ERGEBNISBAND

BORA-TB

Berufsorientierte Teilhabebegleitung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen

Modellprojekt ▪ Bundesprogramm rehapro ▪ Erster Förderaufruf

Projektverantwortlich:
Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Der vorliegende Ergebnisband stellt das Modellprojekt BORA-TB aus dem Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ vor.

Mit rehapro fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Erprobung innovativer Ansätze in den Bereichen Prävention, Rehabilitation und Nachsorge in den Jobcentern und Rentenversicherungsträgern und setzt damit den gesetzlichen Auftrag gemäß § 11 SGB IX um. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stärken und die trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Wirksame Ansätze sollen identifiziert und in das Regelangebot der Jobcenter und Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die gewonnenen Erkenntnisse aus rehapro können so allen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugutekommen.

In diesem Band werden die Inhalte und Ziele des Projekts BORA-TB erläutert. Des Weiteren werden die Ergebnisse und Erkenntnisse zu den innovativen Ansätzen des Projekts sowie deren Wirkungen präsentiert. Außerdem werden Verstetigungsoptionen vor Ort sowie Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und bundesweiten Verstetigung dargestellt.

Mit der Dokumentation der Ergebnisse sollen der Erkenntnisgewinn aus den rehapro-Projekten nachhaltig verankert und eine Basis für den Diskussionsprozess zur bundesweiten Verstetigung geschaffen werden. Die Veröffentlichung der Ergebnisbände auf der Website bundesprogramm-rehapro.de macht die Erkenntnisse für alle Beteiligten und Interessierten sichtbar, leicht zugänglich und nutzbar.

Inhaltsverzeichnis

1 Darstellung des Modellprojekts 4
1.1 Ausgangslage und Bedeutung der Innovation 4
1.2 Inhalte 5
1.2.1 Beschreibung der Leistung 6
1.2.2 Die BORA-Teilhabebegleitung 6
1.2.3 Qualifizierung der BORA-Teilhabebegleitung 7
1.2.4 Ausgestaltung der konkreten Leistung 9
1.2.5 Zielgruppe 11
1.3 Projektziele 12
1.3.1 Prozessziele 12
1.3.2 Rehabilitand*innenbezogene Ziele 12
1.4 Organisation und beteiligte Akteur*innen 14
1.5 Wissenschaftliche Begleitung 15

2 Ergebnisse des Modellprojekts 19
2.1 Wer wird durch das Projekt erreicht? 19
2.2 Berufliche Orientierung und (Re-)Integration 19
2.3 Versorgungskontinuität 22
2.4 Vernetzung und Kooperationen verbessern 23
2.5 Sensibilisierung Beteiligter und Akzeptanz der Maßnahme 25
2.6 Abstinenz, Motivation und andere Outcomes 26

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen 29

4 Verstetigung vor Ort 35
4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung 35
4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger 40

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung 44

6 Anlagen 50
6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt 50
6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis 50
6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen 51

1 Darstellung des Modellprojekts

1.1 Ausgangslage und Bedeutung der Innovation

Drogen und Suchtmittel führen in Deutschland zu erheblichen gesundheitlichen, sozialen und volkswirtschaftlichen Belastungen. Gemäß des epidemiologischen Suchtsurvey 2021 (Raschert et. al, 2022) wurde bei rund 1,6 Millionen Menschen in 2021 eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (Bundesministerium für Gesundheit, 2025). Der Konsum riskanter Alkoholmengen über einen längeren Zeitraum wird mit zahlreichen chronischen, z.B. kardiovaskulären oder onkologischen, Erkrankungen assoziiert (Raschert et. al, 2022) und hat somit einen nicht unerheblichen Einfluss auf das Gesundheitsgeschehen in Deutschland.

Darüber hinaus trägt ein schädlicher Alkoholkonsum ebenfalls zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten bei, die im Jahr 2022 rund 57 Milliarden Euro betrugen. Diese umfassen neben den direkten medizinischen Kosten, die mit 16,59 Milliarden Euro insbesondere Krankheits- und Pflegekosten ausmachten, (Statista, 2022), insbesondere auch indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste, Auszahlungen von Bürgergeld, vorzeitige Verrentung und Sterblichkeit. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2025) (Statista, 2022)

Abhängigkeitserkrankungen besitzen somit auch für die Deutsche Rentenversicherung als Träger von Rehabilitations- sowie Rentenleistungen eine gewichtige Relevanz. So zeigte sich in 2023 ein Bewilligungsanstieg bei ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter[1] um 14,4 % zum Vorjahr. Damit einhergehend stiegen die Netto-Aufwendungen für Rehabilitationsleistungen auf Grund einer Abhängigkeitserkrankung um 8,1 % auf 45,5 Millionen Euro. (Deutsche Rentenversicherung Westfalen, 2023) (Deutsche Rentenversicherung Westfalen, 2022)

Neben dem Anstieg der Rehabilitationsleistungen und den damit verbundenen Ausgaben ist in diesem Zusammenhang die Eintrittsquote in die Erwerbsminderungsrente (§ 43 Abs. 1 und Abs. 2 SGB VI) auf Grund einer Abhängigkeitserkrankung[1] nicht außer Acht zu lassen. Bei Betrachtung der bewilligten Anträge auf Rente wegen Erwerbsminderung (2022: 7.718 Anträge; 2023: 7.637) ist festzustellen, dass ein recht konstanter Anteil von rund 4 % den Abhängigkeitserkrankungen[1] zugeschrieben wird. 85,0 % dieser Bewilligungen sind in 2022 und 2023 auf eine Alkoholabhängigkeit zurückzuführen (interne Auswertung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, 2025).

Im Vergleich zu den Rentenzugängen auf Grund psychosomatischer (28 %, 2023) oder auch neurologischer Erkrankungen (15 %, 2023) stellen die Abhängigkeitserkrankungen somit eine nachgelagerte Rolle dar. Dennoch sind die Rentenzugänge auf Grund von Erwerbsminderung – insbesondere auf Grund von Alkoholabhängigkeit – in Ergänzung zu den insgesamt zunehmenden Rehabilitationsausgaben für Abhängigkeitserkrankte dennoch in Kombination als relevant zu betrachten.

Vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Abhängigkeitserkrankungen, der mit der Erkrankung einhergehenden individuellen Schicksale und Teilhabebedarfe der Betroffenen sowie mit Blick auf die unmittelbare Relevanz für die Deutsche Rentenversicherung wird nachvollziehbar, dass sich für dieses Krankheitsfeld ein unweigerlicher Bedarf an innovativen, ergänzenden Leistungen ergibt, um eine verbesserte und insbesondere nachhaltigere Versorgung der Versicherten erreichen zu können.

Derzeit sieht die regelhafte Versorgung von Versicherten mit einer Abhängigkeitserkrankung die folgenden drei Phasen vor: (1) Zunächst erfolgt die Kontaktphase, in der ein Bezug zum regionalen Suchthilfesystem hergestellt wird. Darauf folgt die körperliche Entzugsbehandlung. (2) Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen schließt daran an. In dieser ist neben der Stabilisierung der Abstinenz und der beständigen Rückführung in den Alltag ebenfalls die Förderung der beruflichen Teilhabe durch die Implementierung des BORA-Ansatzes (Beruflich Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) seit 2015 ein integraler Bestandteil. Die BORA-Maßnahmen fokussieren durch diverse Teilmaßnahmen eine gelingende (Wieder-) Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nach Rehabilitationsende. (3) Daran schließt die Phase der vollumfänglichen (Re-) Integration in Gesellschaft, Familie und vor allem in das

[1] Die Begrifflichkeit „Abhängigkeitserkrankung“ umfasst in diesem Zusammenhang die ICD-10-Diagnosen F10.0-F14.0, F19.0

Erwerbsleben an. Begleitet wird diese Phase durch ambulante Nachsorgeangebote, die sich jedoch vorrangig auf den Abstinenzerhalt selbst konzentrieren. In dieser Phase rückt jedoch die Fortführung der durch BORA erarbeiteten beruflichen Ziele sowie die Rückführung in eine Erwerbstätigkeit aus dem Zentrum der Versorgungsziele.

Allerdings stellt die erfolgreiche, dauerhafte berufliche Integration eine der wichtigsten Faktoren zur konstanten Stabilisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung dar (Henkel D., 2008) (Voller & Donner, 2020). Zugleich ist davon auszugehen, dass mindestens ein Drittel (Missel et. al, 2013) (Fischer M, 2012) der Rehabilitand*innen in Sucht-Fachkliniken erwerbsbezogene Problemlagen aufweisen. Berufliche Teilhabestörungen sind bei Abhängigkeitserkrankten oft so schwerwiegend, dass im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen die (Re-)Integration ins Erwerbsleben scheitert. Eine stabile Erwerbstätigkeit und eine nachhaltige Abstinenz besitzen somit eine entscheidende Wirkungsbeziehung zueinander (Henkel, 2011) (Nolte-Troha, 2023), wodurch gleichermaßen die Bedeutung eines berufsbezogenen Fallmanagements im gesamten Rehabilitationsprozess - insbesondere im Anschluss an die Phase der medizinischen Rehabilitation – deutlich wird (Saal et. al, 2016).

Die derzeitige regelhafte Versorgung der Zielgruppe weist jedoch Lücken auf, wodurch u.a. eben diese Wirkungsbeziehung keine durchgängige inhaltliche Berücksichtigung erfährt. So werden insbesondere im Anschluss an die medizinische Rehabilitation notwendige Maßnahmen von den nachgehenden Trägern oder auch durch die Rehabilitand*innen selbst häufig nicht (zeitnah) fortgeführt. Eine Fokussierung auf die Fortführung der durch BORA erreichten Ergebnisse und entwickelten Ziele im Rahmen der beruflichen Teilhabe geht dadurch verloren. Darüber hinaus erfolgt keine strukturierte Koordination an den Schnittstellen zu nachfolgenden Versorgungsleistungen (medizinisch, therapeutisch etc.) und ggf. notwendigen Krisenangeboten. Vielmehr ergeben sich immer wieder wechselnde Bezugspersonen und Brüche im auf die Rehabilitation folgenden Gesamtprozess, was besonders in Phasen der Abstinenzunsicherheit häufig zur Demotivation und Verlust der Zuversicht führt. Dies birgt die Gefahr von vorzeitigen Abbrüchen von Versorgungsleistungen, Instabilität, Rückfällen und ergebnisloser (Re-) Integration.

BORA-TB verfolgte auf Grund dessen das Ziel, unmittelbar an diesen Schwachstellen anzusetzen und durch eine konstante, phasenübergreifende Teilhabebegleitung eine strukturierte Fortführung der BORA-Teilziele, eine nahtlose Versorgungskette in der Rehabilitationsnachsorge, eine bedarfsgerechte Koordination bestehender Leistungsangebote und damit eine nachhaltige Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe erreichen zu können.

Im Rahmen dieses Ergebnisbandes sollen die Leistungsinhalte der BORA-TB noch einmal detailliert beschrieben und die Ergebnisse der Evaluierung im Hinblick auf die definierten Projektziele dargestellt werden. Der Ergebnisband bildet außerdem potenzielle Ansätze einer möglichen Leistungsverstetigung unter Berücksichtigung der gewonnen Erfahrungswerte und vor dem Hintergrund der als wirksam zu bewertenden Teilansätze ab.

1.2 Inhalte

Beim Übergang von der zweiten in die dritte Phase setzte das Modellvorhaben BORA-TB an.

Im Zuge des Projektansatzes erfolgte die Installation einer innovativen BORA-Teilhabebegleitung, die erstmals eine Person im System der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen darstellte, die den Prozess der beruflichen Integration nahtlos und trägerübergreifend begleitete. Die Rehabilitand*innen besaßen dabei ab dem Zeitpunkt des Kennenlernens der BORA-Teilhabebegleitung - noch während der laufenden medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen - einen festen Ansprechpartner für Teilhabefragen, der so vorher nicht im Personalstandsplan der DRV vorgesehen war. So konnte sich ein Vertrauensverhältnis und eine Versorgungskontinuität entwickeln, welche gerade in der Suchthilfe dringend benötigt wird. In zwei unterschiedlichen *settings* wurde im Rahmen des Modellvorhabens somit eine durchgehende Fallbegleitung implementiert, die die Rehabilitand*innen bis zu zwölf Monate nach dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen bzw. bis zu drei Monate nach Beschäftigungsaufnahme betreute und insbesondere die Förderung der beruflichen Teilhabe priorisierte.

Die BORA-Teilhabebegleitung setzte hierzu auf die durch das BORA-Konzept (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) erreichten Zwischenziele auf und führte begonnene

Maßnahmen fort. Dabei erfolgte eine beständige Förderung der Motivation für die berufliche Teilhabe, Auseinandersetzung mit den Zusammenhängen zwischen erwünschter Abstinenz und Teilhabe sowie Unterstützung bei den ersten Schritten in die Erprobung berufsorientierter Selbstwirksamkeit. Auf Grundlage der bereits in der medizinischen Rehabilitation identifizierten Bedarfen, erfolgte eine kontrollierte Überleitung der Rehabilitand*innen an nachgehende Leistungsträger und –erbringer für die Einleitung weiterer notwendiger Teilhabeleistungen. Bei Hinweisen auf die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) konnte der BORA-Teilhabebegleiter beispielsweise frühzeitig entsprechende Maßnahmen veranlassen, den Kontakt zum Reha-Fachberatungsdienst der DRV herstellen, eine individuelle Fachberatung oder ein erwerbsbezogenes Assessment initiieren und verbindlich terminieren. So konnte schon während der medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen die Notwendigkeit einer sich anschließenden beruflichen Rehabilitation festgestellt und eingeleitet werden.

Es erfolgte durch BORA-TB eine langfristige und phasenübergreifende Teilhabebegleitung, die Schnittstellen an den Übergängen in der Versorgungskette schloss und potenziellen Bruchstellen mit einer strukturierten Versorgungskontinuität begegnete. Dabei wurde vorrangig eine nachhaltige berufliche (Re-) Integration fokussiert. Gleichzeitig fanden aber auch alle damit einhergehenden Bedarfe im Rahmen einer ganzheitlichen Teilhabe (Sicherung des Lebensunterhaltes, Gesundheitsversorgung, Förderung Abstinenz etc.) Berücksichtigung, ebenso wie die kontinuierliche Förderung der Eigenmotivation der Rehabilitand*innen in besonders herausfordernden Phasen der Perspektiventwicklung.

BORA-TB hatte dabei nicht das Ziel bestehende Leistungsangebote zu ersetzen, sondern diese vielmehr bedarfsgerecht und effektiv zu koordinieren, um Versorgungslücken sinnvoll zu schließen.

1.2.1 Beschreibung der Leistung

Die BORA-Teilhabebegleitung stellte ein freiwilliges Angebot dar, dessen erfolgreiche Durchführung ausreichende Motivation der Rehabilitand*innen voraussetzte. Der Zugang erfolgte spätestens während der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen in Form eines ersten Gespräches mit den Rehabilitand*innen und dem Sozialdienst der Fachklinik und wurde durch den Sozialdienst der Fachklinik oder den Bezugstherapeut*innen in der Fachklinik angeboten. Der Informations- und Datenaustausch zwischen der Rehabilitationseinrichtung, der BORA-Teilhabebegleitung und allen externen Akteur*innen erfolgte unter Beachtung der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Die Empfehlungen der beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA) zur weiteren Prozessgestaltung der (Re-)Integration bzw. Wahrnehmung weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen fanden umfassend Berücksichtigung und wurden im Nahtlosverfahren aus der medizinischen Rehabilitation heraus unter Einbezug der Rehabilitand*innen und des Entlassmanagements umgesetzt.

1.2.2 Die BORA-Teilhabebegleitung

Die BORA-Teilhabebegleitung stellte das Bindeglied zwischen den Rehabilitand*innen und allen an der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung sowie der grundsätzlichen Versorgung beteiligten Akteur*innen dar. Neben der beratenden Tätigkeit waren insbesondere auch Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben Hauptbestandteil der Rolle. Für diese stellten eine Vernetzung im Suchthilfesystem und im beruflichen Kontext ebenso wie stabile Kontakte zu weiteren Leistungserbringern und Kooperationspartnern eine wichtige Grundvoraussetzung dar. Die BORA-Teilhabebegleitung sorgte damit in Abhängigkeit des individuellen Bedarfes und unter Berücksichtigung des Einverständnisses der Rehabilitand*innen (in Anlehnung an die unterschiedlichen BORA-Zielgruppen) für eine Kontaktaufnahme zu u.a. folgenden relevanten Kooperationspartnern:

- Arbeitgebende (Betriebssozialdienst, Betriebsärztlicher Dienst, Vorgesetzter, Personalabteilung, BEM-Beauftragte, Betriebs-/Personalrat, Schwerbehindertenvertretung);
- Einrichtungen der (teil-)stationären und ambulanten Suchthilfe wie Beratungsstellen, (Ambulant) Betreutes Wohnen, Ambulante Reha Sucht, ambulante Nachsorge, Adaption, Entwöhnung, Fachärzt*innen, Suchtselbsthilfe u.a.;

- Behörden und Leistungsträger (Agentur für Arbeit, Jobcenter, andere Sozialleistungsträger, Servicestellen der Rentenversicherungsträger, Reha-Fachberater, Krankenkassen, Integrationsamt, Integrationsfachdienste u.a.);
- Beschäftigungsträger, Berufsbildungsträger, Berufsförderungswerke, Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation;
- Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Integrationsfirmen, Einrichtungen des (teil-) stationär betreuten Wohnens, Einrichtungen mit Angeboten zu tagesstrukturierenden Maßnahmen;
- behandelnde Fachärzt*innen/Hausärzt*innen;
- behandelnde Psychotherapeut*innen;
- Sozialmedizinischer Dienst der Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Jobcenter;
- Fachberatungsstellen (Schuldnerberatung, Wohnungslosenberatung, Psychosoziale Beratung, Erziehungsberatung u.a.).

1.2.3 Qualifizierung der BORA-Teilhabebegleitung

Im Rahmen der Projektumsetzung stellten vergleichbare Qualitätsstandards in der Teilhabebegleitung der Rehabilitand*innen in den Projektregionen eine wichtige Voraussetzung dar.

Im Projekt erfolgten daher durch die Landesfachstelle für berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW (LFI) umfassende Qualifizierungsmaßnahmen. Die Landesfachstelle ist eine wichtige Instanz im Suchthilfesystem des Landes NRW, die die Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteur*innen der Suchthilfe und aller arbeitsmarktrelevanten Institutionen sowie Kosten- und Leistungsträger fördert. Dies schließt auch die Suchtselbsthilfe und Betroffenenverbände ein, wodurch deren Berücksichtigung in BORA-TB gewährleistet werden konnte.

Im Rahmen der Konzeptionierung aber auch im Verlauf des Projektes wurde deutlich, dass sich insbesondere die gesetzten Ziele auf der Prozessebene (vgl. 1.3), wie z.B. eine gelingende Interprofessionalität im Sinne einer institutions- und akteursübergreifenden Arbeitsweise, der Aufbau guter Kooperationsnetzwerke, die bedarfsgerechte Gestaltung der Versorgungsschnittstellen und die Steuerung des gesamten erwerbsbezogenen (Re-) Integrationsprozesses nicht ohne eine gezielte Qualifizierung der BORA-Teilhabebegleitung gestalten lassen. Es bedurfte daher zum einen einer Hinwendung zur Arbeitsweise im Sinne eines professionellen Fallmanagements und der Erlangung vielschichtiger Kenntnisse zu erwerbsbezogenen Themenfeldern zum anderen. Gleichwohl konnte die BORA-Teilhabebegleitung durchweg umfangreiche Erfahrungswerte in der Beratung von Abhängigkeitserkrankten, z.B. in der ambulanten Suchthilfe, vorweisen. Ziel war es auf Grund dessen, ein gemeinsames Rollenbild zu entwickeln, die Zuständigkeiten und Beratungsziele zu schärfen, zielgerichtet Fachexpertise aufzubauen und gemeinsame Standards in der Arbeitsweise der Teilhabebegleitung zu entwickeln. In der Qualifizierung zur BORA-Teilhabebegleitung wurden die Grundlagen für diese Tätigkeit hinreichend vermittelt. Die Grundqualifizierung sah dabei die folgenden Module vor:

- Basis 1: Einführung in das neue Aufgabenfeld der BORA-TB: Auftrag, Rolle und Ziele
- Basis 2a: Aufgaben und Anforderungen an die BORA-TB: Netzwerke aufbauen und gestalten
- Basis 2b: Standort bezogenes Netzwerken: Ausgestaltung von Schnittstellen und ergänzender Input der wissenschaftlichen Begleitung
- Basis 3: Leistungen und Möglichkeiten der Jobcenter und Agenturen für Arbeit (SGB II+ III)
- Basis 4: Auswirkungen und Möglichkeiten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)
- Basis 5: Betriebliche Suchthilfe, Eingliederungsmanagement und juristische Aspekte
- Basis 6: Aufgaben und Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (SGB VI)

Die regelmäßigen Treffen im Rahmen der Qualifizierungen, der Netzwerktreffen und der regelmäßig stattfindenden Austauschtreffen haben zu einem gemeinsamen Verständnis für das neue Berufsbild der BORA-Teilhabebegleitung ebenfalls beigetragen.
Darüber hinaus wurden im Verlauf des Projektes ergänzende Fachmodule angeboten, die sich an den individuellen fachlichen Bedarfen der Teilhabebegleitung bzw. der Rehabilitand*innen orientierten:

- Persönliche Präsenz im beruflichen Kontext I und II
- Migration und Sucht
- Persönlichkeitsstörungen im Beratungskontext

- Persönliche Präsenz im Beratungskontext
- Umgang mit Trauma und Sucht in Beratungssituationen
- Motivierende Gesprächsführung im Beratungskontext
- Betriebliche Suchtprävention und -hilfe, Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), juristische Belange (Ergänzung des Basismoduls 5)
- Kommunikationstraining im Beratungskontext I + II
- Besonderheiten in der Beratung: Wie gelingt männersensible Suchtarbeit?
- Übersicht und Vertiefung: Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung
- Übersicht und Vertiefung: Rentenleistungen der Deutschen Rentenversicherung

Für die Vermittlung dieser fachspezifischen Themen im Rahmen der Qualifizierung wurden Fachreferenten hinzugezogen, die möglichst aus dem kooperierenden Netzwerk der Pilotstandorte Dortmund und Gütersloh stammten. Die Beteiligung einiger kooperierender Akteur*innen des Netzwerkes war dadurch kontinuierlich gegeben und konnte während der Qualifizierungsmaßnahmen den Aufbau von Kooperationskontakten und im weiteren Verlauf eine Vertiefung dessen unterstützen. Zusätzlich wurde die Teilnahme an einzelnen Modulen des LFI-Curriculums zur beruflichen und sozialen Integration, z.B. „Aspekte der Schuldner- und Insolvenzberatung" von der BORA-Teilhabebegleitung genutzt. So konnten auf allen Ebenen Synergieeffekte genutzt und weitere Ideen zur Verbesserung der Gestaltung der Zusammenarbeit entwickelt werden.

Zudem fand eine kontinuierliche Nachbetreuung und Nachschulung von neuen Mitarbeitenden in der BORA-Teilhabebegleitung statt.

Somit konnte durch die im Projekt integrierten Qualifizierungsmaßnahmen insgesamt ein gemeinsames Rollengrundverständnis der BORA-Teilhabebegleitung entwickelt und auf der Prozessebene gemeinsame Standards zur Arbeitsweise, Gestaltung der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteur*innen sowie zur Gestaltung und dem Aufbau von Kooperationsnetzwerken definiert werden. Damit konnte ein fortdauernder Lernprozess implementiert, Austausch und fachlicher Input gefördert und die Qualität im Gesamtprozess des Modellvorhabens gesichert werden.

Neben der verbindlichen Teilnahme an den Qualifizierungen fanden ebenfalls Netzwerktreffen im Rahmen der Projektumsetzung für einen fortlaufenden fachlichen Austausch untereinander statt (3x im Jahr pro Projektstandort; außer in 2020). Diese wurden zum Teil in Form von Supervisionen umgesetzt und waren ein wertvoller Bestandteil des Projektaufbaus. Gemeinsam konnten so die Anforderungen an eine Begleitung von abhängigkeitserkrankten Rehabilitand*innen vor dem Hintergrund der systemseitigen Herausforderungen zusammengetragen werden, sodass das eigene Handeln reflektiert und damit die Qualität und Profession der eigenen Arbeit verbessert und gesichert werden. Die Umsetzung hat außerdem gezeigt, dass die Netzwerktreffen entscheidend für den Aufbau eines projektübergreifenden Netzwerkes waren. So konnten - vor dem Hintergrund vielfältiger Bedarfe der Projektteilnehmenden – drei Netzwerkebenen (vgl. Abbildung 1) mit relevanten Akteur*innen der Suchthilfe, der arbeitsmarktrelevanten Institutionen, der Suchtselbsthilfe sowie den Kosten- und Leistungsträgern aufgebaut und fortgeführt werden. Das neue Angebot der BORA-Teilhabebegleitung konnte so in das bestehende regionale Hilfenetzwerk integriert und damit gut als Behandlungsangebot implementiert werden. Die schnelle Akzeptanz der Kooperationspartner*innen an beiden Projektstandorten und die Transparenz, die durch die Netzwerktreffen möglich wurde, führte dazu, dass die beteiligten externen Akteur*innen an der Gestaltung der Versorgungsschnittstellen mitwirkten und so zu einem guten Gelingen des Modellvorhaben beitrugen.

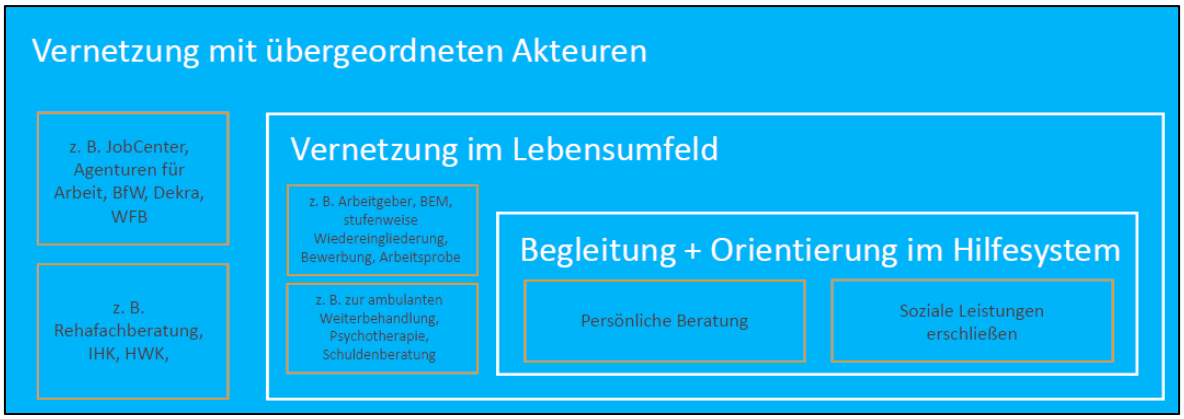


Abbildung 1: Vernetzungsaufgaben der Teilhabebegleitung (eigene Darstellung der LWL Klinik Dortmund)

1.2.4 Ausgestaltung der konkreten Leistung

Die BORA-Teilhabebegleitung konnte sich zur Erreichung des Ziels der beruflichen (Re-)Integration der Rehabilitand*innen u.a. der folgenden Module bedienen:

Modul 1a: Beginn der BORA-Teilhabebegleitung vor der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Standort Gütersloh)

Am Standort Gütersloh fand die Kontaktaufnahme durch die BORA-Teilhabebegleitung bereits vor Beginn der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der ambulanten Suchtberatung statt. Ein frühzeitiger Beziehungsaufbau sowie eine erste Fokussierung auf die berufsbezogenen Ziele der Rehabilitand*innen durch die Teilhabebegleitung konnte so angestoßen werden. Die nachfolgende medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen mit ihren berufsorientierten Elementen (BORA) konnte dann entsprechend auf die bereits erfolgten Vorbereitungen aufbauen. Außerdem wurde durch den frühen Zugang die Motivation der Rehabilitand*innen für die Entwöhnungsbehandlung und einen möglichst frühen Beginn dieser gestärkt.

Ebenfalls erfolgte eine erste Kontaktaufnahme zu den fallverantwortlichen Therapeut*innen in der Rehabilitationsklinik

Modul 1b: Beginn der Teilhabebegleitung während der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (Standort Dortmund)

Am Standort Dortmund setzte die Teilhabebegleitung mit Modul 1b ein. Unter Einbezug der fallverantwortlichen Therapeut*innen wurden nach Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung die Ziel- und Kontextfaktoren vor Ort im persönlichen Kontakt behandelt. Die BORA-Teilhabebegleitung bezog, wie auch in Gütersloh, die nötigen Akteur*innen mit ein.

Modul 2: Begleitung während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Während der Durchführung der medizinischen Rehabilitation war die Teilhabebegleitung durch das erteilte Einverständnis der Rehabilitand*innen über die in der Klinik erhobenen und für die Teilhabebegleitung relevanten Ergebnisse, z.B. bzgl. der Arbeitserprobungen und Trainingsergebnisse, informiert. Notwendige Kontakte zu Arbeitgebern oder Behörden konnten so schon aus der Phase der Rehabilitation angestoßen oder Termine vereinbart werden. Gemeinsam mit der Teilhabebegleitung und aufbauend auf die in der Rehabilitation erfolgten Maßnahmen (BORA) entwickelten die Rehabilitand*innen außerdem individuelle arbeits- und berufsbezogene Perspektiven (Zielformulierung). Auf Basis dessen konnte die Teilhabebegleitung Vermittlungspotenziale bestimmen, -optionen abwägen und für einen nahtlosen Anschluss nach Beendigung der Rehabilitation gesorgt werden.

Modul 3: Fallkonferenz

Spätestens 4 Wochen vor Beendigung der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen erfolgte eine gemeinsame Fallkonferenz in der behandelnden Klinik mit den Rehabilitand*innen, Klinikmitarbeitenden und je nach Bedarf dem Reha-Fachberatungsdienst der Deutschen Rentenversicherung oder Vertreter*innen anderer Sozialversicherungsträger unter Leitung des BORA-Teilhabebegleitung (vgl. Abbildung 2). In der Fallkonferenz wurden die Bedarfe und Ziele der Rehabilitand*innen noch einmal besprochen und im Sinne der Teilhabeplanung nachfolgende Maßnahmen abgestimmt. Die Nahtlosigkeit im Rehabilitationsprozess konnte auch hierdurch weiter gefördert werden.

Modul 4a: Übergabegespräch mit nachgehendem Träger oder Leistungserbringer

Im Rahmen der BORA-Teilhabebegleitung wurden je nach Bedarfslage Übergabegespräche, z.B. mit dem Jobcenter, einer Adaptionseinrichtung, dem reha-Fachberatungsdienst der Rentenversicherung oder auch einem Berufsförderungswerk aktiv initiiert und geführt. Die Rehabilitand*innen wurden dabei stets mit einbezogen.

Modul 4b: Übergabegespräch mit dem Arbeitgeber

Bei Rehabilitand*innen der BORA-Gruppen 1 und 2 (Rehabilitand*innen mit bestehendem Arbeitsverhältnis) war eine durch die Teilhabebegleitung geleitete Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber angezeigt. Gegenseitige Hemmungen sollten dadurch abgebaut und der Arbeitgeber für die Belange der Rehabilitand*innen sensibilisiert werden. Die Art der Kontaktaufnahme sowie die Tiefe des Informationsaustausches unterlag dabei den Wünschen der Rehabilitand*innen.

Modul 5: Übergang in die Phase nach der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung

Regelhaft wurde die BORA-Teilhabebegleitung den Rehabilitand*innen bis zu 12 Monate, davon bis zu drei Monate unterstützend während der Beschäftigungs-(wieder-) aufnahme (Modul 6), nach der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung begleitend zur Seite gestellt, um eine nahtlose Versorgung und dauerhafte berufliche (Re-)Integration anzuleiten (vgl. Abbildung 2). Die Teilhabebegleitung steuerte unterstützend den gesamten beruflichen Integrationsprozess auf der Systemebene und leitete die Rehabilitand*innen zur selbständigen Umsetzung des Erlernten an. Neben der primären beruflichen Teilhabe wurden darüber hinaus auch weitere Teilhabebedarfe in der Begleitung abgebildet, um die Rehabilitand*innen weiter zu stabilisieren und die Fortführung der Abstinenz zu unterstützen.

Die Kontakte konnten dabei in Abhängigkeit der Ausgangslage der Rehabilitand*innen in der Häufigkeit und der Art variieren. Der Beratungs-, Begleitungs- und Unterstützungsprozess orientierte sich an dem individuellen Hilfebedarf der Rehabilitand*innen und wurde projektseitig in Art und Umfang nicht reglementiert (Anzahl der Mindestkontakte, Abfolge der Kontakte, Art der Kontakte). In dieser Phase konnten ergänzend, je nach Situation der Rehabilitand*innen, die folgenden Teilmodule notwendig sein.

Modul 5a: Sicherung des Lebensunterhaltes

Die BORA-Teilhabebegleitung leistete eine sozialrechtliche Unterstützung und Beratung zu Fragen der Sicherung des Lebensunterhaltes. Sie unterstützte die Rehabilitand*innen bei der Antragsstellung von lebensunterhaltssichernden Leistungen, bereitet auf Behördengänge vor und bot ebenfalls die Begleitung dabei an.

Modul 5b: Überleitungsmanagement

Die BORA-Teilhabebegleitung übertrug mit Zustimmung der Rehabilitand*innen die relevanten Ergebnisse aus BORA-TB auf einen hierfür entworfenen Überleitungsbogen (berufsbezogene Angaben, Leistungsvermögen, etc.). Dieser Überleitungsbogen wurde den Rehabilitand*innen ausgehändigt und diente dazu, wichtige berufsbezogene Informationen im Zuge der Überleitung an einen anderen Träger gebündelt zu übermitteln und auf Gespräche mit den anderen Leistungsträgern vorzubereiten.

Modul 5c: Entwicklung einer berufsbezogenen Perspektive

Die BORA-Teilhabebegleitung erarbeitete mit den Rehabilitand*innen berufsbezogene Ziele und wirkte so unterstützend auf die Arbeitsvermittlung ein. Dieser Prozess setzte auf die durch BORA erreichten Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen auf und führte diese in der

nachfolgenden Phase weiter fort. Alle weiteren, der Berufstätigkeit vorausgehenden Teilhabebedarfe, z.B. gesundheitliche/ therapeutische Versorgung, fanden in diesem Zusammenhang ebenfalls in der Teilhabebegleitung Berücksichtigung (Versorgung wie aus einer Hand).

Modul 5d: Unterstützung bei der Bewerbung

Die BORA-Teilhabebegleitung leitete die Rehabilitand*innen an, selbständig potentielle Stellenanzeigen zu finden und unterstützte bei der Zusammenstellung der Bewerbungsunterlagen. Sie beriet zum Umgang mit möglichen Lücken im Lebenslauf und erarbeitete mit den Rehabilitand*innen Strategien zum Umgang mit der eigenen Abhängigkeitserkrankung.

Modul 5e: Stabilisierung der Abstinenz

Als übergreifende Instanz wirkt die BORA-Teilhabebegleitung auch nach der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung darauf hin, die Abstinenz der Rehabilitand*innen zu stabilisieren. Sie entwickelt mit den Rehabilitand*innen zusammen Maßnahmen der Rückfallprävention und stellt ein Bindeglied für niederschwellige Angebote (z. B. kurzfristige Rückvermittlung in die Rehabilitationseinrichtung zur Rückfallbearbeitung oder auch für eine unmittelbare Kriseninterventionsmaßnahme) dar.

Modul 6: Unterstützung nach Beschäftigungsaufnahme

Ist den Rehabilitand*innen die Beschäftigungsaufnahme gelungen, wurden diese noch weitere drei Monate regelhaft durch die BORA-Teilhabebegleiter*innen unterstützt (vgl. Abbildung 2). Sie hatten die Aufgabe die Rehabilitand*innen in dieser neuen Situation zu begleiten, bei der Eingewöhnung zu unterstützen, weiterhin stabilisierend einzuwirken und auch an dieser Schnittstelle für Nahtlosigkeit zu sorgen. In dieser Phase konnten auch aufsuchende Gespräche beim Arbeitgeber angezeigt sein.

Dieses Portfolio stellt eine Zusammenfassung der wichtigsten Arbeitsinhalte der BORA-Teilhabebegleitung dar, ist jedoch nicht als vollständig zu betrachten. In den Beratungssituationen zeigte sich, dass weitere Bedarfe bestanden, die im Vorhinein nicht absehbar waren. Die Teilhabebegleitung musste daher in der Lage sein, sich individuell auf die Rehabilitand*innen einzulassen und im Zuge der Teilhabebegleitung individuelle, kreative Lösungsansätze mit den Rehabilitand*innen gemeinsam zu erarbeiten.

Der Gesamtablaufprozess wird in der folgenden Abbildung noch einmal komprimiert dargestellt.

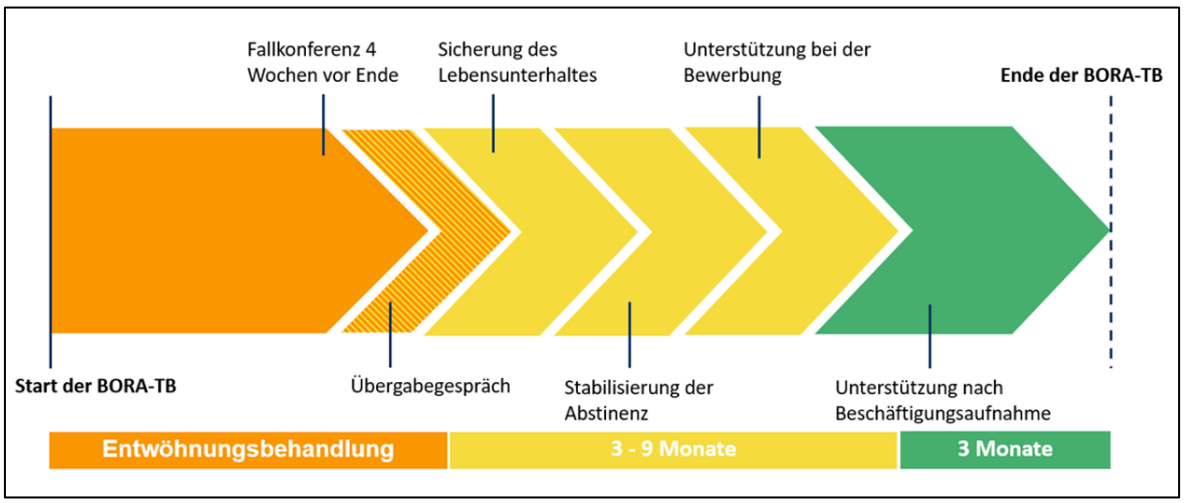


Abbildung 2: Ablauf der BORA-Teilhabebegleitung (eigene Darstellung)

1.2.5 Zielgruppe

Zur Zielgruppe des Modellvorhabens zählten alle Patient*innen ab 18 Jahren mit einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung, die durch Kontakt zum Suchthilfesystem und durch eine entsprechende Entzugsbehandlung mit vorliegenden oder zu erwartenden Störungen der beruflichen Teilhabe in die stationäre

und/oder ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen vermittelt wurden.

In das Modellprojekt BORA-TB wurden Patient*innen eingeschlossen, die

- in eine der beteiligten Fachkliniken (LWL-Klinik Dortmund/ Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh) in stationäre/ ganztägig ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen vermittelt wurden;
- Wohnhaft in einem Radius von 45 min Fahrtzeit, ausgehend von den beteiligten Modellregionen;
- der BORA-Gruppe 1-4 angehören, unabhängig einer vorliegenden erwerbsbezogenen Problemlage;
- im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen die Deutsche Rentenversicherung Bund, Knappschaft-Bahn-See oder Deutsche Rentenversicherung Westfalen als Kostenträger aufwiesen.

1.3 Projektziele

Primärziel der BORA-Teilhabebegleitung ist es, die berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitand*innen schnittstellenübergreifend und nahtlos im Anschluss an die stationäre Rehabilitationsphase zu befördern und abhängigkeitserkrankte Menschen dabei zu unterstützen, eine langfristige berufsbezogene Perspektive zu entwickeln sowie zu festigen. In der Umsetzung dieser schnittstellenübergreifenden Teilhabebegleitung sollen des Weiteren Versorgungslücken durch die Motivation und Koordination zur Inanspruchnahme weiterführender sucht- und berufsbezogener Hilfen geschlossen und damit Versorgungskontinuität und niedrigschwellige Rückfallprävention und Krisenintervention gefördert werden.

Die Ziele der BORA-Teilhabebegleitung ließen sich nach Prozesszielen und rehabilitanden*innenbezogenen Zielen aufgliedern.

1.3.1 Prozessziele

a. Förderung der (Re-)Integration von Rehabilitand*innen in das Erwerbsleben
b. Förderung der Versorgungskontinuität
c. Verbesserung der Vernetzung und Kooperation zwischen ambulanter/ stationärer Suchthilfe, peripheren kommunalen Diensten und weiteren erwerbsbezogenen Akteur*innen
d. Sensibilisierung der beteiligten Akteur*innen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Akzeptanz der Maßnahme

1.3.2 Rehabilitand*innenbezogene Ziele

a. Entwicklung und Festigung von erwerbsbezogenen Integrationszielen
b. Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen
c. Erhöhung der Mitwirkungs- und Leistungsbereitschaft der Rehabilitand*innen
d. Festigung der Abstinenz durch die Entwicklung einer beruflichen Perspektive

Ziel	Zielgrößen	Datenquellen/Instrumente
Prozessziele		
1a	Förderung der (Re-)Integration von Rehabilitand*innen in das Erwerbsleben Kriterien: Erhalt der Erwerbsfähigkeit Erhalt des Arbeitsplatzes Beschäftigungsaufnahme Aufnahme einer Erstausbildung	Routinedaten der Reha-Einrichtungen: BORA-Gruppen Erwerbsstatus Sozialversicherungsbeiträge Fragebogen: Erwerbsstatus SPE (Skala zur Prognose der Erwerbstätigkeit)
1b	Förderung der Versorgungskontinuität Erhöhung der Anzahl und/oder der Inanspruchnahme durchgängiger Versorgungsketten Verkürzung der Zeiträume der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	Primärdatendokumentation zum Monitoring Interviews, informelle Gespräche und ggf. Gruppendiskussion mit Versorgenden Fragebogen: Inanspruchnahme weiterer Versorgungsleistungen Ggf. Vergleich mit Routinedaten der DRV Westfalen
1c	Verbesserung der Vernetzung und Kooperation zwischen ambulanter/ stationärer Suchthilfe, peripheren kommunalen Diensten und weiteren erwerbsbezogenen Akteur*innen	Primärdatendokumentation zum Monitoring Teilnehmende Beobachtungen Interviews mit Versorgenden
1d	Sensibilisierung der beteiligten Akteur*innen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Akzeptanz der Maßnahme	Interviews mit Versorgenden Interviews mit Rehabilitand*innen Teilnehmende Beobachtung/beobachtende Teilnahme und informelle Gespräche in beteiligten Einrichtungen
Rehabilitand*innenbezogene Ziele		
2a	Entwicklung und Festigung von erwerbsbezogenen Integrationszielen Vorliegen mindestens eines erwerbsbezogenen Integrationszieles pro Rehabilitand*in / partizipative Zielvereinbarung	Primärdatendokumentation zum Monitoring Fragebogen
2b	Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen	Primärdatendokumentation zum Monitoring: Motivationsarbeit und Teilnahmegründe Fragebogen: JoCoRi (Fragebogen zu Job-Coping und Rückkehrintention) DIAMO (Diagnostik zur Motivation) Selbstwirksamkeitserwartung Interviews mit Versorgenden Interviews mit Rehabilitand*innen
2c	Erhöhung der Mitwirkungs- und Leistungsbereitschaft der Rehabilitand*innen Teilnahme der Rehabilitand*innen an Terminen und Erhebungen	Primärdatendokumentation des Monitorings Interviews und ggf. Gruppendiskussion mit Versorgenden

2d	Festigung der Abstinenz durch die Entwicklung einer beruflichen Perspektive Abstinenz bis zur Integration in den Arbeitsmarkt bzw. bis zu 12 Monate nach Abschluss der Rehabilitation; Kompetenterer Umgang mit Krisen	Fragebogen: Erleben von Suchtdruck (MaCS – Mannheimer Craving Skala) Erleben von Rückfällen Primärdatendokumentation zum Monitoring

Tabelle 1: Ziele, Zielgrößen und Datenquellen bzw. Erhebungsinstrumente (eigene Darstellung)

1.4 Organisation und beteiligte Akteur*innen

Die übergeordnete Projektkoordination erfolgte durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen. Im Rahmen des Regelgeschäftes übernahm sie die Antragssachbearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. Die Sachbearbeitung markierte die Akten der Versicherten, die eine Bewilligung ihrer Entwöhnungsbehandlung für die Aufnahme in der LWL-Klinik Dortmund oder in der Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh erhalten hatten mit einem hierfür erstellten Aufkleber („rehapro: BORA-TB“). Die Fälle wurden nach Bewilligung der Koordinierungsstelle zugeleitet, die dann Kontakt mit der Teilhabebegleitung in den Regionen aufnahm. Während des Erstkontaktes stellte die Teilhabebegleitung fest, ob die Versicherten in das Projekt aufgenommen werden konnten und mit einer Teilnahme einverstanden waren. Daraufhin erfolgte die Übermittlung der entsprechenden Aufnahmeerklärung an die Koordinierungsstelle. Die Koordinierungsstelle vermerkte die Projektteilnahme in der Akte und im Versicherungskonto (Schlüsselung 1939 in rvdialog). Im weiteren Verlauf der medizinischen Rehabilitation und der nachgehenden Betreuung durch die BORA-Teilhabebegleitung unterlag der Vorgang der engmaschigen Kontrolle der Koordinierungsstelle der DRV Westfalen. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und der Betreuung durch die BORA-Teilhabebegleitung konnten weitere Teilhabebedarfe erkannt werden. Die BORA-Teilhabebegleitung wirkte auf entsprechende Antragsstellungen hin. Die Koordinierungsstelle wiederum steuerte mögliche Teilhabeanträge dem zuständigen Rehabilitationsträger i. S. d. § 15 SGB IX zu und wirkte im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens unterstützend nach § 19 SGB IX darauf hin, dass die Leistungen möglichst nahtlos ineinandergreifen konnten.

Am Standort der LWL-Klinik Dortmund war die BORA-Teilhabebegleitung im Umfang von zwei Vollzeitstellen unmittelbar in der Fachklinik (Akut- und Rehabilitationsversorgung) selbst angestellt. Die Rehabilitand*innen wurden vorab durch die ambulante ärztlich/therapeutische Versorgung oder auch durch externe Suchtberatungsstellen an die Klinik verwiesen. Die Kontaktaufnahme zur Teilhabebegleitung fand somit zu Beginn der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen statt. Der Zugang der Rehabilitand*innen in die Leistung BORA-TB erfolgte hier nicht über die Suchtberatungsstellen, sondern aus der Akutversorgung (Entgiftung) heraus.

Am Standort Gütersloh war die BORA-Teilhabebegleitung im ambulanten Suchthilfesystem in den Suchtberatungsstellen des Caritasverbandes Gütersloh und der Diakonie Herford verortet. Die Vollzeitstelle der Teilhabebegleitung wurde dabei in Gütersloh durch eine Person und in Herford durch zwei Teilzeitkräfte besetzt. Alle Teilhabebegleiter waren jedoch im Verbund für das Modellvorhaben im Raum Gütersloh tätig. Der Zugang in BORA-TB und die Kontaktaufnahme mit der Teilhabebegleitung erfolgte für die Rehabilitand*innen in diesem Setting daher in der Regel bereits vor der stationären medizinischen Rehabilitation. Zum Teil bestanden bereits langjährige Anbindungen, die die Compliance seitens der Rehabilitand*innen, im Vergleich zum Setting an der LWL Klinik in Dortmund, förderten. Eine erneute Kontaktaufnahme zu weiteren Akteur*innen im Hilfenetzwerk war daher nicht notwendig, sodass hierdurch bereits eine nahtlose Überleitung gewährleistet war. Seitens der Suchtberatungsstellen wurden die Rehabilitand*innen zunächst in die stationäre Entgiftung weitergeleitet. Dabei wurde vorrangig eine Überleitung in die Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh vorgenommen, die in die Projektstruktur eingebunden war. Abgestimmte Prozesse und Übergänge während der Entzugsphase mit den Suchtberatungsstellen lagen somit grundsätzlich vor. Beide Suchtberatungsstellen haben sich den Raum Gütersloh hälftig in der Versorgung aufgeteilt, um weite Wege in der Teilhabebegleitung dennoch abbilden zu können. Auf diese Weise können der östliche und der westliche Teil von Ostwestfalen-Lippe organisatorisch abgedeckt werden.

Das BORA-TB-Gesamtkonzept sah außerdem projektintegrierte fachliche Weiterbildungsmodule für die Teilhabekoordinator*innen vor (vgl. 1.2.3). Diese wurden durch die Landesfachstelle berufliche und soziale Integration der Suchtkooperation NRW (LFI) umgesetzt. Zugleich erfolgte ebenfalls ein koordinierter Aufbau eines fachlichen Gesamtnetzwerkes unter der Federführung der Landesfachstelle.

Ergänzend zu den bereits benannten Institutionen wurde das Projekt wissenschaftlich durch den Lehrstuhl von Herrn Prof. T. Meyer-Feil, von 2019 bis 2022 ansässig an der Universität Bielefeld und von 2023-2024 ansässig an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, begleitet und evaluiert.

Die folgende Abbildung soll abschließend noch einmal die Gesamtstruktur des Projektes darstellen:

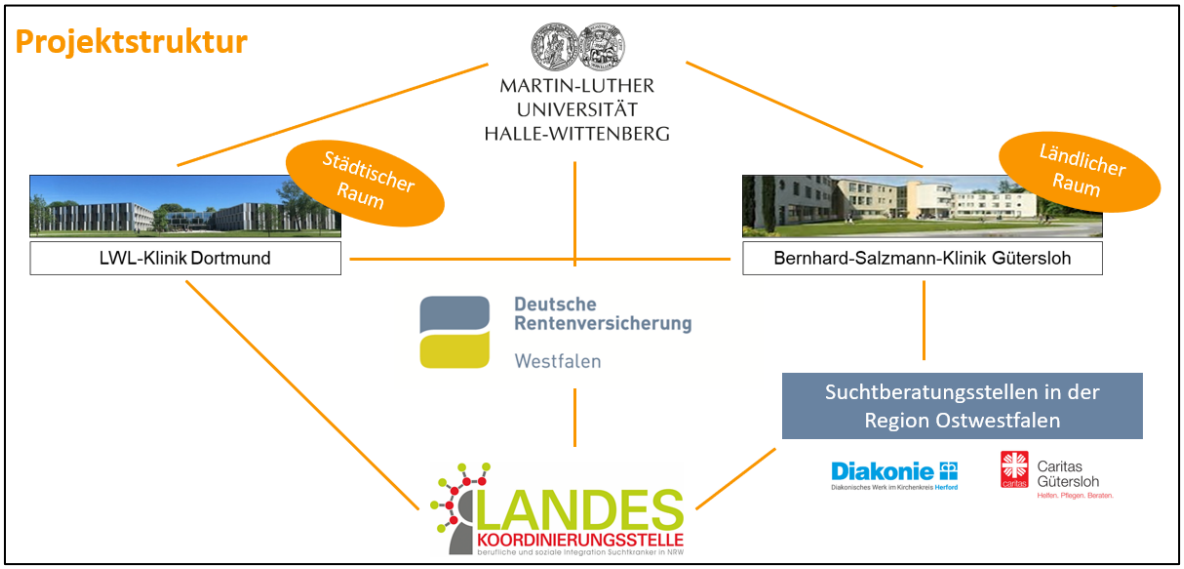


Abb. 3: Projektstruktur BORA-TB (eigene Darstellung)

1.5 Wissenschaftliche Begleitung

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es, zu evaluieren inwiefern die im Abschnitt 1.3 definierten Ziele auf welche Weise erreicht wurden. Für die Evaluation von BORA-TB wurden verschiedene Methoden eingesetzt.

In der **summativen Evaluation** werden folgende Daten erhoben und mit statistischen Verfahren ausgewertet:

Fragebogen-Befragung der Studienteilnehmenden

(Format: Papierfragebogen; Art der Daten: pseudonymisiert; ausgefüllt durch: Studienteilnehmende)

Hatten Studienteilnehmende der wissenschaftlichen Begleitung zugestimmt, wurden sie zu insgesamt vier Zeitpunkten zum Ausfüllen eines Fragebogens eingeladen: Zu Beginn der medizinischen Rehabilitation (t0), zu deren Ende (t1), sechs Monate (t2) und 18 Monate (t3) nach Ende der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Das Ausfüllen eines Fragebogens dauerte jeweils etwa eine halbe Stunde. Die von der wissenschaftlichen Begleitung zusammengestellten Fragebögen und Fragen betreffen Angaben zur Lebenssituation, Konsumverhalten, Suchterleben, Arbeitsmotivation und -erleben, Belastungen, Lebensqualität sowie Erwartungen an die medizinische Behandlung und BORA-TB.

Primärdaten des Monitorings der Intervention

a. Dokumentation der Rekrutierung

*(Format: Excel; Art der Daten: im Hinblick auf Rehabilitand*innen: anonymisiert, im Hinblick auf Standorte: pseudonymisiert; ausgefüllt durch: Teilhabebegleiter*innen)*
Um Aussagen über den Ablauf der Teilnehmendengewinnung sowie durch Rehabilitand*innen und Teilhabebegleiter*innen wahrgenommene bzw. genannte Gründe zur Projektteilnahme oder -ablehnung treffen zu können, pflegten die Teilhabebegleiter*innen eine Liste, in der sie alle Kontakte mit potentiellen Teilnehmenden mit Datum und ggf. Gesprächsnotiz vermerkten. Diese Liste wurde über alle angesprochenen Rehabilitand*innen gepflegt, also auch diejenigen, die der wissenschaftlichen Begleitung nicht ausdrücklich zugestimmt haben. Diese Daten wurden der wissenschaftlichen Begleitung anonymisiert zur Verfügung gestellt. Eine Zuordnung zu anderen personenbezogenen Angaben über Teilnehmende ist entsprechend ausgeschlossen.

b. Verlaufsdokumentation über die Aufgaben und Leistungen der Teilhabebegleiter*innen zum Monitoring

(Format: Excel; Art der Daten: pseudonymisiert; ausgefüllt durch: Teilhabebegleiter*innen)
Um die Leistung der Teilhabebegleitung mit ihrem Aufgabenspektrum und Arbeitsschwerpunkten beschreiben zu können, dokumentierten Teilhabebegleiter*innen ihre Tätigkeiten. Diese Dokumentationen lassen sich unterscheiden in:

I. Fallübergreifende Leistungen: sämtliche Tätigkeiten, die im Rahmen des Projekts ohne Bezug zu Rehabilitand*innen durchgeführt wurden, wie z. B. Netzwerkarbeit, kollegiale Besprechungen, Supervisionen. Weil diese Aufgaben ausschließlich als Teilhabebegleiter*innen-bezogene Leistungen zu verstehen sind, beziehen sich sämtliche Angaben auf Projektmitarbeitende und enthalten keine rehabilitand*innen-bezogenen Daten.
II. Rehabilitand*innen-bezogene Leistungen: sämtliche Tätigkeiten, die in der Zusammenarbeit mit und für Rehabilitierende durchgeführt wurden, wie z. B. Fallkonferenzen und Übergabegespräche mit und ohne Anwesenheit von Rehabilitand*innen, individuelle Beratung zu sucht- und berufsbezogenen Hilfen, Begleitung von Teilnehmenden zu Arbeitgeber*innen, Arbeitsagenturen und Jobcentern. Nach erfolgter Einwilligung in die wissenschaftliche Begleitung wurden Daten pseudonymisiert erfasst. Neben Datum und Themen der einzelnen fallbezogenen Kontakte wurde das Pseudonym der Rehabilitand*innen erfasst, dass Personen eindeutig identifizierbar macht.

Routinedaten der beteiligten Einrichtungen

(Format: Excel; Art der Daten: pseudonymisiert und anonymisiert; bereitgestellt durch beteiligte Einrichtungen)

Von beteiligten Einrichtungen wurden unterschiedliche Daten aus der internen Dokumentation zusammen- und bereitgestellt.

Um einen Vergleich zwischen der Gruppe der Teilnehmenden an BORA-TB und den in den Einrichtungen versorgten Rehabilitand*innen zu ermöglichen, wurden Daten über alle versorgten Klient*innen anonymisiert zur Verfügung gestellt. Anonymisiert erfasst wurden soziodemographische Angaben (z. B. Geschlecht, Alter, Familienstatus) sowie Daten zum Behandlungsverlauf (z. B. Dauer der Behandlung, behandelte Hauptdiagnose) von allen Klient*innen der beteiligten Einrichtungen. Pseudonymisiert erfasst wurden soziodemographische Merkmale und Daten zum Behandlungsverlauf von denjenigen Teilnehmenden, die in der Einwilligungserklärung auch der wissenschaftlichen Begleitung zugestimmt haben. Dieser Zugang diente der Erhebung soziodemographischer Informationen, die wir zur Reduktion der Belastung für die Befragten nicht in den Fragebogen integriert hatten.

Routinedaten der DRV Westfalen

Bisher wurden keine Routinedaten der DRV Westfalen erhoben und in die Auswertung einbezogen. Dies liegt darin begründet, dass bis zum Vorliegen geeigneter Daten, die den Zeitraum der BORA-TB abdecken, ca. zwei Jahre über die Projektlaufzeit hinaus vergehen müssen. Die wissenschaftliche Begleitung möchte die Möglichkeit des Einbezugs von Routinedaten nach der Projektlaufzeit erhalten, weil sie Potentiale bietet, die mit anderen Daten nicht möglich sind. So ist mit Routinedaten des Rententrägers z. B. ein Vergleich von Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden möglich, der Zeiträume über die medizinische Rehabilitation hinaus abdeckt. Dabei können mögliche Unterschiede in eingezahlten Sozialversicherungsbeiträgen betrachtet werden, die Auskunft über einen veränderten Erwerbsstatus zulassen. Zudem könnten Fallverläufe betrachtet werden, die im Vergleich zwischen Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden Aussagen über Fort- und Rückschritte im Genesungsprozess ermöglichen.

In der **formativen Evaluation** wurden folgende Datenerhebungen und -auswertungen vorgenommen:

Interviews mit Rehabilitand*innen

(Format/Art der Daten: Audioaufzeichnungen, pseudonymisierte Transkripte, pseudonymisierte Interviewprotokolle)

Um (berufs-)biographisches Erleben vor dem Hintergrund einer Suchterkrankung und die Bedeutung von BORA-TB zu erfassen, wurden einzelne Rehabilitand*innen zu Interviews eingeladen. Die Einladung zur Teilnahme erfolgt durch die Teilhabebegleiter*innen oder Kolleg*innen aus den beteiligten Einrichtungen oder – wenn ausdrücklich von den Rehabilitierenden gewünscht und der Weitergabe von Kontaktdaten zugestimmt wurde – durch Mitarbeitende der wissenschaftlichen Begleitung. Teilnehmende an der Interviewstudie wurden vertieft zu ihrem biographischen Erleben, ihren Versorgungserfahrungen und ihren Erfahrungen mit BORA-TB befragt. In der Erhebung wurde mit narrativen Verfahrensweisen gearbeitet. Dieser als ergänzend zu den quantitativen Daten zu betrachtende Ansatz wurde im Rahmen von drei Interviews mit Rehabilitand*innen umgesetzt und ausgewertet.

Interviews mit Versorgenden

(Format/Art der Daten: Audioaufzeichnungen, pseudonymisierte Transkripte, pseudonymisierte Interviewprotokolle)

Damit Versorgungsstrukturen und organisationsbezogenes Praxiswissen in der Versorgung von abhängigkeitserkrankten Menschen sowie Erfahrungen und Bedarfe im Hinblick auf BORA-TB erfasst werden konnten, wurden Interviews mit Versorgenden durchgeführt. Zu befragende Versorgende waren in erster Linie Teilhabebegleiter*innen und ihre Vorgesetzten, aber auch andere Expert*innen der sucht- und berufsbezogenen Hilfen konnten eingeschlossen werden. Da in Interviews mit Versorgenden biographisches Erleben eine untergeordnete Rolle spielte, aber berufsbezogene Erfahrungen von Bedeutung waren, war der Themenfokus enger als bei den Interviews mit Rehabilitand*innen. Das weitere Vorgehen entsprach dem in den Rehabilitand*innen-Interviews. Im Projektverlauf wurden mit fünf Teilhabebegleiter*innen, drei Personen im weiteren BORA-TB-Kontext (Leitungen und Mitarbeiter*innen der Einrichtungen mit Projektbezug) sowie eine Person im Feld der suchtbezogenen Hilfen Gespräche geführt, aufgezeichnet und ausgewertet.

Prozessbegleitung in Einrichtungen der Suchthilfe

(Format/Art der Daten: pseudonymisierte Protokolle von Beobachtungen und informellen Gesprächen, ggf. Tonaufnahmen von informellen Gesprächen und pseudonymisierte Transkripte)

Um die Implementierung von BORA-TB in Anbetracht einrichtungsspezifischer Struktur- und Prozessmerkmale beschreiben zu können, wurden Versorgende in Einrichtungen der Suchthilfe begleitet. In der Erhebung wurden teilnehmende Beobachtungen bzw. beobachtende Teilnahmen und informelle Gespräche durchgeführt, von denen pseudonymisierte Protokolle erstellt wurden. Während ihrer Leistungserbringung wurden drei der Teilhabebegleiter*innen an ihren Standorten zu verschiedenen Zeitpunkten begleitet und

dabei u. a. Einblicke in Erstgespräche und Kontaktaufnahmen mit Rehabilitand*innen und den Arbeitsalltag in der Einrichtung, z. B. bei Begleitungen in Fallkonferenzen und Übergaben gewonnen. Zu Daten aus informellen Gesprächen zählen zwei auf Tonband aufgezeichnete und transkribierte Gespräche, diverse Gespräche im Alltag von BORA-TB mit verschiedenen Projektbeteiligten sowie mit Versorgenden der suchtbezogenen Hilfen. In die ethnographischen Daten aus Prozessbegleitungen gehen des Weiteren Informationen und Inhalte aus Netzwerktreffen, Qualifizierungen und weiteren Besprechungen im Projektgefüge (z. B. Letztempfänger*innen-Treffen) oder schriftliche Berichte und Informationen der beteiligten Projektpartner*innen ein.

2 Ergebnisse des Modellprojekts

2.1 Wer wird durch das Projekt erreicht?

BORA-TB wurde an zwei Projektstandorten entwickelt und implementiert: (1) in der LWL-Klinik Dortmund, in der die Teilhabebegleiter*innen direkt in der Klinik angestellt waren und (2) in der Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh, die in Kooperation mit zwei Suchtberatungsstellen, nämlich der Caritas Gütersloh und dem Diakonischen Werk Herford in Kooperation die Leistung bereitstellte, wobei die Teilhabebegleiter*innen in den Suchtberatungsstellen angegliedert waren. In beiden Kliniken wurden hauptsächlich Patient*innen über 18 Jahren mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit behandelt, in Dortmund ausschließlich, in Gütersloh zu beinah zwei Drittel der Rehabilitand*innen. In beiden Kliniken war der Großteil der Rehabilitand*innen männlich.

Weil BORA-TB auf einer umfassenden Teilhabebegleitung fußt, das Rehabilitand*innen über den Klinikaufenthalt hinaus z. B. bei der Integration weiterer Versorgungsstrukturen unterstützen soll, wurde BORA-TB als ein wohnortnahes Leistungsangebot angestrebt. Damit sollte es gelingen, Netzwerkkontakte zu knüpfen und gegebene Versorgungsstrukturen im Versorgungsgebiet zu erschließen. Entsprechend zählte zu den Einschlusskriterien, dass Personen an dem Projekt teilnehmen können, die in 45 Minuten Fahrtzeit zu erreichen waren. Weitere vorab festgelegten Einschlusskriterien waren gegebene Volljährigkeit Teilnehmender sowie Rehabilitation in Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, der Deutschen Rentenversicherung Bund oder der Knappschaft Bahn-See.

Insgesamt nahmen 394 Rehabilitand*innen an beiden Standorten an BORA-TB teil. Entsprechend der genannten Bedingungen der Projektdurchführung wurden mit BORA-TB hauptsächlich Personen angesprochen und begleitet, die – wie typisch für Abhängigkeitserkrankungen (Institut für Therapieforschung, 2024) – männlich (75 %) und wegen einer Alkoholabhängigkeit in Behandlung (93 %) waren. Entsprechend der behandelten Hauptdiagnose waren begleitete Personen mit einem Durchschnittsalter von 44,7 Jahren älter als beispielsweise Patient*innen, die wegen einer Drogenabhängigkeit in medizinischer Rehabilitation waren und jünger als Rehabilitand*innen anderer Indikationen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023). Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden war zu Beginn der Rehabilitation in einem Erwerbsverhältnis. Insgesamt zeigt sich, dass BORA-TB (unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Einschlusses) unterschiedliche Personengruppen an den Standorten erreichen konnte. Dies bedeutet: BORA-TB hat keine stigmatisierende und diskriminierende Funktionsweise gezeigt, wodurch Rehabilitand*innen über die zuvor definierten Einschlusskriterien hinaus von der Teilnahme ausgeschlossen worden wären. So haben z. B. trotz originär beruflichem Bezug der Leistung nicht signifikant mehr oder weniger Personen mit oder ohne Erwerbsarbeit das Angebot wahrgenommen.

Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass BORA-TB eine geeignete Leistung bzw. ein geeignetes Konzept darstellt, um Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen Bedarfen gleichermaßen gut zu erreichen und in ihrer Zielorientierung und -umsetzung zu unterstützen.

2.2 Berufliche Orientierung und (Re-)Integration

In der internationalen Literatur wird davon berichtet, dass Erwerbstätigkeit einer der „stärksten Prädiktoren für positive Outcomes für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ (Magura & Marshall, 2020) sei, wozu höhere Abschlussraten von Behandlungen, seltenere Rückfälle und höhere Lebensqualität gehören. Auch in der nationalen Literatur wird der Zusammenhang zwischen Beruf und Abhängigkeitserkrankungen benannt (Henkel, 2011) (Nolte-Troha, 2023). Zweifellos gibt es einen Zusammenhang zwischen Arbeit und Abhängigkeit. Allerdings wird wenig darüber diskutiert, wieso er zu beobachten ist. Dabei scheint es aus soziologischer Perspektive ganz logisch, dass es eine bestimmte Nähe zwischen Beruf, gesundem Leben sowie Verhalten zu gesellschaftlichen Normen und Werten gibt, die mit steigender Entfernung von gesellschaftlichen Rahmungen für die jeweiligen Individuen weniger bedeutsam wird. Aus sozialpsychologischer Sicht lernen Menschen mit ihrem Heranwachsen, was sich für ein „gutes“, „anständiges“ oder „normales“ Leben gehört und was nicht. In unserer Gesellschaft benimmt man sich „anständig“, wenn man den Gesetzen nachkommt

und sich geteilten Werten unterordnet, dass man eine Schul- und Berufsausbildung absolviert und sich verhält, wie es engeres und weiteres soziales Umfeld erwarten können. Gelingt es nicht, sich innerhalb dieser gesellschaftlichen Rahmungen zu bewegen, kann deviantes Verhalten zugeschrieben werden und damit Stigmatisierungsprozesse einsetzen, die sowohl von anderen Gesellschaftsmitgliedern als auch betroffenen Personen selbst ausgehen können (Adersen & Varga, 2022). Welche Form devianten Verhaltens dabei vorliegt, scheint ganz grundsätzlich nicht unbedingt bedeutsam. Klar ist allerdings, dass sowohl eine Abhängigkeit als auch eine Erwerbslosigkeit als gesellschaftlich nicht wünschenswert bzw. deviant verstanden werden können. Entsprechend ist neben einem gesunden, „anständigen" Verhalten auch der Beruf und die Berufsausübung ein gewisses Statussymbol, das anzeigt, welcher gesellschaftlichen Schicht und (Nicht-)Norm eine Person zugeschrieben werden kann. Umso klarer scheint, wieso die (Re-)Integration ins Erwerbsleben für Menschen, denen deviantes Verhalten zugesagt werden kann, so bedeutsam ist; umso deutlicher wird, wieso es für diese sich deviant verhaltenden Personen nur schwer gelingen kann und entsprechende gesellschaftliche Statuswechsel- und Prozesse der Selbst- und Fremdzuschreibung derart langfristig sind, dass sie bei Gruppen wie abhängigkeitserkrankten Menschen eher selten mit bestehenden Messinstrumenten und -zeitpunkten angemessen erfasst werden können.

In der Umsetzung des Projekts BORA-TB war die Berufsorientierung von Beginn an bedeutsames Thema und wurde nicht nur im Projektnamen gepflegt. Dabei ging es nicht unbedingt darum, einer Arbeit nachzugehen; vielmehr ging es bei einem Teil Begleiteter darum eine Vorstellung von einer Zukunft mit Arbeit zu entwickeln und derart an Problemlagen zu arbeiten, dass eine (langfristige) Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. So zeigt sich auch in Antworten der Teilnehmenden im Fragebogen zu einer offenen Frage nach berufsbezogenen Reha-Erwartungen, dass der Beruf nicht als vordergründiges Problem oder Hindernis wahrgenommen wird und gleichzeitig der Wunsch nach Berufsfähigkeit und beruflicher Teilhabe besteht:

- „Berufsbezogene Erwartungen habe ich wenig. Es geht mir in erster Linie darum, einen psychischen und physischen Gesundheitszustand zu erreichen der es mir ermöglicht normal arbeiten zu gehen"
- „Da meine Arbeit psychisch recht anspruchsvoll ist, hoffe ich durch die Rehab meinen psychischen Zustand stabilisieren zu können"
- „Dass ich durch die Reha wieder vitaler werde und somit einen anderen Job bekomme, den ich körperlich und seelisch schaffe."
- „Dass mir andere Möglichkeiten geboten werden um trotz psychischer Erkrankung wieder arbeiten zu gehen"
- „den Berufsalltag psychisch stabil zu leisten"

Berufliche Orientierung als bedeutsames Thema mit sich zu tragen, obwohl dies womöglich nicht prioritär gelöst werden kann, weil andere Problemlagen zunächst vordergründig sind, hat aus psychologischer Perspektive dennoch bedeutsame Effekte, die nicht zu unterschätzen sind. So muss davon ausgegangen werden, dass die Gespräche über mögliche Ziele für eine wünschenswerte Zukunft (mit und ohne Beruf) Vorstellungen über diese mögliche Zukunft auslösen, was sich auf die Motivation daraufhin zu arbeiten positiv auswirken kann (Bulley & Irish, 2018) (Gilbert & Wilson, 2007). Daher scheint es, angesichts eines Versorgungssystems, das sich bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen oft auf vergangene Prozesse und Konzentration auf die Jetzt-Zeit bezieht, wünschenswert, ein Angebot zu integrieren, das die Aufmerksamkeit der Gesprächspartner*innen vorrangig in die Zukunft lenkt und Prozesse mit Blick auf eine berufliche Orientierung anstößt.

Schaut man auf quantitativ-summative Ergebnisse von BORA-TB zum Erwerbsstatus, so sind gemäß durchschnittlicher Betrachtungsweise von Veränderungen des Erwerbsstatus am Ende von BORA-TB genauso wie zu Beginn der Leistung etwa die Hälfte der begleiteten Personen in einer Erwerbstätigkeit. Gleichzeitig war zu beobachten, dass viele Statuswechsel in der Zeit nach einer medizinischen Rehabilitation stattfinden und begleitet werden. In Anbetracht der Ergebnisse über n=116 Teilnehmende der Caritas Gütersloh fällt auf, dass insbesondere bei Personen, die als arbeitsmarktnah verstanden werden können – also Teilnehmende, die in Erwerbsarbeit waren oder Arbeitslosengeld I bezogen – die angemerkten Erwerbsstatuswechsel auftraten. Personen in den eher arbeitsmarktfernen Erwerbsgruppen schienen eher stabil in ihrem Erwerbsstatus zu verbleiben. Diese Beobachtungen decken sich mit den theoretischen Ausführungen dahingehend, dass Statuswechsel von arbeitsmarkt- und gegebenenfalls gesellschaftlich-normativ fernen Gruppen hin zu normativ akzeptablem bzw. erwünschten Verhaltensmustern inklusive Nachgehen einer Erwerbsarbeit eher langfristigen Prozessen unterliegen und Personen innerhalb ihres gesellschaftlich-normativen Status durchaus Veränderungen erleben.

Diese Veränderungen sind aufgrund des verwendeten Messinstruments bei als arbeitsmarktnah definierten Gruppen eher aufzuzeigen. Bei arbeitsmarktfernen Gruppen, bestehen die erfahrenen Veränderungen, wie aus Gesprächen mit Versorgenden und Rehabilitand*innen in den qualitativen Studienteilen hervorgeht, z. B. auf Themen wie selbständiges Briefe öffnen, Annehmen von Hilfen oder erneuter Kontakt zur Familie. Auch diese Verbesserungen sind Schritte hin zu mehr normativ gewünschtem Verhalten, die letztlich in Erwerbsarbeit münden können. Allerdings werden diese individuellen Verbesserungen keinen substanziellen Niederschlag in den verwendeten Instrumenten aufweisen können, so dass kein eindeutiger Return-To-Work (RTW) gemessen wurde.

Das bedeutet aber keinesfalls, dass Erwerbstätigkeit und berufliche Teilhabe nicht Themen in Gesprächen mit Teilnehmenden waren und mit der Teilhabebegleitung wichtige Veränderungsprozesse auf dem Weg zu beruflicher Teilhabe angestoßen wurden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die verwendeten Instrumente der Komplexität des Geschehens und der Dauer lebensverändernder Prozesse auf Einzelfallebene kaum gerecht werden können.

Unter Komplexität des Geschehens müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden, die mit RTW und beruflicher Teilhabe in Verbindung stehen. Dazu gehören äußere wie individuell-subjektive Rahmenbedingungen. In Bezug auf äußere Rahmenbedingungen ist u. a. zu beachten, dass sich das Projekt mit Beginn der Corona-Pandemie in seinen Interventionskomponenten entwickelte und ausgestaltete. In dieser Zeit war zwar ein Arbeitsmarkt zu beobachten, der als eher günstig für Arbeitnehmende betrachtet werden kann (vergleichsweise niedrige Arbeitslosenquote, Fachkräftemangel, mehr Arbeitsplätze als geeignete Arbeitnehmende bzw. Überangebot von Arbeitsplätzen). Allerdings war gerade in der Start- und Entwicklungsphase des Projektes der Arbeitsmarkt durch die Pandemie ebenso erschüttert und verunsichert, so dass die Arbeitslosenquote stieg – viele Betriebe mussten Arbeitnehmende mit Kurzarbeit beschäftigen oder gar kündigen, es kam zu Betriebsschließungen, die Umsetzung digitaler Lösungen war häufig fragwürdig (Buch et. al, 2021). Wenn angenommen wird, dass die Corona-Krise ab 2022 nicht auf die gleiche Weise auftrat wie in den beiden Jahren zuvor, so liegen zum einen dennoch nur krisenbedingt verzerrte Daten über (Re-)Integrationsraten vor und zum anderen konnten bestimmte Elemente in der Umsetzung der Leistung mit Blick auf berufliche (Re-)Integration nicht auf dieselbe Weise umgesetzt werden, wie es ohne die gesellschaftlichen Umbrüche stattgefunden hätte. So haben die Teilhabebegleiter*innen, die sich in Kick-off-Veranstaltungen und in Betrieben gerne zu Projektstart vorgestellt und bekannt gemacht hätten, bedauert, weniger bzw. später als erhofft Netzwerkkontakte zu Betrieben entwickelt zu haben.

Mit Blick auf die Komplexität des Geschehens sind auf individueller Ebene weitere Einflussfaktoren zu berücksichtigen, die mit quantitativen Messinstrumenten mit Blick auf RTW kaum erfasst werden können. Aus Literatur und qualitativen Erhebungen ist allerdings bekannt, dass Abhängigkeitserkrankungen mit einem Spektrum an unterschiedlichen Voraussetzungen und Ressourcen zusammenfallen können. So zeigen begleitete Personen im Projekt unterschiedliche Problemlagen (finanzielle, familiäre, soziale, berufliche usw. Probleme) in unterschiedlicher Quantität und Qualität, unterschiedliche Krankheitsdauern und damit unterschiedliche Längen von Suchtgeschichten. Dies scheint insofern bedeutsam, dass sich gemäß Literatur auch gezeigt hat, dass Personen mit längeren Suchtgeschichten eher chronische bzw. langfristige Krankheitsverläufe zu erwarten haben und damit eher Rückfälle und Stigmatisierung erfahren werden (Beaulieu et. al, 2021) (Fleury, 2016) (Kelly et. al, How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Probelm? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults, 2019). Dabei werden Stigmatisierungsprozesse sowohl von gesellschaftlichen Rahmungen als auch von den betroffenen Individuen selbst befeuert (Adersen & Varga, 2022) (Earnshaw, Stigma and substance use disorders: A clinical, research and advocacy agenda, 2020).

In diesen Fällen ist fragwürdig, inwiefern BORA-TB (ausschließlich) für Veränderungen der Erwerbssituation eingesetzt wurde oder ob eher arbeitsmarktferne Teilnehmende nicht andere, vorrangige(re) Problemlagen mit der Teilhabebegleitung zu lösen suchten. Schließlich wissen wir aus Notizfeldern der Primärdatendokumentation, dass Suchtproblematiken, finanzielle Schwierigkeiten und insbesondere sozialrechtliche Unterstützungsleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes in einigen Fällen bedeutsame bzw. erstrangige Zieldimensionen sein können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass gemäß ausgewerteten Freitext-Angaben in der Primärdatendokumentation eines Standortes 63 % der Teilnehmenden ein berufliches Ziel entwickelt hatten bzw. dieses dokumentiert wurde. Gleichzeitig kann ein berufsbezogenes Ziel nicht bei allen begleiteten Personen ein Ziel sein, in dem in den darauffolgenden Monaten gearbeitet wird. Dass auch Personen am Projekt

teilnahmen, deren Ziel nicht in beruflicher Orientierung lag, kann auch derart gedeutet werden, dass BORA-TB ein integratives Leistungsangebot darstellt, das Personen in sozial schwachen Positionen nicht ausschließt und kleinschrittige Erfolge, positive Erfahrungen und darauffolgende weitere Integrationswünsche auf dem Weg zu mehr sozialer und beruflicher Teilhabe zu begleiten vermag.

2.3 Versorgungskontinuität

Versorgungskontinuität spielt in der gesamten Versorgung eine wichtige Rolle, erlangt mit Blick auf Abhängigkeitserkrankungen allerdings noch mal besondere Bedeutsamkeit. Diese besondere Relevanz ist u. a. der Tatsache geschuldet, dass Abhängigkeitserkrankungen bei einem Teil Betroffener als chronische bzw. langfristige Krankheitsgeschehen zu verstehen sind und damit auch eine kontinuierliche bzw. langfristige therapeutische Begleitung bedürfen (White & Kelly, 2011) (Pettersen et. al, 2019). So zeigt auch die internationale Forschung, dass kontinuierliche, langfristig angelegte Versorgungskonzepte höhere Erfolge versprechen als eher kurzfristige Angebote (Beaulieu et. al, 2021) (McKay, 2021) (Fleury, 2016). Ein Problem, das im Zuge kontinuierlicher Versorgungskonzepte aufscheint, geht mit einem zergliederten Gesundheitssystem und entsprechenden Schnittstellen zwischen den Leistungen einher. Bei den Übergängen kommt es dadurch zu zeitlichen Brüchen (Weissinger, 2019), sodass Versorgungsangebote, wenn überhaupt, nur verzögert in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig kommt es bei Inanspruchnahme von verschiedenen Leistungen zu Wechseln von Ansprechpersonen, was gerade bei psychischen Störungen, die mit negativen Gedanken und Gefühlen einhergehen können, als ein negativ zu bewertender Faktor gesehen werden kann. Neben diesen individuellen, patientenseitig zu beachtenden negativen Folgen von Brüchen in der Versorgungskette kommen gesundheitssystemische und ökonomische Folgen hinzu. Dazu gehören vermehrte Krankenhausaufenthalte, intensivmedizinische Behandlungen, Kriseninterventionen und andere Notfalldienste, die mit erhöhtem Kosten- und Ressourceneinsatz in Verbindung stehen (Fleury, 2022). So gibt es verschiedene Gründe, nahtlose Versorgung bereitzustellen, wie es mit einer schnittstellenübergreifenden Teilhabebegleitung gemäß BORA-TB gelingen kann.

Um Versorgungskontinuität zu verbessern, setzt BORA-TB während der stationären oder ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Sucht an und begleitet Teilnehmende für bis zu zwölf Monate darüber hinaus. In dieser Zeit werden bedarfsorientiert aus der Rehabilitationsmaßnahme heraus nachfolgende Leistungen initiiert, entweder durch Sozialdienstmitarbeitende in der jeweiligen Fachklinik oder die Teilhabebegleiter*innen. Den Teilhabebegleiter*innen ist es durch deren besondere Rolle im Versorgungssystem als beratendes Fallmanagement ohne eignen konkreten Versorgungsauftrag dann möglich, als Unterstützende*r im Genesungsprozess motivierend auf Begleitende einzuwirken und Erfahrungen mit den jeweiligen Versorgungsleistungen zu reflektieren. So können Begleitete im BORA-TB-Prozess immer wieder Erfahrungen mit verschiedenen Angeboten machen und diese für sich rekapitulieren und einordnen.

Die BORA-TB hat zeitgleich die Chance, mögliche Wechsel anzustreben oder neue Leistungserbringende in den Versorgungsprozess einzubeziehen, wenn dies sinnvoll erscheint. Bei dieser kooperativen Schnittstellengestaltung – und hierbei bezieht sich die Kooperation auf die zwischen Teilhabebegleiter*in, Rehabilitand*in und Netzwerkpartner*in bzw. Leistungserbringer*in – können also sowohl Korrekturen vorgenommen als auch positive Erfahrungen gemacht werden, die sich positiv auf die weitere Zusammenarbeit und entstehende Zukunftsperspektiven auswirken können. Dadurch, dass sich die Teilhabebegleitung in diesem Zusammenspiel von Versorgenden und Versorgten als unterstützende Begleitung „im Außen vor“ zeigt, entsteht auch die Chance, Projektteilnehmende zur Inanspruchnahme von Angeboten zu motivieren, die Teilnehmende möglicherweise von sich aus nicht kontaktiert hätten.

Auch zu Kontinuität selbst kann BORA-TB motivieren – und zwar in dem Sinne, dass Personen den Glauben an sich nicht verlieren und am Ball bleiben, auch wenn ihnen Hürden begegnen. So geht z. B. aus informellen Gesprächen hervor, dass manche administrativen Prozesse, wie die Beantragung und Bewilligung von Umschulungen, lange Zeit einnehmen und sich manchmal über Monate ziehen können. In solchen Phasen erleben die Teilhabebegleiter*innen sich als Fürsprecher*innen, deren Aufgabe u. a. darin besteht, Teilnehmenden Mut zuzusprechen nicht aufzugeben und den Glauben daran zu erhalten, dass sich die Dinge nach einer langen Phase des Ausharrens erfolgreich entwickeln werden. So ist Teil des Kontinuums von und mit BORA-TB die Entwicklung und der Erhalt von Zukunftsperspektiven zu befördern, was kontinuierliche Selbstsorge von Erkrankten verbessern kann.

In der Betrachtung statistischer Ergebnisse zeigte sich, dass in der Rehabilitationseinrichtung bei Teilnehmenden von BORA-TB häufiger Weitervermittlungen dokumentiert wurden als bei Nicht-Teilnehmenden. Dies ist nicht unbedingt ein Zeichen dafür, dass tatsächlich mehr Weitervermittlungen während der medizinischen Rehabilitation stattfanden. Aber es ist ein Hinweis darauf, dass mit BORA-TB die Aufmerksamkeit für mögliche Weitervermittlungen durch Personal in der Fachklinik gestärkt wurde und es deswegen zu häufigeren Dokumentationen von Weitervermittlungen kam. Damit zeigt sich ein positiver Nebeneffekt von BORA-TB in Bezug auf eine erhöhte Aufmerksamkeit von Mitarbeitenden der Klinik auf die Zeit danach. Diese Sicht war auch Thema in einer Gruppendiskussion mit den Teilhabebegleiter*innen, die die Erfahrung machten, dass Klinikkolleg*innen in der Kooperation häufiger auch die Zeit nach der Klinik thematisierten, wo sonst der Fokus mit und für Rehabilitand*innen gemäß des Settings und der Therapiemodule eher auf Bewältigung vergangener Geschehnisse und Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation bestand.

Gemäß Selbstauskünften Befragter in t2-Fragebögen haben 91% der Teilnehmenden in den ersten sechs Monaten nach der medizinischen Rehabilitation gesundheits- und berufsbezogene Hilfen über hausärztliche Versorgung hinaus in Anspruch genommen. Die Hälfte der an der Befragung Teilnehmenden (53%) gab an, berufsbezogene Hilfen, wie Beratungen und Maßnahmen bei Jobcenter und/oder Arbeitsagentur oder berufliche Rehabilitation, in Anspruch genommen zu haben. Gemäß Rückkopplung mit Projektbeteiligten ist zu den vorliegenden Ergebnissen aus den Fragebögen über in Anspruch genommene Hilfen allerdings von Überschätzungen auszugehen.

In Hinwendung auf statistische Ergebnisse zur durch Teilhabebegleiter*innen gepflegten Dokumentation von Weitervermittlungen zu anderen Versorgungsangeboten über die Zeit von BORA-TB hinaus, kann festgehalten werden, dass für die Zeit nach BORA-TB kaum in weitere Angebote vermittelt bzw. dies dokumentiert wurde. Weil BORA-TB als eine koordinative Leistung verstanden werden kann, deren prinzipielle Aufgabe u. a. in der Weitervermittlung besteht, ist nicht davon auszugehen, dass die Dokumentation schlicht ausblieb oder über Weitervermittlungen nicht nachgedacht wurde. Vielmehr ist das Ergebnis ein Indiz dafür, dass während der Begleitzeit Versorgungsangebote derart einbezogen und in Anspruch genommen wurden, dass begleitete Personen zum Ende der BORA-TB kaum weitere Bedarfe oder Bedürfnisse zur Unterstützung durch Angebote zeigten, die durch eine sozialarbeiterisch-fallorientierte Leistung hätten initiiert bzw. eingebunden werden können. Das benannte Ergebnis lässt sich aber auch mit den eingeschlossenen Personen und den hohen Drop-Out-Raten erklären: Personen, die BORA-TB bis zum regulären Ende nach sechs bis zwölf Monaten nach der Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nahmen, waren eher Personen, die als nahe an normativen Strukturen und Erwerbsbezug wahrgenommen werden können. Sie haben – auch gemäß Erfahrungsschilderungen in Interviews und Gruppendiskussion – die BORA-TB eher aktiv für sich genutzt, um eigens gesetzte Ziele zu verfolgen und umzusetzen. Da dies häufig während der Begleitungszeit gelang, waren selten weitere Weitervermittlungen für diese Personengruppe notwendig. Andere Personen hingegen, die komplexe Probleme und Suchtproblematiken zeigten oder als fern von Arbeitsmarkt und normativen Strukturen verstanden werden können, waren auch eher Personen, die im Laufe der Begleitung aus dem Kontakt gingen. Daher konnten für sie keine Weitervermittlungen dokumentiert werden. Aber egal, welche Personengruppe es betrifft – diejenigen, die BORA-TB bis zum regulären Ende nutzten, oder diejenigen, die aus dem Kontakt gingen (mehr dazu im Abschnitt zu 2.6 Abstinenz, Motivation und andere Outcomes) – Versorgungskontinuität haben alle durch die Leistung BORA-TB erfahren können. Mit der Maßnahme stand ihnen eine Person zur Seite, die als Fürsprecher*in und Unterstützer*in von stationärer zu ambulanter Struktur lotste und die Prozesse begleitete. Als kontinuierliche Ansprechperson war BORA-TB auch für diejenigen, die keine zusätzliche Unterstützung wünschten, aber die Leistung dennoch als Back-Up im Hintergrund annahmen, eine Stütze, die mit dem eigenen Dasein Sicherheit vermitteln konnte.

2.4 Vernetzung und Kooperationen verbessern

Das Suchthilfesystem ist ein weit verzweigtes Netz, in dem sich unterschiedliche Akteur*innen bewegen. Dabei zeichnet sich das deutsche Gesundheitssystem als Ganzes, aber speziell noch in der Suchthilfe, durch eine starke Zergliederung aus. Leistungen, die Betroffene in Anspruch nehmen, befinden sich u.a. in Trägerschaft von Krankenkassen (z. B. hausärztliche Versorgung, Entzugsbehandlung, Psychotherapie), Kommunen und Sozialhilfeträgern (z. B. Suchtberatung, erzieherische Hilfen, Eingliederungshilfe), Rentenversicherungen (z. B. stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, Nachsorge), Agentur für Arbeit oder Jobcenter (z. B. berufliche Rehabilitation, Weiterbildung), Integrationsämter

(bei Vorliegen einer Behinderung). Zusätzlich zu dem bundesweit zergliederten Hilfesystem ist davon auszugehen, dass regionale Unterschiede bestehen, z. B. in Bezug auf die Dichte von Selbsthilfegruppen und psychotherapeutischer Versorgung oder der Verteilung kommunaler oder freier Träger zur Suchtberatung und – therapie, wie Caritas, Diakonie, AWO. Um die Therapie von Abhängigkeit angemessen und bedarfsorientiert zu steuern, bedarf es angesichts der hohen systemischen Komplexität bestimmter Kenntnisse, die Fakten- und Erfahrungswissen einschließen. Zusätzlich muss ein hoher Aufwand für die Koordination der Versorgungsleistungen angenommen werden, der für einzelne Beratende mit spezifischem Versorgungsauftrag oder Betroffene selbst kaum und nur über viel Erfahrung zu leisten ist (Raiser, 2017). Entsprechend muss es ohne spezifisches Fachwissen und eine steuernde Komponente in dem komplexen Krankheitsgeschehen und Versorgungssystem wiederholt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung bzw. mindestens zu Versorgungslücken kommen. So erlangt eine verbesserte Vernetzung und Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und Trägern eine besondere Bedeutsamkeit (Raiser, 2017) (James et. al, 2023) (Krawczyk et. al, 2023).

Entsprechend sinnvoll erscheint es, ein Fallmanagement einzusetzen, das Zugänge zu Versorgung und Inanspruchnahmen bedarfsgerecht initiieren und Leistungen koordiniert vernetzen kann. Auch aus der Literatur ist bekannt, dass Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen nicht unbedingt zu einer erhöhten (Re-)Integration ins Erwerbsleben beitragen können oder berufsbezogene Erfolge eher bei bestimmten Zielgruppen aufgezeigt werden können (Saal et. al, 2016) (Penzenstadler et. al, 2017) (Rapp et. al, 2014). Allerdings wurde in verschiedenen Studien sehr wohl gezeigt, dass Fallmanagement in der Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen dazu beitragen kann, die Vernetzung, Organisation und Koordination von Versorgung zu verbessern und damit einen Beitrag zu adäquater Gesundheitsversorgung zu leisten (Marsden et. al, 2024) (Penzenstadler et. al, 2017) (Rapp et. al, 2014) (Vanderplasschen et. al, 2019). So kann mit einem Fallmanagement der Schnittstellenproblematik im zergliederten System besser begegnet und Versorgungslücken vermieden werden.

Damit in BORA-TB Koordinationsleistungen zur Navigation im System erbracht werden und Akteur*innen im System miteinander vernetzt werden konnten, wurden im Projekt mehrere Prozessschritte durchlaufen. Zunächst wurden die Teilhabebegleiter*innen über das Versorgungssystem mit seinen unterschiedlichen Playern durch verpflichtende Fortbildungsangebote die Landesfachstelle berufliche und soziale Integration der Suchtkooperation NRW (LFI) geschult. Dabei wurden Kenntnisse über Rehabilitations- und Versorgungsprozesse vermittelt und kooperativ aufgefrischt. Zudem wurden von den ausführenden Standorten in BORA-TB zusammen mit der LFI Netzwerktreffen organisiert und ausgerichtet. Zum Teil mussten diese angesichts des Projektstartes während der Corona-Pandemie online durchgeführt werden. Zu Beginn des Projektes dienten die Netzwerktreffen der Vorstellung von BORA-TB und der Absprachen über gegenseitig günstige bzw. geeignete Verzahnungen und Arten der Zusammenarbeit. An einem Standort wurden mit Playern aus Suchthilfe, Arbeitsagentur, Jobcenter und Integrationsdiensten die Netzwerktreffen als derart bereichernd für die Zusammenarbeit beurteilt, dass sich der Kreis auch über das Projektende hinaus für gemeinsame Treffen für themenbezogenen Austausch und Absprachen verabredete. So konnten an diesem Standort mit den Initiativen aus und mit BORA-TB verschiedene Netzwerkpartner*innen miteinander in Kontakt und in eine aktive Zusammenarbeit gebracht werden, was sich prozesshaft positiv auf eine adäquate Steuerung und Inanspruchnahme von Versorgung auswirkt. Gleichzeitig konnten von Netzwerkbeteiligten durch die aktiven Kooperationen gemeinsam positive Entwicklungen und Erfolge in der klient*innenzentrierten Zusammenarbeit gemacht und beobachtet werden, was sich auf den Erhalt des Netzwerkes und die Motivation zur weiteren Kooperation positiv auswirken kann.

Am zweiten Standort waren die Entwicklungen des Netzwerkes nicht auf gleiche Weise erfolgreich und tragend. Es schien kaum möglich, einzelne potentielle Netzwerkpartner*innen aus ländlichen Gebieten zu einem ernstzunehmenden Kennenlernen bewegen zu können. Zum einen konnten Akteur*innen nicht zu einer Teilnahme an Netzwerktreffen bewegt werden, zum anderen schien es während der Netzwerktreffen Vorbehalte zu geben, die diskutiert und bestenfalls ausgeräumt werden müssen. So konnte BORA-TB durch Außenstehende als ein Versorgungsangebot verstanden werden, dass vergleichbare Beratungsleistungen anbietet und sich damit in direkte Konkurrenz zu Bestehendem begibt. Allerdings ist aus objektiver Perspektive BORA-TB in seiner Ausgestaltung einzigartig und konkurrenzlos. Die Leistung kann keine Suchtberatung ersetzen. Das Fallmanagement hat vielmehr zum Ziel, bestehende Strukturen miteinander zu vernetzen und im Sinne der Begleiteten bestmöglich zu nutzen, um Versorgungskontinuität und berufliche Orientierung durch die Kombination unterschiedlicher Akteur*innen in der Rehabilitation zu unterstützen.

Diese Ziel- und Angebotsklärung wurde zwar angestrebt, dennoch konnten an einem der beiden Standorte Vorbehalte nur teilweise gelöst werden. Inwiefern dabei die Kommunikation über das Projekt durch einzelne Projektbeteiligte und die begriffliche Nähe zum BORA-Konzept aus der fachklinischen Versorgung eine Rolle spielten, kann nur gemutmaßt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass BORA-TB mit seiner spezifischen Ausrichtung auf berufsorientierte Fallmanagement-Leistungen geeignet ist, Netzwerke zu stärken, Versorgungsleistungen besser miteinander zu kombinieren und Kooperationspartner*innen miteinander zu einer tragenden Zusammenarbeit zu verknüpfen.

2.5 Sensibilisierung Beteiligter und Akzeptanz der Maßnahme

Scham und Schuld sind Themen, die mit Abhängigkeitserkrankungen einhergehen können und bei vielen Betroffenen zusätzliches Leid auslösen oder gar Genesungsprozesse behindern (Batchelder et. al, 2022) (Snoek et. al, 2021) (Yang et. al, 2017) (Oexle et. al, 2018). Dabei werden die damit einhergehenden negativen Gedanken und Gefühle durch Stigmatisierungsprozesse auf gesellschaftlicher, sozialer und individueller Ebene befeuert (Woodhead et. al, 2019) (Birtel et. al, 2017) (Adersen & Varga, 2022). Gleichzeitig ist evident, dass Stigma negativen Einfluss auf gesundheitsbezogene Outcomes und Verhaltensweisen hat (Fung et. al, 2021) (Zwick et. al, 2020). Entsprechend bedeutsam erscheint es einerseits, dass auf gesellschaftlicher Ebene Stigmata und diskriminierende Zuschreibungen thematisiert und Abhängigkeitserkrankungen enttabuisiert werden. Andererseits scheint es relevant, mit Betroffenen aktiv an Krankheitsverständnis und -akzeptanz zu arbeiten, um die Akzeptanz von Hilfen zu verbessern und negativen Gedanken und Gefühlen derart zu begegnen, dass positive Verstärkungen ermöglicht werden können (Earnshaw, 2020) (Zwick et. al, 2020). Diese können insbesondere dann gemacht werden, wenn ein geeignetes Krankheitsmanagement dazu beiträgt, positive Erfahrungen mit Versorgenden und eigenen Leistungen zu machen, um im nächsten Schritt Selbstwirksamkeit zu erfahren, positive Entwicklungen wahrzunehmen und den eigenen Anteil daran zu verinnerlichen.

Mit Blick auf die Verknüpfungen zwischen Stigma und Akzeptanz ist zu beachten, dass beide Konstrukte sich gegenseitig beeinflussen. Wird z. B. BORA-TB akzeptiert, kann besser am Abbau von Stigma gearbeitet werden; gibt es Stigmatisierungsprozesse, können Hilfen wie BORA-TB schlechter akzeptiert werden (Finn et. al, 2023) (Torales et. al, 2023).

Um dieser Problematik zu begegnen, gab es im Projekt verschiedene Initiativen, um die Akzeptanz durch verschiedene Akteur*innen zu erhöhen und zu Entstigmatisierung beizutragen.

Im Hinblick auf andere Akteur*innen im suchtbezogenen Versorgungsystem ist davon auszugehen, dass Stigmatisierungsthematiken weniger eine Rolle spielen, als außerhalb dieses Bereiches. Dennoch musste gemäß ethnographischen Erhebungen der wissenschaftlichen Begleitung insbesondere an der Akzeptanz von BORA-TB gearbeitet werden (vgl. 2.4). Gleichzeitig kann nicht davon ausgegangen werden, dass sucht- und berufsbezogene Akteur*innen völlig frei von Stigmatisierungstendenzen sein können, die auf gesellschaftlicher Ebene beginnen. So haben die Netzwerktreffen und klient*innenbezogene Kontakte, die die Teilhabebegleiter*innen mit Kolleg*innen im Feld hatten, durch sensible und akzeptierende Sprache prozesshaft dazu beigetragen de-stigmatisierende und anti-diskriminierende Sprachverwendung sowie Haltungen zu etablieren. Zudem konnten in der konkreten Zusammenarbeit positive gegenseitige Erfahrungen gemacht werden, indem Probleme von Klient*innen gemeinsam gelöst und so positive Erfahrungsräume geschaffen wurden, die zu tragfähigen Kooperationen sowie gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung führen konnten.

Im Hinblick auf die Ebene der Betroffenen hat BORA-TB mit der akzeptierenden Haltung von Beginn an zu positiven Erfahrungen beitragen können, wenn bei potentiellen Teilnehmenden akzeptierende Tendenzen und eine gewisse Offenheit vorlag. In teilnehmenden Beobachtungen von Erstgesprächen in BORA-TB war augenscheinlich, dass die Teilhabebegleiter*innen eine akzeptierende und offene Haltung zeigten: durch Gestik, Mimik, Sprachgebrauch und eingebrachte Themen. So wurde auf Seiten der BORA-TB-Themen zwar durchaus davon gesprochen, dass Berufsorientierung Anlass und Thema des Angebotes ist, aber verschiedene Themen damit in Verbindung stehen und bearbeitet werden können. So wurde von Seiten der

Teilhabebegleiter*innen aktiv Offenheit eingebracht und aufgezeigt und es potentiellen Teilnehmenden im Ergebnis leicht gemacht, als zusätzliche Leistung und Unterstützung akzeptiert zu werden.

Aus der Literatur ist bekannt, dass Stigma, Scham- und Schuldgefühle die Akzeptanz und Inanspruchnahme negativ beeinflussen können. Gemäß Erfahrungswissen der Teilhabebegleiter*innen wurde in einer Gruppendiskussion u. a. thematisiert, dass der erfahrene Leidensdruck der Rehabilitand*innen einen Einfluss auf die Akzeptanz von Hilfen habe. So zeigten Personen mit einem hohen Gefühl von Leid und einer dadurch erfahrenen Notwendigkeit nach Unterstützung und Hilfe eher den Wunsch, BORA-TB – zusätzlich zu allem anderen, was möglich erscheint – in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus hatten gemäß den Diskussionsbeiträgen der Teilhabebegleiter*innen insbesondere die Rehabilitand*innen eine besonders hohe Akzeptanz von BORA-TB mit einhergehender Teilnahmebereitschaft, die sich eine Zukunft mit beruflicher Teilhabe vorstellen konnten und an ihren Zukunftswünschen arbeiten wollten. Personen hingegen, die von Strukturen eines „normalen" gesellschaftlichen Lebens mit Familie und Arbeit sehr weit entfernt lebten, und das womöglich schon über eine lange Zeit, konnten die Vorstellung eines normativ-strukturierten Lebens nicht entwickeln und waren weniger bereit BORA-TB und andere Hilfen dieses normativen Systems zu akzeptieren.

Von denjenigen Personen, die BORA-TB als mögliche Hilfe akzeptieren konnten, wurde das Projekt mit seiner anti-diskriminierenden Haltung und aktiven Unterstützung bei der Bewältigung verschiedener Problemlagen auf dem Weg zu beruflicher Teilhabe sehr geschätzt, was aus Notizen in Primärdatendokumentationen und Selbstauskunfts-Fragebögen der Teilnehmenden, Interviews mit Rehabilitand*innen und ethnographischen Erhebungen hervorgeht.

2.6 Abstinenz, Motivation und andere Outcomes

Ein Ziel laut Projektantrag war es, den Abstinenzerhalt durch Entwicklung einer beruflichen Perspektive zu erhöhen. Dabei stellte sich im Verlauf des Projekts und damit einhergehenden Literaturstudien die Frage danach, inwieweit mit einer sozialarbeiterischen Leistung chronische Krankheitsgeschehen verhindert oder gemindert werden könnten.

Gemäß aktuellem Forschungsstand ist davon auszugehen, dass eine Abhängigkeitserkrankung bei einem Teil Betroffener als chronische oder mindestens langfristige Erkrankung zu verstehen ist und 40 - 60 % der Betroffenen Rückfälle erfahren (Fleury, 2022) (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2020) (Beaulieu et. al, 2021) – Angaben, die in etwa auch auf die Gruppe BORA-TB-Teilnehmender zutreffen, wobei sich Messinstrumente unterscheiden und damit Vergleichbarkeiten eingeschränkt sein können. Ganz grundsätzlich ist zu diesem Thema anzumerken, dass die Rückfallquote und Rückfälle im Allgemeinen kein Indiz für eine gescheiterte Behandlung oder Begleitung sind, sondern vielmehr dem krankheitstypischen Geschehen entsprechen (Hasin et. al, 2013) (Kelly et. al, 2019) und als Hinweis für die Notwendigkeit weiterer Behandlungsschritte verstanden werden können.

In unserem Fall haben wir in der Fragebogenerhebung Teilnehmende konkret danach gefragt, ob nach der Reha ein oder mehrere Rückfälle erlebt wurden, ohne davon auszugehen, dass im Anschluss daran keine Remission mehr erfolgt sein kann. Vergleicht man Angaben deutscher Vergleichsdaten mit ähnlichen Erhebungsinstrumenten wie dem unseren, etwa des Fachverbandes Sucht (FVS) oder des Bundesverbands Suchthilfe (BUS), so scheinen Teilnehmende an BORA-TB häufiger abstinent zu leben. So geben in unseren Fragebögen zwei Drittel (65 %) von 29 antwortenden Personen sechs Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme an, die gesamte Zeit abstinent gelebt zu haben. Auch anderthalb Jahre nach der Rehabilitation gibt weiterhin mehr als die Hälfte (55 %) der 19 antwortenden Teilnehmenden an, nach der Rehabilitation abstinent gewesen zu sein. Im Vergleich zu sogenannten katamnestischen Erfolgsquoten des BUS liegt gemäß Selbsteinschätzung des Entlassjahrgangs 2021 ein Jahr nach Reha-Ende die Quote der abstinent lebenden Personen bei 26,5 %, gemäß DGSS-4-Berechnung bei knapp 37 %, wobei von Unterschätzungen der Abstinenzquote ausgegangen werden kann (Bundesverband Suchthilfe e..V. (BUS), 2024). Bei den Angaben des FVS sieht es ähnlich aus. Danach haben 27 % der Katamneseantwortenden des Entlassjahrgangs 2021 nach Berechnungsform 4 abstinent gelebt (Bachmeier et. al, 2024). Nimmt man die abstinent lebenden nach Rückfall vor mehr als 30 Tagen hinzu, ist von 37 % abstinent Gebliebener nach einem Jahr nach Reha-Ende auszugehen. Auch unter der berechtigten Annahme, dass die Berechnungsform 4 die tatsächliche katamnestische Erfolgsquote unterschätzt, sind die Ergebnisse aus BORA-TB gemäß Selbstauskünften nach

anderthalb Jahren, in denen mehr als die Hälfte der Befragten angab abstinent zu leben, zumindest als Indiz dafür zu verstehen, dass Teilnehmende in BORA-TB eine höhere Motivation zum Abstinenzerhalt erfuhren als Rehabilitand*innen, die nicht an dem Fallmanagement teilnahmen.

Es gibt auch weitere Hinweise in der Literatur darauf, dass berufliche Ziele und/oder berufliche Teilhabe positiven Einfluss auf den Abstinenzerhalt haben können. Entsprechend lohnenswert scheint es, berufliche Orientierung dauerhaft in Behandlungsprozesse zu integrieren. Dabei liegt der beobachtete positive Einfluss von Berufsorientierung vermutlich nicht allein im Vorhandensein von Arbeit begründet. Hinzu kommen gesellschaftlich-integrative Aspekte und Strukturen, die mit beruflicher Integration einhergehen. Entsprechend scheinen Personen – so auch gemäß Ergebnissen unserer Gruppendiskussion –, die Wünsche nach beruflicher Teilhabe haben oder einer Erwerbsarbeit nachgehen, eher Personen zu sein, die in gewisser Weise gesellschaftliche Nähe aufweisen und diese weiter für sich wünschen. Menschen mit langer Suchtgeschichte und einer Biographie, die sich von gesellschaftlichen Werten eher entfernte, scheinen sich eine abstinente und/oder berufliche Zukunft weniger vorstellen zu können, so dass weder berufliche Orientierung noch Abstinenz geeignete Motivatoren für die momentane Lebenssituation zu sein scheinen. Entsprechend kann dieses Ziel für einen Teil von Rehabilitand*innen mit kurzer Suchtgeschichte und gesellschaftlicher Nähe womöglich noch als zutreffend und erreichbar benannt werden; für den Teil Teilnehmender, der chronische Krankheitszustände erfährt, war es allerdings ungeeignet. In diesen Fällen war eine weitere Rolle von BORA-TB die, in Gesprächen mit Rehabilitand*innen solche (potentiellen) Rückschläge akzeptieren zu lernen und an geeigneten Umgangsweisen zu arbeiten. So zählten mit 2 % aller rehabilitand*innenbezogenen Leistungen in den Primärdatenerfassungen Themen der „Suchtnachsorge“ und aktives Durchführen von Kriseninterventionen (mit 0,7 % aller dokumentierten rehabilitand*innen-bezogenen Leistungen) zu den Aufgaben der BORA-TB. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass BORA-TB mit entsprechenden Leistungen für Rehabilitand*innen dazu beigetragen hat, die suchtbezogene Sorge um sich selbst inklusive Einbezug von Nachsorge und weiteren Hilfen (z. B. Selbsthilfe, Absprachen in der Klinik für mögliche Krisen) zu befördern.

Über Abstinenz und Motivation zu Abstinenz hinaus und gleichermaßen in diesem Zusammenhang, scheinen weitere Faktoren relevant zu sein, die die Gruppe der Teilnehmenden am Projekt auszeichnen. So haben Projektteilnehmende gemäß Selbstauskünften in Fragebögen:

- zum ersten Erhebungszeitpunkt eine Lebensqualität, die mehr als anderthalb Standardabweichungen unter der der Normalstichprobe liegt, sich im Zeitverlauf von BORA-TB verbessert, jedoch weiterhin niedrig bleibt;
- verschiedene Problemlagen, wovon psychische Probleme am häufigsten genannt werden;
- höhere SPE-Werte als die Normalstichprobe, was als Risiko für einen erhöhtes Rentenbegehren interpretiert werden kann und sich durch deutliche gesundheitliche Einschränkungen – sowohl körperlicher als auch psychischer Natur – erklären lässt;
- vergleichbare Werte mit anderen psychisch Erkrankten in Bezug auf die Bedeutung der Arbeit oder Arbeitszufriedenheit.

Auch aus qualitativen Studienteilen geht hervor, dass die Begleiteten zu einer Gruppe hochbelasteter Patient*innen gehören, die in den meisten Fällen weitere psychische Auffälligkeiten und Störungen aufweisen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden bricht die Leistung irregulär ab, sodass in einer Gruppendiskussion mit Teilhabebegleiter*innen thematisiert wurde, wie es trotz bestehender Beziehung zu den Kontaktabbrüchen kommt. Dabei wurden verschiedene Möglichkeiten genannt. Ein Grund für Kontaktabbrüche kann darin liegen, dass mit BORA-TB alle gesetzten Ziele erreicht wurden und somit kein Bedarf mehr für die freiwillige Leistung zu sehen ist. Diesen Eindruck würden auch Auswertungen der Primärdatendokumentation unterstreichen, in der nachzuzeichnen war, dass zu denjenigen, die aus dem Kontakt gehen, neben schwer erkrankten Personen auch diejenigen gehören, die in ein engmaschig-strukturiertes Leben mit familiären und beruflichen Verpflichtungen eingebunden sind und scheinbar schlicht keine Zeit für etwas erübrigen können oder wollen, was nicht unbedingt nützlich erscheint. Wie schon angedeutet scheint der andere überwiegende Teil der Abbrechenden derjenige zu sein, der in schwierigen und komplexen Problemen bleibt, bei denen BORA-TB nur teilweise unterstützen kann bzw. Personen, denen Prospektionen über eine andere Zukunft nicht möglich sind, weil sie in einem Leben mit langer Suchtgeschichte und vielen Rückschlägen nicht mehr vorstellbar ist. Die Leistung bis zum Ende nehmen gemäß Gruppendiskussionsbeiträgen am ehesten Menschen wahr, die die Flexibilität und Freiwilligkeit der Leistung zu schätzen wissen und mit dieser Leistung einen persönlichen Nutzen in Verbindung bringen – sei es zur Stellensuche, Neuorientierung,

Bewerbungsorganisation oder Reflexion alltäglicher Geschehen. So lange BORA-TB als Unterstützung bei der persönlichen Entwicklung wahrgenommen wird, bleiben Personen im Kontakt. Dabei haben Teilhabebegleiter*innen auch beobachtet, dass sich die Motivation und Teilnahmebereitschaft prozesshaft verändert und mit dem erfahrenen Leidensdruck korreliert: Personen, die ein hohes Leid empfinden, sind eher bereit und motiviert zusätzliche Hilfen anzunehmen. Haben sie das Gefühl, ihr Leben besser im Griff zu haben, nimmt die Teilnahmebereitschaft eher ab. Ebenso führen Probleme, bei denen die Teilhabebegleitung kaum aktiv helfen kann, eher dazu, das andere Leistungserbringer beansprucht und die BORA-TB beendet werden, z. B. bei Scheidungsverfahren und Themen mit Erziehungsrecht und Jugendämtern.

Ganz grundsätzlich lässt sich über BORA-TB zusammenfassen, dass es eine Leistung ist, die über die Gespräche mit prospektiven Anteilen zusätzliche Motivation zum Abstinenzerhalt und beruflicher Orientierung beitragen kann. Es hat sich auch gezeigt, dass auch sehr kranke Menschen die Leistung in Anspruch nehmen, um für ihre Lebenswirklichkeit Verbesserungen zu erzielen. Gehen Personen danach aus dem Kontakt, muss das bei dieser freiwilligen Leistung nicht automatisch als negatives Ereignis verstanden werden – es könnte genauso gut bedeuten, dass Teilnehmende in Erwerbsarbeit zurückgegangen sind und keine weiteren Aufträge für die Teilhabebegleitung haben. Ein Nebeneffekt dieser Freiwilligkeit und Akzeptanz der Leistung ist darin zu sehen, dass durch BORA-TB kürzere Zugangswege geschaffen worden sind für Personen, die in Krisen wieder Hilfen in Anspruch nehmen möchten. So wurden mit BORA-TB z.B. entsprechend bestehender Bedarfe vorab Kriseninterventionsverfahren abgesprochen und mit anderen Versorgenden vorsorglich initialisiert. Gleichzeitig blieb die Teilhabebegleitung über die Dauer ihres Bestehens eine Ansprechperson, die auch nach Kontaktbeendigungen bei Unterstützungsbedarf angesprochen werden konnte und wurde. Damit ist sie eine Leistung, die durch Rückhalt, Zuspruch und Dasein weitere Werte vermittelt und motivierende Faktoren bereitstellt, die als erhaltenswert bewertet können.

3 Erkenntnisse zu den innovativen (Teil-)Ansätzen und deren Wirkungen

Vor dem Hintergrund der Evaluierungsergebnisse des vorausgegangenen Abschnittes und der darin beschriebenen Wirkeffekte der Leistung „BORA-TB“ sind insbesondere die folgenden Ansätze der Leistung noch einmal im besonderen Maße hervorzuheben.

Versorgungsstruktur im Alltag nach der medizinischen Rehabilitation

Ein Merkmal der BORA-TB liegt darin, Versorgungsstrukturen über die medizinische Rehabilitation hinaus zu bereitzustellen, bedarfsorientiert weitere Versorgungsleistungen zu initiieren und zu koordinieren sowie Rehabilitand*innen zur Inanspruchnahme zu motivieren.

Bisher endete die konkrete, professionelle Unterstützung bei Berufsorientierung, Problemlagen und Zukunftsgestaltung bei Rehabilitationsprozessen und -verläufen mit Abschluss der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Gewiss nimmt der überwiegende Teil der Rehabilitand*innen zusätzlich ambulante Nachsorge im Anschluss an die stationäre Behandlung wahr – gemäß Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik zum Jahr 2022 werden 60 - 72 % der Rehabilitand*innen, deren Abhängigkeitserkrankungen dem legalen Bereich zugeordnet werden können, in Suchtbehandlung weitervermittelt (Institut für Therapieforschung 2023). Allerdings steht bei diesen Angeboten die Therapie der Suchtproblematik im Vordergrund, sodass insbesondere die berufliche Orientierung und weitere, über suchttherapeutische Verfahren hinausgehende, Versorgungsleistungen in diesem Rahmen eher wenig Raum erhalten. BORA-TB ist keine suchttherapeutische Leistung, sondern zeigt sich als sozialarbeiterisches Handeln im Sinne eines Fallmanagements.

Mit einer phänomenologischen Sichtweise in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten sind zwei strukturelle und strukturierende Erfahrungsräume beachtenswert:

(1) Alltag in der medizinischen Rehabilitation vs. Alltag in der eigenen Häuslichkeit

Ein stationärer Aufenthalt zur Entwöhnungsbehandlung geht für Rehabilitand*innen mit einem Abstand zum eigenen Alltag in der Häuslichkeit einher. In der medizinischen Rehabilitation gibt es eigene (Alltags-) Strukturen mit ihren Regeln und Werten, nach denen das entsprechende Verhalten aller Beteiligten eingeordnet, gewertet und reproduziert wird. Diese Strukturen sind mit denen des eigenen Alltags nur teilweise vergleichbar.

(2) Themen der medizinischen Rehabilitation vs. Themen der BORA-TB

In der Rehabilitation steht die medizinisch-psychotherapeutische Entwöhnungsbehandlung im Vordergrund. Berufliche Themen werden in der Aufenthaltszeit zwar im Rahmen von BORA thematisiert, erhalten aber im Vergleich zu BORA-TB weniger Raum im interdisziplinären Rehabilitationsprozess. So ist (berufsorientierte) Sozialarbeit in der Rehabilitationsklinik ein vergleichsweise kleiner Teil, der neben medizinischer Versorgung, suchttherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Arbeits-, Kunst- und Ergotherapie, Sport und/oder Physiotherapie, Gruppen für z. B. soziales Kompetenztraining oder therapeutisches Kochen, Vorträgen z. B. über körperliche Symptome und neurologische Veränderungen bei Abhängigkeitserkrankungen und weiteren Leistungen, zum Rehabilitationsalltag gehört. Die verschiedenen Leistungen, die in der medizinischen Rehabilitation gemäß den Reha-Therapie-Standards (RTS) basierend auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) auf institutioneller Ebene erbracht werden (müssen), verfolgen ihren spezifischen Auftrag: Bei bewegungstherapeutischen Leistungen wird sich bewegt, in der Kunsttherapie künstlerisch gearbeitet (etc.). Dass bestimmte Aufträge im Vordergrund einzelner Therapiemodule stehen, wird von Rehabilitand*innen ganz automatisch antizipiert. Wenn sie in ihren Wochenplan schauen, haben sie Erwartungen an die einzelnen Therapieeinheiten. Entsprechend werden voraussichtlich in medizinisch orientierten Gesprächen eher körperliche und psychische Symptome durch Rehabilitand*innen angesprochen und mit

Physiotherapeut*innen eher physische Probleme und Fitness thematisiert. Themen wie berufliche Teilhabeziele oder familiäre Problemlagen werden an solchen Stellen aufgrund bestehender Erwartungen an die jeweiligen Leistungen und zeitlicher Beschränkungen einzelner Einheiten voraussichtlich weniger auftauchen.

BORA-TB hingegen hat Berufsorientierung zum Anlass und Thema, wo sich weitere Themen zu Problembearbeitungen und -lösungen anschließen oder bei Bedarf sogar in den Fokus der Begleitung rücken können. Der Fokus bei BORA-TB liegt in der Alltagserfahrung und der Orientierung im und Strukturierung des Alltags. Dabei ist nicht vorab festgelegt wie lange ein Gesprächstermin dauern darf.

BORA-TB bietet nicht nur eine Versorgungsstruktur, die mit einem anderen Themenschwerpunkt als gegebene Versorgungsleistungen in Interaktionen mit Rehabilitand*innen geht. Sie ist in ihrer zeitlichen Gestaltung und Schwerpunktlegung zudem flexibler. Verschiedene (Alltags-)Themen können bedarfs- und bedürfnisorientiert in die Begleitung einbezogen und sozialarbeiterisch bearbeitet werden.

Zudem ist zu erwarten, dass in der eigentlichen Interaktion zwischen den Teilhabebegleiter*innen und den Rehabilitand*in Gesprächsstrukturen erlebt werden, die einem Alltagsgespräch sehr nahe kommen können. So können Setting beschrieben werden die Situationen zwischen Ratgebendem und Ratsuchendem abbilden oder auch solche, des emphatisch Zuhörenden oder die Möglichkeit, Erlebtes durch Rückfragen oder Rückmeldungen in einem neuen Licht betrachten zu können. In anderen Kontexten werden, entsprechend gegenseitiger Erwartungen, eher andere Interaktionsmuster im Vordergrund stehen.

So zeichnet sich BORA-TB als eine strukturierte und strukturierende Versorgungsleistung aus, die eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe über wesentliche Lebensbereiche bietet – und dies in einer Zeit, in der Rehabilitand*innen in ihrer eigenen Alltagsstruktur leben und mit dazugehörigen Sorgen und Problemen umgehen müssen. Demnach können, besser als mit anderen Versorgungsleistungen, relevante Alltagsthemen, wie sie in der Begleitungszeit entstehen, einfließen und reflektiert werden. BORA-TB schafft so die Voraussetzungen mögliche Barrieren von Erwerbstätigkeit zu verringern, eine berufliche Tätigkeit (wieder) aufzunehmen oder auch Schritte in Richtung einer als Teil der Normalität betrachteten beruflichen Teilhabe zu gehen. Damit vermag BORA-TB mögliche Versorgungslücken im Alltagsbezug zu schließen.

Versorgungskontinuität: Personen über Schnittstellen hinweg begleiten

Im Hinblick auf zeitliche Dimensionen im Rehabilitationsprozess ist die Bereitstellung von Versorgungskontinuität, die mit der Versorgungsstruktur von BORA-TB einhergeht, ein wesentliches Merkmal des Projektes, das im Kontinuum des Genesungsprozesses Bedeutsamkeit erlangt. Hierbei sind zwei Aspekte zu beachten:

(1) In der medizinischen Rehabilitation werden Pläne für die Zeit nach der Entwöhnungsbehandlung gemacht. Mit bisherigen Versorgungsstrukturen in der Behandlung von abhängigkeitserkrankten Menschen entfällt mit Ende der Rehabilitationsmaßnahme allerdings ein*e professionelle*r Ansprechpartner*in, die bei der Umsetzung der gemachten Pläne unterstützt und dabei Motivationsarbeit leistet. Dabei gehen mit Abhängigkeitserkrankungen häufig psychische Probleme, wie Depressionen und Antriebslosigkeit einher, die Personen in ihrer Handlungsfähigkeit und Motivation einschränken können. Entsprechend liegt ein Wert der BORA-TB darin, die Motivation und Pläne, die im stationären Setting erarbeitet wurden, fortzusetzen sowie diese zu be- und verstärken. Dabei ist es von Vorteil, dass sich Teilhabebegleiter*in und Rehabilitand*in bereits in der Entwöhnung kennenlernen, so den weiteren Rehabilitationsprozess fortlaufend gestalten können und ein wiederholtes Vorstellen der eigenen Krankengeschichte aufgrund bereits bestehender Beziehungen entfällt.

(2) Für einige Rehabilitand*innen ist eine Abhängigkeit als chronische Erkrankung zu verstehen (Fleury, 2016). In diesen Fällen kann nicht von Genesung im eigentlichen Sinne gesprochen werden. Vielmehr geht es um ein geeignetes Krankheitsmanagement. Dazu gehört es, Fähigkeiten und Ressourcen zu mobilisieren, die einen angemessenen Umgang mit der Erkrankung ermöglichen. Weil gerade Suchtproblematiken von Stressoren im Alltag beeinflusst werden, ist eine länger anhaltende Begleitung zu empfehlen. Auch in der Literatur wird davon gesprochen, dass kontinuierliche Versorgungskonzepte einen größeren Erfolg in Bezug auf das Krankheitsmanagement versprechen als kurz- oder mittelfristige Interventionen (Beaulieu et. al, 2021). Mit BORA-TB kann eine, zumindest mittelfristig kontinuierlich begleitende Person nicht nur

begonnene Prozesse fortsetzen, sondern im Gespräch den Blick der Rehabilitand*innen auf ihre eigene Versorgungskontinuität lenken und so eine Haltung der kontinuierlichen (Selbst-) Sorge befördern.

Zielorientierung: Vorstellungen über eine Zukunft entwerfen und Prospektionen ermöglichen

Mit dem Themenschwerpunkt der beruflichen Orientierung geht einher, dass berufliche Ziele entsprechend erarbeitet und formuliert werden müssen. Diese Ziele richten sich auf die berufliche Teilhabe – entweder direkt oder als längerfristiges Ziel. Je nach Lebenssituation können und müssen entsprechend andere oder weitere Ziele (zunächst) im Vordergrund der Zusammenarbeit stehen. In allen Fällen sorgt die Erarbeitung von Zielen dafür, dass damit einhergehend Handlungsschritte zur Zielerreichung festgelegt werden müssen. Dies wiederum steht in engem Zusammenhang mit Prospektionen und der Vorstellung von einer möglichen Zukunft sowie der strategischen Planung und Umsetzung hin zu dieser Zukunft. Damit wird in BORA-TB nicht nur aktiv und kooperativ an der Zielerreichung gearbeitet. Gleichzeitig werden Ideen, Wünsche und Bedürfnisse formuliert, entwickelt bzw. geweckt, die bestenfalls von Teilnehmenden internalisiert werden und die sich positiv auf die Motivation auswirken, erarbeitete Schritte auf dem Weg zu den gesetzten Zielen zu erreichen. Mit vorhandenen Zielen und einer Orientierung daran kann eine Haltung, die eigene Person und Zukunft betreffend, entwickelt werden, die einer realistischen beruflichen Teilhabe förderlich ist.
Ein wichtiger Mehrwert von BORA-TB ist also auch darin zu sehen, Perspektiven für eine wünschenswerte Zukunft zu schaffen, die Stabilität erzeugen. Dies kann erkrankten Personen helfen, Sicherheit und Selbstbestimmung zu erleben. Zudem werden bei kleinschrittigen Handlungszielen immer wieder Erfolge in und mit der Begleitung erlebt, die das Selbstvertrauen begleiteter Rehabilitand*innen steigern können. In der Würdigung erreichter Ziele zusammen mit den Teilhabebegleiter*innen können diese Effekte verstärkt werden.

Zusammenfassung und Fazit

BORA-TB ist eine Leistung, die während der medizinischen Rehabilitation ansetzt und Teilnehmende für bis zu ein Jahr darüber hinaus – also in der Fortsetzung und Weiterentwicklung der in der Rehabilitationsmaßnahme gesetzten Ziele – begleitet. Die Begleitung kann den Bedürfnissen der Begleiteten entsprechend flexibel in Anspruch genommen werden. Auch die bearbeiteten Themen sind individuell. Im Vergleich zu anderen sucht- und berufsbezogenen Hilfen ist BORA-TB in der Zusammenarbeit an weniger starre Strukturen gebunden und kann so auf dem Weg zu beruflicher Orientierung und Teilhabe zielgerichteter und bedarfsgerechter unterstützen. Bei einer gleichzeitig schnittstellenübergreifenden Leistungsbereitstellung und Koordination weiterer wünschenswerter Versorgungsleistungen, bietet BORA-TB ein Angebot, welches in seiner Ausrichtung und Arbeitsweise einzigartig ist. So vermag BORA-TB eine entscheidende Versorgungslücke im Rehabilitationsprozess bei Abhängigkeitserkrankungen zu schließen.

Entsprechend der inhaltlichen Ausrichtung und personenorientierten Arbeitsweise der Leistung haben sich Teilnehmende aus unterschiedlichen Gründen für BORA-TB entschieden, wobei berufsbezogene Bedürfnisse und Wünsche am häufigsten genannt wurden:

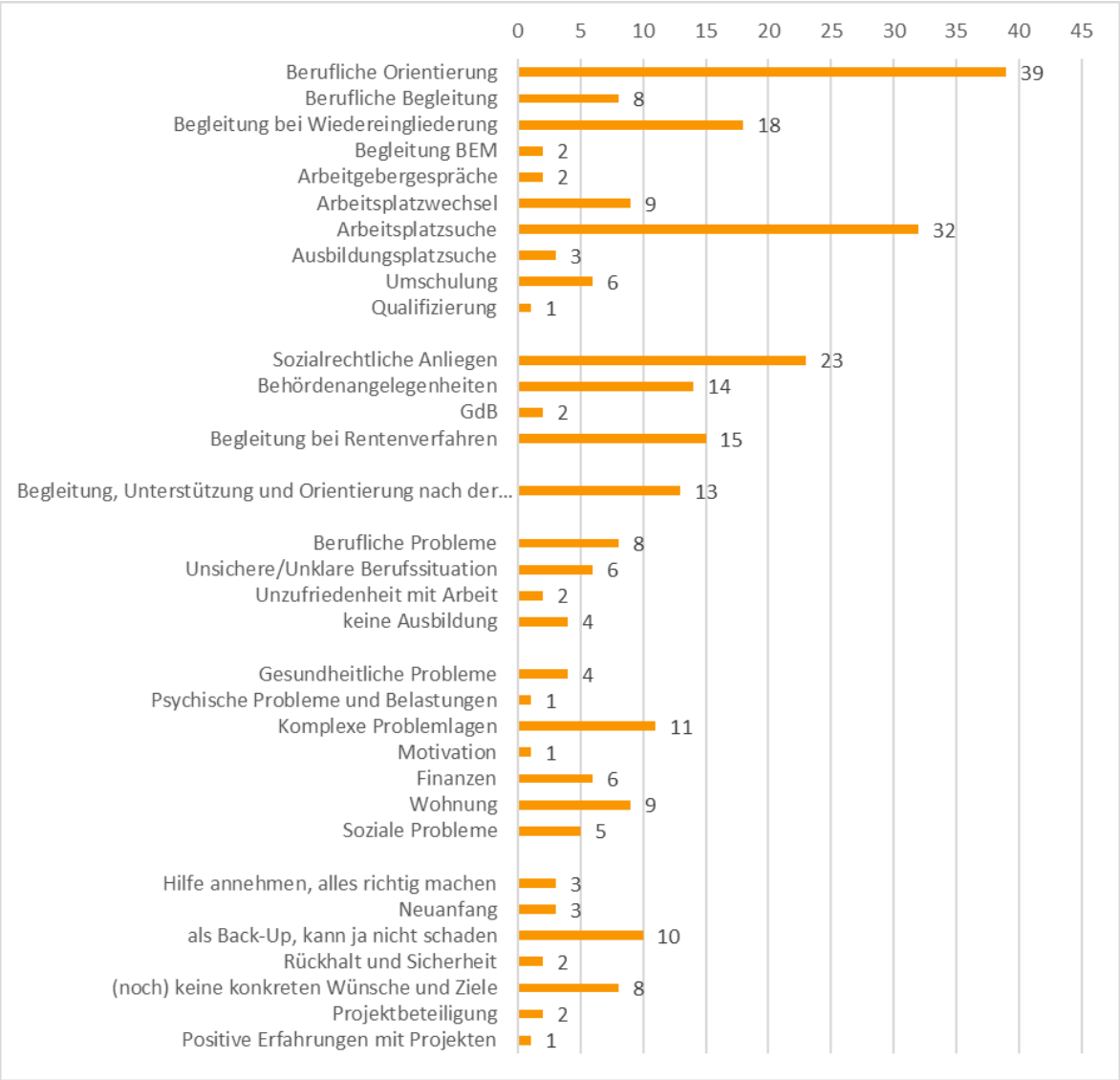


Abb. 4: n=237 Gründe zur Teilnahme an BORA-TB aus Sicht von Rehabilitand*innen nach Häufigkeiten unterteilt nach berufsbezogenen Anliegen und Zielen, sozialrechtlicher Unterstützung, allgemeiner Begleitung und Unterstützung nach der Reha, beruflichen Belastungen, anderen Belastungen und sonstigen Teilnahmegründen.

In der konkreten Leistungserbringung haben die Teilhabebegleiter*innen eine Vielzahl sozialarbeiterischer rehabilitand*innen-bezogener Aufgaben erbracht, die in ihrer Vielfalt innovative Züge hat und sich in der prozentualen Verteilung wie folgt darstellt:

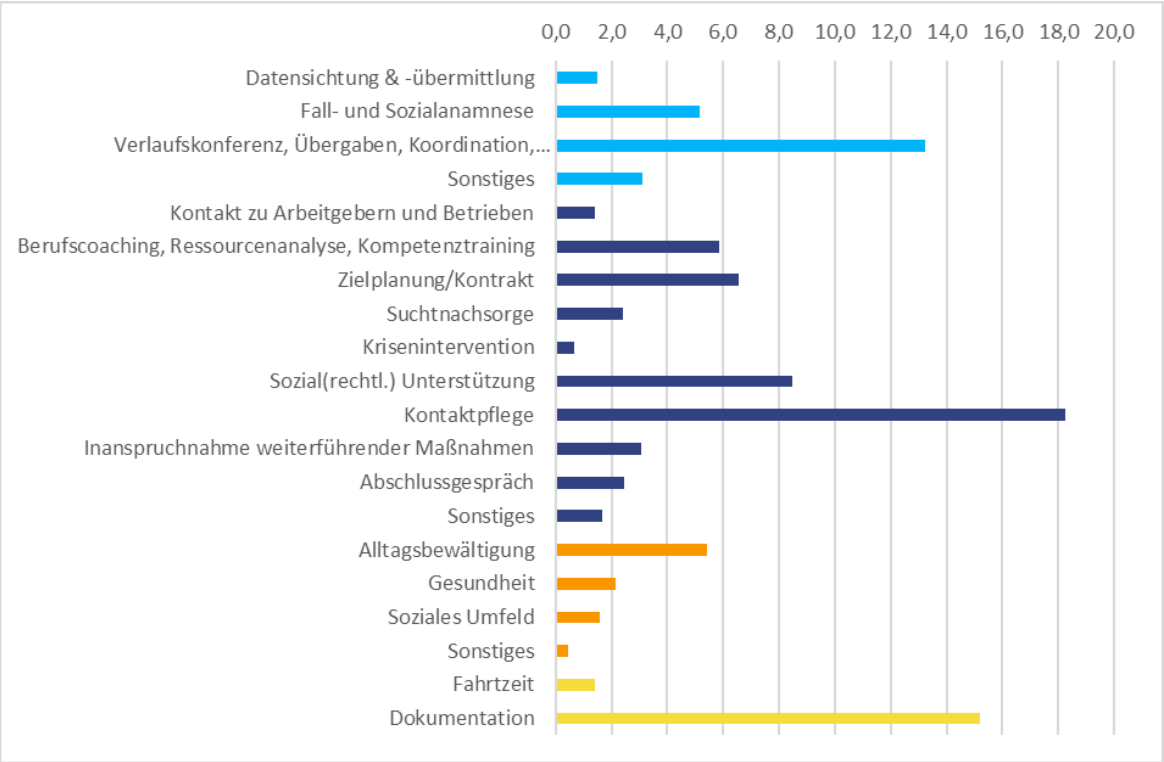


Abb. 5: prozentuale Verteilung (n=6.469) rehabilitand*innen-bezogenen Aufgaben/ Leistungen der BORA-TB

Übergreifende rehabilitand*innen-bezogene Aufgaben, Berufs-/ rehabilitand*innen-bezogene Maßnahmen, Einzel- und Familienberatung zu weiteren konkreten Themen, Fahrtzeit und Dokumentation

In Konsequenz der erbrachten Leistungen im Rahmen der BORA-TB eigenen Arbeitsweisen kann die Teilhabebegleitung berufliche Orientierung unterstützen und berufliche sowie soziale Teilhabe ins Zentrum des Bewusstseins Begleiteter rücken und damit Zielentwicklung sowie Motivation an selbst erarbeiteten Zielen zu arbeiten, positiv beeinflussen. Kontinuität und Prospektionen als Struktur und Thema der Leistung inne zu haben, führt zu einer zukunftsorientierten Unterstützung, die (lebens- und problem-)situationsübergreifend als Sicherheit und Stütze wahrgenommen werden kann.

Entsprechend kann BORA-TB dazu beitragen, an gesetzten Zielen festzuhalten, Wartezeiten zwischen Versorgungsstrukturen und erfahrene Probleme auszuhalten und einen gesünderen Umgang mit Krisen und Krankheitsmanagement zu finden. Aufgrund reflexiver Gesprächselemente während der Begleitung werden Erfolge in Krankheits- und Lebensmanagement kooperativ gewürdigt, was ebenso motivieren kann, die psychische Erkrankung ernst zu nehmen und Umgangsweisen zu etablieren, die zu sozialer und beruflicher Teilhabe beitragen.

Über diese hinweg geltenden Bedeutsamkeiten der Teilhabebegleitung, ließen sich konkrete berufsbezogene Erfolge insbesondere bei denjenigen beobachten, die ohnehin eine Nähe zu berufsbezogenen Strukturen aufwiesen. In den BORA-Gruppen 1 und 2 fanden in der Begleitungszeit viele Statuswechsel statt, die in den anderen BORA-Gruppen nicht zu beobachten waren. Dabei ist auch anzumerken, dass die BORA-Gruppen selbst diskriminierenden Charakter haben und eine Status-Unterteilung einfordern, die Lebensrealitäten Betroffener eher wenig gerecht werden kann.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass eher diejenigen Personen BORA-TB bis zum regulären Ende nach sechs bis zwölf Monaten nach der Rehabilitation in Anspruch nehmen, die von der Leistung profitieren – sei es als Unterstützung in berufsbezogenen Belangen, als Fürsprecher für sozialrechtliche Anliegen oder als Reflexionsfläche zur Würdigung eigener Erfolge. Weil Teilnehmende die Leistung nicht weiter beanspruchten, wenn mit ihr damit verknüpfte Wünsche nicht eintraten, sollte BORA-TB aus Sicht der wissenschaftlichen

Begleitung auch zukünftig allen Rehabilitand*innen, unabhängig von der zugehörigen BORA-Gruppe, angeboten werden.

4 Verstetigung vor Ort

4.1 Verstetigungsoptionen und deren Bewertung

Die im Modellprojekt BORA-TB erprobte Intervention bildete eine schnittstellenübergreifende Teilhabebegleitung von Versicherten mit einer Abhängigkeitserkrankung ab, die vorrangig auf eine strukturierte Unterstützung und Beratung im Rahmen der beruflichen Teilhabe ausgelegt war. Gleichermaßen erfolgte in der Projektumsetzung eine ergänzende Versorgung der weiteren Bedarfe im Sinne eines ganzheitlichen und individuell ausgerichteten Fallmanagements. BORA-TB wurde dabei in zwei unterschiedlichen Settings angewandt, die wiederum voneinander abweichende Zugangswege und Zugangszeitpunkte (bezogen auf den gesamten Versorgungsprozess der Abhängigkeitserkrankung) in die Leistung BORA-TB vorsahen. Im Versorgungsbereich standen den Teilhabebegleiter*innen verschiedene Module zur Verfügung (vgl. 1.2.4), die in ihrer Anwendung zu einer Erreichung der definierten Projektziele führen sollten (vgl. 1.3).

Auf Basis der durch die wissenschaftliche Begleitung festgestellten Evaluierungsergebnisse galt es zunächst zu prüfen, welche konkreten Effekte BORA-TB auf die prozess- sowie rehabilitand*innenbezogenen Ziele nimmt. Darüber hinaus sollte evaluiert werden inwieweit die Maßnahme insbesondere die Zielgrößen „berufliche Orientierung und (Re-)Integration“, „Motivation und Abstinenzfähigkeit“ sowie „Versorgungskontinuität und -stabilität“ fördert (vgl. 2.2 bis 2.6).

Im Zuge des Verstetigungsprozesses war auf dieser Grundlage in einem Folgeschritt zu überprüfen, welche innovativen (Teil-)Ansätze des Modellprojektes als besonders effektiv bewertet werden konnten, sich dadurch als wirksam im Sinne der Projektteilziele erwiesen haben (vgl. 3.0) und damit ein grundsätzliches Potenzial für eine Überführung in eine Regelleistung besitzen.

Für diese (Teil-)Ansätzen lassen sich verschiedene Umsetzungsvarianten ableiten, die im Rahmen einer tatsächlichen Überführung in die Regelversorgung (Leistungsverstetigung) abzuwägen und vor dem Hintergrund bestehender Strukturen, strategischer Ausrichtungen und politischer Entwicklungen zu bewerten sind. Nachkommend sollen dabei die folgenden Konzeptmerkmale betrachtet und mögliche Umsetzungsoptionen bewertet werden:

1. die Leistung der Teilhabebegleitung
2. der Leistungszugang
3. der Leistungszeitraum
4. die Zielgruppe der Leistung
5. der Leistungserbringer
6. die fachliche Expertise der Teilhabebegleitung

(1) Die Leistung der Teilhabebegleitung

Die Leistung der Teilhabebegleitung stellte in BORA-TB eine individualisierte Beratung und Begleitung der Rehabilitand*innen dar, die insbesondere auf die Förderung und Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe fokussiert war. Gleichermaßen schloss die Teilhabebegleitung als übergeordnet koordinierende Person die Schnittstellen nach der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung im Übergang in den Alltag der Rehabilitand*innen sowie in weitere notwendige ambulante sowie nachsorgende Leistungsangebote bis hin zur Arbeitsaufnahme. Notwendige Informationsflüsse konnten sichergestellt und Genesungsprozesse strukturiert weiter fortgeführt werden, sodass Brüche und unnötige Dopplungen reduziert und Kontinuität erreicht werden konnte. Dabei förderte die konstante, enge und individuell ausgerichtete Begleitung durch eine Ansprechperson die Grundstabilität der Rehabilitand*innen im gesamten Versorgungsprozess. Die Leistung der Teilhabebegleitung war projektseitig zudem weder in der Art reglementiert noch im Umfang limitiert und konnte seitens der Teilhabebegleiter*innen bedarfsgerecht und flexibel angewandt werden.

Die Erfahrungswerte des Projektes zeigten, dass in der Umsetzung der BORA-Teilhabebegleitung neben der beruflichen Orientierung ebenfalls auch weitere Themen-Schwerpunkte im Mittelpunkt der Leistung standen. Neben der Beratung und Unterstützung bei berufs- und arbeitsrelevanten Anliegen, z. B. berufliche Neuorientierung, Ressourcenanalyse, Stellensuche, Erstellen von

Bewerbungsunterlagen, Vorbereitung für Bewerbungsgespräche, Wiedereingliederungsprozesse oder Gespräche mit Arbeitgebern, waren ebenso sozialrechtliche Beratungsbedarfe und die Unterstützung bei Anträgen und Behördenangelegenheiten sowie Entlastungs- und Motivationsgespräche zu allen Belangen des alltäglichen Lebens Kernaspekte der Begleitungsleistung. Im Zuge der Projektumsetzung wurde außerdem deutlich, dass die Teilhabebegleitung inhaltlich mit deutlich mehr Herausforderungen aber auch insgesamt mit deutlich komplexeren Problemlagen und Fallkonstellationen konfrontiert war. Die Hürden für die berufliche (Re-)Integration waren daher höher als dies im Vorhinein anzunehmen war und lagen u.a. in deutlichen gesundheitlichen Einschränkungen, fehlender Mobilität durch Führerscheinverlust, hohem Alter, fehlender Berufsausbildung, Wohnungslosigkeit und anderen persönlichen Herausforderungen begründet. Dadurch befanden sich gesundheitliche, private und/oder sozialrechtliche Problemlagen der Rehabilitand*innen im Begleitprozess häufig zunächst im Vordergrund und standen damit einer unmittelbaren Rückführung in die Erwerbstätigkeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation im Wege.

Zudem wurde deutlich, dass die Leistung stark in ihrer notwendigen Umsetzungsart und -dauer schwankte. So nahmen arbeitsmarktferne Teilnehmende (BORA-Gruppen 4 bis 5[2]) insgesamt weniger beraterische Leistungen in Anspruch, wohingegen arbeitsmarktnahe Teilnehmende (BORA-Gruppe 1 bis 3[3]) beraterische Leistungen in einem deutlich höheren Maße einforderten und erhalten haben. Eine konstante Aufrechterhaltung der Kontakte zu den Teilnehmenden nahm dabei einen Großteil der zeitlichen Ressourcen der Teilhabebegleitung ein.

Die Evaluierungsergebnisse zeigen hinsichtlich der Leistungseffekte, dass die Rehabilitand*innen von der Anbindung an eine konstante Ansprechperson und der kontinuierlichen Vergegenwärtigung der eigenen beruflichen Ziele profitiert haben. So zeigte sich, dass BORA-TB berufliche Veränderungen in Richtung (Re-)Integration anstoßen und dazu beitragen kann, Motivation zu befördern und Abstinenz länger fortzuführen.

Jedoch wurde auch deutlich, dass Personen mit Abhängigkeitserkrankungen äußerst heterogene biographische Verläufe mit diversen Problemlagen und Ressourcen aufweisen. Dieser Heterogenität mit einem Fallmanagement-Ansatz Rechnung zu tragen, der vorrangig eine mittelfristige berufliche Teilhabe zum primären Ziel hat, scheint nicht für alle Rehabilitand*innen gleichermaßen hinsichtlich der beruflichen Teilhabe geeignet zu sein. Vielmehr sollten auch die anderen festgestellten Wirkungen und Erfahrungsberichte Berücksichtigung in der Gesamtbewertung finden. Auch wenn summativ somit nicht für alle BORA-Gruppen die gleichen Zielerreichungsgrade aufgezeigt werden konnten, ist davon auszugehen, dass alle Teilnehmenden von der Leistung profitiert haben. Aus qualitativen Erhebungen wie Interviews, informellen Gesprächen und einer Gruppendiskussion geht hervor, dass mit BORA-TB u. a. folgende Erfolge umgesetzt werden konnten, die nicht mit standardisierten Instrumenten erfasst wurden:

- Gewinn und/oder Erhalt von Selbstbestimmung und Kennenlernen von Versorgungsstrukturen und -angeboten,
- Rückkehr in selbständiges Wohnen,
- psychische Stabilität (z. B. Briefe selbständig zu öffnen, in Krisen Hilfe annehmen, etc.),
- Erfahren von Selbstwirksamkeit, positiven Versorgungserlebnissen und Zuwendung,
- Erleben von Selbstvertrauen durch Back-Up,
- Abstinenzförderung.

Dabei ist es zudem nur bedingt von Bedeutung, inwiefern die Ziele während der Begleitung tatsächlich umgesetzt werden konnten. Das Aufzeigen und die bewusste Fokussierung von Zielen, die reflexive Untergliederung in kleinschrittige Teilziele und das Erleben von Erfolgen und Selbstwirksamkeit waren vielmehr ein Gewinn für die begleiteten Personen. Darüber hinaus stellte die kontinuierliche Begleitung an Schnittstellen, die durch die Versorgungsbrüche und wechselnden Kontakte bereits eine Herausforderung für psychisch Erkrankte darstellen, eine gewisse Stütze dar, die selbst als Back-up einen hohen Wert in Form von Stabilität besaß. Der bedarfsgerechte Einsatz der zeitlichen Ressourcen erwies sich außerdem als zielführend, da die Fälle hoch individuell und dadurch nicht durch ein starres Leistungsgerüst (zeitlich, Art der Kontakte) zu steuern gewesen wäre.

Diese Ergebnisse stützen den Ansatz der BORA-Teilhabebegleitung und sprechen für die Überführung in einen Verstetigungsprozess. Sie verdeutlichen jedoch, dass diesen komplexen Bedarfslagen nur

[2] Rehabilitand*innen mit bestehender Langzeitarbeitslosigkeit (SGB II-Bezug) bzw. fehlender Erwerbstätigkeit.
[3] Rehabilitand*innen mit bestehender Erwerbstätigkeit oder in Arbeitslosigkeit (SGB III-Bezug).

mit einem ganzheitlich ausgerichteten, wenngleich erwerbsfokussierten Ansatz - im Sinne eines ganzheitlichen Fallmanagements - begegnet werden kann und Teilhabebedarfe in ihrer Ganzheitlichkeit Berücksichtigung in einer solchen Leistung finden müssen. Aus strategischer Sicht, und vor dem Hintergrund der Finanzier- und Umsetzbarkeit, wird deutlich, dass eine solche Leistung in der Regelversorgung kalkulierbar sein muss. Während im Projekt Vollzeitäquivalente sowie Sachkosten der Leistungserbringer refinanziert werden konnten, muss sich eine Leistung im Regelgeschäft anderen Maßgaben unterwerfen. Damit geht einher, dass die Leistung im Zuge einer Verstetigung sowohl in ihrem Umfang (maximale Anzahl an Leistungsstunden) zu reglementieren als auch gemäß einem vergleichbaren Satze zu vergüten ist. Auch aus politischer Sicht scheint der in BORA-TB erprobte Ansatz eines Fallmanagements im Rahmen der Nachbetreuung von Rehabilitand*innen eine gewisse Relevanz in der Optimierung der Versorgung zu besitzen und prioritär weiter verfolgt zu werden. Hierauf lassen aktuelle Entwicklungen hinsichtlich einer künftigen gesetzlichen Grundlage für die Leistung des Fallmanagements im SGB IV schließen. Zudem ist die Leistung als Instrument, welches durchaus für berufliche und soziale Eingliederung im Rahmen der Teilhabe sorgen kann sowohl ethisch als auch gesellschaftlich positiv zu bewerten.

(2) Leistungszugang

Der Leistungszugang erfolgte in BORA-TB in zwei voneinander abweichenden Settings und verband damit zugleich unterschiedliche Zugangszeitpunkte in die BORA-Teilhabebegleitung. In der Projektumsetzung wurde somit der Zugang zur BORA-Teilhabebegleitung während der medizinischen Rehabilitationsphase einer deutlich früheren Kontaktaufnahme, nämlich im Zuge des Erstkontaktes zur ambulanten Suchtberatung, gegenübergestellt. Somit befanden sich die Rehabilitand*innen zum Zeitpunkt des Leistungszugangs an deutlich unterschiedlichen Punkten im Gesamtgenesungsprozess.

Die Erfahrungswerte des Projektes zeigen, dass durch den frühzeitigeren Erstkontakt in der Suchtberatungsstelle die Beziehung zwischen den Rehabilitand*innen und der Teilhabebegleitung bei der erneuten Kontaktaufnahme zum Ende der Rehabilitationsphase zum Teil eine gewisse Vertrauensbasis besaß, die die Teilhabebegleiter*innen des klinischen Settings durch die spätere Erstkontaktaufnahme aufholen mussten. Die Erkenntnisse der Begleitforschung zeigen jedoch, dass sich hieraus keine Vorteile bezogen auf die Ziele der rehabilitand*innen, z.B. Motivation, Reintegrationsrate oder Abstinenzerhalt, ableiten lassen. Dennoch lassen sich aus beiden Settings Vor- bzw. Nachteile hinsichtlich der Schnittstellen zu den Leistungserbringern der Rehabilitationsleistung und damit Mehrwerte hinsichtlich der prozessbezogenen Ziele ableiten (vgl. (5) Leistungserbringer).

Die Ergebnisse verdeutlichen insgesamt, dass beide Zugangswege bzw. Zeitpunkte des Erstkontaktes zu keinen wesentlichen Unterschieden hinsichtlich der Leistungsergebnisse führen und somit parallel zueinander umsetzbare Zugangswege abbilden können. Aus strategischer Sicht und vor dem Hintergrund der Dichte an Suchtberatungsstellen und Fachkliniken – insbesondere in ländlicheren Regionen – können beide Zugangswege vielmehr in Ergänzung zueinander betrachtet werden und ein flächendeckendes Angebot der Leistung sicherstellen.

(3) Leistungszeitraum

Der Leistungszeitraum der BORA-Teilhabebegleitung bildet nahtlos die Phase zwischen der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung bis hin zur erfolgten (Re-)Integration in die Erwerbstätigkeit ab und deckt dabei einen maximalen Begleitungszeitraum von 12 Monaten ab (vgl. Abbildung 2). Die tatsächlichen Umfänge der umgesetzten Leistungen zeigten jedoch starke Schwankungen in den dokumentierten Betreuungszeiträumen. Im Mittel wurde die Leistung 181 Tage in Anspruch genommen. Jedoch zeigte sich, dass Teilnehmende BORA-TB auch als zusätzliche Sicherheit bzw. als Back-Up für Krisen und Unvorhergesehenes genutzt haben und sich zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal akuter Bedarf ergab.

Neben den dokumentierten Leistungsumfängen lassen sich auch anhand der Leistungsabbrüche nur erschwert Rückschlüsse auf einen idealen Begleitungszeitraum ziehen. Vielmehr zeigte sich auch hier die breite Streuung an Leistungsinhalten und Umfängen. So ist davon auszugehen, dass ein vorzeitiges Ende der Maßnahme keine Auskunft über das Erreichen oder Nichterreichen der Projektziele gibt. Diese statistischen Angaben entsprechen auch qualitativ erhobenen Erfahrungen der Teilhabebegleiter*innen. In informellen Gesprächen und der Gruppendiskussion wurde berichtet, dass es häufig zu Kontaktabbrüchen kommt. Dies könnte sowohl als positives Zeichen gedeutet – nämlich als

erfolgreiche Zielerreichung durch BORA-TB (z.B. erfolgte Aufnahme einer Erwerbstätigkeit), als auch als Folge negativer Geschehnisse, z. B. wenn es zu Rückfällen gekommen ist oder andere Problemlagen als die, an denen mit BORA-TB gearbeitet werden kann, im Vordergrund standen.

Diese Ergebnisse zeigen die enorm schwankenden und dadurch nur schwer kalkulierbaren Bedarfe der Rehabilitand*innen im Rahmen ihrer Abhängigkeitserkrankung und damit des notwendigen zeitlichen Umfangs einer verstetigten Leistung. Aus strategischer Sicht bietet es sich an, vergleichbare Leistungen der Regelversorgung als Orientierungsinstrument heranzuziehen (z.B. das Fallmanagementkonzept nach psychosomatischer Rehabilitation) um auf Grundlage der bisherigen Erfahrungswerte Rückschlüsse für BORA-TB ziehen zu können. Zugleich zeigen die großen Schwankungen jedoch auch, dass eine gewisse Flexibilität in der Leistungserbringung den Leistungserbringern zugeschrieben werden sollte. So wäre beispielsweise ein minimaler und maximaler Leistungsstundenrahmen denkbar, in dem sich der Leistungserbringer bewegen und je nach Bedarf entscheiden kann, wie viele Stunden der Teilhabebegleitung für die Erreichung der Ziele sinnvoll erscheinen. Auch seitens der Leistungserbringer wurde auf ein ausreichend hohes und individuell einsetzbares Zeitkontingent verwiesen. Ein fester Zeitraum als Rahmen der Leistung wird als durchaus sinnvoll erachtet, gleichwohl sollten die Leistungserbringer bedarfsgerecht entscheiden können, wie hoch die zeitlichen Umfänge pro Kontakt sein und in welcher zeitlichen Frequenz Folgetermine stattfinden müssen.

(4) Zielgruppe der Leistung

Die Zielgruppe der Leistung BORA-TB war projektseitig so definiert, dass unabhängig von der Art der Abhängigkeit sowie des bestehenden Erwerbsstatus (BORA-Gruppe 1-4) eine Teilnahme am Projekt möglich war (vgl. 1.2.5).

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Ziele des BORA-TB-Konzeptes für einen Teil der Zielgruppe zutreffen und durchaus erreichbar erscheinen. Insbesondere mit Blick auf das Ziel der beruflichen (Re-)Integration zeigt sich anhand nachvollziehbarer erwerbsbezogener Statuswechsel in standardisierten Daten sowie gemäß qualitativer Erhebungen, dass Personen, die als arbeitsmarktnah verstanden werden können, BORA-TB eher nutzen, um neue berufliche Ziele zu erarbeiten und diese zu verfolgen. Für einen weiteren Teil begleiteter Personen waren die Projektziele allerdings – aufgrund deutlich komplexerer Problem- und Lebenslagen, chronischen Erkrankungsgeschehen und Erfahrungsaufschichtungen, die ein Leben in gesellschaftlichen Normen unvorstellbar werden ließen – eher unpassend. Entsprechend konnten nicht für alle Teilnehmenden die gesteckten Ziele der beruflichen (Re-)Integration oder Abstinenz gleichermaßen gelten. Dies zeigte sich insbesondere bei den eher arbeitsmarktferneren Teilnehmenden. Gleichzeitig bedeuten Abhängigkeitserkrankungen für eine Teil der Betroffenen chronische Erkrankungsgeschehen, die durch ein zeitlich begrenztes Fallmanagement eher nicht positiv zu beeinflussen sind. Jedoch kann BORA-TB nicht als gescheitert verstanden werden, wenn abhängigkeitserkrankte Menschen krankheitsbedingte Rückschläge erfahren. Vielmehr konnte BORA-TB in diesen Fällen positiv im Sinne einer Krisenintervention einwirken.
Die Ergebnisse legen nahe, dass im Rahmen des Verstetigungsprozesses über eine Konkretisierung der Zielgruppe nachgedacht werden sollte. Hinsichtlich der diagnostischen Ausrichtung einer potenziellen Regelleistung weisen zum einen die Häufigkeiten der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ unter den Teilnehmenden (93 %) im Projekt sowie bei den Leistungsanträgen zur medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen darauf hin, dass eine künftige Regelleistung eine durchaus explizite Ausrichtung auf diese Zielgruppe (Versicherte mit einer Alkoholabhängigkeit) besitzen könnte. Auch die Quote der EM-Rentenzugänge auf Grund von Alkoholabhängigkeit unterstreichen dies. Zudem lassen sowohl die Häufigkeiten der Leistungsinanspruchnahmen und damit der tatsächlichen Bedarfe der arbeitsmarktnahen Projektteilgenommenen (BORA-Gruppe 1-3) als auch die Korrelation zwischen den Parametern „gelingender Reintegration in Erwerbstätigkeit“ und „BORA-Gruppe 1-3“ die Frage zu: „Wo kann BORA-TB am wahrscheinlichsten und – mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag eines Rentenversicherungsträgers – wo insbesondere Effekte in Form von (Re-)Integration bewirken?“. Somit wäre auch vor diesem Hintergrund eine Konkretisierung der Zielgruppe auf Basis der BORA-Gruppenzugehörigkeit zu erwägen.

Darüber hinaus hatten gemäß den Diskussionsbeiträgen der Teilhabebegleiter*innen insbesondere die Rehabilitand*innen eine besonders hohe Akzeptanz von BORA-TB mit einhergehender Teilnahmebereitschaft, die sich eine Zukunft mit beruflicher Teilhabe vorstellen konnten. Personen hingegen, die von Strukturen eines „normalen“ gesellschaftlichen Lebens mit Familie und Arbeit sehr weit entfernt lebten, und das womöglich schon über eine lange Zeit, konnten die Vorstellung eines

normativ-strukturierten Lebens eher nicht entwickeln und waren weniger bereit BORA-TB und andere Hilfen dieses normativen Systems zu akzeptieren.

Dem entgegen steht allerdings der Gedanke, Leistungen einer möglichst umfassenden Gruppe an Versicherten anbieten und damit eben auch arbeitsmarktfernere Versicherte mit einer Abhängigkeitserkrankung von den sonstigen Wirkeffekten der BORA-TB profitieren lassen zu wollen. Beide Umsetzungsoptionen gilt es abzuwägen und insbesondere auch vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit im Verstetigungsprozess zu betrachten.

(5) Leistungserbringer

Im Rahmen der Projektdurchführung erfolgte die Leistungserbringung der BORA-Teilhabebegleitung sowohl durch Mitarbeitende von Suchtberatungsstellen als auch durch Mitarbeitende, die unmittelbar an eine Fachklinik (Leistungsangebot der Entgiftung und Entwöhnung) angeschlossen waren. Im Hinblick auf die praktischen Erkenntnisse zeigten die unterschiedlichen institutionellen Zugehörigkeiten Auswirkungen auf die Umsetzung der Teilhabebegleitung. So war im Rahmen des bestehenden Kliniknetzwerkes eine Implementierung des Leistungsangebotes, z.B. bei nahestehenden Arbeitskreisen und bekannten suchtbezogenen Akteur*innen im Einzugsgebiet, zeitig und unproblematisch möglich. Durch die tägliche Anwesenheit der Teilhabebegleiter*innen in der Rehabilitationsklinik, konnte BORA-TB zudem schnell zu einer Normalität des rehabilitativen Leistungsspektrums und die Nähe zu ärztlich-therapeutischem Behandlungspersonal gewinnbringend genutzt werden. Durch die Klinikangehörigkeit war es den Teilhabebegleiter*innen möglich wesentliche soziodemographische Informationen der Rehabilitand*innen noch vor Erstgesprächen zu erhalten und Gesprächstermine mit ihnen selbständig zu vereinbaren.

Auch die Suchtberatungsstellen wiesen zum Teil ein gut ausgebautes Netzwerk auf, jedoch zeigte sich, dass auch dies stark abhängig von Personen und Regionen war und zugleich der Zugang – durch die externe Zugehörigkeit – zur Rehabilitationsklinik einen mühsamen und länger andauernden Beziehungsaufbau bedurfte. So waren kurze Abstimmungswege zum Klinikpersonal nicht in gleicher Weise gegeben, sodass alternative Umgangsweisen initiiert wurden, die sich jedoch ebenfalls als tragfähig, wenn gleich auch deutlich aufwendiger zeigten.

Für eine schnellere institutionelle Implementierung in einer Klinik und Prozessabfolge der Leistung empfiehlt sich die Anbindung der Mitarbeiter*innen an die jeweilige Einrichtung. Für eine eindeutige Wahrnehmung als ambulante und unabhängige Unterstützung an der Schnittstelle zwischen medizinischer Rehabilitation und Alltag, sowohl von Institutionen als auch begleiteten Teilnehmenden, scheint eine Anbindung an ambulante Träger mit entsprechender Expertise sinnvoll.

So kann eine eindeutige Präferenz für eine direkte Anbindung der Teilhabebegleiter*innen an eine Klinik entsprechend der qualitativen Evaluierungsergebnisse nicht ausgesprochen werden, da beide Varianten Vor- und Nachteile mit sich bringen. Eine Ergänzung beider Ansätze (vgl. (2) Leistungszugang) erscheint daher sinnvoll.

(6) Fachliche Expertise der Teilhabebegleitung

Um die notwendige Expertise in der BORA-Teilhabebegleitung abhängigkeitserkrankter Menschen zu erlangen, wurden die Teilhabebegleiter*innen noch vor aktivem Begleitungsbeginn durch die Landesfachstelle für soziale und berufliche Integration der Suchtkooperation NRW qualifiziert. Neben Basisschulungen zur Erlangung eines grundlegenden Verständnisses für die Rolle der Teilhabebegleitung sowie den damit einhergehenden Aufgaben und Zielen wurden ebenfalls Rechte und Gesetze, Versorgungsangebote und -strukturen thematisiert, um qualitative Unterschiede auszugleichen und ein grundlegendes Mindestmaß an notwendiger Fachlichkeit erreichen zu können. Weitere Schulungsthemen wurden von Teilhabebegleiter*innen bedarfsbezogen gewählt. Ergänzend dazu war der Netzwerkaufbau ebenfalls ein wichtiger Teil der Tätigkeit.

Die Umsetzung der Leistung zeigt, dass die Teilhabebegleitung und die damit einhergehenden Bedarfe sowie Problemlagen der Rehabilitand*innen so komplex waren, dass eine umfassende Menge an Fachexpertise und Erfahrung für eine adäquate Begleitung und Beratung, insbesondere auch im Kontext Sucht, notwendig war. Da bislang kein vergleichbares Berufsbild bestand oder auf geeignete Studiengänge, Weiterbildungsangebote etc. zurückgegriffen werden konnte, war ein individuelles

Weiterbildungskonzept trotz vorhandener Fachexpertise bei den Teilhabebegleiter*innen notwendig. Außerdem wurde im Rahmen der Netzwerkarbeit deutlich, dass nur in stabilen Netzwerken Hürden und Wartezeiten verringert und die Koordinierung von nahtloser Versorgung erleichtert werden konnte.

Diese Ergebnisse zeigen, dass im Zuge des Verstetigungsprozesses unbedingt auch die adäquate Fachexpertise künftiger Leistungserbringer durch den Rentenversicherungsträger sicherzustellen ist. Aus strategischer Sicht bietet es sich auch in diesem Zusammenhang an, vergleichbare Verfahren der Regelversorgung als Orientierungsinstrument heranzuziehen (z.B. Zulassungsverfahren im Rahmen des Fallmanagementkonzepts nach psychosomatischer Rehabilitation), um auf Grundlage der bisherigen Erfahrungswerte Rückschlüsse für BORA-TB ziehen und vergleichbare Qualitätsstandards in der Versorgung abbilden zu können.

4.2 Verstetigung im eigenen Rentenversicherungsträger

Mit Blick auf das gegenwärtige Leistungsrepertoire der Deutschen Rentenversicherung Westfalen wird deutlich, dass die derzeitige Versorgung der Versicherten mit einer Abhängigkeitserkrankung nach Beendigung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung) einen weitreichenden Versorgungsbruch aufweist und insbesondere während der Rehabilitation angestoßene Prozesse der beruflichen (Re-)Orientierung sowie physische und psychische Genesungsmaßnahmen in keiner strukturierten und ganzheitlich unterstützenden Form fortgeführt werden. So ist jedoch insbesondere diese Personengruppe auf Kontinuität, Stabilität und Langfristigkeit in der Versorgung angewiesen und durch Versorgunglücken, lange Wartezeiten, fehlende ambulante Anbindung und wechselnde Ansprechpartner besonders gefährdet, Rückfälle zu erfahren und berufliche Orientierung hintenanzustellen. So gibt es zwar Selbsthilfeangebote, ambulante Nachsorgeangebote und Angebote der Suchthilfe, dennoch fehlt eine übergeordnete Koordination dieser bestehenden Leistungsangebote wodurch eine nahtlose, langfristige und phasenübergreifende Steuerung von Maßnahmen, gemäß der individuellen Bedarfslage, sichergestellt wäre.

Unter Berücksichtigung der durch BORA-TB gewonnenen quantitativen sowie qualitativen Evaluierungsergebnisse und insbesondere auch mit Blick auf die erzielten Erfahrungswerte aller Projetbeteiligten wurde deutlich, dass BORA-TB zur Schließung dieser Versorgungslücke durchaus einen gewichtigen Beitrag leisten kann und eine verstetigungswürdige Leistung darstellt. Die Implementierung eines solchen nachsorgenden Leistungsangebotes für Versicherte mit einer Abhängigkeitserkrankung, die die erreichten Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation strukturiert und nachhaltig fortführt, erscheint daher sinnvoll und könnte in der Regelversorgung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, auch im Hinblick auf zunehmende Rehabilitationsleistungsbedarfe dieser Zielgruppe, eine wichtige Versorgungslücke schließen.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Entscheidung, ob und in welcher Form die Leistung „BORA-TB“ in eine Regelleistung überführt wird, zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Ergebnisbandes noch nicht abschließend entschieden wurde.

Die DRV Westfalen erwägt jedoch eine Verstetigung der Leistung „BORA-TB“ durch eine Überführung und Eingliederung in das Fachkonzept „Fallmanagement“. Dieses bereits erprobte Fachkonzept besteht derzeit als Angebot für die Gruppe der psychosomatisch erkrankten Rehabilitand*innen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation und bietet daher ein bestehendes konzeptionelles Grundgerüst sowie administrative Synergien, die eine effiziente Umsetzung eines Verstetigungsprozesses realisierten könnten. Hierzu zählen die folgenden Parameter des Fallmanagementkonzeptes:

(1) Zulassungsprozess für potenzielle Leistungserbringer

Die DRV Westfalen hat bereits einen konkreten Zulassungsprozess für potenzielle Leistungserbringer definiert. Dementsprechend ist seitens dieser ein Konzept einzureichen, welches neben den allgemeinen Angaben zum Unternehmen (u.a. juristische Form, Adresse Hauptsitz und sonstige Standorte, geographisches Einzugsgebiet) ebenfalls auch Angaben zu bestehenden Kooperationsnetzwerken, Leistungsangeboten und zum Fallmanagementkonzept selbst (u.a. Ziele, Maßnahmen, Methoden, Notfallmanagement, Erfahrungswerte, Dokumentations- und QM-Standards) abbildet. Darüber hinaus hat das Konzept auch Angaben zur Personalgröße sowie deren Qualifikationen und Kompetenzen (z.B. Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit Geh,- Seh-, Hör-Behinderungen) zu umfassen.

Die Zulassung eines Leistungserbringers durch die DRV Westfalen setzt ebenfalls voraus, dass für eine nahtlose Betreuung der versicherten, z.B. bei Krankheit oder Urlaub, mindestens zwei Fallmanager*innen vorgehalten werden, die den durch die DRV Westfalen definierten Qualifikationen und Kompetenzen Genüge tragen.

An den in BORA-TB gewonnenen Erkenntnissen zu den notwendigen Qualifikationen, Fachkenntnissen und Erfahrungen, die im Rahmen der Teilhabebegleitung notwendig waren, sollte sich ein solcher Qualifikationskatalog für künftige Fallmanager*innen von Abhängigkeitserkrankten entsprechend orientieren. Neben der fachlichen Expertise hat BORA-TB ebenfalls die Bedeutung eines breit aufgestellten, regionalen Versorgungsnetzwerkes sowie einer engen Anbindung an entsprechende Fachkliniken herausgearbeitet, durch die funktionierende Anbindungen und Überleitungen der Rehabilitand*innen sichergestellt werden können. Auch diese Voraussetzungen sollten im Zulassungsprozess potenzieller Anbieter Berücksichtigung finden. Um diese dargestellten Herausforderungen an Leistungsanbieter sowie Fallmanager*innen tatsächlich abbilden und damit einer adäquaten Qualität in der Umsetzung Rechnung tragen zu können, erscheint eine vorrangige Zulassung von regional vernetzten, fachlich qualifizierten Trägern mit direktem Bezug zu Abhängigkeitserkrankungen, z.B. Suchtberatungsstellen und Fachkliniken in Analogie zu den in BORA-TB erprobten Settings, als besonders geeignet. Diese kommen grundsätzlich und von Rechtswegen einem sozialen Auftrag nach und weisen Expertise im Feld beruflicher und/oder sozialer/sozialtherapeutischer Begleitung von Abhängigkeitserkrankten auf. Zudem erfolgt der Zugang zum Rehabilitationssystem in über 50 % der Fälle über die Suchtberatungsstellen, was die Relevanz der Stellen im Rehaprozess von Abhängigkeitserkrankten auch noch einmal verdeutlicht (Rief, 2023). Klassische Fallmanagementanbietende ohne etwaige Erfahrung in der Suchthilfe scheinen an dieser Stelle hingegen nicht adäquat geeignet zu sein. Vor diesem Hintergrund ist gleichermaßen zu prüfen, ob ein flächendeckendes Leistungsangebot mit den regionalen Suchtberatungsstellen und Fachkliniken in Westfalen umsetzbar und damit auch in den ländlichen Regionen die Versorgung mit einem solchen Angebot vollumfänglich abbildbar wäre.

(2) Zugangsverfahren für Versicherte der DRV Westfalen

Auch das Zugangsverfahren des Fallmanagementkonzeptes bietet bereits gängige Prozessabläufe sowie Formulare[4], die ebenfalls für den Zugang von Rehabilitand*innen aus einer medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung in ein Fallmanagement übertragen werden könnten und sowohl bei den Rehabilitationseinrichtungen als auch in der Sachbearbeitung der DRV Westfalen bereits routiniert Anwendung finden. Die Rehabilitationseinrichtung wählt dabei in Abstimmung mit den Rehabilitand*innen, aus einer Übersicht der durch die DRV Westfalen zugelassenen Anbieter, einen vom Einzugsgebiet her für die Versicherten passenden Fallmanager aus und leitet die Überleitung in das Fallmanagement noch in der laufenden Rehabilitationsphase ein, wodurch auch hier eine Nahtlosigkeit im Übergang und eine adäquate Übergabe von relevanten beruflichen Zielen und sonstigen Bedarfen sichergestellt wäre.

Auch vor dem Hintergrund der notwendigen Leistungsvoraussetzungen sind die Erkenntnisse der Projektumsetzung heranzuziehen. So zeigte sich im Projekt, dass eine mögliche Fokussierung auf Rehabilitand*innen mit einer Alkoholabhängigkeit und zugleich einer Zuordnung zu den BORA-Gruppen 1-3 eine sinnvolle Leistungseingrenzung darstellen könnte. Im Rahmen einer möglichen Verstetigung erachtet die DRV Westfalen eine unmittelbare Beschränkung des Leistungszugangs jedoch vorerst als nicht zielführend. Im Falle der Leistungsverstetigung sollte vielmehr die Gesamtheit aller Wirkeffekte betrachtet und zunächst allen Versicherten mit einer Abhängigkeitserkrankung die Möglichkeit der Teilnahme an einem Fallmanagement und damit auch die Möglichkeit von der Leistung in einem individuellen Umfang zu profitieren, ermöglicht werden.

In diesem Zusammenhang sei jedoch auch auf den bundesweiten und trägerübergreifenden Anstieg der Ausgaben für Rehabilitationsleistungen in 2024 und auf die prognostizierte Fortführung dieser Tendenz hingewiesen. Die Betrachtung der etwaigen Leistungsausgaben werden mit Blick auf das Rehabudget im Verstetigungsprozess daher eine ebenso bedeutsame Rolle spielen.

---

[4] Vgl. Formular G4972-11 „Bedarfsanalyse und Förderplan“, Formular G4971-11 „Hinweise zum Fallmanagement“, Formular G4970-11 „Empfehlung eines Fallmanagements“

(3) Leistungserbringung

Bereits in Abschnitt 4.1 wurden ausführlich mögliche Varianten der Leistungsverstetigung und insbesondere zeitliche Leistungsumfänge und sowie die Ausgestaltung eines Fallmanagements diskutiert. Dabei wurde auf eine mögliche Übertragbarkeit der definierten Ansätze des Fallmanagementkonzeptes bei Psychosomatik verwiesen. Diese sehen eine Empfehlungsdauer von zunächst 6 Monate nach dem Ende der Rehabilitation vor und umfassen maximal 15 Zeitstunden für persönliche Gespräche und Kontakte mit den Versicherten sowie gegebenenfalls Dritten aus dem Arbeitsumfeld und der Familie. Hierbei können alle zur Kommunikation zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, immer unter Beachtung der besonderen datenschutzrechtlichen Anforderungen, zum Einsatz kommen. Eine Verlängerung des Fallmanagements um maximal 3 Monate mit bis zu maximal 15 weiteren Zeitstunden ist nach Abstimmung möglich.

BORA-TB hat in der Umsetzung gezeigt, dass die veranschlagten 12 Monate der Teilhabebegleitung häufig nicht im vollen Umfang notwendig waren. Vielmehr konnten die unterschiedlichen Bedarfslagen durch die zeitliche Flexibilität besser abgebildet werden. Dementsprechend könnte sich ein Fallmanagement bei Abhängigkeitserkrankungen erst einmal an den Erfahrungswerten des Fallmanagementkonzeptes nach psychosomatischer Rehabilitation und damit an den oben genannten Werten orientieren. Im Zuge dessen könnte über einen einjährigen Erprobungszeitraum nachgedacht werden, nachdem die Erfahrungswerte noch einmal evaluiert und ggf. angepasst werden.

Die Tätigkeit der Fallmanager*innen sollte sich - in Analogie zu BORA-TB - vorrangig auf die berufliche Orientierung und die Fortführung der Rehabilitationsergebnisse fokussieren, sich gleichermaßen aber auch auf alle hemmenden Lebensumstände beziehen, die die beruflichen Wiedereingliederungen betreffen könnten und somit ein ganzheitliches Fallmanagement abbilden. Dazu zählen inhaltlich beispielsweise:

- Aufbau einer tragfähigen Beziehung mit den Versicherten,
- Förderung der Arbeitsmotivation beziehungsweise der Motivation zur Rückkehr ins Erwerbsleben,
- Ermittlung des Unterstützungsbedarfs,
- Formulierung von gemeinsamen Zielen mit den Versicherten, Überwachung der Ziele und Anpassung der Interventionen,
- Arbeit mit den Versicherten an störungsspezifischen Problemen, Stärkung der eigenen Ressourcen, Förderung von zusätzlichen Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien, um das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer nachhaltig zu stärken,
- Unterstützung bei der Umsetzung des in der Rehabilitation Erlernten (zum Beispiel Tagesstrukturplan),
- Arbeitsplatzbegehung mit Erfassung der Problemlage und des individuellen Unterstützungsbedarfs, gegebenenfalls Begleitung bei wichtigen klärenden Gesprächen mit den Arbeitgebern,
- Unterstützung der Kontaktaufnahme der Versicherten mit Betriebs-/Personalräten, Betriebsärztlichen Diensten (zum Beispiel im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements), Behindertenbeauftragten, Integrationsfachdiensten und sonstigen sozialen Leistungsbereichen,
- gemeinsamer Aufbau einer beruflichen Perspektive, bei Bedarf Einleitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in Abstimmung mit dem Reha-Fachberatungsdienst,
- Unterstützung bei Bewerbungen, der Beantragung von Maßnahmen durch andere Leistungserbringer (zum Beispiel Agentur für Arbeit), der Wahrnehmung therapeutischer Maßnahmen, zum Beispiel Hilfe bei der Suche nach Psychotherapeut*innen, und beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe,

Gemäß des Fallmanagementkonzeptes erhalten am Ende des Fallmanagements die DRV Westfalen sowie die Rehabilitationseinrichtung einen ausführlichen Abschlussbericht (Formular G4977-11 „Abschlussdokumentation zum Fallmanagement“). Auch diesem Prozessschritt sollte ein mögliches Fallmanagementkonzept bei Abhängigkeitserkrankung folgen.

(4) Leistungsabrechnung

Auch hinsichtlich der Abrechnung der Fallmanagementleistung bestehen bereits abgestimmte Prozesse innerhalb der DRV Westfalen, auf die aus Effizienzgründen im Rahmen einer Verstetigung ebenfalls zurückgegriffen werden sollte.

Demnach gilt bereits die Empfehlung des Fallmanagements durch die Rehabilitationseinrichtung als Kostenzusage im Namen der DRV Westfalen. Eine gesonderte Kostenübernahmeerklärung beziehungsweise Bescheiderteilung durch die DRV Westfalen ist aktuell nicht vorgesehen. Die Rehabilitand*innen bestätigen ihre Teilnahme durch Unterschrift auf dem Formular „Bestätigung der Teilnahme am Fallmanagement“ (G4973-11). Die Abrechnung erfolgt dabei minutengenau und umfasst die Dauer aller Kontakte (auch telefonische Kontakte, E-Mails, SMS etc.) mit den Rehabilitand*innen oder mit Dritten. Fahrtkosten der Versicherten werden außerdem auf Antrag (Formular G4974-11) in Höhe einer täglichen Pauschale erstattet.

Die Umsetzung einer Verstetigung des Modellansatzes BORA-TB und damit eine Überführung der Leistung in das Regelgeschäft der DRV Westfalen im Rahmen eines Pilotprojektes in Westfalen wird gegenwärtig abgewogen. Ein Abschließendes Ergebnis liegt hierzu zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor. Der unmittelbare Einbezug der Bundesträger (DRV Bund, DRV KBS) im Rahmen einer möglichen Pilotleistung wäre in diesem Zusammenhang zu befürworten, sodass in Westfalen allen Versicherten gleichermaßen eine Anbindung an ein solches Fallmanagement für Abhängigkeitserkrankte ermöglicht werden könnte. Ein Fallmanagement für Versicherte mit einer bestehenden Abhängigkeitserkrankung könnte dabei einen nachvollziehbaren Verstetigungsansatz der BORA-Teilhabebegleitung darstellen, das Fallmanagement-Portfolio der DRV Westfalen sinnvoll ergänzen und auf Grundlage des § 31 SGB VI zugleich als neuer Baustein im Versorgungssystem der Abhängigkeitserkrankten in Westfalen implementiert werden. Dennoch gilt es, eine mögliche Verstetigung ebenso vor dem Hintergrund der gesamtstrategischen Ausrichtung des Trägers, vor dem Hintergrund der Gesamtkostensteigerungen im Rehabilitationssystem sowie hinsichtlich des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit sorgfältig und im Sinne der Versichertengemeinschaft abzuwägen.

Darüber hinaus tragen derzeitige Bemühungen auf Bundesebene dazu bei, dass die Verstetigung dieses Vorhabens weitere strukturelle Unterstützung erfahren könnte. So erfolgt derzeit zum einen die Überarbeitung der Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, die voraussichtlich am 1. Januar 2026 in Kraft treten wird und ein rentenversicherungsübergreifendes einheitliches Rahmenkonzept zum Fallmanagement vorsieht. Zum anderen wird aktuell eine eigenen Gesetzesgrundlage für die Leistung des Fallmanagements im SGB VI erwogen.

5 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit und ggf. bundesweiten Verstetigung

Der im vorausgegangenen Kapitel beschriebene Verstetigungsansatz eines Fallmanagements für Versicherte mit bestehender Abhängigkeitserkrankung im nahtlosen Anschluss an die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankung zur schnittstellenübergreifenden und nachhaltigen Unterstützung beruflicher und sozialer Teilhabe ist grundsätzlich auch auf andere Rentenversicherungsträger übertragbar. In der Bewertung sind jedoch verschiedene Parameter zu berücksichtigen, die eine bundesweite Verstetigung potenziell begünstigen oder begrenzen könnten.

Zunächst ist zu unterscheiden, ob sich bei dem jeweiligen Träger – analog zum Status Quo der DRV Westfalen – bereits ein Fallmanagementkonzept in der Umsetzung befindet. Dies ginge einher mit dahinterliegenden Strukturen (z.B. Prozessabläufe zu Leistungsbewilligung und -abrechnung, Anbietermanagement) und Ressourcen (z.B. Personal), auf die in einem Verstetigungsprozess zurückgegriffen werden könnte. Eine solche Bestandssituation würde grundsätzlich mit reduzierten Aufwendungen und Kosten für den Träger im Rahmen einer Leistungsimplementierung einhergehen und zugleich eine erleichterte Implementierung im Regelgeschäft bedeuten.

Des Weiteren stellt die Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Leistungsangeboten im gesamten Zuständigkeitsgebiet des jeweiligen Rentenversicherungsträgers eine zu berücksichtigende Herausforderung dar. Damit geht einher, dass der Rentenversicherungsträger auf ein hinreichend großes und flächendeckendes Netzwerk an Suchtberatungsstellen und Fachkliniken mit jeweils angemessenen hohen und adäquat qualifizierten Personalressourcen zurückgreifen kann. Hierbei stellen die lokal bestehenden Netzwerkstrukturen der Regionalträger einen Vorteil gegenüber den Bundesträgern dar. Im Hinblick auf diese regionalen Netzwerke sind insbesondere die wohnortnahen Anbindungen an relevante Institutionen mit Blick auf die berufliche Reintegration (Jobcenter, Arbeitgeberverbände, Berufsförderungswerke etc.) sowie die Anbindungen im Hinblick auf eine nahtlose Prozessgestaltung (ambulante medizinisch/therapeutische Versorgung, regionale Fachkliniken im Rahmen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen) der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Die Qualität und Quantität der regionalen Anbindungen der Leistungserbringer stellen im Zuge des Begleitprozesses ein wichtiges und unbedingt zu berücksichtigendes Merkmal in der Anbieterzulassung dar.

So wird insgesamt deutlich, dass die Konzeptmerkmale des BORA-TB-Verstetigungsansatzes für Bundesträger im Vergleich zu den Regionalträgern mit einem erhöhten Aufwand hinsichtlich der Leistungsabdeckung aber auch vor dem Hintergrund der ganzheitlichen Prozesssteuerung einhergehen würden. Zwar zeichnet sich der aktuell gängige Ansatz der Leistungsempfehlung unter Federführung der zuständigen Rehabilitationsklinik durch eine eher ressourcen- und aufwandsschonende Umsetzung aus, jedoch stellt das Zulassungsmanagement neuer Anbieter sowie die Sicherstellung eines bundesweiten Leistungsangebotes einen deutlich aufwendigeren Prozess, zumindest in der Phase der Leistungsimplementierung, dar. Gleichermaßen führt dies zu dem Schluss, dass eine bundesweite Implementierung vorrangig über bestehende, ausreichend stabile Strukturen und Netzwerke der Regionalträger sinnvoll und realistisch abbildbar wäre, von denen dann in einem Kooperationskonstrukt auch die Versicherten der Bundesträger profitieren könnten.

Für ein solches strategisches Vorgehen sprechen auch die bisher bestehenden Strukturen der Regionalträger hinsichtlich der Versorgung von Abhängigkeitserkrankten im jeweiligen Zuständigkeitsgebiet. So zeigt sich gegenwärtig, dass auch andere Rentenversicherungsträger vergleichbare Fallmanagementkonzepte vorhalten, die in der inhaltlichen Ausgestaltung der Regelleistung „Fallmanagement“ der DRV Westfalen in zahlreichen Konzeptmerkmalen ähneln. Die zuvor beschriebenen Parameter der Konzeptausgestaltung (vgl. 4.2) stellen sich als vergleichbar dar. Zudem steht bei einzelnen Trägern ein solches nachsorgendes Fallmanagement auch für die Zielgruppe der Abhängigkeitserkrankten als Leistungsangebot schon jetzt zur Verfügung. Die Notwendigkeit den Bedarfen dieser speziellen Zielgruppe gerecht zu werden, scheint somit auch trägerübergreifend erkannt und befürwortet zu sein. Zudem könnten diese Strukturen einen möglichen trägerübergreifenden, bundesweiten „Roll-out“ begünstigen.

In Ergänzung zu den einzelnen regionalen Fallmanagementkonzepten und -leistungen stellen auch die derzeitigen Entwicklungen auf bundespolitischer Ebene zur Thematik des Fallmanagements einen berücksichtigungswürdigen Aspekt im Rahmen einer bundesweiten Übertragbarkeit des Ansatzes

dar. So erarbeitet gegenwärtig die Projektgruppe Fallmanagement und Begleitung (PGFMB) im Auftrag der Arbeitsgruppe Teilhabe (AGTH) eine überarbeitete Version der Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung zu § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI, die voraussichtlich am 1. Januar 2026 in Kraft treten wird. Die Richtlinie regelt die sonstigen Leistungen zur Teilhabe der gesetzlichen Rentenversicherung, stellt derzeit die gesetzliche Grundlage der Fallmanagementkonzepte der Träger dar und soll künftig ausdrücklich auch ein rentenversicherungsübergreifend umsetzbares Konzept zum Fallmanagement abbilden. Ein solches würde die heterogenen Fallmanagementlösungen der Rentenversicherungsträger vereinheitlichen und einen standardisierten Überleitungsprozess von Personen in das Fallmanagement ermöglichen. Gleichermaßen oblägen den Rentenversicherungsträgern Gestaltungsspielräume, z.B. hinsichtlich der Ausgestaltung der Leistungserbringung (internes oder externes Fallmanagement) oder auch der expliziten Zugangswege (z.B. Rehabilitationsklinik, Reha-Fachberatungsdienst, Beratungsärztlicher Dienst etc.). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) strebt parallel dazu für die neue Legislaturperiode außerdem eine gesetzliche Verankerung des Fallmanagements im Sozialgesetzbuch (SGB VI) an.

Beide Entwicklungen verdeutlichen, dass die Leistung des Fallmanagements seit 2018 und dem Beginn der im Rahmen von rehapro motivierten BORA-TB-Konzeptentwicklung, durchaus an bundesweiter Sichtbarkeit sowie politischer Relevanz gewonnenen hat. Auch hinsichtlich des Verstetigungsprozesses von BORA-TB als potenzielles Fallmanagement für Abhängigkeitserkrankte könnten diese Entwicklungen dem Entscheidungsprozess sowohl auf Träger- als auch auf Bundesebene durchaus Aufwind verleihen und die Hinzunahme in das Portfolio der Fallmanagementleistungen begünstigen. Seitens der DRV Westfalen wird zum Zeitpunkt der Erstellung des Ergebnisbandes eine Verstetigung im Rahmen eines Piloten um Zuständigkeitsbereich der DRV Westfalen intern abgewogen. Ein abschließendes Ergebnis liegt hierzu noch nicht vor (vgl. 4.2).

Literaturverzeichnis

Adersen, M., & Varga, S. (2022). On the definition of stigma. *Journal of evaluation in clinical practice 28 (5)*, 847-853. DOI: 10.1111/jep.13684.

Bachmeier et. al. (2024). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS+-Katamnese des Entlassjares 2021 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *SuchtAktuell*.

Batchelder et. al. (2022). The shame spiral of addiction: Negative self-conscious emotion and substance use. *PloS one 17 (3), e0265480*, DOI: 10.1371/journal.pone.0265480.

Beaulieu et. al. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social science & medicine (1982) 285*, DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114289.

Birtel et. al. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-beeing. *Psychiatry research 252*, 1-8. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.097.

Buch et. al. (2021). Arbeitsmarkteffekte der Corona-Krise - Sind Berufsgruppen mit niedrigen Einkommen besonders betroffen? *Wirtschaftsdienst (Hamburg, Germany) 101 (1)*, 14-17. DOI: 10.1007/s10273-021-2818-4.

Bulley, A., & Irish, M. (2018). The Functions of Prospection - Variations in Health and Disease. *Frontiers in psychology 9*, 2328. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02328.

Bundesministerium für Gesundheit. (2025). *Sucht und Drogen*. Von www.bundesgesundheitsministerium.de: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html abgerufen

Bundesverband Suchthilfe e.V. (BUS). (2024). *Auswertung der Katamnesedaten des Entlassungsjahres 2021.*

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2025). *DHS Jahrbuch Sucht 2025.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2023). *Reha-Bericht 2022. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Mit dem Fokusthema: Abhängigkeitserkrankungen.* Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2022.html abgerufen

Deutsche Rentenversicherung Westfalen. (2022). *Verwaltungsbericht 2022.* Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Broschueren_und_mehr/Fachliteratur/geschaeftsbericht_2022.html abgerufen

Deutsche Rentenversicherung Westfalen. (2023). *Verwaltungsbericht 2023.* Von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Home/Bild_der_Woche/verwaltungsbericht_2023.html abgerufen

Earnshaw, V. (2020). Stigma and substance use disorders: A clinical, research and advocacy agenda. *The American psychologist 75 (9)*, 1300-1311. DOI: 10.1037/amp0000744.

Earnshaw, V. (2020). Stigma and substance use disorders: A clinical, research, and advocacy agenda. *The American psychologist 75 (9)*, 1300-1311. DOI: 10.1037/amp0000744.

Finn et. al. (2023). Public stigma and treatment preferences for alcohol use disorders. *BMC health services research 23 (1)*, 76. DOI: 10.1186/s12913-023-09037-y.

Fischer M, G. D. (2012). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. *Sucht Aktuell*.

Fleury, M.-J. e. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence 168*, 293-306. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625.

Fleury, M.-J. e. (2022). Predictors of Frequent Emergency Department Use and Hospitalization among Patients with Substance-Related Disorders Recruited in Addiction Treatment Centers. *International Journal of Environmental research and Public Health 19 (11)*, DOI: 10.3390/ijerph19116607.

Fung et. al. (2021). Stigma and Quality of Life in Substance Users: Methods and Applications. In V. Patel, & V. Preedy, *Handbook of Substance Misuse and Addictions* (S. 1-36). Cham: Springer International Publishing.

Gilbert, D., & Wilson, T. (2007). Prospection: experiencing the future. *Science (New York, N.Y) 317 (5843)*, 1351-1354. DOI: 10.1126/science.1144161.

Hasin et. al. (2013). DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Pschiatry 170 (8)*, 834-851.

Henkel D., Z. U. (2008). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* Frankfurt a.M.: Verlag für angewandte Wissenschaften.

Henkel, D. (2011). Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). *Current Drug Abuse Reviews*, S. 4-27. DOI: 10.2174/1874473711101010004.

Institut für Therapieforschung. (2023). *Suchthilfe in Deutschland 2022. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS).*

Institut für Therapieforschung. (2024). *Suchthilfe in Deutschland 2023. Jahresbricht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) .* München.

James et. al. (2023). Transitions in care between hospital and community settings for individuals with a substance use disorder: A systematic review. *Drug and alcohol dependence 243*, 109763. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2023.109763.

Kelly et. al. (2019). How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Probelm? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults. *Alcoholism, clinical and experimental research 43 (7)*, 1533-1544. DOI: 10.1111/acer.14067.

Kelly et. al. (2019). How Many Recovery Attempts Does it Take to Successfully Resolve an Alcohol or Drug Problem? Estimates and Correlates From a National Study of Recovering U.S. Adults. *Alcoholism, clinical and experimental research 43 (7)*, 1533-1544. DOI: 10.1111/acer.14067.

Krawczyk et. al. (2023). Strategies to support substance use disorder care transitions from acute-care to community-based settings: A scoping review and typology. *Addiction science & clinical practice 18 (1)*, 67. DOI: 10.1186/s13722-023-00422-w.

Magura, S., & Marshall, T. (2020). The Effectiveness of Interventions Intended to Improve Employment Outcomes for Persons with Substance Use Disorder: An Updated Systematic Review. *Substance Use & Misuse 55 (13)*, 2230-2236. DOI: 10.1080/10826084.2020.1797810.

Marsden et. al. (2024). Superiority and cot-effectivness of Individual Placement and Support versus standard employmnt support for people with alcohol and drug dependence: A pragmatic, paralll-group, open-label, multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial. *EClinicalMedicine 68*, 102400. DOI: 10.1016/j.eclinm.2023.102400.

McKay, J. (2021). Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. *Alcohol research: current Reviews 41 (1)*, 1. DOI: 10.35946/arcr.v41.1.01.

Missel et. al. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese. *Sucht Aktuell*, S. 13-25.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). *Drugs, Brain and Behaviour: The Science of Addiction.* Von https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery abgerufen

Nolte-Troha, C. (2023). Unemployment and Substance Use: An Updated Review of Studies from North America and Europe. *Healthcare (Basel, Switzerland) 11 (8). DOI: 10.3390/healthcare11081182*.

Oexle et. al. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: A longitudinal study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience 268 (2)*, 209-212. DOI: 10.1007/s00406-017-0773-2.

Penzenstadler et. al. (2017). Effect of Case Management Interventions for Patients with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry 8*, 51. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00051.

Pettersen et. al. (2019). Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study. *Substance abuse: research and treatment 13*, DOI: 10.1177/1178221819844996.

Raiser, P. (2017). Ambulante Versorgung in vielfältigen Netzwerkbezügen. *Suchttherapie 18 (S 01)*, S-02-01. DOI: 10.1055/s-0037-1604504.

Rapp et. al. (2014). The efficacy of case management with persons who have substnce abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology 82 (4)*, 605-618. DOI: 10.1037/a0036750.

Raschert et. al. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland – Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021. *Deutsches Ärzteblatt*, 527-534.

Rief, W. (2023). Wie erreicht man langfristrigen Erfolg in der Rehabilitation? *36. Kongress des Fachverbandes Sucht+ e.V.* Münster.

Saal et. al. (2016). Is employment-focused case management effective for patients with substance use disorders? Results from a controlled multisite trial in Germany covering a 2-yearsperiod. *BMC Psychiatry*.

Snoek et. al. (2021). Managing shame and guilty in addiction: A pathway to recovery. *Addictive behaviors 120*, 106954. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.106954.

Statista. (2022). *Direkte volkswirtschaftliche Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland*. Von statista.com: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1458509/umfrage/direkte-volkswirtschaftliche-kosten-durch-schaedlichen-alkoholkonsum/#:~:text=Im%20Jahr%202022%20entstanden%20in,mit%20knapp%20zwei%20Milliarden%20Euro. abgerufen

Statista. (2022). *Indirekte volkswirtschaftliche Kosten durch schädlichen Alkoholkonsum in Deutschland*. Von statista.com: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1458519/umfrage/indirekte-volkswirtschaftliche-kosten-durch-schaedlichen-alkoholkonsum/#:~:text=Indirekte%20volkswirtschaftliche%20Kosten%20durch%20sch%C3%A4dlichen%20Alkoholkonsum%202022&text=Im%20Jahr%20202. abgerufen

Torales et. al. (2023). Discrimination, stigma and mental health: what's next? *International Review of Psychiatry 35 (3-4)*, 242-250. DOI: 10.1080/09540261.2023.2186218.

Vanderplasschen et. al. (2019). A Meta-Analysi of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recivery Perspective. *Frontiers in psychiatry 1, Artikel 186*, DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00186.

Voller, H., & Donner, J. (2020). Erwerbsstatus alkoholabhängiger Personen ein Jahr nach stationärer Behandlung. *Sucht - Interdisciplinary Journal of Addiction Research*.

Weissinger, V. (2019). Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland: Inanspruchnahme, Vernetzung und Entwicklungsbedarf. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62 (2)*, 173-185. DOI: 10.1007/s00103-018-2866-0.

White, W., & Kelly, J. (2011). Recovery Management: What If We Really Believes That Addicition Was a Chronic Disorder? *Addicition Recovery Management. Totowa, NJ: Human Press*, 67-84.

Woodhead et. al. (2019). Stigma, Treatment and health among Stimulant Users: Life Stage as a Moderator. *Journal of applied developmental psychology 60*, 96-104. DOI: 10.1016/j.appdev.2018.11.005.

Yang et. al. (2017). Stigma and substane use disorders: An international phenomenon. *Current opinion in psychiatry 30 (5)*, 378-388. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000351.

Zwick et. al. (2020). Stigma: how it affects the substance use disorder patient. *Substance abuse treatment, prevention and policy 15 (1)*, 50. DOI: 10.1186/s13011-020-00288-0.

6 Anlagen

6.1 Anlage A – Übersichtskasten zum Modellprojekt

Übersichtskasten

Projekttitel	Berufsorientierte Teilhabebegleitung in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen
Akronym	BORA-TB
Zuwendungsempfänger	Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Projektbeteiligte	Bernhard-Salzmann-Klinik Gütersloh Caritasverband Gütersloh e.V. Diakonisches Werk im Ev. Kirchenkreis Herford e.V. Landesfachstelle berufliche und soziale Integration der Suchtkooperation NRW LWL-Klinik Dortmund Universität Bielefeld Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Förderaufruf	Erster Förderaufruf**Fehler! Verwenden Sie die Registerkarte 'Start', um Untertitel Zusatz 2 dem Text zuzuweisen, der hier angezeigt werden soll.**
Projektzeitraum	01.11.2019 – 31.10.2024

6.2 Anlage B – Publikationsverzeichnis

Flyer:

- Projektflyer BORA-TB gesamt (Veröffentlichung: November 2020)
- Projektflyer BORA-TB – Standort LWL-Klinik Dortmund (Veröffentlichung: November 2020)
- Projektflyer BORA-TB – Standort Diakonisches Werk Herford/ Caritasverband Gü-tersloh (Veröffentlichung: November 2020)
- Projektflyer BORA-TB gesamt (Veröffentlichung: Juni 2024)

Poster:

- Poster BORA-TB, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 2024
- Poster BORA-TB, Rehakolloquium 2021

Artikel:

- „Rentenversicherungsträger entwickeln die Rehabilitation weiter - Bundesprogramm „Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ (2021) in RVaktuell – Fachzeitschrift und amtliche Mitteilungen der Deutschen Rentenversicherung, 03/2021, abrufbar unter: https://rvaktuell.de/wp-content/uploads/2021/12/RVaktuell_03_2021.pdf
- „Eine große neue Chance für abhängigkeitserkrankte Menschen: Die Teilhabe-Begleitung für unsere Rehabilitanden“ (2020) in LWL Klinik Dortmund - Klinik in Kürze, 10/2020

Webauftritte:

- https://suchtkooperation.nrw/themen/bora
- https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/reha/projekte/bora-tb.xml

6.3 Anlage C – Verzeichnis wissenschaftlicher Veröffentlichungen

- Gissendanner H, Meyer-Feil T. Versorgungsverläufe und Erfolge eines berufsorientierten Fallmanagements in und nach medizinischer Rehabilitation abhängigkeitserkrankter Menschen: Ein Werkstattbericht aus dem BORA-TB-Projekt. Die Rehabilitation (im Druck).
- „Erfolgsbestimmung in der berufsorientierten Teilhabebegleitung von abhängigkeits-erkrankten Menschen“, Poster mit Kurzvortrag beim 23. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Potsdam, 09/2024
- „BORA-TB: Was ist in der Begleitung suchterkrankter Menschen ein Erfolg?“, Vortrag bei der 2. rehapro-Fachkonferenz, Duisburg, 03/2024
- „BORA-TB: Was zeichnet die Studienteilnehmer*innen aus?“, Vortrag beim 33. Reha-Kolloquium 2024, Bremen, 03/2024
- „Sichtweisen zur Sozialen Arbeit in BORA-TB“, Vortrag beim 32. Reha-Kolloquium, Hannover, 03/2023
- „Bedarfe und Bedürfnisse abhängigkeitserkrankter Menschen – das Projekt BORA-TB“, 18. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht, 10/2022
- „BORA-TB: A new case management approach to improve vocational orientation in rehabilitation of patients with addictive disorders“, Vortrag beim 16. Weltkongress der Internation Society of Physical and Rehabilitation Medicine, Lissabon, 07/2022
- Dickenhorst U, Herbach E. rehapro-Projekte in der Suchtreha. Neue Wege gehen - Teilhabe von Suchtkranken am Arbeitsleben fördern. Online Zeitschrift KONTUREN 2020. Online verfügbar ab 11.11.2020 unter: https://www.konturen.de/fachbeitraege/rehapro-projekte-in-der-suchtreha

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
11017 Berlin

Stand: September 2026

Hier abonnieren Sie die Newsletter des BMAS: www.bmas.de/newsletter

Service für hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen:

E-Mail: info.gehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon: www.gebaerdentelefon.de/bmas

Satz/Layout: neues handeln AG
Fotos: Alle Fotos wurden vom Projekt zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie aus dieser Publikation zitieren wollen, dann bitte mit genauer Angabe des Herausgebers, des Titels und des Stands der Veröffentlichung.

Gefördert durch:

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

rehapro

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages