen der Aktivierung und beruflichen Eingliederung durch die Arbeitsagentur, Jobcenter und anderer Träger
- ☞ Gemeinsame Planung erwerbsintegrierender Maßnahmen mit Klient auf der Grundlage der Vorgespräche im Reha-Team bzw. den externen Partnern

### Arbeitsbezogene Einzelfallarbeit in der medizinischen Rehabilitation

Die arbeits- und berufsbezogene Einzelfallarbeit der AFB ist dabei immer im Kontext bereits bestehender arbeits- und berufsbezogener Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu sehen. Hierzu wird auf eine Leistungsübersicht in Anlehnung an das *Konzept zur arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation der DRV Bund (MBOR)* verwiesen (Anlage 5.6).

Der Fallbegleiter greift diejenigen Arbeitsbezogenen Problemstellungen auf, bei denen absehbar ist, dass diese über die medizinische Rehabilitation hinaus andauern und knüpft an den Arbeitsbezogenen Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen an.

Neben den bereits vorgestellten Inhalten in Abschnitt 2.2.1 konzentriert sich die Einzelfallarbeit in der Phase der medizinischen Rehabilitation auf

**a) den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zum Klienten:**

Rehabilitanden sind während der stationären Entwöhnungsbehandlung in ein multiprofessionelles BehandlerNetz eingebunden. Eine Grundvoraussetzung des therapeutischen Fortschritts für den einzelnen Rehabilitanden besteht in der Bereitstellung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zwischen allen Beteiligten. Um dies zu erreichen, müssen bereits zu Beginn der Behandlung gegenseitige Erwartungen und Grenzen geklärt werden.

In Vorbereitung Arbeitsbezogener nachsorgender Maßnahmen gewinnt die Funktion des Fallbegleiters vermehrt an Bedeutung. Da sich die Arbeit der Fallbegleiter weniger auf therapeutische Aspekte als vielmehr auf die berufliche Integration richtet, sind auch zu diesem Zeitpunkt die veränderten gegenseitigen Erwartungen erneut zu klären. Eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit entsprechender Verbindlichkeit ist insbesondere deshalb wichtig, weil sich für den Klienten mit dem Ende der Entwöhnungsbehandlung ein erweiterter Handlungsrahmen, größere Freiheit in Entscheidungen und Verantwortung ergibt. So ist zu erwarten, dass die Interventionsmöglichkeit der Fallbegleiter maßgeblich durch das aufgebaute Vertrauensverhältnis und die Bereitschaft des Klienten bestimmt wird, sich auf die Arbeitsbeziehung einzulassen. Förderlich hierfür zeigte sich im Projektverlauf der Einsatz einer schriftlichen Vereinbarung zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung (Anlage 5.3).

**b) Motivation zur Auseinandersetzung mit der Erwerbssituation:**

Die Motivation erwerbsloser Suchtrehabilitanden, sich während der medizinischen Rehabilitation mit dem Thema Erwerbsleben auseinanderzusetzen kann nicht per se vorausgesetzt werden. Dabei ist zu unterscheiden, ob die Klienten intrinsisch oder eher extrinsisch motiviert sind. Die wichtigste Methode zur Motivationsförderung ist das persönliche Gespräch mit dem Klienten.

Hierbei können

- eine Reflexion mit Klienten zur aktuellen Erwerbssituation und der Motivlage zum (Wieder-) Einstieg ins Arbeits- und Berufsleben
- Informationen zu Optionen des (Wieder-) Einstiegs ins Arbeits- und Berufsleben, die sowohl in der medizinischen Rehabilitation als auch in der Nachsorge zur Verfügung stehen Bsp. Praktika, Adaption, ehrenamtliche Tätigkeiten
- die Einbindung in arbeits- und berufsbezogene Zielformulierungen

- die Integration unterschiedlicher Lebensziele ins Gesamtziel einer abstinenten Lebenszufriedenheit
- eine Ermutigung zur Nutzung von Leistungen des (Wieder-) Einstiegs ins Erwerbsleben  
Bsp. LTA durch DRV, Qualifizierung durch Agentur für Arbeit, Maßnahmen und Arbeitsgelegenheiten auch Minijobs

die Motivation fördern, sich mit erwerbsbezogenen Belangen auseinanderzusetzen.

Die Einstellung hierzu stellt sich bei manchen Suchtrehabilitanden ambivalent dar. Vor dem Hintergrund realistischer Erwartungshaltungen ist die wiederholte Motivierung des Klienten in seinen Bemühungen zur Rückkehr ins Erwerbsleben sowohl Aufgabe der rehabilitativen als auch nachsorgenden Phase der Einzelfallarbeit.

### c) **Berufswegeplanung**

Unter der Voraussetzung einer positiven Erwerbsmotivation und nach Abschluss der Eingangsdiagnostik wird unter Berücksichtigung der Vorgespräche mit dem Rehateam ein Berufswegeplan mit konkreten Arbeitsbezogenen Maßnahmen gemeinsam mit dem Klienten erarbeitet. Um die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit mit dem Klienten zu erhöhen, können Grundsätze der Fallbegleitung schriftlich zwischen Fallbegleiter und Klient geregelt werden. Im Projekt wurde hierfür die Vereinbarung zu Arbeitsbezogenen Fallbegleitung (Anlage 5.3) eingesetzt. Zur Zielformulierung und Strategiefestlegung wurde das AFB-Diagnostik-Tool (Anlage 5.4) eingesetzt.

### d) **Aktivierung und Beratung des Klienten in der Vorbereitung erwerbsbezogener Maßnahmen der Nachsorge**

Die teils sehr verschiedenen beruflichen Problemlagen der Klienten bedingen ebenso unterschiedlicher Herangehensweisen.

#### **Folgende Strategien stehen den Fallbegleitern primär in der Phase der Rehabilitation zur Verfügung:**

- ☞ Motivierende Gespräche zur Auseinandersetzung mit erwerbsintegrierenden Belangen
- ☞ Einbindung des Klienten in die Erstellung eines erwerbsbezogenen Leistungsprofils
- ☞ ggf. Einbindung des Klienten in die Ermittlung von potentiellen geeigneten Arbeits-, Praktikums-, Ausbildungsplätzen und deren Anforderungsprofilen/Motivation zur Teilnahme an Berufsfindungstest



- ☞ Vorbereitung und Begleitung interner und externer Belastungsproben, wenn nicht in Regelversorgung bereits verortet (in Anlage 6.2.2 beschrieben)
- ☞ Einbindung des Klienten in die Vervollständigung von Bewerbungsunterlagen und (falls in der Rehabilitationseinrichtung nicht vorhanden) Bewerbungstraining (in Anlage 6.1 beschrieben)
- ☞ Einbindung des Klienten in die Akquise von Praktikumsbetrieben (in Anlage 6.2.1 beschrieben)

### **Arbeitsbezogene Einzelfallarbeit in der Nachsorge**

Da Arbeitsbezogene Aspekte in der medizinischen Rehabilitation zumeist nicht abschließend bearbeitet werden können, nimmt die Einzelfallarbeit zu dieser Thematik einen besonderen Raum auch in der Nachsorge ein. Zusätzlich zu den in Abschnitt 2.2.1 benannten Inhalten der Arbeitsbezogenen Einzelfallarbeit sind folgenden Maßnahmen ebenfalls zu berücksichtigen:

#### **a) Motivation zum (Wieder-) Einstieg ins Erwerbsleben**

Auch wenn in der medizinischen Rehabilitation die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Erwerbssituation beim Klienten vorhanden war, stellt sich die Motivation zur Anbahnung zum (Wieder-) Einstieg ins Arbeitsleben bei manchen Klienten als ambivalent in der Nachsorge dar. Ursächlich hierfür können Rückschläge im Verlauf der Arbeitssuche sein aber auch Bedenken, den Anforderungen eines Erwerbseinstiegs nach langer Arbeitslosigkeit nicht gewachsen zu sein. Vor dem Hintergrund der individuellen Leistungsfähigkeit und der Abstinenzgefährdung durch Regression in alte Verhaltensmuster ist es die Aufgabe des Fallbegleiters, auf realistische Erwartungshaltungen beim Klienten hinzuwirken und ihn wiederholt in seinen Bemühungen zurück ins Erwerbsleben zu motivieren. Dabei eignen sich die in Punkt d beschriebenen Strategien.

#### **b) bei arbeits- und sozialrechtlichen Belangen**

Eine detailliertere Auseinandersetzung mit Aufgaben der AFB bei arbeits- und sozialrechtlichen Belangen wird ausführlicher in Abschnitt 3.4 eingegangen.

#### **c) bei der Umsetzung arbeitsbezogener Maßnahmen**

durch

- Begleitung von Qualifizierungsmaßnahmen und/oder Einstieg in eine Erwerbstätigkeit mittels Reflexion von Arbeitsbelastungen, Arbeitsverhalten etc. (siehe hierzu auch Anlage 6.2.2)

- Beratung des Klienten in der eigenständigen Beschäftigungssuche
- durch Reflexion mit den Klienten zu problematisch erlebten Gesprächen mit Akteuren des Wiedereingliederungsprozesses

### **2.2.2 Monitoring und Evaluation**

Zum regelmäßigen **Monitoring** kann das Klientenfeedback über den Verlauf der Maßnahmen sowie die Einschätzung zu arbeitsbezogenen Handlungskompetenzen herangezogen werden, um ggf. Änderungen in der Berufswegeplanung durchführen zu können. Dabei ist ein solcher Abgleich zu Beginn der Maßnahme in 2-wöchigen Abständen sinnvoll. Im späteren Verlauf reicht in der Regel ein 4-wöchiges Monitoring aus bzw. kann ggf. nach individuellem Bedarf festgelegt werden. Dennoch sollte zum Ende einer jeden Maßnahme ein Monitoringkontakt erfolgen. Während sich in der medizinischen Rehabilitation hierfür persönliche Gespräche anbieten, eignet sich in der nachsorgenden Phase ggf. auch telefonischer Kontakt. Bei Klienten mit hohem Unterstützungsbedarf braucht es zusätzlich persönliche Gespräche vor Ort.

Die **Evaluation** erfolgt einerseits durch eine subjektive Einschätzung des Zielerreichungsgrads initial gesetzter Ziele abbilden als auch den Umsetzungsgrad angebotener Maßnahmen wie Qualifikationsmaßnahmen, Praktika, Beschäftigungsverhältnisse. Für die Erhebung der Motivation eignen sich neben dem Abgleich der subjektiven Einschätzung von Klient und Fallbegleiter auch Instrumente der Erwerbsmotivation (wie in [Tabelle 1](#) aufgeführt).

Obligatorisch erfolgt eine Evaluation jeweils zum Ende der medizinischen Rehabilitation als auch zum Ende der AFB.

## **2.3 klientenbezogene arbeitsorientierte Netzwerkarbeit**

Die klientenbezogene Netzwerkarbeit ist im eigentlichen Sinne ein Bestandteil der Einzelfallarbeit und von institutioneller (einzelfallunabhängiger) Netzwerkarbeit abzugrenzen. Es hat sich jedoch aufgrund der Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Aufgaben der klientenbezogenen Netzwerkarbeit in Abgrenzung zur Einzelfallarbeit mit dem Klienten als sinnvoll erwiesen, diesen Aufgabenbereich isoliert darzustellen.

Die Förderung der Rückkehr erwerbsloser Suchtrehabilitanden ins Erwerbsleben wird getragen durch eine effektive Zusammenarbeit von Akteuren in der medizinischen Rehabilitation und insbesondere externer Institutionen.

Um an den Maßnahmen und Erkenntnissen der Rehabilitationsphase nahtlos anknüpfen zu können, braucht es bereits in der Rehabilitation eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Netzwerkpartner mit der Rehabilitationseinrichtung. Im Vordergrund steht hierbei die Etablierung klientenbezogener Netzwerke, die alle direkten Ansprechpartner der Institutionen für den jeweiligen Klienten der AFB zusammenführt. Die klientenbezogene Arbeit ist im Allgemeinen eingebettet in institutionelle Netzwerke, die die Abläufe einzelfallunabhängig regeln. Die Etablierung solcher Netzwerke auf Institutionsebene war nicht primäres Ziel des Projektes, ist aber im Sinne einer effizienten Zusammenarbeit zwischen den Institutionen in der Implementierung der AFB zu empfehlen.

Eine Besonderheit der individuellen Netzwerke ergibt sich dann, wenn vom Rehabilitanden der Wunsch geäußert wird, sich örtlich zu verändern. Insofern ist mit einem deutlich erhöhten Aufwand hinsichtlich der Koordination alter und neuer Strukturen zu rechnen. Eine gute fallbezogene Vernetzung kann helfen, einen Krisenfall zeitnah zu erkennen und unterstützen zu können.

In der Etablierung von Netzwerken sind Aufgaben zum Aufbau von klientenbezogenen Netzwerkstrukturen von inhaltlich erwerbsorientierten Aufgaben zu unterscheiden.

### **Bei der Etablierung und Pflege von Netzwerken liegen folgende übergeordnete Aufgaben an:**

- ☞ Ermitteln relevanter Institutionen sowie Ansprechpartner und Kontaktaufnahme
- ☞ Festlegung der Aufgabenverteilung in der Zusammenarbeit gemeinsam mit Kooperationspartner
- ☞ Festlegung der Kommunikationsstrukturen und Verfahrensabläufe gemeinsam mit Kooperationspartner/ Schweigepflichtsentbindung als Grundlage des Informationsaustausches
- ☞ ggf. schriftliche Festlegung der Vereinbarungen
- ☞ Förderung der Kommunikation zwischen den Netzwerkpartnern
- ☞ Monitoring der Netzwerkarbeit und regelmäßige Aktualisierung hinsichtlich neuer Netzwerkpartner

### 2.3.1 Inhalte der klientenbezogenen arbeitsorientierten Netzwerkarbeit

- Information zu durchgeführten arbeits- und berufsbezogenen Leistungen
- Information zu erwerbsbezogener Leistungsfähigkeit und Schlüsselqualifikationen des Klienten
- Gemeinsame Planung erwerbsbezogener Maßnahmen (z. B. Beteiligung am Clearing der Arbeitsverwaltung, Mitwirkung bei der Festsetzung der Eingliederungsvereinbarung z. B. die Einbindung von Leistungen der Suchtnachsorge)
- Monitoring erwerbsbezogener Maßnahmen
- Ggf. Beratung anderer Akteure im Blick auf krankheitsspezifische Aspekte

### 2.3.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeit in der medizinischen Rehabilitation

**Innerhalb der Kliniken** knüpft die AFB an die organisatorischen Strukturen der Rehabilitationseinrichtungen an und bezieht schwerpunktmäßig den Bezugstherapeut, Arzt, Sozialarbeiter und Ergotherapeut des Rehateams in die Bedarfsermittlung und Planung von nachsorgenden Arbeitsbezogenen Leistungen ein.

In der organisatorischen Umsetzung hat sich dabei folgendes Vorgehen bewährt: Zum Auftakt der AFB nutzt der Fallbegleiter die interdisziplinären Fallbesprechungen, um Arbeitsbezogene Bedarfe zu ermitteln, die das Rehateam beim jeweiligen Suchtrehabilitanden identifiziert bzw. um sich über den Verlauf Arbeitsbezogener Maßnahmen auszutauschen. Zudem greift die AFB zur Bedarfserhebung/Assessments auf die interdisziplinäre erwerbs- und berufsbezogene elektronische Dokumentation zu. Ergänzend dazu können Einzelgespräche mit den Mitgliedern des Rehateams sinnvoll sein.

Zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt eine „Übergabe“ erwerbsbezogener Belange vom Bezugstherapeuten der Entwöhnungsbehandlung sowie Adaption als auch des Sozialen Dienstes in die Verantwortung des Fallbegleiters. In der Regel schließt sich diese an die Abschlussgespräche der Rehabilitanden mit den Bezugstherapeuten an.

Die Zusammenarbeit **mit externen Institutionen** beginnt bereits ca. vier Wochen vor Entlassung aus der Rehabilitation, bestenfalls noch vor der (letzten) Belastungsheimfahrt des Klienten. Dabei stehen in diesem Zeitraum der Kontaktaufbau, der Austausch zum Ziel und Gestaltung zur Zusammenarbeit sowie die inhaltliche und zeitliche Terminierung erster Kontakte nach Ende der medizinischen Rehabilitation im Vordergrund. In der Regel suchen die Klienten im Rahmen der Belastungsheimfahrt sowohl Mitarbeiter der Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger als auch die Suchtberatungsstelle auf.

In der Anbahnung der Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen wurden zumeist noch vor der Belastungsheimfahrt neben einem vorherigen telefonischen Kontakt mit dem jeweiligen externen Partner auch kurze schriftliche Informationen zum Anliegen der AFB und eine vom Klienten unterschriebene Schweigepflichtsentbindung eingesetzt (Anlagen 5.1, 5.2).

Ziel ist es, dass zum Ende der medizinischen Rehabilitation jeder auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt erwerbsfähige Klient der AFB einen Termin (gemeinsam mit dem Fallbegleiter) mit einem Ansprechpartner der weiteren Erwerbseingliederung hat.

### **2.3.3 Klientenbezogene Netzwerkarbeit in der Nachsorge**

Zum Auftakt der Zusammenarbeit mit externen Partnern in der ambulanten Phase hat sich ein persönliches Vor-Ort-Gespräch des Fallbegleiters gemeinsam mit dem Klient und dem jeweiligen Ansprechpartner als sehr bedeutsam für eine weitere tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen allen Beteiligten erwiesen. Größere räumliche Distanzen lassen dies nicht immer zu, so dass in diesen Fällen ggf. die Zusammenarbeit auf telefonischem Wege zu organisieren ist.

Im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern hat sich in der Phase der Nachsorge die telefonische als auch E-Mailkommunikation als effektiv erwiesen. Aber auch weitere Vor-Ort-Gespräche können sich im Einzelfall als sinnvoll erweisen. Die Beteiligten tauschen sich regelmäßig zur erwerbsbezogenen Leistungsfähigkeit des Klienten, zur Planung und zum Verlauf angebahnter erwerbsbezogener Maßnahmen aus.

Nur wenn die Aufgaben anderer Beteiligter am Prozess des (Wieder-)Einstiegs ins Erwerbsleben ausreichend transparent sind, Kommunikationswege bekannt und Verfahrensabläufe zwischen den Partnern abgestimmt sind, kann eine Zusammenarbeit im Sinne des Klienten gelingen. Dabei ist genau zu prüfen, wann und an welche Person/Institution den Klienten betreffende Informationen weitergegeben werden. Die Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Klienten und des Datenschutzes haben sowohl aus Klinik als auch aus Sicht der Arbeitsverwaltung Vorrang.

Sollte der Informationsbedarf zwischen den Kooperationspartnern über den Austausch der Inanspruchnahme von Eingliederungsleistungen hinausgehen, ist ein zusätzlicher Vermerk auf der Schweigepflichtsentbindung durch den Klienten notwendig, wie bereits in Abschnitt 2.3.2 erwähnt (siehe auch Anlage 5.1). Im Rahmen der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung erfolgt keine Weitergabe von Reha-Entlassungsberichten (ausgenommen Blatt 1a).

Dabei ist der Handlungsrahmen zur Ausgestaltung einer Zusammenarbeit u.a. durch folgende gesetzlichen Bestimmungen gegeben:

- Schutz der Sozialdaten § 35 SGB I
- Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten §§ 67 ff. SGB X
- Mitwirkungsverpflichtung § 60 SGB I
- Kommunale Eingliederungsleistungen §16 a SGB II
- Auskunftspflichten § 61 SGB II
- Schweigepflicht gegenüber Dritten-Verletzung von Privatgeheimnissen § 203 SfGB

*Primäre Beteiligte und weitere Akteure*

Mitarbeiter der Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, Suchtberater, Ansprechpartner „Sucht“ der Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Rehafachberater, Bildungsträger, Praktikums-/Arbeitgeber, weitere Kosten- und Leistungsträger

#### **2.3.4 Monitoring und Evaluation**

Zur Kontrolle und Steuerung von Netzwerkprozessen eignen sich im Rahmen der regelmäßigen Kontakte die Einschätzung der Netzwerkpartner über den Verlauf der gemeinsam initiierten Maßnahmen als auch eine Rückmeldung zur Gestaltung der Zusammenarbeit. Dabei liegt es in der Hand des Fallbegleiters, einen regelmäßigen Austausch aufrechtzuerhalten und alle am Prozess notwendigen Akteure einzubinden.

Mangelnde Erreichbarkeit, wechselnde Ansprechpartner und unzureichend kommunizierte Zuständigkeiten, Erwartungshaltungen und Befugnisse stellen oftmals Hindernisse einer effektiven Zusammenarbeit mit externen Partnern dar. Diese gilt es im Monitoring zu erkennen und darauf zeitnah zu reagieren.

Das Ende der Zusammenarbeit mit externen Partnern ist determiniert durch das Ende der AFB im individuellen Falle. Zum Abschluss jeder individuellen Fallbegleitung kann eine beiderseitige **Evaluation** der Kooperierenden zur Qualität der Arbeitsbeziehung im Zusammenhang mit dem gemeinsam Erreichten hilfreich sein, um die zukünftige klientenbezogene Netzwerkarbeit weiterzuentwickeln. Projekterfahrungen zeigen, dass sich eine gelungene klientenbezogene Netzwerkarbeit auch in (vorerst) informellen institutionellen Netzwerken (also unabhängig vom individuellen Suchtrehabilitanden) verstetigen kann.

### 3 Alltagsbewältigung

Alltagsbewältigung setzt das Vorhandensein fachlicher, methodischer, sozialer und personaler Kompetenzen, in diesem Kontext als Alltagskompetenz genannt, voraus. Unter Alltagskompetenz verstehen wir im Rahmen dieser Arbeit die Fähigkeit, Dinge des alltäglichen Lebens planvoll, selbstständig und eigenverantwortlich durchführen zu können. Probleme bei der Bewältigung von Alltagsleistungen können u. a. durch Defizite in der eigenständigen Tagesplanung und -strukturierung, Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen, einer mangelhaften Wahrnehmung eigener körperlicher und seelischer Gefühle und Bedürfnisse oder Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen) verursacht werden (vgl. SGB XI §45a).

Wenn der Klient seinen abstinenter gestalteten Alltag in Einklang mit einer befriedigenden Erwerbssituation bringen kann, steigen die Chancen, sowohl auf längerfristige Erhaltung der Abstinenz als auch auf längerfristige Stabilisierung der Erwerbssituation.

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind in diesen Fähigkeiten - je nach Schweregrad und Krankheitsverlauf – mehr oder weniger eingeschränkt. Die Betroffenen können häufig alltäglich anstehende Aufgaben nicht mehr ziel- und lösungsorientiert bewältigen.

Sie verlieren sich in Handlungsstereotypen, resignieren bei kleineren Anstrengungen oder werden durch ‚wohlmeinende Helfer‘ (im Sinne einer Koabhängigkeit) unterstützt, die so zur Verfestigung des Systems von Abhängigkeit und Hilflosigkeit beitragen (Feuerlein, Kufner et al. 1998). Oft befinden sich die Klienten zu Beginn einer stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung in komplexen Problemsituationen.

Insbesondere können folgende Probleme suchtkranke Klienten in ihrer Alltagsbewältigung beeinträchtigen:

- fehlende Selbstsorge und Wertschätzung der eigenen Person
- unklare Wohnsituation (z. B. Obdachlosigkeit, bevorstehende Zwangsräumung, Schwierigkeiten mit dem Vermieter, Verwahrlosung, mangelnde Einrichtung usw.)
- unklare finanzielle Situation (z. B. Schulden)
- Probleme in der Partnerschaft/Ehe, drohende oder vollzogene Trennung
- fehlende Alternativen in der Freizeitgestaltung bzw. im sozialen Umfeld, die ein zukünftiges abstinentes Leben ermöglichen

---

Oftmals bedingen derartige Problemlagen einander und treten als individuell komplexes Geschehen auf, das wiederum in Zusammenhang mit der psychisch/physischen Konstitution der Klienten das Rückfallrisiko erhöht und den Prozess der Wiedereingliederung in Arbeit erschwert.

### **Handlungsfelder der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung zur Verbesserung der Alltagsbewältigung**

In der stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung ist die Wiedererlangung wichtiger und notwendiger Alltagskompetenzen neben der Erarbeitung von Abstinenzmotivation sowie der Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit ein zentrales Therapieziel.

Diese Kompetenz ist sowohl wichtig für die Erhaltung der (langfristigen) Abstinenzfähigkeit als auch für die erfolgreiche Aufnahme bzw. für die Beständigkeit des neu erworbenen Arbeitsplatzes der suchtkranken Klienten nach einer stationären Langzeitentwöhnungsbehandlung. Dabei „ist der Übergang vom Behandlungssystem in den Alltag bekanntlich die mit Abstand prekärste Phase. Das gilt für die Arbeitslosen noch mehr als für die Erwerbstätigen.“ (Henkel und Zemlin 2008).

Aus diesem Grund knüpft die Arbeitsbezogene Fallbegleitung zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme an<sup>2</sup>, indem sie den Transfer (wieder-) erworbenen Alltagskompetenzen in den individuellen Alltag der Klienten unterstützt und somit zu einer stabilen Abstinenz beitragen kann. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei den Handlungsfeldern *Selbstsorge*, *Gesundheit* und *Tagesstruktur* sowie *weiteren Kontextfaktoren* wie *Wohnsituation*, *finanzielle* und *Rechtssituation* als auch *soziale Kontexte*.

### **3.1 Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung**

Selbstsorge beinhaltet im Folgenden sowohl die Sorge um die eigene Gesundheit sowie die abnehmende Abhängigkeit der Person hinsichtlich in Krankheit haltender Verhaltensweisen, Beziehungsmustern und die Linderung bzw. Minderung der Suchtfolgeerkrankungen (Steinkamp 1998). In ihrer Abhängigkeitsentwicklung schildern Klienten häufig die abnehmende Bedeutung, sich um das eigene Wohlbefinden zu mühen. Dies schließt den verantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper wie der eigenen Psyche ein. Dazu gehören das Antizipieren risikobesetzter Entwicklungen und ein eigenständiger Anspruch an Lebensqualität. In praktischer Hinsicht lässt sich das Ausmaß an Selbstsorge an Handlungen wie Körperhygiene, Kleidungsanspruch, Schlaf-Wach-Rhythmus oder an der Nahrungszufuhr erkennen. Bei der Nahrungszufuhr ist dann von angemessener Selbstsorge auszugehen, wenn der Klient darauf achtet, was und wie viel er mit welchem Anspruch ist.

---

<sup>2</sup> aus diesem Grund wird in den folgenden Abschnitten auch auf die Teilung von Maßnahmen *während* und *nach* Entwöhnungsbehandlung verzichtet.



Regelmäßigkeit, Geschmacksanspruch und gesundheitliche Aspekte fließen hier in die Selbstreflexion des Klienten ein. Dies zeigt sich auch in der Einhaltung von Ruhezeiten und Nutzung von Freizeit zur aktiven Regenerierung der physischen und psychischen Kräfte. Das äußert sich auch in der Fähigkeit zur Tagesstrukturierung: Erst im eigen verantworteten Alltag zeigt sich, wie der Klient in der Lage ist, seinen Tag angemessen zu gestalten, Ansprüche zu entwickeln und sich achtsam gegenüber sich selbst und anderen zu verhalten.

Besonders erwerbslose Abhängigkeitskranke haben oftmals das Problem, freie Zeit, die scheinbar im Überfluss zur Verfügung steht, sinnvoll zu nutzen. Die daraus entstehenden frustrationsbesetzten Situationen begründen ein mögliches Rückfallrisiko.

Derzeit ist davon auszugehen, dass arbeitslose Suchtrehabilitanden zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Entwöhnungsbehandlung überwiegend (87-94 %) in die Erwerbslosigkeit zurückkehren (Henkel und Zemlin 2008). Sinnerfüllte Beschäftigungen können Teil einer abstinenten Freizeitgestaltung sein, auch und insbesondere dann, wenn keine Erwerbstätigkeit zur Tagesstruktur beiträgt. Andererseits bedürfen auch erwerbstätige Suchtrehabilitanden noch häufig einer Rückmeldung von außen, um sich nicht im Verfolgen eindimensionaler Zielstellungen (nur Arbeit) zu verlieren.

**Bedarfsklärung:** Die Fallbegleitung wird wirksam, wenn abzusehen ist, dass der Klient den grundsätzlichen Bedarf an Selbstsorge und Gesundheitsvorsorge nicht erkennen und ohne Unterstützung umsetzen wird oder kann. Hinweise können sein, dass der Klient bereits im stationären Rahmen bzw. nach dem Therapieende in eigenem Wohnraum nicht oder nur unter Hilfestellung in der Lage ist, für den Grundbedarf an Körperpflege, gesunder Ernährung, Schlaf oder auch Bewegung zu sorgen. Auch die Vernachlässigung notwendiger Arztbesuche kann Indiz hierfür sein. Dennoch sollte beim Ermessen eines Handlungsbedarfs durch den Fallbegleiter von möglichst objektiven Maßstäben einer Grundversorgung ausgegangen werden, da die Ansprüche an Selbst- und Gesundheitsvorsorge sehr individuell ausgeprägt sein können. Wenn der Klient bereits im stationären Rahmen nicht in der Lage ist, die Strukturen des Alltags zu erfassen und entsprechend zu nutzen, benötigt er Unterstützung. Die Fähigkeit zur eigenständigen Tagesstrukturierung zeigt sich beispielhaft in der Einhaltung von Terminen bzw. dem Durchhalten von Arbeitszeit, der sicheren Handhabung ritualisierter Abläufe und flexiblen Reaktion auf unvorhergesehene Ereignisse. In der Praxis der Tagesstruktur geht es um eine sinnvolle Gestaltung des Tagesablaufes und Erhaltung einer in der Therapie erworbenen Struktur. Der Klient soll die ihm zur Verfügung stehende Zeit bewusst wahrnehmen und mit ihr verantwortungsbewusst umgehen können.

**Ziel:** Der Klient soll unterstützt werden, angemessen für sich zu sorgen und im Sinne einer Rückfallprävention „zur aktiven und sinnerfüllten Gestaltung der für Arbeitslose oft strukturlosen und sinnentleerten Zeit“ befähigt werden (vgl. (Henkel und Zemlin 2008),

d.h.:

- einen Tagesrhythmus entwickeln, der weder von Unter- noch von Überforderung geprägt ist,
- mit Freiräumen auf alternative Weise umgehen
- Abwechslungen schaffen
- Wiederkehrende Pflichten in ihrer Sinnhaftigkeit erkennen und umsetzen
- auf Unvorhergesehenes adäquat reagieren können. (z.B. Terminausfälle, Angebote, Besuch)

Wenn der Klient eigenständig in der Lage ist, dauerhaft den Alltag im Sinne der Erhaltung seiner Abstinenz zu strukturieren und in vergleichbar angemessener Weise für sich Sorge zu tragen, als auch angemessen wertschätzend mit seiner Person umzugehen und sich um die Erhaltung seiner Gesundheit zu kümmern, kann das Ziel der Fallbegleitung in diesem Lebensbereich als erreicht eingeschätzt werden.

### **3.1.1. Identifikation eines Handlungsbedarfs hinsichtlich Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung zum Ende der Entwöhnungsbehandlung**

Da in der stationären Entwöhnungsbehandlung Selbst- und Gesundheitssorge bereits im Fokus der Behandlung sind, wird empfohlen, die Notwendigkeit fallbegleiterischen Handelns in diesem Lebensbereich regulär zum Ende der Entwöhnungsbehandlung zu prüfen. In Einzelfällen kann auch ein zeitigeres Einsetzen der Fallbegleitung sinnvoll sein. Hierfür sind Kenntnisse zur Sozialanamnese zum Ende der Rehabilitationsmaßnahme notwendig.

Neben den bereits in der Erwerbsdiagnostik erhobenen Merkmalen sind insbesondere folgende Informationen von Bedeutung:

- gesundheitlichem (psychischen/physischen) Zustand des Klienten, insbesondere suchtrelevanten Komorbiditäten
- Einschränkung der Selbstsorge bezüglich Ernährung, Schlaf, Körperhygiene, Bewegung/ Freizeitgestaltung

- Kompetenzen wie Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz (Zeiteinteilung, Handlungsplanung, Selbständigkeit)

Der überwiegende Teil der Informationen hierzu wird im Verlauf der medizinischen Rehabilitation von den verschiedenen Professionsgruppen in der Klinikdokumentation zusammengetragen. Änderungen im Verlauf als auch notwendige Detaillierungen der Informationen werden über Rücksprache im therapeutischen Team oder auch eine Klientenbefragung ermittelt.

#### *Primäre Beteiligte und weitere Akteure*

Behandelnde      Ärzte,      leitende      Therapeuten,      Bezugstherapeuten,  
Ergotherapeuten/Arbeitstherapeuten,      Bewegungstherapeuten,      sozialer Dienst der  
Rehabilitationseinrichtung

### **3.1.2. Einzelfallarbeits zur Förderung der Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung**

In der Einzelfallarbeits in diesem Lebensbereich steht die gemeinsame Erarbeitung und Umsetzung von selbstsorgender als auch tagesstrukturierender Strategien im Alltag des Klienten im Vordergrund. Grundlegend hierfür ist die Motivation und Änderungsbereitschaft des Klienten.

#### **Inhalte**

##### **Folgende Aufgaben kann die Einzelfallarbeits in diesem Handlungsfeld beinhalten:**

- ☞ Motivation zur Bewältigung der gesundheitlichen Probleme
- ☞ Beratung und Planung von geeigneten Maßnahmen der Selbst- und Gesundheitssorge auf der Grundlage der Vorgespräche im Reha-Team bzw. den externen Partnern z.B. Angebote der Suchtnachsorge, ambulant und ggf. stationär betreutes Wohnen, ggf. Einschalten eines Pflegedienstes
- ☞ Beratung zu und Vermittlung von Angeboten der Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfeverein Milest e.V. Wernigerode)
- ☞ Beratung zu und Vermittlung von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III der Bundesagentur für Arbeit und Eingliederungshilfe nach §§53/54 SGB XII z.B. Tagesstättenangebote, Arbeitsprojekte
- ☞ Ggf. Beratung/Vermittlung von Sport-, Freizeit-, Kulturangeboten (z.B. über NeNa-Netzwerk Nachsorge)

### **3.1.3. klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Förderung der Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung**

Obwohl in der Förderung der Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung von Klienten die Einzelfallarbeit eher im Vordergrund steht, kann ein stabiles Netzwerk wesentlich zum Gelingen beitragen.

#### **Inhalte**

- Austausch/Monitoring zu Kompetenzen des Klienten hinsichtlich Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung, (insbesondere auch in Hinblick auf der Selbst- und Fremdgefährdung, vgl. dazu auch Abschnitt 4)
- Beratung und Anbahnung ärztlicher Behandlung (z.B. hausärztliche, psychiatrische Behandlung), Selbsthilfegruppen, Suchtnachsorgeangeboten
- Beratung und Anbahnung von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III und Eingliederungshilfe nach §§53/54 SGB XII
- Ermittlung/Anbahnung geeigneter Freizeitaktivitäten falls eine eigenverantwortliche Übernahme der Selbstsorge und Tagesstrukturierung als mittelfristig nicht erreichbar eingeschätzt wird, besteht die Möglichkeit der
  - Initiierung ambulant (ggf. stationär) betreuten Wohnens
  - Prüfung der Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung

#### *mögliche Netzwerkpartner*

behandelnde Ärzte, leitender Therapeut, Bezugstherapeut, Suchtberater, gesetzlicher Betreuer, Ansprechpartner von Selbsthilfegruppen, Ansprechpartner tagesstrukturierender Maßnahmen, Mitarbeiter betreuten Wohnens, Mitarbeiter vom Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, Sozialhilfeträger, Familienangehörige, ambulanter Sozialer Dienst, Familienhilfe, ggf. Streetworker, Sozialpsychiatrischer Dienst, Pflegedienst

Aufgrund ihres Stellenwertes in der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung wird an dieser Stelle auf die Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen näher eingegangen.

---

### **3.1.4. Schnittstelle Suchtberatung: Kooperation zwischen den Fallbegleitern und den Suchtberatungsstellen**

Im Hilfeverbund bilden Suchtberatungsstellen wichtige Knotenpunkte der Vernetzung zwischen Selbsthilfe und professioneller Suchtbehandlung. Die Ansprechpartner leisten vor möglichen therapeutischen Schritten niederschwellige Motivationsarbeit, informieren zu Abhängigkeit und Folgeerkrankungen, beraten Angehörige, bieten psychosoziale Einzelfallbegleitung sowie Gruppengespräche an. Sie vermitteln in therapeutische Angebote, und begleiten die Klienten nach einer stationären, teilstationären oder ambulanten Maßnahme im Rahmen von Nachsorgevereinbarungen.

Einige Einrichtungen führen auch selbst ambulante Entwöhnungstherapien durch, organisieren Kultur- und Freizeitangebote, tagesstrukturierende Maßnahmen, halten Kontakt-Cafes und spezielle Beratungsangebote z.B. für Personen mit einer Essproblematik, Suchtkranke mit Migrationshintergrund oder Gehörlose vor. Auch stellen Suchtberatungsstellen zum Teil auch Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Für den Klienten bieten die Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle oft langjährig Beziehungskontinuität über den begrenzten Zeitraum einer therapeutischen Maßnahme hinaus. Für die Fallbegleiter sind die Mitarbeiter der Suchtberatungsstellen einer der wichtigsten Kooperationspartner/Schnittstellen im unmittelbaren Lebensumfeld der Klienten. Die Kooperation zwischen dem Fallbegleiter und der Suchtberatungsstelle beginnt bereits während der Entwöhnungsbehandlung und dient der Erhaltung der Abstinenz und Erwerbsfähigkeit des Klienten. Ein Schwerpunkt der Fallbegleitung ist die möglichst nahtlose Überleitung des Klienten von der stationären Entwöhnungsmaßnahme in nachsorgende Maßnahmen der Suchtberatung.

Auch wirkt der Fallbegleiter positiv auf die Kontinuität der nachsorgenden Maßnahmen im Sinne der Motivation des Klienten zu einer Wiederaufnahme nachsorgender Maßnahmen. Wichtig für eine gelungene Kooperation ist hierbei eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Transparenz der Aufgaben im Prozess der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung. Die Projekterfahrungen zeigen, dass sich eine vom Bedarf der individuellen Problemkonstellation abhängige (nicht zeitlich vorstrukturierte) Kommunikation in der Zusammenarbeit bewährt.

### **3.1.5. Selbsthilfegruppen im Kontext der Fallbegleitung**

Selbsthilfegruppen bieten eine Gemeinschaft, in der einander geholfen wird, abstinent zu bleiben. Der Erfahrungsaustausch zum abstinenten Alltag in der Gruppe ermöglicht fortzusetzen, was im geschützten Rahmen der Entwöhnungsbehandlung in die Wege geleitet wurde. Eine Selbsthilfegruppe bietet dem Suchtrehabilitanden die Möglichkeit, sich offen und vorurteilsfrei mit anderen zum Umgang mit seiner Erkrankung auszutauschen.

Aufgabe der Fallbegleitung ist es, Klienten über die regionalen Möglichkeiten und Vorteile der Gemeinschaft einer Selbsthilfegruppe zu informieren und zur regelmäßigen Teilnahme zu motivieren. Die Anbahnung einer Kontaktaufnahme geschieht in der Regel bereits im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung.

### 3.1.6. Monitoring und Evaluation

Zum **Monitoring** dient die Einschätzung zu

- Kompetenzen im Umgang mit gesundheitlichem (psychischen/physischen) Aspekten, insbesondere suchtrelevanten Komorbiditäten
- Einschränkung der Selbstsorge bezüglich Ernährung, Schlaf, Körperhygiene, Bewegung/ Freizeitgestaltung, etc.
- Kompetenzen wie Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz (Zeiteinteilung, Handlungsplanung, Selbständigkeit)

Eine solche Einschätzung ist zu Beginn der ambulanten Phase in mindestens 2-wöchigen Abständen sinnvoll. Im späteren Verlauf reicht in der Regel ein 4-wöchiges Monitoring aus bzw. kann es nach individuellem Bedarf festgelegt werden.

Bei Klienten mit komplexer Hilfeproblematik bzw. hohem Unterstützungsbedarf sollten persönliche Gespräche vor Ort bevorzugt werden.

**Evaluation**kriterien können sich einerseits durch eine subjektive Einschätzung des Zielerreichungsgrads der in 3.1 benannter Ziele als auch den Umsetzungsgrad angebahnter Maßnahmen z.B. die regelmäßige Teilnahme an Freizeitaktivitäten gemessen werden.

Obligatorisch erfolgt eine Evaluation zum Ende der Fallbegleitung.

Ergibt sich im Rahmen der klientenbezogenen Netzwerkarbeit die Notwendigkeit, mehr als in Einzelkontakten mit gleichen Ansprechpartnern zu arbeiten, gelten die gleichen Hinweise wie im Handlungsfeld der arbeitsorientierten Netzwerkarbeit (Abschnitt 2.3.2, 2.3.3). Komplexe Problemsituationen bedingen zudem vor Ort-Gespräche und können durch Hilfekonferenzen aller Beteiligten erfolgreich bearbeitet werden. Ergänzend dazu auch telefonische Kontakte oder ggf. E-Mailverkehr.

Neben selbstsorgenden und tagesstrukturierenden Aspekten kann erfahrungsgemäß der Stabilisierung weiterer Rahmenbedingungen wie z.B. des Wohnumfeldes, des sozialen Umfeldes aber auch der finanziellen und rechtlichen Situation des Klienten eine positive Wirkung auf die Aufrechterhaltung der Abstinenz zugerechnet werden.

Genau diese Gegebenheiten sind jedoch nicht selten bei Suchtrehabilitanden problembehaftet – sowohl hinsichtlich der Bedingungen selbst als auch des Umgangs der Suchtrehabilitanden damit. In vielen Fällen sind mehrere Rahmenbedingungen ungünstig und bedingen den Handlungsbedarf der Fallbegleitung.

### **3.2 Wohnumfeld**

Dies betrifft u.a. die vorgehende Wohnungssituation (Haft, Obdachlosenhaus, im elterlichen Haushalt, Gartenlaube usw.) und das Wohnumfeld nach der Behandlung. Dabei binden sich strukturelle Fragen (Wo, zu welchen Konditionen?) an inhaltliche Problemstellungen (Welche Wohnform ist angesichts der individuellen Problematik des Klienten die geeignete?). Wohnraum ist immer auch Sozialraum. Für eine gelingende Abstinenzsicherung des Klienten hat ein stützendes Wohnumfeld große Bedeutung.

Die Wohnsituation bedarf in Hinblick auf ihr Ressourcen- als auch Risikopotential von Beginn der Fallbegleitung an besonderer Aufmerksamkeit.

An dieser Stelle bedarf es oftmals zusätzlich zur Selbstauskunft des Klienten einer Fremdeinschätzung durch die am Behandlungsprozess beteiligten Bezugspersonen.

#### **Bedarfsklärung:**

Die Kompetenz des Klienten, seine Wohnsituation eigenverantwortlich zu regeln zeigt sich daran, ob der Klient ohne, ggf. mit Unterstützung in der Lage ist, seinen eigenen Haushalt zu führen, Miete und andere Verbindlichkeiten zu regeln bzw. für sich zu sorgen, indem er eine die Abstinenz unterstützende Wohnsituation erreicht und aufrechterhält.

#### **Ziel:**

Sobald der Klient in der Lage ist, längerfristig eine suchtmittelfreien Wohnsituation aufrechtzuerhalten, ist das Ziel in diesem Handlungsfeld erreicht.

#### **Identifikation eines Handlungsbedarfs hinsichtlich der Wohnsituation**

Die Klärung der Wohnsituation, eine Motivation zur Auseinandersetzung des Rehabilitanden damit und das Aufzeigen von Hilfen ist Bestandteil der Regelversorgung einer Entwöhnungsbehandlung. Insbesondere bei vorzeitigen Therapiebeendigungen kann es vorkommen, dass Suchtrehabilitanden in eine ungeklärte Wohnsituation zurückkehren. Ist zum Ende der Entwöhnungsbehandlung absehbar, dass eine mittelfristige Sicherung der Wohnsituation nicht erreichbar ist, übernimmt die Fallbegleitung diese Aufgaben.

Zur Klärung der Wohnsituation und des damit verbundenen Handlungsbedarfs sind folgende Informationen für die Fallbegleitung relevant:

- Angaben zu vorhandenem Wohnraum, auch zu finanziellen Aspekten wie bestehende Schulden der Miete oder Nebenkosten
- Rückfallrisiken und/oder protektive Faktoren im Wohnumfeld
- geplanter Wohnraumwechsel
- Kompetenzen als Voraussetzung eigenständigen Wohnens z.B. eigenständige Bewältigung von alltagsnotwendigen Anforderungen wie Putzen, Einkaufen, Wahrnehmung von Terminen, Fähigkeit zum Umgang mit Geld,
- ggf. Prüfung, ob Wohnraum Richtlinien des zuständigen Jobcenters entspricht bei bestehenden Leistungsbezug

Die Ermittlung notwendiger Informationen stützt sich neben der Auskunft von Klienten und ggf. deren Bezugspersonen überwiegend auf Angaben, die im Verlauf der medizinischen Rehabilitation von den verschiedenen Professionsgruppen in der Klinikdokumentation zusammengetragen wurden und persönliche Rücksprachen mit dem therapeutischen Team als auch mit ambulanten Partnern.

*Primäre Beteiligte und weitere Akteure*

Behandelnde Ärzte, leitende Therapeuten, Bezugstherapeuten, Ergotherapeuten/Arbeitstherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten, sozialer Dienst der Rehabilitationseinrichtung, Ansprechpartner Betreuten Wohnens, ggf. gesetzlicher Betreuer, Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Mitarbeiter der Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, Bewährungshelfer



### 3.2.1 Einzelfallarbeits zur Sicherung der Wohnsituation

**Folgende Aufgaben können sich nach Abklärung der Wohnsituation für die Einzelfallarbeits ergeben:**

- ☞ Motivation zur Auseinandersetzung mit der ungeklärten oder auch abstinentgefährdenden Wohnsituation
- ☞ Beratung und Planung geeigneter Maßnahmen zur Stabilisierung der Wohnsituation z.B. Anregung eines Umzugs, Bezug neuen Wohnraums nach Haft bzw. Obdachlosigkeit,
- ☞ Hilfestellung bei der Beschaffung neuen Wohnraums und bei der Beantragung notwendiger Hilfen für den Wohnraumwechsel z.B. Hilfestellung bei Begleitschreiben bei ungünstiger Bilanz der Selbstauskunft (Schufa-Einträge, Haustiere), Unterstützung bei Beantragung des Umzugs beim Jobcenter, der Agenturen für Arbeit bzw. bei zugelassenen kommunalen Träger, bei Neubeantragung von Leistungen
- ☞ Unterstützung bei Kontaktaufnahme zu Anbietern von Wohnraum

### 3.2.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeits zur Sicherung der Wohnsituation

Insbesondere in der Anbahnung von stabilen Wohnverhältnissen nimmt die Zusammenarbeit mit beteiligten Professionen und auch dem sozialen Umfeld des Klienten einen großen Raum in der Fallbegleitung ein.

Aber auch im späteren Verlauf kann niederschwellige Netzwerkarbeits helfen, risikobesetzte Situationen die sich aus der Wohnsituation ergeben, rechtzeitig zu erkennen.

**Daraus ergeben sich folgende Aufgaben:**

- ☞ Aktivierung relevanter Netzwerkpartner
- ☞ Austausch zu gefährdenden Situationen z.B. im Falle von Anzeichen der Verwahrlosung
- ☞ Anbahnung einer stabilen Wohnsituation z.B. durch Kontaktaufnahme und Vermittlung von potentiellen Vermietern, ggf. Vermittlung eines Besichtigungstermins Initiierung betreuten Wohnens incl. Anbahnung entsprechender Antragstellung beim Jobcenter, den Agenturen für Arbeit bzw. bei zugelassenen kommunalen Trägern.

#### *Mögliche Netzwerkpartner*

interdisziplinäres Team, Ansprechpartner betreuten Wohnens, ggf. gesetzlicher Betreuer, Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, sozialer Dienst der Justiz, Familienhilfe

### **3.2.3 Monitoring und Evaluation**

In der Begleitung dieser Prozesse sind Ereignissen wie Trennung/Scheidung, Kündigung durch den Vermieter oder Anzeichen von Verwahrlosung besondere Beachtung zu schenken.

Im Fall einer noch ungeklärten Wohnsituation bedarf es einer engmaschigen Begleitung, während nach Sicherung der Wohnsituation die Abstände des **Monitoring** in der Regel 4 Wochen betragen bzw. nach Bedarf geregelt werden können. Hierfür eignen sich telefonische und persönliche Gespräche. Gegebenenfalls kann im Einzelfall auch ein Hausbesuch zweckdienlich sein.

Die **Evaluation** in diesem Handlungsfeld kann sowohl über die subjektive Einschätzung des Klienten zur Wohnsituation, als auch über den Zielerreichungsgrad der angeregten Maßnahmen und die Einschätzung zu Kompetenzen im Umgang mit Wohnraum bestimmt werden.

## **3.3 Finanzielle Situation**

Die finanzielle Situation von Suchtrehabilitanden ist nicht selten geprägt von Unsicherheiten über Zahlungen seitens der Leistungsträger, Verbindlichkeiten, Schulden und von der mangelnden Kompetenz, Gelder angemessen zu verwalten. In manchen Fällen wurden in der Vorgeschichte Suchtmittel eingesetzt, um die aus diesem Bereich resultierenden Krisen zu bewältigen – ohne die zugrunde liegenden Probleme wirklich zu klären.

#### **Bedarfsklärung:**

Wenn absehbar ist, dass ein Suchtrehabilitand zum Ende der Entwöhnungsbehandlung nicht in der Lage sein wird, seine finanziellen Angelegenheiten eigenständig zu regeln und keine Bezugsperson diese Aufgabe innehat, liegt die Indikation zum Handeln in der Fallbegleitung vor.

Dies ist exemplarisch der Fall, wenn der Rehabilitand seine Verbindlichkeiten wie Miete oder andere Zahlungsverpflichtungen nicht absichern kann bzw. bei ungeklärter Schuldensituation.

**Ziel:**

Der Klient soll in die Lage versetzt werden, seine finanzielle Situation zu überblicken und geeignete Maßnahmen zur Regulierung zu ergreifen.

Wenn der Lebensunterhalt des Klienten gesichert ist, dieser mit bzw. ohne Unterstützung in der Lage ist, mit Finanzen zu planen und verantwortlich umzugehen und vorhandene Schulden (ggf. in Zusammenarbeit mit der Schuldnerberatungsstelle) reguliert sind, ist das Ziel der Fallbegleitung hinsichtlich der finanziellen Situation erreicht.

**Identifikation eines Handlungsbedarfs hinsichtlich der finanziellen Situation**

Die Bearbeitung einer problematischen finanziellen Situation ist Bestandteil der Regelversorgung einer Entwöhnungsbehandlung, sofern diese die Rückkehr in den Alltag und die Abstinenz gefährdet. Ist zum Ende der Entwöhnungsbehandlung eine Klärung sowie Regelung der finanziellen Situation noch nicht hinreichend absehbar, übernimmt die Fallbegleitung diese Aufgaben gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit Schuldnerberatung, Suchtberatung und gesetzlichem Betreuer.

Zur Klärung der finanziellen Situation und des damit verbundenen Handlungsbedarfs sind folgende Informationen für die Fallbegleitung von Bedeutung:

- Angaben, ob das aktuelle Einkommen zur Sicherung des Lebensunterhalts ausreicht, ob Bewilligungsbescheid für Leistungen nach SGB II/SGB III notwendig/vorhanden
- ob Schulden vorliegen, die den Lebensunterhalt gefährden
- Angaben zu bereits begonnenen Maßnahmen der Schuldenregulierung und involvierten Ansprechpartnern
- ob gesetzliche Betreuung notwendig/vorhanden
- Hinweise zur kompetenten Umgang mit finanziellen Belangen

Ebenso wie in den vorhergehenden Handlungsfeldern können diese Informationen sowohl aus der Klinikdokumentation, durch Auskunft des Rehabilitanden oder dessen Bezugspersonen als auch in Rücksprache mit dem therapeutischen Team und ggf. bereits involvierten externen Partnern wie dem gesetzlichen Betreuer oder der Schuldnerberatung gewonnen werden.

*Primäre Beteiligte und weitere Akteure*

Bezugstherapeuten, sozialer Dienst der Rehabilitationseinrichtung, gesetzlicher Betreuer, Schuldnerberatung, ggf. Mitarbeiter der Jobcenter, der Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, Insolvenzverwalter, Vermieter, Rechtsanwälte, Bewährungshelfer

### 3.3.1 Einzelfallarbeits zur Sicherung der finanziellen Situation

**Folgende Aufgaben können sich aus einem festgestellten Handlungsbedarf zur finanziellen Situation des Klienten für die Einzelfallarbeits ergeben:**

- ☞ Motivation zur Auseinandersetzung mit der Lebensunterhalt gefährdenden finanziellen Situation
- ☞ Beratung zu geeigneten unterhaltssichernden Maßnahmen z.B. zur Kontaktaufnahme zur Schuldnerberatung, Anregung der Beantragung existenzsichernder Maßnahmen
- ☞ ggf. Anleitung zur Aufstellung eines persönlichen Haushaltsplans zur Kostenkontrolle

### 3.3.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeits zur Sicherung der finanziellen Situation

**Folgende Aufgaben können sich je nach Problemkonstellation ergeben:**

- ☞ Identifizierung und Aktivierung relevanter Netzwerkpartner
- ☞ Abklärung von Zuständigkeiten
- ☞ Initiierung und Monitoring unterhaltssichernder Maßnahmen z.B. zur Regulierung von Miet- und Stromschulden, Beantragung entsprechender Hilfen vom Jobcenter, der Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger.

Sollte der Klient trotz Klärung und vorübergehender Sicherung des Unterhalts dennoch nicht in der Lage sein, finanzielle Belange ohne fremde Unterstützung zu bewältigen, ist die Möglichkeit einer gesetzlichen Betreuung für diesen Lebensbereich zu prüfen und bei Bedarf einzuleiten.

*Mögliche Netzwerkpartner:*

Schuldnerberatungsstelle, Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung, der Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, gesetzlicher Betreuer, überörtlicher Sozialhilfeträger, Bewährungshelfer, gemeinnützige Vereine z. B. Help e.V., Selbsthilfegruppen

### 3.3.3 Monitoring und Evaluation

Zum **Monitoring** dienen Angaben über den Verlauf unterhaltssichernder Maßnahmen. Beachtung sollte im Monitoring auch Risiken der Neuverschuldung gelten. Empfehlungen zu Kommunikationswegen und Monitoringabständen sind mit der Einzelfallarbeit zur Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung vergleichbar.

Die **Evaluation** der Fallbegleitung in diesem Handlungsfeld kann über den Zielerreichungsgrad der unterhaltssichernden Maßnahmen als auch über die Einschätzung zu Kompetenzen im Umgang mit finanziellen Belangen bestimmt werden.

### 3.4 Rechtssituation

Eine Vielzahl von Suchtrehabilitanden sehen sich mit ausstehenden Gerichtsverfahren, Scheidungsformalitäten, Haftaufenthalten, justiziellen Forderungen, Fahrverboten oder Bewährungsaufgaben konfrontiert.

Die Einhaltung der damit verbundenen Verpflichtungen wie Behördengänge, Formulare ausfüllen, Termintreue, Ableisten gemeinnütziger Stunden, Führerscheinfragen etc. fällt Rehabilitanden mit noch unzureichenden sozialen Kompetenz oftmals sehr schwer. Die Nichtbearbeitung derartiger Verpflichtungen aber sind ernstzunehmende Vermittlungshemmnisse auf dem Weg zur Erwerbstätigkeit.

#### **Bedarfsklärung:**

Die Fallbegleitung wird aktiv, wenn der Klient nicht oder nur unzureichend in der Lage ist, eigenständig seine Rechtssituation zu klären und den Erfordernissen ausstehender Gerichtsverfahren, Scheidungsformalitäten, Haftaufenthalten, Bewährungsaufgaben etc. nachzukommen, die seine Erwerbsintegration oder Abstinenz bedrohen.

#### **Ziel:**

Wenn sich die Rechtssituation des Klienten nicht mehr als Hemmnis hinsichtlich der Integration in den Erwerbsarbeitsmarkt erweist bzw. daraus keine Risiken mehr hinsichtlich des Erhalts der Abstinenz erwachsen, ist das Ziel der AFB in diesem Handlungsfeld erreicht.

#### **Identifikation eines Handlungsbedarfs hinsichtlich der Rechtssituation**

Bereits in der Entwöhnungsbehandlung wird der Klärung der Rechtssituation Aufmerksamkeit gewidmet. Somit erschließt sich für die Fallbegleitung nur dann ein Handlungsbedarf, wenn es absehbar ist, dass zum Ende der Entwöhnungsbehandlung die Rechtsbelange noch unzureichend bearbeitet sind bzw. wenn im späteren Verlauf der Fallbegleitung Hinweise auf einen derartigen Handlungsbedarf auftreten.

Folgende grundlegenden Informationen werden hierfür benötigt:

- Bestehen von Bewährungszeiten, -auflagen und damit verbundenen Weisungen
- bestehende Fahrverbote/ Sperrung hinsichtlich der Neubeantragung des Führerscheins
- bereits initiierten Maßnahmen und daran beteiligte Partner
- soziale Kompetenz im Umgang mit behördlichen Belangen

Diese Informationen können ebenso wie in den vorhergehenden Handlungsfeldern sowohl aus der Klinikdokumentation, durch Auskunft des Rehabilitanden oder dessen Bezugspersonen als auch in Rücksprache mit dem therapeutischen Team und weiterem Ansprechpartnern wie dem Bewährungshelfer oder dem gesetzlichen Betreuer gewonnen werden.

### 3.4.1 Einzelfallarbeit zur Rechtssituation

**In Abhängigkeit von der rechtlichen Ausgangssituation, in der sich der Klient befindet, können sich unter anderen folgende Aufgaben der Fallbegleitung ergeben:**

- ☞ Motivation zur Auseinandersetzung mit der unklaren justiziellen Situation
- ☞ Beratung zu geeigneten Maßnahmen z.B. Ableisten von Sozialstunden
- ☞ Beratung zu kompetentem Umgang mit behördlichen Belangen
- ☞ Unterstützung bei Bearbeitung behördlicher Belange, ggf. Begleitung zu Behörden
- ☞ Motivation/Aktivierung zur Einhaltung von Auflagen, der Zusammenarbeit mit dem zuständigen Bewährungshelfer, bei behördlichen Angelegenheiten und dem Einhalten/Ableisten der Weisungen

Im Falle eines auslaufenden Fahrverbotes kann in diesem Zusammenhang auch eine Beratung zur Möglichkeit eines MPU-Vorbereitungskurses bei der zuständigen Suchtberatungsstelle dazu dienen, die für eine Erwerbstätigkeit notwendige Mobilität wiederherstellen.

### 3.4.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur rechtlichen Situation

#### Zur Aufarbeitung der Rechtssituation des Klienten ergeben für die Fallbegleitung folgende Aufgaben:

- ☞ Identifizierung und Kontakthanbahnung zu relevanten Netzwerkpartnern insbesondere Bewährungshelfer, gesetzliche Betreuer
- ☞ Klärung der Zuständigkeit in der weiteren Bearbeitung der Rechtssituation und damit verbundenen Anforderungen an den Klienten
- ☞ Initiierung und Monitoring geeigneter Maßnahmen wie Sozialstunden oder Ratenzahlung von Justizschulden, da sonst freiheitsentziehende Maßnahmen drohen

Die Arbeit der Fallbegleitung zur Rechtssituation beschränkt sich dabei überwiegend auf die rechtzeitige Erkennung eines Handlungsbedarfs und die Weitervermittlung an zuständige Ansprechpartner.

*Mögliche Netzwerkpartner:*

Bewährungshelfer, gesetzlicher Betreuer, Sozialer Dienst der Rehabilitationseinrichtung, Suchtberatungsstelle, Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), ggf. Staatsanwaltschaft

### 3.4.3 Monitoring und Evaluation

Kriterien für ein Monitoring können u.a. die subjektive Einschätzung über den Maßnahmenverlauf als auch die Motivation und Kompetenz des Klienten im Umgang mit den für ihn verbindlichen rechtlichen Belangen sein.

Empfehlungen zu Kommunikationswegen und Monitoringabständen sind mit der Einzelfallararbeit zur Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung vergleichbar.

In der **Evaluation** der Fallbegleitung in diesem Handlungsfeld kann sowohl der Zielerreichungsgrad der initiierten Maßnahmen als auch die Einschätzung zu Kompetenzen im Umgang mit rechtlichen Belangen herangezogen werden.

### 3.5 Soziale Kontexte

Soziale Kontexte haben - im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses von Sucht – große Bedeutung, sowohl im Sinne der Genese zur Krankheitsentstehung als auch zum Verständnis und Akzeptanz der Erkrankung. Soziale Kontexte umfassen in diesen Ausführungen sowohl Aktual- als auch Herkunftsfamilie und auch weitere Bezugspersonen/-gruppen. Ein Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung ist es, die (biografischen) Hintergründe der Suchterkrankung aufzuarbeiten. Dieses zeigt sich u. a. wenn Rehabilitanden in ihrer Familiengeschichte bereits Suchterkrankungen erlebt haben. Aber auch weitere soziale Konstellationen aus denen Problemlagen wie Armut, Bildungs- und Reifungsdefizite erwachsen und Ereignisse wie Scheidung und Arbeitslosigkeit können die Suchtentwicklung begünstigen.

#### **Bedarfsklärung:**

Wird vom therapeutischen Team der Rehabilitationseinrichtung zum Ende der Entwöhnungsbehandlung eingeschätzt, dass der Suchtrehabilitand in ein abstinentgefährdendes soziales Milieu zurückkehrt bzw. treten im späteren Verlauf der Fallbegleitung Hinweise eine Abstinenzgefährdung durch soziale Faktoren auf, ist ein Handeln der Fallbegleitung angezeigt.

#### **Ziel:**

Der Klient soll im Rahmen der AFB befähigt werden, die Rückkehr ins soziale Umfeld so zu gestalten, dass sie zur stabilen Abstinenz beitragen können, so z.B. sich im sozialen Umfeld Hilfe zu holen, Beziehungen stabil zu gestalten und sich vom suchtgefährdeten Umfeld abzugrenzen.

#### **Identifikation eines Handlungsbedarfs hinsichtlich des sozialen Umfelds**

Zur Klärung der sozialen Problematik und des damit verbundenen Handlungsbedarfs sind folgende Informationen für die Fallbegleitung von Bedeutung:

- Vorhandensein Partnerschafts-/Ehekonflikte (mit/ohne körperlicher Gewalt, getrennt lebende Paare mit gemeinsamen Kindern)
- Absicherung der Kinderbetreuung in Krisensituationen
- ggf. als stabilisierend erlebte Beziehungen zu Familienmitgliedern, Freunden/Bezugspersonen als auch abstinentbedrohende soziale Situationen



Wichtige Informationsquellen stellen neben der Klientenauskunft die Klinikdokumentation, Rücksprachen mit dem therapeutischen Team und ggf. weiteren Partnern wie Angehörigen, Suchtberater bzw. Mitarbeiter der Jobcenter, der Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger dar.

### 3.5.1 Einzelfallarbeit bei abstinentzgefährdenden sozialen Problemstellungen

Die Fallbegleitung konzentriert sich in der Einzelfallarbeit vor dem Hintergrund ihres primären Case Management-Ansatzes neben der Identifikation sozialer Problemlagen auf:

- die Motivation zur Auseinandersetzung mit einer abstinentzgefährdenden sozialen Situation
- Beratung zu geeigneten sozial stabilisierenden Maßnahmen z.B. Anregung der Inanspruchnahme von Angeboten der Partnerschafts- oder Trennungsberatung/Paartherapie, Erziehungsberatungsstellen, Unterstützungsleistungen von Jugendamt, spezifische Selbsthilfegruppen und vorhandenen regionalen Suchthilfe-Netzwerken

### 3.5.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeit bei abstinentzgefährdenden sozialen Problemstellungen

**Aus einer vorliegenden sozialen Problemstellung des Klienten ergeben sich für die Fallbegleitung folgende Aufgaben:**

- ☞ Identifizierung und Kontakthanbahnung zu relevanten Netzwerkpartnern, Klärung geeigneter Maßnahmen und der Zuständigkeit in der weiteren Bearbeitung der sozialen Problematik
- ☞ Monitoring angeregter Maßnahmen

Die Arbeit der AFB bei abstinentzgefährdenden sozialen Problemstellungen beschränkt sich dabei überwiegend auf die rechtzeitige Erkennung eines Handlungsbedarfs und die Weitervermittlung an zuständige Ansprechpartner.

*Mögliche Netzwerkpartner:*


Sozialer Dienst der Rehabilitationseinrichtung, Angehörige, Suchtberatungsstelle, Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Sozialpsychiatrischer Dienst, gesetzlicher Betreuer, Mitarbeiter der Jobcenter, der Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger, Bewährungshelfer, Familienhilfe

### 3.5.3 Monitoring und Evaluation

Als **Monitoring**kriterien für einen Anpassungsbedarf initiiert Maßnahmen können u.a. die subjektive Einschätzung über den Maßnahmenverlauf als auch die Motivation und soziale Kompetenz des Klienten sein.

Empfehlungen zu Kommunikationswegen und Monitoringabständen sind mit der Einzelfallarbeit zur Selbstsorge, Gesundheit und Tagesstrukturierung vergleichbar.

Zur **Evaluation** kann sowohl der Zielerreichungsgrad der initiierten Maßnahmen als auch die die Einschätzung zu den sozialen Kompetenzen des Klienten herangezogen werden.

 Sollten im Verlauf der Fallbegleitung Anzeichen auf Kindeswohl- oder Selbst- und auch Fremdgefährdung durch den (Ehe-) Partner hinweisen, ist im Sinne einer Krisenintervention Kontakt mit öffentlichen Behörden wie Polizei oder dem Amt für Jugend und Familie aufzunehmen. Auch Anlaufstellen wie das Frauenhaus bieten im Krisenfall Hilfe.

## **4 Krisenmanagement - Rückfallpräventive Maßnahmen und Krisenintervention**

Krisensituationen gehören zum Leben des Menschen. Die Frage ist: wie gut ist der Einzelne vorbereitet, um eine derartige Krise zu bewältigen. Während der Entwöhnungsbehandlung haben Suchtrehabilitanden in einem „geschützten Raum“ die Möglichkeit neue, gesündere (suchtmittelfreie) Verhaltensweisen auszuprobieren und zu trainieren. Mit der Rückkehr ins gewohnte Umfeld besteht oftmals die Gefahr, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen. Krisensituationen wie z.B. Konflikte in der Partnerschaft, Frustration über Entscheidung von Behörden, Verlust des Arbeitsplatzes können in einer solchen Situation das auslösende Moment für einen Rückfall sein. Der Rückfall wird im klassischen Sinne als „jeder erneute Konsum nach einer Abstinenzphase verstanden. (Körkel und Schindler 2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. S. 1) In den ersten Monaten nach erfolgreich beendeter Sucht-Therapie ist die Rückfallquote besonders hoch: so ereignen sich innerhalb der ersten 12 Monate nach der Therapie 90% aller Rückfälle und davon mehr als 50% innerhalb der ersten drei Monate (Schneider 2009).

Je eher ein Rückfall erkannt wird, desto früher besteht die Möglichkeit einer Intervention und damit Rückfallbewältigung.

Krisen sind nicht nur negativ zu bewerten, sie bieten gleichzeitig auch die Chance zur aktiven Suche einer qualitativen Verbesserung der Situation. Ein zeitnahes Krisenmanagement dient der Stabilisierung der Abstinenz und schafft somit die Voraussetzung für Erwerbsfähigkeit.

### **4.1 Rückfallpräventive Maßnahmen**

„Ein Rückfall ist kein Blitz aus heiterem Himmel“. (Schneider 2009) Abstinenzgefährdende Krisen entwickeln sich häufig aus kleinen ungeklärten Problemlagen und sind oft vor ihrer Zuspitzung, bei entsprechender Vorbereitung und Sensibilität als solche erkennbar, manchmal sogar vorhersehbar. Je eher eine sich anbahnende Krisensituation erkannt wird, desto zeitiger ergibt sich die Möglichkeit auf einen drohenden Rückfall zu reagieren.

#### **Bedarfsklärung:**

Wird vom therapeutischen Team der Rehabilitationseinrichtung zum Ende der Entwöhnungsbehandlung eingeschätzt oder ergeben sich im späteren Verlauf der Fallbegleitung Hinweise darauf, dass der Suchtrehabilitand risikobesetzte Situationen nicht als abstinenzgefährdend erkennt bzw. akzeptiert und/oder nicht in der Lage ist, ausreichend kompetent damit umzugehen, sind rückfallpräventive Maßnahmen der Fallbegleitung angezeigt. Erfahrungen zeigen, dass die überwiegende Zahl der Suchtrehabilitanden nach Rückkehr ins häusliche Umfeld einen Bedarf an rückfallpräventiven Maßnahmen hat.

**Ziel:**

Der Klient soll befähigt werden, abstinentgefährdende Situationen frühzeitig zu erkennen, diese zu vermeiden bzw. die erlernten Verhaltensstrategien zum Umgang mit derartigen Situationen anwenden zu können.

**Identifikation eines Handlungsbedarfs zu rückfallpräventiven Maßnahmen**

Zur Klärung individueller abstinentgefährdender Situationen und der sich daraus ergebenden Maßnahmooptionen sind Kenntnisse zur Vielfalt rückfallauslösender Faktoren von Bedeutung. (Körkel und Schindler 2003) unterscheiden hier drei Kategorien von Rückfallbedingungen.

a) Rückfallbedingungen in der abhängigen Person, hier v.a. unangenehme Gefühle, welche in unterschiedlicher Form in Erscheinung treten:

- Angst- oder depressive Zustände
- abrupte Stimmungsschwankungen
- Gefühle innerer Leere
- Verlusterlebnisse nach Trennung, Tod, Kündigung
- Realisierung von Leistungseinschränkungen infolge der Suchterkrankung

b) Rückfallbedingungen im sozialen Kontext

hier sind soziale Bedingungen gemeint, z.B.

- Konflikte im privaten und beruflichen Bereich
- Alkoholversuchungssituationen, d.h. Zusammensein mit Menschen, die Alkohol trinken oder direkt zum Mitkonsum auffordern
- ein brüchiges soziales Netzwerk, wie etwa das Fehlen von Arbeit, Partnerschaft, Freundeskreis oder (Selbsthilfe-) Gruppenanschluss

c) Rückfallbedingungen im Hilfesystem

- fehlende Vorbereitung auf den Umgang mit Ausrutschern
- hohe Zugangsschwellen für Wiederbehandlungen
- Fehlplatzierungen ( nicht geeignete Therapieform)
- abrupte Behandlungsbeendigungen

Als weiterer Aspekt zu Rückfallbedingungen des Hilfesystems sind fehlende in der Region erreichbare Suchthilfeeinrichtungen zu ergänzen.

Wichtige Informationsquellen zur Klärung abstinentgefährdender Situationen, zu unterstützender Kompetenzen im Umgang mit abstinentgefährdenden Situationen und dem voraussichtlichen Bedarf der rückfallpräventiven Unterstützung stellen neben der Klientenbefragung die Klinikdokumentation, Rücksprachen mit dem therapeutischen Team und ambulanten Partnern wie Suchtberatern dar.

Im Assessment werden Informationen zu Aspekten erhoben, die als häufige Krisentrigger bekannt sind sowie weitere Faktoren, die als individuelle Krisentrigger fungieren vgl. (Körkel und Schindler 2003). Hierfür hat sich im Projekt der Einsatz eines selbstentwickelten Gesprächsleitfadens sowohl als Erstassessment als auch im Monitoring bewährt (Anlage 5.5).

#### 4.1.1 Einzelfallarbeit in der Rückfallprävention

**Vorrangige Aufgaben der Fallbegleitung sind neben der Identifikation rückfallgefährdender Situationen vor allem:**

- ☞ Die Motivation zur Auseinandersetzung mit rückfallgefährdenden Situationen, auch unter Nutzung von Krisenplan (Anlage 5.7) und/oder Notfallpass (Anlage 5.8)
- ☞ Beratung zu geeigneten rückfallpräventiven Maßnahmen insbesondere zur Inanspruchnahme suchtnachsorgender Angebote der Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen

Ebenso sollten im Sinne der Rückfallprävention Aspekte der Alltagsbewältigung berücksichtigt und bearbeitet werden (siehe hierzu Abschnitt 3) da beide Handlungsfelder dem Ziel der Abstinenzsicherung dienen und eng miteinander verknüpft sind.

#### 4.1.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Rückfallprävention

##### Zur rückfallpräventiven Netzwerkarbeit beinhaltet u.a.:

- ☞ Identifizierung und Kontaktaufbau relevanter Partner insbesondere Bezugspersonen, Ansprechpartner der Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe
- ☞ Anbahnung rückfallpräventiver Maßnahmen z.B. regelmäßige Kontakte zur Selbsthilfegruppe
- ☞ Beratung von Angehörigen zum Umgang mit der Erkrankung und deren Rückfallrisiken

Gegebenenfalls kann bei Negierung des Rückfallrisikos durch Klienten und/oder unzureichenden Kompetenzen im Umgang mit abstinentgefährdenden Situationen eine psychologisch/therapeutische Behandlung angeregt werden.

##### *Mögliche Netzwerkpartner*

Suchtberater, Selbsthilfegruppe, Bezugspersonen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, nahe Angehörige, Psychiatrische Ambulanz

Auch an dieser Stelle ist nochmals hervorzuheben, dass die Kooperation mit Suchtberatungsstellen ein zentrales Element des Krisenmanagements in der Fallbegleitung darstellt.

Zu Möglichkeiten der Ausgestaltung der Zusammenarbeit wurde bereits in Abschnitt 3.1.4 näher eingegangen.

#### 4.1.3 Monitoring und Evaluation

Zum **Monitoring** können sowohl die subjektive Einschätzung über den Maßnahmenverlauf als auch die Motivation und Kompetenz des Klienten im Umgang mit abstinentgefährdenden Situationen herangezogen werden. In diesem Zusammenhang sollte auch der Krisenplan bei Bedarf angepasst werden. Zur Früherkennung krisenhafter Situationen kann der Gesprächsleitfaden (Anlage 5.5) eingesetzt werden. Monitoringkontakte sind zu Beginn der ambulanten Phase in mindestens 2-wöchigen Abständen sinnvoll.

Im späteren Verlauf reicht in der Regel ein 4-wöchiges Monitoring aus bzw. kann ggf. nach individuellem Bedarf festgelegt werden. Hierfür eignen sich der telefonische Kontakt und Gespräche vor Ort.

Die **Evaluation** prüft, in wie weit es gelungen ist, die Rückfälle zu vermeiden und bedient sich der Einschätzung zur Kompetenz des Klienten im Umgang mit abstinentzgefährdenden Situationen.

## **4.2 Rückfallintervention und Bewältigung nach Abstinenzunterbrechung**

Je zeitiger nach einem Rückfall reagiert wird, desto wahrscheinlicher ist eine Rückkehr in die Abstinenz (Schneider 2009). Wenn Klienten sich dieser Tatsache bewusst sind und ein Rückfall im Rahmen der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung nicht als Versagen thematisiert wird, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Klient zeitnah einen solches Ereignis dem Fallbegleiter gegenüber offenlegt.

In diesem Zusammenhang ist eine tragfähige Arbeitsbeziehung von besonderer Bedeutung, die es dem Klienten ermöglicht, sich auch in schwierigen Momenten seines Lebens auf entsprechende Interventionen einzulassen.

Wenn es dem Klienten im Rückfallgeschehen (vielleicht aus Gründen der Scham) nicht gelingt, den Kontakt zum Fallbegleiter zu halten, so sollte der Fallbegleiter durch aktive Kontaktaufnahme Beziehungskonstanz anbieten. Dieses Beziehungs- und Unterstützungsangebot kann zur Überwindung der Krise beitragen.

### **Bedarfsklärung:**

Jedem Hinweis auf ein mögliches Rückfallgeschehen sollte in der Fallbegleitung nachgegangen werden.

### **Ziel:**

Es wird angestrebt, den Klienten in das Hilfesystem (wieder-)einzubinden und zu befähigen, den Rückfall zu überwinden.

### **Identifikation eines Handlungsbedarfs zu rückfallpräventiven Maßnahmen**

Hinweise auf einen Rückfall sollte der Fallbegleiter beim Klienten klären. Auch kann es hilfreich sein, Bezugspersonen einzubeziehen.

#### 4.2.1 Einzelfallarbeit zur Rückfallbewältigung

**Im Vordergrund stehen hierbei:**

- ☞ Motivation der Veränderungsbereitschaft und zur Rückkehr in die Abstinenz
- ☞ Motivation zur Auseinandersetzung mit den Gründen, die zum Rückfall geführt haben, wenn akutes Krisengeschehen überwunden ist, ggf. Aufarbeitung von Hintergründen der Suchterkrankung
- ☞ Beratung zu geeigneten kurz- und längerfristiger Maßnahmen zur Rückkehr in Abstinenz, z.B. Entgiftung, Einzelgespräch mit Suchtberater, Auffangtherapie

#### 4.2.2 Klientenbezogene Netzwerkarbeit zur Rückfallintervention und –bewältigung

Die Bedeutung eines funktionierenden Netzwerks zeigt sich insbesondere, wenn der Klient einen Rückfall erlebt. Sowohl für die Früherkennung als auch für eine zeitnahe Intervention ist eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten Grundvoraussetzung.

**Folgende Aufgaben ergeben sich daraus für den Fallbegleiter:**

- ☞ Informationsaustausch zu und Koordinierung von geeigneten kurz- und längerfristigen Maßnahmen zur Rückkehr in Abstinenz z.B. Begleitung zu ärztlicher ambulanter Konsultation, Anbahnung einer Auffangtherapie
- ☞ Organisation einer individuellen Abstinenzkontrolle
- ☞ verstärkte Einbindung der Suchtberatung
- ☞ Organisation flankierender Unterstützung, um z.B. Kinderbetreuung absichern, Haushaltshilfe für die Dauer der Behandlungszeiten
- ☞ Information über stationären Aufenthalt der verantwortlichen Stellen z.B. Bewährungshelfer
- ☞ Monitoring angebahnter Maßnahmen

*Mögliche Netzwerkpartner:*

Suchtberater, Selbsthilfegruppe, Bezugspersonen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Sozialpsychiatrischer Dienst, Mitarbeiter der Jobcenter, der Agenturen für Arbeit bzw. der zugelassenen kommunalen Träger, gesetzlicher Betreuer, Bewährungshelfer, nahe Angehörige, Hausarzt, Psychiatrische Ambulanz



### 4.2.3 Monitoring und Evaluation

Im Monitoring die getroffenen Vereinbarungen sind in regelmäßigen in der Regel telefonischen, ggf. auch persönlichen Gesprächen auf Anpassungsbedarf hin zu überprüfen. Dabei erfolgen die Abstände der Kontakte bedarfsabhängig.

In der **Evaluation** wird geprüft, in wieweit es bei Rückfall gelungen ist, den Klienten in entsprechende Maßnahmen des Suchthilfesystem (wieder-)einzubinden.

### 4.2.4 Exkurs: Umgang mit Suchtvergangenheit

Suchterkrankungen und Suchtfolgeerkrankungen treffen erfahrungsgemäß in alltäglichen Begegnungen, seien es institutionalisierte oder persönliche, zunächst gelegentlich auf Unverständnis. Das Wissen über Abhängigkeiten ist oft verbunden mit einem bestimmten Bild in der Öffentlichkeit. Wohnungsvermieter, Firmeninhaber, Ausbilder, aber auch eigene Familienmitglieder haben Bilder und Wissen häufig in unzureichender Weise verinnerlicht.

Die Folge davon ist, dass beispielsweise Familienmitglieder ernsthaft erwarten, der Abhängige könne nach einer Entwöhnungsbehandlung seine alten Rollen wieder einnehmen und wieder konsumieren – diesmal allerdings muss er besser auf sich aufpassen. Die Haltung zu möglichen Praktikums- oder Arbeitgebern, offen zu sein und über seine Abhängigkeit und mögliche Folgen daraus zu sprechen, wird viel diskutiert. Datenschutzrechtlich bedarf es keiner Offenlegung. Trotzdem kommen die Betroffenen immer wieder in Situationen der Angebote und Versuchungen. Scham und Minderwertigkeitsempfinden sorgen bei manchem Betroffenen für Schweigen, für angepasstes Verhalten (es wird mitgetrunken) und schließlich im schlimmsten Fall für das erneute Aufflammen des Suchtverhaltens. In Autorisierung durch den zu Begleitenden kann der Fallbegleiter unterstützend dieses Wissen an die Adressaten vermitteln. Dabei ist Sensibilität und Verschwiegenheit zu beachten. Krankheitsspezifische Aspekte können durch den Fallbegleiter und im Auftrag durch den Klienten vermittelt werden, wenn es für den Prozess der Inklusion von Belang ist. Angezeigt ist hier auch ein Schutz vor möglicher Überforderung des Klienten durch die Erwartungen seiner Umwelt an Leistungsfähigkeit, Konzentration usw.. Dem Arbeitgeber kann der Fallbegleiter durch sein Fachwissen beratend zur Seite stehen und dadurch Unsicherheiten oder ablehnende Haltungen abbauen.

Bei aller Unterstützung durch die Fallbegleiter ist aber der Klient als erstes darin zu stärken, mit den aktuellen Einschränkungen und seinen Stärken (bspw. gereiftes Konfliktverhalten durch Therapie) offen umzugehen.

## **5 Anlage zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung**

5.1 Schweigepflichtsentbindung

5.2 AFB-Information für externe Einrichtungen

5.3 Vereinbarung zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung

5.4 AFB-Diagnostik-Tool

5.5 Gesprächsleitfaden zur Erkennung krisenhafter Situationen

5.6 Übersicht - arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen in der Regelversorgung der medizinischen Rehabilitation

5.7 Krisenplan

5.8 Notfallplan

## **6 Anlage Beschreibung ausgewählter erwerbsbezogener Leistungen der medizinischen Rehabilitation**

6.1 Bewerbungstraining

6.1.1 Aufgaben- und Zielstellung

6.2 Externe Belastungserprobungen

6.2.1 Einbindung in die Betriebsakquise

6.2.2 Begleitung von externen Belastungserprobungen

6.2.3 Checkliste zum Arbeitsplatzprofil

## 5.1 Schweigepflichtsentbindung

### Schweigepflichtsentbindung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-datum

Hiermit entbinde ich meinen Fallbegleiter ..... von der  
Schweigepflicht zur Weitergabe von personenbezogenen Informationen hinsichtlich

- durchgeführter berufsbezogener Maßnahmen
- geplanter berufsbezogener Maßnahmen
- krankheitsspezifische Erfordernisse des möglichen Zielberufes
- erreichter Rehabilitationsziele, die für die Integration ins Erwerbsleben relevant sind

gegenüber:

dem Mitarbeiter der  
Arbeitsverwaltung/zkT ▶

Name d. Beraters/in ▶

Hiermit entbinde ich den Mitarbeiter der .....(Institution) von der  
Schweigepflicht zur Weitergabe von personenbezogenen Informationen hinsichtlich

- durchgeführter berufsbezogener Maßnahmen
- geplanter berufsbezogener Maßnahmen
- \_\_\_\_\_

gegenüber:

meinem Fallbegleiter  
der ▶

Name d. Beraters/in ▶

Ich wurde darüber informiert, dass ich die Schweigepflichtsentbindung jederzeit  
widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klient

## 5.2 AFB-Information für externe Einrichtungen

Kopfbogen Klinik

Anschrift

Träger der Arbeitsverwaltung/ zkt

Datum

**Arbeitsbezogene Fallbegleitung der .....(Name der Klinik)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Herr/Frau.....(Name des Klienten) befindet sich zur medizinischen Rehabilitation vom (*Aufnahmedatum Reha*) bis voraussichtlich (*Entlassdatum Reha*) in unserer Einrichtung.

Da die wesentliche Ausrichtung dieser medizinischen Rehabilitationsmaßnahme –gemäß der Auftragserteilung durch die Leistungsträger- die (Wieder-)Herstellung der Fähigkeit zur Bewältigung erwerbsbezogener Anforderungen ist, finden in unserer Einrichtung unter anderem eine Reihe von berufsvorbereitenden Maßnahmen statt.

Für die Belange der beruflichen Wiedereingliederung unserer Rehabilitanden stehe ich klinikseitig als Fallbegleiter/in auch nach der Entlassung zur Verfügung.

Das Ziel der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung ist es, auch nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme die Fähigkeiten der Rehabilitanden zur Vermittlung in Arbeit zu stabilisieren und umgebungsbedingte Vermittlungshemmnisse abzubauen. Um im Sinne Ihres Kunden/unsere Rehabilitanden eine stabile und den Erfordernissen der Krankheitsvorgeschichte entsprechende Erwerbsintegration zu erreichen, möchte ich gerne mit Ihnen in Verbindung setzen. Zur Erleichterung unserer Zusammenarbeit gebe ich Ihnen meine Kontaktdaten und eine Schweigepflichtsentbindung des Rehabilitanden mit und werde vor Ende der Rehabilitationsmaßnahme mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

Arbeitsbezogene Fallbegleitung der (Klinikname):

*(Kontaktdaten Fallbegleitung)*

Mit freundlichen Grüßen

### 5.3 Vereinbarung zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung

Kopfbogen Ihrer Einrichtung

## Vereinbarung zur Arbeitsbezogenen Fallbegleitung

zwischen

Arbeitsbezogene Fallbegleitung der (Datum), (Ort)  
(Name Ihrer Klinik)  
vertreten durch  
und  
(Name des Klienten)

Frau/Herr

nimmt ab bis zum an der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung der teil.

Zur Gewährung der Fachlichkeit dieser Fallbegleitung ist es erforderlich, dass die vereinbarten Beratungstermine eingehalten werden. Im Falle einer Verhinderung wird der Termin rechtzeitig abgesagt.

Es besteht Einigkeit darüber, dass eine Vermittlung in Arbeit, Ausbildung und /oder Qualifizierung nur gelingen kann, wenn die fachliche Beratung durch die aktive Mitarbeit des Klienten/der Klientin getragen und die gemeinsam vereinbarten Aufgaben erfüllt werden.

Sollte die Beratung durch den Klienten/die Klientin ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden, ist die Fachkraft der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung berechtigt, den Kontakt wiederherzustellen, um ggf. die Gründe für den Abbruch zu klären.

---

Unterschrift

---

Unterschrift Klient

## 5.4 AFB-Diagnostik-Tool

<input type="checkbox"/> <b>Eingangsassessments</b> <input type="checkbox"/> <b>Reassessment</b>		<b>Datum des (Re-) Assessments</b>		. .	
<b>Name:</b>		,		<b>Rehabeginn:</b>	. .
<b>Geburtsdatum:</b>		. .		<b>Voraus. Rehaende:</b>	
<b>Aufnahme der FB:</b>					
<b>A Stärkenanalyse</b> (ergänzend zu .....aus dem Entlassungsbericht)					
<b>Übergreifende Kompetenzen /Persönliche Stärken</b>					
<i>zu übernehmen aus klinikeigener Diagnostik und Fremdeinschätzung durch Fb oder in Rücksprache mit therapeutischen Team</i>					
<b>Methodenkompetenz</b> (selbständige Erschließung bestimmter Lern- und Arbeitsmethoden...)					
<b>Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz</b> (z.B. Arbeitsweise, Kulturtechniken, Arbeitsplanung, Handlungsplanung, Problemlösefähigkeit, Sorgfalt und Genauigkeit, Zeiteinteilung, Selbständigkeit, Vorausschauendes Denken und Handeln)					
<b>Sozial-kommunikative Kompetenz</b> (z.B. Teamfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Kritikfähigkeit und Kritisierbarkeit)					
<b>Personale Kompetenz</b> (z.B. Antrieb, Ausdauer, Frustrationstoleranz, Persönlichkeitsstabilität, Entscheidungsfähigkeit, Kreativität, Verantwortungsbereitschaft)					
<b>B Potenzialprofil</b>					
<i>Heranzuziehen sind Angaben aus dem E-Bericht und Fremdeinschätzung durch FB</i>					
<b>Potential</b> <i>(nur ankreuzen, wenn für Berufswegeplanung relevant)</i>		<b>Beeinträchtigung</b>		<b>Bemerkungen</b>	
		keine	gering	schwer	
<b>Qualifikation</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulische Qualifikation</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berufliche Qualifikation</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprachkenntnisse</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Berufliche Kompetenzen gemäß Zielberuf</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Leistungsfähigkeit</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intellektuelle Leistungsfähigkeit</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsbezogene Leistungsfähigkeit</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Motivation</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigeninitiative/Arbeitshaltung</li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• Lern-/Weiterbildungsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Veränderungsmotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Rahmenbedingungen</b>				
• persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**C Profillage ableiten**

- zeitnahe Integration in den 1. Arbeitsmarkt (< 12 Monate) scheint möglich, da in keinem oder in maximal einem der Schlüsselbereiche (Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen) Beeinträchtigungen bestehen.
- langfristige Integration in den 1. Arbeitsmarkt (>12 Monate) bei komplexer Profillage scheint notwendig, da in zwei oder mehr der Schlüsselbereiche (Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen) Beeinträchtigungen bestehen.
- Heranführen an Erwerbstätigkeit bei komplexer Profillage scheint notwendig, da in zwei oder mehr der Schlüsselbereiche (Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen) Beeinträchtigungen bestehen und entweder Leistungsfähigkeit und/oder Rahmenbedingungen besonders beeinträchtigt.

**D Zielbestimmung**

<b>Ziele der Erwerbsintegration</b>	<b>zu erreichen durch</b>
Heranführen an Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> weiterer Aufbau der Erwerbsfähigkeit <input type="checkbox"/> Sicherung / Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit <input type="checkbox"/> Tätigkeit jenseits des 1. Arbeitsmarkts
Aufnahme Beschäftigung 1. Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> Tätigkeit lokal
	<input type="checkbox"/> Tätigkeit überregional
	<input type="checkbox"/> Tätigkeit international
	<input type="checkbox"/> Mini/Midi-Jobs, kurzfristige Beschäftigung
	<input type="checkbox"/> Selbständigkeit
Qualifizierung für den Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> Aufnahme betriebliche Ausbildung lokal
	<input type="checkbox"/> Aufnahme betriebliche Ausbildung überregional
	<input type="checkbox"/> Schulische Ausbildung / Studium
Stabilisierung bestehender Beschäftigung / wirtsch. Selbständigkeit	<input type="checkbox"/> Stabilisierung bestehender Beschäftigung / wirtsch. Selbständigkeit
Weitere Ziele	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ziele der Abstinenzsicherung und der weiteren sozialen Integration</b>	
Abstinenzsicherung	<input type="checkbox"/> Einbindung in die ambulante Suchtnachsorge
	<input type="checkbox"/> Einbindung in die Selbsthilfegruppe
	<input type="checkbox"/> Etablieren von Strategien für abstinentgefährdende Situationen und bei Rückfall
	<input type="checkbox"/> <i>Einbindung in die betriebliche Suchtkrankenhilfe</i>

	<input type="checkbox"/> <i>Sicherstellung suchtmittelfreien Wohnraums</i>
Rahmenbedingungen	<input type="checkbox"/> Selbständigkeit erhöhen bzw. unterstützen
	<input type="checkbox"/> familiäre Situation klären bzw. stabilisieren, im Einzelnen:
	<input type="checkbox"/> finanzielle Situation klären
	<input type="checkbox"/> Wohnsituation klären
	<input type="checkbox"/> Mobilität erhöhen
	<input type="checkbox"/> psychotherapeutische Maßnahmen einleiten
	<input type="checkbox"/> Klärung der juristischen Situation

Weitere Ziele	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---------------	--

**Oder:** eine Kombination im Sinne eines Berufswegeplans:

1.            →    2.            →    3.            →    4.

**E Strategien auswählen** (*entsprechend der in Phase 2 erarbeiteten Ziele*)

**F Kooperationspartner suchen**

Arbeitsvermittlung / Arbeitsmarktintegration	1. <input type="checkbox"/> Arge / ZKT	<input type="checkbox"/> <u>Fallmanager</u> kontaktiert
	Adresse:	Name:
	Ort:	Tel./ Fax / Email:        /        /
		<input type="checkbox"/> <u>Arbeitsvermittler</u> kontaktiert
		Name:
		Tel./ Fax / Email:        /        /
	<input type="checkbox"/> Arbeitsagentur	Ansprechpartner (Name):
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:        /        /
	Ort:	
	<input type="checkbox"/> 1. <u>Bildungsträger</u>	Name:
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:        /        /
	Ort:	Art d. Maßnahme:
	<input type="checkbox"/> 2. <u>Bildungsträger</u>	Name:
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:        /        /
	Ort:	Art d. Maßnahme:



	<input type="checkbox"/> 3. Bildungsträger	Name: Adresse: Ort:	Tel./ Fax / Email: / / Art d. Maßnahme:
	2. <input type="checkbox"/> Schule / Ausbildungsstätte	Name: Adresse: Ort:	Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / / Art und Dauer d. Ausbildung:
	<input type="checkbox"/> 1. (potentieller) Arbeitgeber	Name Betrieb: Adresse: Ort:	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Praktika Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
	<input type="checkbox"/> 2. (potentieller) Arbeitgeber	Name Betrieb: Adresse: Ort:	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Praktika Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
	<input type="checkbox"/> 3. (potentieller) Arbeitgeber	Name Betrieb: Adresse: Ort:	<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Praktika Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
Finanzen	3. <input type="checkbox"/> Schuldnerberatung	Name: Adresse: Ort:	Tel./ Fax / Email: / /
	4. <input type="checkbox"/> Suchtberatung	Adresse: Ort:	Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
Suchtbewältigung	6. <input type="checkbox"/> Hausarzt	Adresse: Ort:	Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
	<input type="checkbox"/> Krisenhelfer / Suchtlotsen		1. Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / / 2. Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / / 3. Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / / 4. Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe		<input type="checkbox"/> Kontakt zur Selbsthilfegruppe besteht Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
	<input type="checkbox"/> (Stationäre) Nachsorgeeinrichtung	Name d. Einrichtung: Adresse: Ort:	Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /
	<input type="checkbox"/> Krankenhaus zur Stabilisierung / Entgiftung	Name: Adresse: Ort:	Ansprechpartner (Name): Tel./ Fax / Email: / /

Psychosoziale Ebene / Dienste	8. <input type="checkbox"/> <u>1. Angehörige</u>	Name:		
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/
	9. Ort:			
	<input type="checkbox"/> <u>2. Angehörige</u>	Name:		
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/
	10. Ort:			
	<input type="checkbox"/> <u>3. Angehörige</u>	Name:		
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/
	11. Ort:			
	12. <input type="checkbox"/> <u>Familienhilfe</u>	Ansprechpartner (Name):		
	Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/
	Ort:			
	13. <input type="checkbox"/> <u>Jugendamt</u>	Ansprechpartner (Name):		
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:	Bereich/Problemstellung:			
14. <input type="checkbox"/> <u>Gesundheitsamt</u>	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:	<input type="checkbox"/> Vorstellung Amtsarzt?			
	Bereich/Problemstellung:			
15. <input type="checkbox"/> <u>Sozialpsychiatrischer Dienst</u>	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:	Bereich/Problemstellung:			
<input type="checkbox"/> <u>Wohnungswirtschaft</u>	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:				
16. <input type="checkbox"/> <u>Sozialamt</u>	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:	Bereich/Problemstellung:			
<input type="checkbox"/> Gerichtl. bestellter Betreuer	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:				
17. <input type="checkbox"/> <u>Bewährungshilfe</u>	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:				
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung / <u>Rehaberater</u>	Ansprechpartner (Name):			
Adresse:	Tel./ Fax / Email:	/	/	
Ort:				

## 5.5 Gesprächsleitfaden zur Erkennung krisenhafter Situationen und Rückfallgefahr

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Persönliches Gespräch:

- 
- ja
- 
- 
- nein, telefonisch

Ort: \_\_\_\_\_

Anwesenheit Dritter:

- 
- ja
- 
- 
- nein

Wer: \_\_\_\_\_

Pos.		Krisenrelevant ja/nein
1.	<b>Persönlichere Bedingungen</b>	
	<b>Unangenehme Gefühle</b>	
	z.B. Frustration, Ärger, Angst, Anspannung, Unruhe, Depression	
	<b>Angenehme Gefühle</b>	
	z.B. Erfolgserlebnisse,	
2.	<b>Bedingungen im soz. Kontext</b>	
	z.B. Konflikte im priv. od. berufl. Bereich, mit Behörden, brüchiges soz. Netzwerk; Fehlen v. Partnerschaft/ Freunden, Fernbleiben von der SHG, Fehlen am Arbeitsplatz, Gehäufte Krankschreibungen	
3	<b>Strukturelle Bedingungen (Hilfesystem)</b>	
	z.B. Kündigung, neuer Ansprechpartner,	
Besteht eine Krisensituation?    Besteht Rückfallgefahr?		
Was kann ich tun um die Situation wieder zu entschärfen? Wer kann mir helfen?		

**5.6 arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen in der Regelversorgung der medizinischen Rehabilitation in Anlehnung an das Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation** (G. C. Löffler S., Lukaszczik M. et al. 2011)

Berufsbezogene Diagnostik	
<b>Ziel:</b> Identifikation und Beschreibung von arbeits- und berufsbezogenen Problemlagen als Grundlage für die Planung arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen	<b>Inhalte:</b> Einsatz von Screeningverfahren und Erhebungsinstrumenten/Profilvergleichsverfahren /anderer Diagnostikverfahren wie u.a. in <u>Tabelle 1</u> dargelegt
Arbeitstherapie	
<b>Ziel:</b> Überprüfung und Förderung motorischer und mentaler Fertigkeiten und Funktionen sowie die Steigerung der psychischen und physischen Belastbarkeit im Bereich der Grundarbeitsfähigkeit	<b>Inhalte:</b> Training tätigkeits- und berufsspezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Arbeitsbereichen Büro/EDV, Werkstatt, Hauswirtschaft, Küche, Lagerverwaltung unter Nutzung von Modellarbeitsplätzen
Arbeits- und berufsbezogene Einzelberatung	
<b>Ziel:</b> Entwicklung von Lösungsansätzen für die individuelle berufsbezogene und sozialrechtliche Problemsituationen durch Motivierung, Begleitung, Anleitung bzw. Unterstützung des Rehabilitanden bei seiner Eingliederung in das berufliche Umfeld und die Anbahnung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	<b>Inhalte:</b> arbeits- und sozialrechtliche Beratung, Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Vorbereitung weiterführender Maßnahmen zur Eingliederung in Beruf und sozialem Umfeld, Sozialtherapie, Soziale Gruppenarbeit wie Bewerbungstraining, Einbindung in Betriebsakquise
Gruppen mit arbeits- und berufsbezogenen Themen	
<b>Ziel:</b> Interindividuelle Reflexion von Arbeitsbelastungen, um eine realistische Einschätzung und Entwicklung der eigene Kompetenzen, Ressourcen und zielorientierte Verhaltens- und Einstellungsänderungen zu ermöglichen sowie eine realistische Selbsteinschätzung hinsichtlich der eigenen körperlichen und geistig-seelischen Funktionsfähigkeit und Selbstakzeptanz zu fördern	<b>Inhalte:</b> Therapiegruppen und/oder edukative Gruppen zu Stress und Belastung, Probleme und soziale Konflikte am Arbeitsplatz, Umgang mit Arbeitslosigkeit/Arbeitsplatzgefährdung, Berufliche Perspektive, Rückkehr in die Arbeit, Wiedereingliederung, Arbeitsmotivation und Arbeitsverhalten, Berufliche Identität, Berufsbedingte Traumatisierung, Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit, Arbeitsplatzgestaltung/Ergonomie, Sozialrecht und Sozialmedizin

Zusammenarbeit mit externen Institutionen	
<p><b>Ziel:</b> Initiierung von Anpassungen am (bisherigen oder zukünftigen) Arbeitsplatz, ggf. Informationsaustausch zu Arbeitsbezogener Leistungsfähigkeit zum Ende der Maßnahme unter Beachtung des Datenschutzes</p>	<p><b>Inhalte:</b> Ermittlung Arbeitsplatzbeschreibung, Betriebsseminare/Gespräche mit Betriebsangehörigen oder Sozialdienst, Planung der zur Eingliederung erforderlichen Maßnahmen in Zusammenarbeit mit Arbeitgeber, Betriebsärzte, betriebliche Sozialberatung, behandelnde Ärzte und Psychotherapeuten, Rehabilitations-Fachberater der Leistungsträger, Einrichtungen beruflicher Rehabilitation und Integrationsfachdienste</p>
Belastungserprobung	
<p><b>Ziel:</b> diagnostische Abklärung inwieweit das Leistungsprofil des Rehabilitanden den Anforderungen seiner (vormaligen/möglichen zukünftigen) Tätigkeit entspricht als auch therapeutischer Ansatz zur Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung hinsichtlich der eigenen körperlichen und geistig-seelischen Funktionsfähigkeit</p>	<p><b>Inhalte:</b> klinikinterne Belastungserprobung, tätigkeitsspezifische Erprobungen in den Arbeitsbereichen Büro/EDV, Werkstatt, Hauswirtschaft, Küche, Lagerverwaltung, externe Belastungserprobung berufsspezifisch in Praktikumsbetrieben</p>
arbeits- und berufsbezogene Maßnahmen der Adaption	
<p><b>Ziel:</b> Prüfung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit unter abstinenter Bedingungen, Prüfung der konstitutiven Eignung für die Rückkehr in den Beruf bzw. Orientierung auf künftige berufliche Tätigkeit. Senkung des Rückfallrisikos vor dem Hintergrund komplexer Reintegrationshürden, Anpassung an Erfordernisse der Alltagsbewältigung</p>	<p><b>Inhalte:</b> arbeitsorientierende und sozialtherapeutische Gespräche, Belastungserprobung (extern, möglichst auf erstem Arbeitsmarkt oder ggf. intern), Prüfung berufsbildender Möglichkeiten und Begleitung bei der Anbahnung entsprechender Maßnahmen, Überleitung in weitere Hilfesystem</p>

## 5.7 Krisenplan

<b>Krisenplan</b> (Name der Klinik/Name des Klienten)			
<b>Gefährdungen: Wo sehe ich meine größten persönlichen Risiken?</b>			
Innere Gefährdungen (negative Gefühle, positive „überschwängliche“ Gefühle)			
1.			
2.			
3.			
Äußere Gefährdungen			
1.			
2.			
3.			
<b>Krisenanzeiger: Woran erkenne ich, dass ich mich in einer Risikosituation befinde?</b>			
Verhalten: Woran kann ich/ können andere erkennen, dass ich in einer Krise stecke oder dass sich eine solche anbahnt?			
1.			
2.			
3.			
Personen: die mich in meinem tägl. Leben beobachten und mir ihre Wahrnehmung spiegeln, wenn sie Veränderungen an meinem Verhalten bemerken wie Rückzug, Isolation, Gereiztheit, Ausbleiben bei der Gruppe o.ä.			
1.			
2.			
3.			
<b>Was kann ich tun um mein Risiko zu minimieren?</b> Umfeldklärung:			
- Welche Personen muss ich von meiner Sucht unterrichten? (Hausarzt, KH, SHG, Freund, Familie, Arbeitgeber)			
- Alkoholfreier Haushalt (andere Lebensmittel), Mitabstinenz des Partners? Feierlichkeiten (Hingehen und sich entfernen)?- Freundeskreis?			
- Wer kann mich wie unterstützen? Telefonisch/direkter Kontakt? mit Unterkunft? Anderes?			
1.			
2.			
3.			
Bezugspersonen: Personen meines Vertrauens, die ich aufsuche wenn ich eine innere Anfechtung verspüre: Partner, Freund, Hausarzt, Therapeut, Suchtberater.			
Name	1.	2.	3.
Adresse			
Tel.			
SHG			
Adresse			
Tel.			

### 5.8 Notfallpass

## Notfallpass

für

Name:.....

Geb.:.....

Abhängigkeitsart:

.....

.....

.....

Vgl. Q: Körkel, J. ; Schindler, C. (2003: 126)

### Telefonnummern von Vertrauenspersonen

Name:            Telefon:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

„Unterstützung von Vertrauenspersonen kann in schwierigen Situationen die entscheidende Hilfe sein.“

### Meine Selbsthilfegruppe

Name der Gruppe:  
.....

Ort/Straße:  
.....

.....

Tag/Zeit der Treffen:  
.....

.....

Name und Tel. eines Ansprechpartners:  
.....

Tel.:.....

„Regelmäßiger Gruppenbesuch verbessert die Abstinenzchancen.“

### Wichtige Telefonnummern:

Hausarzt:  
.....

Entgiftungsstation:  
.....

Beratungsstelle:  
.....

Sonstige Therapeuten:  
.....

.....

Kontaktdaten der Einrichtung

„Die Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote unterstützt die Rückkehr zur Abstinenz.“

**Was tut mir gut?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

„Ein angenehmer Alltag ist die beste Gewähr gegen einen Rückfall „

**Unangenehme Gefühle**

Das unangenehme Gefühl, das mir am meisten zu schaffen macht  
:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Was ich tun kann, um dieses Gefühl besser in den Griff zu bekommen:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

„Unangenehme Gefühle sind der häufigste Rückfallauslöser.“

**Verlangen nach Suchtmitteln (Suchtdruck)**

Meine hilfreichen Strategien/Skills gegen Suchtdruck sind:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Notfallmedikament:  
.....

° **Keine Benzodiazepine!**  
° **Vorsicht bei Schmerz-, Schlaf- & Beruhigungsmittel!**

„Gelegentliche Gedanken an Suchtmittel sind völlig normal und kein Zeichen dafür dass etwas nicht stimmt.“

**Rückfallvertrag**

Im Fall jeglichen Suchtmittelgebrauchs bzw. süchtigem Verhalten werde ich so rasch wie möglich Folgendes tun:

1. Ich werde die Umgebung in der ich konsumiert habe, verlassen
2. Ich werde mit meiner Vertrauensperson  
.....  
.....  
Tel:.....  
Kontakt aufnehmen, um mit ihr meinen Rückfall zu besprechen

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)  
„Ein Ausrutscher muss keine Katastrophe sein, wenn man rasch etwas dagegen unternimmt.“



## **6 Anlage: Beschreibung ausgewählter erwerbsbezogener Leistungen der medizinischen Rehabilitation**

Nachfolgende Ausführungen schildern zentrale erwerbsbezogene Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen variieren erfahrungsgemäß im Umfang in den Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen der Vorgaben, die der Kostenträger dazu macht. Auch zwischen den an der Studie beteiligten Kliniken wurden Schwerpunkte erwerbsbezogene Maßnahmen zum Teil unterschiedlich gesetzt. Somit waren die erwerbsbezogenen Klinikkonzepte der beteiligten Kliniken nicht per se vergleichbar. Der Spielraum in der Ausgestaltung erwerbsbezogener Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erschwert eine eindeutige Abgrenzung der Arbeitsbezogenen Fallbegleitung von regulären erwerbsbezogenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation. In der Studiendurchführung wurde damit folgendermaßen folgt umgegangen:

Waren Elemente der nachfolgend aufgeführten Leistungen zum Zeitpunkt der Studiendurchführung nicht Bestandteil der Regelversorgung in einem Studienzentrum, so übernahm die AFB auch Aufgaben diesen Bereichen.

Ziel der folgenden Ausführungen ist es, eine Vorstellung davon zu vermitteln, an welche Leistungen der medizinischen Rehabilitation die Arbeitsbezogene Fallbegleitung anknüpfte, um ein Gesamtschau der erwerbsbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Interventionsdurchführung zu erhalten.

Erwerbsbezogene Bestandteile der medizinischen Rehabilitation in den beteiligten Kliniken lassen sich in folgende Aufgabenfelder gliedern:

### **a. Aktivierung und Beratung des Klienten zu erwerbsbezogenen Maßnahmen in Vorbereitung der Zeit nach der Entlassung**

durch

- Gespräche mit dem Bezugstherapeuten/ Fallbegleiter sowie in der Bezugsgruppe
- Motivation zur Teilnahme am Bewerbungstraining
- Anbahnung einer Kontaktaufnahme mit zuständigen Mitarbeiter vom Jobcenter, Agenturen für Arbeit bzw. zugelassener kommunaler Träger im Rahmen der Belastungsheimfahrt oder telefonisch

**b. Maßnahmen zur beruflichen Orientierung**

- Erstellung eines erwerbsbezogenen Leistungsprofils
- Auseinandersetzung mit in Frage kommenden Berufsbildern/ Berufsfindungstest

**c. Vorbereitung für internes oder externes Belastungserprobung/Praktikum während der REHA oder Adaption**

- Bewerbungstraining
- die Einbindung des Klienten in die Akquise von Praktikumsbetrieben

**d. Begleitung interner und/oder externer Belastungserprobungen**

Im Folgenden wird die Vorbereitung sowie Begleitung von (externen) Belastungserprobungen/Praktika beschrieben und dabei die Elemente des Bewerbungstraining und Akquise von Praktikumsbetrieben näher eingegangen.

## **6.1 Bewerbungstraining**

Die Chancen suchtkranker Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt sind auch dann noch gemindert, wenn sich die betreffenden Personen zu einer abstinenten Lebensführung entschieden haben. Eine Ursache liegt in dem derzeit üblichen Bewerbungsverfahren, das seitens des Arbeit Suchenden im Wesentlichen aus einer Bewerbungsmappe besteht, zu der ein Lebenslauf, ein Foto, Zeugnisse und ein Anschreiben, das sich direkt an den Personalentscheider richtet, gehören. Gerade dieses Auswahlverfahren stellt für sehr viele Abhängigkeitskranke eine hohe Hürde auf dem Weg zu einem Arbeitsplatz dar. Die problematische Situation dieser Personengruppe führt dazu, dass insbesondere der Lebenslauf eine Sammlung von nicht erbrachten formalen Qualifikationen enthält.

Charakteristisch hierfür sind weitere Ursachen wie:

- fehlende Schul- und Ausbildungsabschlüsse
- geringe bzw. keine Berufserfahrung
- fehlender Führerschein

Mit diesen gravierenden Handicaps stehen die Bewerber im Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt. Daneben wirken sich weitere Vermittlungshemmnisse wie Haftzeiten direkt negativ auf den Lebenslauf aus. Immer häufiger werden von den Unternehmen zudem Führungszeugnisse angefordert, was bei den Konsumenten von illegalen Drogen häufig mit einer Absage gleichzusetzen ist, da nur wenige Führungszeugnisse dieser Personengruppe ohne Eintrag sind.

Der Komplexität dieser Problemlage kann man nicht nur mit der Erhöhung der Anzahl der Bewerbungen begegnen, dies erhöht in der Regel lediglich die Anzahl der Absagen; vielmehr ist es notwendig eine Bewerbungsstrategie zu entwickeln, die der Situation der Suchtkranken entspricht. (2008)

Die meisten arbeitslosen Suchtrehabilitanden haben Defizite in ihrer Bewerbungsstrategien. Viele Klienten haben sich jahrelang nicht oder nicht ausreichend beworben, um ihr Ziel einer Erwerbstätigkeit zu erreichen. Sie haben das Vertrauen in die Wirkung einer guten Bewerbung verloren oder nie entwickelt. Fehlende Referenzen, Zeugnisse und Arbeitsnachweise stellen zusätzliche Hemmnisse zur Abhängigkeitserkrankung dar. Schreibschwierigkeiten und Probleme im Umgang mit PC oder Online-Bewerbungen tragen zur sinkenden Bewerbermotivation bei. Die Erfahrung, trotz vieler Bewerbungen nicht eingestellt zu werden, förderte Frustrationen. Mancher Klient entwickelt Ängste vor einem persönlichen oder telefonischen Vorstellungsgespräch, weil seine bisherige Berufs- oder Bildungskarriere von ihm selbst als chancenhindernd angesehen werden.

### **6.1.1 Aufgaben- und Zielstellung**

#### **Ziel:**

Das Bewerbungstraining ist darauf ausgerichtet, das Bewerbungsverhalten zu optimieren, neue Wege der Stellensuche zu erarbeiten, komplette Bewerbungsunterlagen zu erstellen und vorhandene Bewerbungsunterlagen zu vervollständigen und zu optimieren, Vorstellungsgespräche vorzubereiten und Verhalten in Vorstellungsgesprächen zu trainieren.

#### **Inhalt:**

Das Bewerbungstraining umfasst sechs 90minütige Therapieeinheiten in Gruppenform. Sie haben folgenden Ablauf, wobei nach jeder Einheit vorbereitende Hausaufgaben gegeben werden und ergänzend Einzelgespräche durchgeführt werden.

1. Einheit: Vorstellungsrunde, Aufbau der Bewerbungsmappe, Bestandsaufnahme vorhandener Unterlagen, fehlende Unterlagen organisieren (Anlegen eines Bewerbungsordners)
2. Einheit: Lebenslauf – Theorie und Praxis  
Ggf. Anleiten der Suche nach Firmen und Stellenangeboten

3. Einheit: Das Anschreiben, Theorie und Adaption auf die individuellen Bedingungen
4. Einheit: Erstellen der kompletten Bewerbungsmappe, ggf. Bewerbung versenden
5. Einheit: Vorbereitung auf ein Vorstellungsgespräch (telefonischer, persönlicher Kontakt) im Rollenspiel
6. Einheit: individuelle Auswertung

Nähere Informationen zu Möglichkeiten einer inhaltlichen und formalen Ausgestaltung eines Bewerbungstrainings sind u.a. auch im job-wärts Leitfaden (2008), Fachhochschule Koblenz zu finden.

## **6.2 Externe Belastungserprobungen**

Die meisten Klienten verfügen über wenig, keine oder nur über länger zurückliegende Arbeitserfahrungen. Andere sind auf Grund der Überlagerung ihres Arbeitsalltags durch Suchtmittel oder süchtigem Verhalten nicht in der Lage, realistisch einzuschätzen, inwieweit sie mit ihren vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten arbeitsmarktüblichen Anforderungen genügen. Häufig sind die Erwartungen an ein bestimmtes Berufsbild unrealistisch bzw. die Klienten sind unsicher, welcher Beruf zur Person passt. Dies betrifft sowohl die Arbeit selbst als auch den Umgang mit Vorgesetzten und Kollegen.

Externe Belastungserprobungen unterstützen ermöglichen das Erleben eines realen Arbeitserfahrung, die Einschätzung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten unter größtmöglichen realistischen Arbeitsbedingungen. Hinzu kommen das Kennenlernen neuer Arbeitsinhalte und damit die Möglichkeit einer beruflichen Orientierung.

Nicht alle Suchtrehabilitanden verfügen über ausreichend Fähigkeiten zur zielgerichteten Stellensuche. Deshalb ist es bei diesen Suchtrehabilitanden erfolgversprechend, sie bereits in die Vorbereitungen einer Belastungserprobung einzubeziehen.

### 6.2.1 Einbindung in die Betriebsakquise

Akquise von passenden Einrichtungen für Praktika, Belastungserprobungen bzw. eines auf das Bewerberprofil passenden Angebotes baut somit auf den erlernten Fähigkeiten des Bewerbungstrainings auf.

Zur Bereitstellung von Möglichkeiten externer Belastungserprobungen verfügten die an der Studie beteiligten Kliniken in unterschiedlichen Umfang über ein Netzwerk regionaler Betriebe.

Ziel ist es, Suchtrehabilitanden zu befähigen, gemeinsam mit dem Therapeuten/Fallbegleiter Angebote systematisch zu erschließen, auf die Passung zu ihrer aktuellen Leistungsbild hin zu prüfen und Kontakt mit potentiellen Praktikumsgebern aufzunehmen.

Bestehen in der Klinik nur vereinzelt Kontakte zu regionalen Partnern für Praktika/Belastungserprobungen kann die Einbindung der Suchtrehabilitanden bereits mit einer Anleitung zur Analyse des regionalen Arbeitsmarktes beginnen, das meint insbesondere

- die Nutzung vorhandener Datenbanken (Jobbörse, Arbeitsamt, job-robot, meine.stadt.de, ...) sowie regionale Presse
- Erhebung aller für die Bewerbungsaktivitäten notwendigen Angaben über ausgeschriebene Stellen und Unternehmensprofile
- Auswertung von Stellenangeboten
- Erstellung eines Arbeitsplatzprofils (Checkliste siehe Anhang [6.2.3](#))

Liegt der Fokus eher auf der Anbahnung externer Belastungserprobungen über lange bestehende Praxispartner, konzentriert sich Einbindung der Suchtrehabilitanden auf die Unterstützung bei der telefonischen bzw. persönlichen Kontaktaufnahme mit potentiellen Praktikums-/Stellengebern.

### 6.2.2 Begleitung von externen Belastungserprobungen

Die Begleitung von externen Belastungserprobungen schließt an eine Betriebsakquise an, nachdem ein erster Bewerber-Arbeitgeber-Kontakt erfolgreich verlaufen ist und die Modalitäten der Belastungserprobungen/ des Praktikumseinsatzes vereinbart wurde.

Aufgaben bei der Begleitung von externen Belastungserprobungen/Praktika sind:

- Auftaktgespräch mit Arbeitgeber/Ausbildungsträger zur Klärung des Ablaufes, des konkreten Arbeitseinsatzes und möglicher Arbeitszeitveränderungen, Verhalten in Krisensituationen
- Mitwirkung an der Praktikumsvereinbarung
- Die Beratung, Begleitung und Betreuung des Klienten während der betrieblichen Einarbeitungsphase.

☞ Die Intensität der Betreuung hängt einerseits von der Qualifizierung verantwortlicher Betriebsangehöriger an und andererseits davon, ob der Charakter des Einsatzes eher der Erprobung der beruflichen Leistungsfähigkeit dient oder eher im Sinne eines Praktikums der beruflichen Orientierung.

- Beratung, Begleitung und Betreuung des Unternehmens während der betrieblichen Einarbeitungsphase

Hilfreich hierfür sind festgelegte Vor-Ort-Gespräche in dem betreffenden Unternehmen zur

- Reflexion über Praktikumsverlauf am Abstimmung mit zuständigen Betriebsangehörigen und Klienten über bisher gelaufenes Praktikum
- Ggf. Einleitung entsprechender Maßnahmen zur Stärkung fachlicher bzw. sozialer Kompetenzen bei Bedarf oder Wechsel des Praktikums, Überarbeitung des persönlichen Berufswegeplanes des Klienten

Gleiches gilt, wenn ein Praktikum voraussichtlich in ein längerfristiges Beschäftigungsverhältnis münden soll (in der Regel erst in der Adaptionsphase). In diesem Falle kann sich das Netz potentieller Beteiligter um Integrationsberater vom Jobcenter, gesetzliche Betreuer und Suchtberater erweitern.

---

### 6.2.3 Checkliste zum Arbeitsplatzprofil

	Bemerkungen
Firma	
Zahl der Mitarbeiter	
Branche	
Tätigkeiten	
konkrete Fähigkeiten und Fertigkeiten	
polizeiliches Führungszeugnis verlangt?	
Gesundheitszeugnis notwendig?	
Arbeitszeiten mit Angaben über Schichtarbeit, Überstunden, Wochenendarbeit	
soziale Bedingungen/Arbeitsvertragliche Regelungen	
etc.	

---

## Literaturverzeichnis

- (2008). IWS Fachhochschule Koblenz; job->wärts Leitfaden zur beruflichen und sozialen Integration suchtmittelabhängiger Menschen. Koblenz.
- Brickenkamp, R. (2002). Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test : Manual. Göttingen [u.a.], Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Derogatis, L. R. (2001). BSI 18, Brief Symptom Inventory 18. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN, NCS Pearson, Inc.
- Feuerlein, W., et al. (1998). Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie ; 35 Tabellen. Stuttgart [u.a.], Thieme.
- G. C. Löffler S., et al. (2011). "Praxishandbuch: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation ". 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, from <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/praxishandbuch>.
- Henkel, D. und U. Zemlin (2008). Arbeitslosigkeit und Sucht: ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag.
- Isernhagen, S. J., et al. (1999). "Reliability of independent observer judgments of level of lift effort in a kinesiophysical functional capacity evaluation." *Work* **12**: 145-150.
- Kaiser, H., et al. (2000). "Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung." *Die Rehabilitation* **39**: 175-184.
- Körkel, J. und C. Schindler (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.; mit CD-ROM und 9 Tabellen. Berlin [u.a.], Springer.
- Kuhl, J. und M. Kazén (2009). Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. PSSI ; Manual. Göttingen [u.a.], Hogrefe.
- Kühner, C., et al. (2007). Response styles questionnaire. Deutsche Version ; RSQ-D ; Manual. Göttingen [u.a.], Hogrefe.
- Löcherbach, P. (2009). Qualifizierung im Case Management. Case Management Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. P. Löcherbach, W. Klug, R. Rimmelfaßbender und W. R. Wendt. München Basel, Ernst Reinhard Verlag: 226-257.
- Löffler, S., et al. (2008). Entwicklung und Validierung eines generischen Screening-Instruments zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfs an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Universität Würzburg.
- Petermann, F. und D. Wechsler (2012). Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV). Always learning. Frankfurt, M., Pearson.



---

Ranft, A., et al. (2009). "Optimierung und Konstruktvalidierung des Diagnostikinstrumentes für Arbeitsmotivation (DIAMO)." *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* **59**: 21-30.

Schaarschmidt, U. und A. Fischer (2006). *Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM). Manual.* Frankfurt (Main), Harcourt Test Services.

Schneider, R. (2009). *Die Suchtfibel. wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit ; Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte.* Baltmannsweiler, Schneider-Verl. Hohengehren.

Simwork (2014). "SAPPHIRE." from <http://www.simwork.com/OurProducts/ErgoSapphire.aspx>. (Stand 07.10.2014)

Steinkamp, H. (1998). "Selbstsorge und Parrhesia." 371-378.

Teague, G. B., et al. (2012). "Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures." *Psychiatric services* **63**(8): 765-771.

Vanderplasschen, W., et al. (2004). "The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe." *Psychiatric services* **55**(8): 913-922.

Weidlich, S. und G. Lamberti (1997). *DCS - Diagnosticum für Cerebralschädigung.* Nach F. Hillers ; Handbuch. Bern [u.a.], Huber.

Weinmann, S., et al. (1991). "Psychische Merkmalprofile zur beruflichen Eingliederung Behinderter." *Das öffentliche Gesundheitswesen* **53**: 273-275.

Zwerenz, R. und M. E. Beutel (2006). *Entwicklung und Validierung des Fragebogens zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM).* In R. Nübling, F.A. Muthny & J. Bengel (Hrsg.) *Reha-Motivation und Behandlungserwartungen* (S. 231-251). Bern, Huber.

Zwerenz, R., et al. (2005). "Motivation zur psychosomatisch-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens." *Die Rehabilitation* **44**: 14-23.