

Berufsförderung bei Alkoholabhängigen: Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmassnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – Bericht über eine explorative Studie

Klaus Peter Albrecht und Thorsten Friz

1 Einleitung

Angesichts von struktureller Massenarbeitslosigkeit sowie eines auch in empirischen Studien nachgewiesenen engen Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall nach Entwöhnungsbehandlung (vgl. Henkel 1985, 1987, 1992, 1993, 1996 a, 1996 b; Feuerlein/u.a. 1988; Waldow/u.a. 1984; Waldow/Klink 1986), setzte sich auch in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe zunehmend die Einsicht durch, daß eine ausschließlich auf Psychotherapie begrenzte medizinische Rehabilitation für den Therapieerfolg einer dauerhaften Abstinenz nicht ausreicht. Dauerhafte „Abstinenz ist in der Regel auch untrennbar mit Arbeit und Erwerbstätigkeit verbunden“ (vgl. Verstege 1996, S. 328) und erst eine erfolgreiche Wiedereingliederung Suchtkranker trägt langfristig zu deren Stabilität bei, „mit Abstinenzquoten von bis zu 90 Prozent.“ (vgl. Ziegler 1999, S. 20) Dabei lenkt Arbeitslosigkeit, wie Untersuchungen der Fachklinik am Kyffhäuser ergaben, einerseits von der Bewältigung der Abhängigkeitserkrankung ab; andererseits reicht bereits allein die Hoffnung auf einen Arbeitsplatz aus, um den Gesundheitszustand zu verbessern:

„Je länger abstinente Abhängigkeitskranke in ihren Bemühungen um einen adäquaten Arbeitsplatz Absagen erfahren, desto eher werden sie dazu neigen, Attributionen als ‚schwer vermittelbar‘ mit fehlender Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen. Arbeitslose Suchtkranke beschäftigen sich gedanklich vorrangig mit ihrer Arbeitslosigkeit – Nicht-Arbeitslose hingegen setzen sich verstärkt mit ihren Gesundheitsproblemen auseinander. Selbst die Hoffnung auf eine Arbeitsstelle wirkt abstinenzhaltend.“ (Ziegler 1999, S. 19 in Anlehnung an von Ploetz/Jung 1999)

Solche und ähnliche Erkenntnisse aus Forschung und Praxis der Suchtkranken-

hilfe wirken sich zunehmend auch auf die Zielvorgaben seitens der Kostenträger aus:

„Durch die fehlende Vernetzung medizinischer und beruflicher Reha und durch die bisher nur funktionale Arbeitsteilung zwischen Entwöhnungseinrichtungen, Arbeitsverwaltung, Betrieben, beruflichen Bildungseinrichtungen und Reha-Träger entstehen Reibungs- und Informationsverluste an den Schnittstellen (Struktur- und Prozessqualität), wird das Reha-Ziel gefährdet (Ergebnisqualität) und die Investition in Entwöhnungsbehandlungen fragwürdig. Abhilfe erwarten wir durch die Einführung von Case-Management, die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsressourcen durch Vermeidung von redundanten und vergleichsweise ineffizienten Behandlungselementen und eine consequente Ausrichtung aller Prozessbeteiligten auf das Reha-Ziel: Wiedereingliederung ins Erwerbsleben.“ (Künzler 1999, S. 111)¹

Mit der explorativen Studie, über die nachfolgend berichtet wird, sollte ermittelt werden, inwieweit Angebote und Maßnahmen zur Berufsförderung und beruflichen Reintegration bereits während der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen durchgeführt werden. Sie ist angelehnt an die „Eüßerthal-Studie“ (Knauf/Murk/Knauber, 1996), deren Autoren 1994 zu der Einschätzung kamen, „daß es ... mehr oder weniger vom Zufall bzw. vom Engagement der Fachkräfte in den Fachkliniken und in den Abteilungen der beruflichen Rehabilitation der Leistungsträger abhängt, ob Suchtmittelabhängige hinsichtlich ihrer beruflichen Rehabilitation und der damit verbundenen sozialen Integration optimale Förderungsangebote erhalten.“ (Knauf, 1996, S. 190). Vor diesem Hintergrund wurde der Modellversuch in der Fachklinik Eüßerthal durchgeführt und

mit ermutigenden Ergebnissen inzwischen abgeschlossen (vgl. Knauf/Murk/Knauber, 1996)

Gerade angesichts aktueller Strukturveränderungen innerhalb des Suchtkrankenhilfesystems als Reaktion auf die „Spargesetze“ von 1996 scheinen die Chancen für eine Integration medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bereits während der stationären Entwöhnungsbehandlung zu wachsen und diese Thematik in den Einrichtungen eine zunehmend zentralere Bedeutung zu erlangen.

Die explorative Erhebung, deren Ergebnisse nachfolgend vorgestellt werden, richtete sich an die Mitglieder des Fachverbandes Sucht e. V. (FVS) sowie des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) e. V. Mit dieser Erhebung sollte ermittelt werden,

- welchen Umfang Maßnahmen der Berufsförderung und beruflichen Reintegration in stationären Einrichtungen der Behandlung von Alkoholabhängigkeit einnehmen,
- welcher Art diese Maßnahmen sind und
- welche Bedeutung diesen Maßnahmen während der stationären Entwöhnungsbehandlung beigemessen wird.

Mit der Studie wurden keine vorher aufgestellten Hypothesen überprüft. Es sollte vielmehr festgestellt werden, inwieweit medizinische Rehabilitations- und berufliche Förder- und Reintegrationsmaßnahmen inzwischen ineinander überführt werden.

¹ Frau Ingrid Künzler, Stellvertretende Geschäftsführerin der Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen, während der Fachtagung „Neue Wege in der Rehabilitation Alkoholabhängiger“ am 14. Oktober 1999 in der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.

2 Planung und Durchführung der Studie

Als Stichprobe für die Erhebung dienten jene stationären Einrichtungen des „buss“ sowie des FVS, in denen – meist neben anderen Suchterkrankungen – Alkoholabhängigkeit behandelt wird. Dies waren zum Zeitpunkt der Erhebung 112 Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet (75 Einrichtungen, die dem „buss“ angehören sowie 37 Einrichtungen, die dem FVS angehören). Einrichtungen, in denen ausschließlich illegale Drogenabhängigkeit behandelt wird, wurden in die Erhebung nicht mit einbezogen.²

Die Datenerhebung wurde mittels schriftlicher Befragung durchgeführt. Da bisher außer der bereits erwähnten „Eußerthal-Studie“ eine solche Erhebung offenbar noch nicht durchgeführt wurde, wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Erfahrungen der Eußerthal-Studie berücksichtigt.³

Die Fragebögen wurden zusammen mit einem Begleitschreiben Ende Juni 1999 an die Klinikleitung der jeweiligen Einrichtungen verschickt. Alle zurückgesandten Fragebögen wurden in die Auswertung mit einbezogen.

3 Fragebogenrücklauf und erste Ergebnisse

Von 112 Fragebögen, die am 30. Juni 1999 verschickt wurden, wurden 54 Fragebögen bis zum 14. September 1999 zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 48,21%. Von diesen 54 zurückgesandten Fragebögen waren 49 (90,74 %) auswertbar; 5 Fragebögen waren nicht auswertbar (9,26 %).⁴

Die auswertbaren Fragebögen wurden mittels der Statistik Software SPSS 8.0 (Superior Performing Software Systems, Version: 8.0) erfaßt und einer rechnergestützten Datenanalyse unterzogen.

4 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie⁵

1. Der Anteil der Alkoholabhängigen in den einzelnen Einrichtungen (N = 49) liegt im Mittel bei 91,86%. Dies unterstreicht noch einmal eindrücklich den überragenden Stellenwert der Alkoholabhängigkeit im Kanon der Suchtabhängigkeiten. (Tab. 1)
2. Knapp 60% der Alkoholabhängigen in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (N = 48) ist arbeitslos bzw. anderweitig nicht erwerbstätig. Dabei schwankt der Anteil der Arbeitslosen in den Einrichtungen zwischen 2% und 94%, jener der anderweitig Nicht-Erwerbstätigen zwischen 0% und 60%. (Tab. 2)

Tabelle 1: Häufigkeit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit in den Einrichtungen

	Häufigkeit	Prozent
50-69%	3	6,1
70-89%	6	12,2
90-100%	40	81,6
Gesamt	N = 49	100

Tabelle 2: Erwerbsstatus der Alkoholabhängigen

	Erwerbstätige (Vollzeit/Teilzeit) in %	Arbeitslose in %	anderweitig nicht erwerbstätige (Rentner, Schüler...) in %
Mittelwert	40,94	47,02	11,75
Minimum	5	2	0
Maximum	70	94	60
N = 48 (gültige); 1 (fehlend) ⁶			

3. Die Forderung, daß bereits im Rahmen der Eingangsdiagnostik eine berufsbezogene Anamnese durchgeführt werden sollte (vgl. Beyer, 1996), erfüllen inzwischen nahezu 98% der Einrichtungen. Nur eine Einrichtung verneinte dies (N = 49).

4. Sehr vielfältig ist auch das Angebot an beruflichen Förder- und Reintegrationsmaßnahmen: Arbeits- und Beschäftigungstherapie bieten nahezu alle Ein-

richtungen (95,5%) an (N = 44)⁷. Interne bzw. externe Arbeitsbelastungsproben werden in knapp $\frac{2}{3}$ der Einrichtungen durchgeführt. In etwas mehr als der Hälfte der Einrichtungen (52,3%) werden interne und externe Arbeitsbelastungsproben angeboten

5. In mehr als 80% der Einrichtungen (86,4%) finden bereits während der Behandlung Beratungen durch Dienste

² In die Erhebung wurden nur solche Einrichtungen einbezogen, in denen eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchgeführt wird. Die Einrichtungen wurden den Mitgliedsverzeichnissen der beiden Verbände entnommen (vgl. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe 1997; Fachverband Sucht e. V 1997). Jene 16 „Komplementären Einrichtungen“ des FVS, in denen ausschließlich Nachsorge- und Adaptionmaßnahmen durchgeführt werden (vgl. Fachverband Sucht 1997, S. 73), wurden in die Erhebung nicht mit einbezogen, da in diesen Einrichtungen Maßnahmen der beruflichen Reintegration/Rehabilitation konzeptioneller Bestandteil sind, z.B. die internen und externen Praktika.

³ Der Fragebogen kann auf Wunsch angefordert werden

⁴ Bezogen auf die Gesamtzahl der abgesandten Fragebögen (112) konnten 49 (43,75 %) der abgesandten Fragebögen ausgewertet werden. 5 der zurückgesandten Fragebögen (4,46 %) waren aus den folgenden Gründen nicht auswertbar: Drei der angeschriebenen Einrichtungen mußten infolge der Sparmaßnahmen im Reha-Bereich ihren Betrieb einstellen, eine Einrichtung führt seit Jahren kei-

ne Entwöhnungsbehandlungen mehr durch und von einer Einrichtung wurde der Fragebogen mit dem Vermerk „unbekannt“ von der Post zurückgesandt.

⁵ Die Studie ist ausführlicher dokumentiert in: Albrecht/Friz, 2000; Friz 2000

⁶ Eine Einrichtung kreuzte bei Frage 4: „Erwerbsstatus der Alkoholabhängigen“ keine Antwortkategorie an. Sie vermerkte, daß „aufgrund der Schwankungen in Bezug auf den Anteil der Arbeitslosen in den vergangenen Jahren die Angabe über den zu untersuchenden Zeitraum sinnvoll gewesen wäre.“

⁷ Entsprechend einer Sprunganweisung (Frage 6) mußten 5 Einrichtungen aus der Bewertung herausgenommen werden. Sie hatten die Durchführung spezieller Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation verneint. Dennoch wurden z. T. Teile des Angebots der nachfolgenden Frage 7 angekreuzt, konnten aber aufgrund der Sprunganweisung nicht berücksichtigt werden. Insofern beziehen sich die zusammenfassend gemachten Aussagen auf jene 44 Einrichtungen, die eine Durchführung spezieller Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bejahten.

Berufsfördernde Maßnahmen während der stationären Behandlung (N = 44)	Häufigkeit	Angabe in %
Arbeitserprobung in Werkstätten der Klinik	29	65,9
Arbeits-/Beschäftigungstherapie	42	95,5
Arbeitserprobung in Betrieben/Einrichtungen außerhalb der Klinik	27	61,4
Arbeitsbelastungserprobung in Werkstätten der Klinik	29	65,9
Arbeitsbelastungserprobung in Einrichtungen/Betrieben außerhalb der Klinik	25	56,8
Beratung durch Dienste der/des Kosten-/Leistungs-träger(s) während der Behandlung in der Klinik	29	65,9
Beratung durch Dienste der/des Kosten-/Leistungs-träger(s) während der Behandlung außerhalb der Klinik	10	22,7
Beratung durch Dienste des Arbeitsamtes während der Behandlung (in und außerhalb der Klinik)	38	86,4
Berufliche Fort-/Weiterbildung ⁸	7	15,9
Berufliche Umschulung ⁹	4	9,1
Maßnahmen in der Werkstatt für Behinderte (WfB)	4	9,1
Beantragung von Ausbildungs- oder Umschulungszuschüssen durch den Arbeitgeber	6	13,6
Bewerbungstraining/-schulung	39	88,6
Individuelle berufliche Perspektivenberatung	37	84,1
Eingliederungshilfe Arbeitgeber ¹⁰	9	20,5

Tabelle 3: Spezielle Maßnahmen der beruflichen Förderung während der stationären Entwöhnungsbehandlung (Mehrfachantworten möglich)

Anträge auf berufsbezogene Unterstützungen während der Therapie	Häufigkeit	Prozent ¹¹
berufsfördernde Leistungen	36	73,5
Maßnahmen beruflicher Rehabilitation	37	75,5
Arbeitslosenhilfe/-geld	24	49,0
Umschulung/Weiterbildung	33	67,3
keine Angaben ¹²	9	18,4
N = 49 Einrichtungen ¹³ ; Mehrfachantworten möglich		

Tabelle 4: Anträge berufsbezogener Unterstützungen während der Therapie

des Arbeitsamtes statt. Ähnliches gilt für Beratungen durch Reha-Berater der Kostenträger in- und außerhalb der Klinik. Insgesamt knapp ¾ der Einrichtungen (72,7%) bieten Beratungen durch die Kostenträger innerhalb und/oder außerhalb der Klinik an. (N = 44) Eine Beratung durch das Heimat Arbeitsamt wird von 81,6% der Einrichtungen bejaht (N = 49).

6. Ein spezielles Bewerbungstraining bzw. eine diesbezügliche Schulung wird von 88,6% der Einrichtungen angeboten. Ähnliches gilt auch für eine individuelle berufliche Perspektivenberatung: In 84,1% der Einrichtungen

wird eine solche Beratung angeboten (N = 44).

7. In etwa ¼ der Einrichtungen (N = 49) werden bereits während der Entwöhnungsbehandlung berufsfördernde Leistungen, Maßnahmen der beruflichen Reha, Arbeitslosengeld/-hilfe bzw. Umschulungs-/Weiterbildungsmaßnahmen beantragt und eingeleitet. (Tab. 3)

8. In mehr als ⅔ der Einrichtungen (67,3%) können alle Patienten an den Maßnahmen der Berufsförderung/Reintegration teilnehmen. Nur in 11 Einrichtungen (22,4%) sind Teile des Patientenkontingents von diesen Maßnah-

men ausgeschlossen. Von 5 Einrichtungen (10,2%) fehlen Angaben (N = 49). Ausschlusskriterien sind: Erwerbstätigkeit/keine drohende Erwerbslosigkeit (eine Einrichtung), Rentenstatus bzw. Rentenantragstellung (vier Einrichtungen), Erwerbstätigkeit und Rentenstatus (4 Einrichtungen). (Tab. 4)

9. Knapp 90% der Einrichtungen (N = 49)¹⁴ schätzen den Stellenwert der Bereiche Arbeit/Arbeitslosigkeit für ihre Patienten als „sehr hoch“ bzw. „hoch“ ein. Nach Selbsteinschätzung schlägt sich dies auch in der Therapie nieder: In mehr als 85% der Einrichtungen (N = 49)¹⁵ wird „sehr häufig“ bzw. „häufig“ dieses Thema in der Therapie angesprochen.

⁸ Hier ist davon auszugehen, daß während der Entwöhnungsbehandlung Berufliche Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen „eingeleitet und vorbereitet“ werden (ergänzende Anmerkung einer Einrichtung). Die eigentliche Fort-/Weiterbildung dürfte erst im Anschluß an die Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden.

⁹ Für die berufliche Umschulung dürfte das gleiche gelten, wie für die beruflichen Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen. Auch diese werden in der Klinik vorbereitet und eingeleitet.

¹⁰ Eine Einrichtung merkt an, daß diese Maßnahme in der Klinik „nicht durchgeführt, jedoch vom Leistungsträger bewilligt“ wird.

¹¹ bezogen auf N = 49 Einrichtungen

¹² Keine der vorgegebenen Maßnahmen sowie „keine Angaben“ wurden zusammengefaßt als „keine Angaben“ gewertet.

¹³ Von 9 Einrichtungen liegen keine Angaben vor

¹⁴ Eine Einrichtung kreuzte die Antwortmöglichkeiten: „einen hohen“ und „einen durchschnittlichen“ Stellenwert an und verband sie mit dem Zusatz „bis“. Die Antwort wurde bei der Auswertung als „keine Antwort“ gewertet.

¹⁵ Die Antworten der folgenden drei Einrichtungen wurden als „fehlend“ gewertet: Eine Einrichtung kreuzte die Antwortmöglichkeiten: „häufig“ und „manchmal“ mit dem Zusatz „bis“ an. Eine zweite Einrichtung kreuzte „häufig“ und „manchmal“ an mit dem Vermerk: „je nach individueller Lage“. Eine dritte Einrichtung kreuzte die Kategorien: „häufig“, „manchmal“ sowie „selten“ an mit dem Zusatz: „je nach Problemlage der Patienten; pro Gruppe und individuell verschieden“.

10. Durchschnittlich haben – nach eigener Einschätzung – etwas mehr als 25% der Themen/Angebote während der Therapie einen berufsbezogenen Bezug (N = 44).¹⁶ Dabei schwankt dieser Anteil in den einzelnen Einrichtungen zwischen 0 und 60%. Die Hälfte der Einrichtungen (22) schätzt, daß der Anteil beruflicher Themen/Angebote während der Entwöhnungsbehandlung bei 30-40% liegt. In knapp 25% der Einrichtungen (11) liegt er bei ca. 10-20%, in 5 Einrichtungen (11,4%) bei mehr als 50% und in 6 Einrichtungen (13,6%) bei 0-5%. Ob diese z. T. doch recht positive Einschätzung allerdings auch vom Klientel in gleichem Maße geteilt wird, darf angesichts der Ergebnisse einer Studie der Universität Oldenburg (vgl. Tielking/Hedden, 1999) angezweifelt werden.¹⁷ Hier könnten weitergehende Erhebungen mehr Klarheit verschaffen. In einem Teil der Einrichtungen besteht sicherlich noch Spielraum für weitergehende Aktivitäten. Angesichts des hohen Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit einerseits und Rückfallrisiko nach einer Entwöhnungsbehandlung andererseits, könnten jene Einrichtungen, in denen nach eigener Einschätzung der Bereich Arbeit/Arbeitslosigkeit im Verhältnis zum psychotherapeutischen Angebot noch eher von nachrangiger Bedeutung ist, sich in diesem Bereich zukünftig stärker engagieren, auch wenn die unmittelbaren Erfolgsaussichten – realistisch betrachtet – eher ernüchternd sind (vgl. Tab. 5).

11. In ca. 80% der Einrichtungen werden bis zu 20% der bei Therapiebeginn arbeits- bzw. erwerbslosen Patienten bereits während der Therapie ins Erwerbsleben reintegriert bzw. in Umschulungs-/Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt (N = 49). Diese Erfolge können sich – angesichts des ausgesprochen schwierigen Klientels der Einrichtungen (u.a. Langzeitarbeitslosigkeit, lange Suchtkarriere, u.a.m.) sowie der schwierigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Massenarbeitslosigkeit) – durchaus sehen lassen.

12. Nur ein sehr geringer Prozentsatz der Patienten wird erst während der Therapie arbeits- bzw. erwerbslos. In etwa ¾ der Einrichtungen (N = 49) liegt die Quote nur zwischen 1% und 5%.

13. Mehr als 40% der Einrichtungen schätzen den Erfolg ihrer therapeutischen Bemühungen als „sehr hoch“ (2) bzw. „hoch“ (19) ein. Weitere 17 Einrichtungen (34,7%) schätzen ihre Bemühungen als „durchschnittlich“ ein und nur 5 Einrichtungen (10,2%) als „gering“ (vgl. Tab. 6). Angesichts des ausge-

Prozentangabe nach eigener Einschätzung	ins Erwerbsleben Reintegrierte		in Umschulungs-/Weiterbildungsmaßnahmen Vermittelte	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
0-10%	21	42,9	37	75,5
11-20%	18	36,7	4	8,2
21-30%	5	10,2	3	6,1
mehr als 30%	1	2,0	2	4,1
keine Angaben	4	8,2	3	6,1
N = 49	49	100	49	100

Tabelle 5: Selbsteinschätzung des Erfolgs beruflicher Fördermaßnahmen: Reintegrierte ins Erwerbsleben bzw. in Umschulung/Weiterbildung Vermittelte

Tabelle 6: Selbsteinschätzung des Erfolgs beruflicher Reha-Maßnahmen während der Therapie

Erfolgseinschätzung beruflicher Reha-Bemühungen während der Therapie	Während der Therapie arbeitslos bzw. anderweitig erwerbslos werdende	
	Häufigkeit	Prozent
sehr hoch	2	4,1
hoch	19	38,8
durchschnittlich	17	34,7
Gering	5	10,2
sehr gering	0	0
keine Angaben ¹⁸	6	12,3
N = 49	49	100

sprochen schwierigen Klientels der Einrichtungen kann diesem Optimismus der Einrichtungen, was den Erfolg ihrer berufsfördernden Maßnahmen betrifft, auch im großen und ganzen zugestimmt werden.

14. Nur ein recht geringer Prozentsatz der Patienten wird erst während der Therapie arbeits- bzw. erwerbslos (vgl. Tab. 7). Wenn man bedenkt, daß bei vielen Patienten bei Therapiebeginn die Erwerbsfähigkeit fehlt bzw. erheblich eingeschränkt ist, dann ist es als großer Erfolg zu werten, daß die meisten Patienten, bei denen bei Therapiebeginn Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit drohte, durch die Therapiemaßnahmen im Arbeits- bzw. Erwerbsleben gehalten werden können.

5 Abschließende Bemerkungen

Es ist ein breites Spektrum an Angeboten/Maßnahmen, das in den stationären Einrichtungen inzwischen zur Förderung/Reintegration der Patienten in die Arbeits- und Erwerbswelt angeboten wird. Hier hat sich offenbar seit 1994 viel getan und es kann davon ausgegangen werden, daß angesichts des hohen Anteils Arbeits- bzw. Beschäftigungsloser in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenbehandlung diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten zunehmend berufliche Förder- und Reintegrationsmaßnahmen/-angebote durchführen. Ähnliches wird auch durch eine Konzeptauswertung der stationären Einrichtungen bestätigt²⁰

¹⁶ Von fünf Einrichtungen fehlen Angaben. Die Aussage bezieht sich auf jene 44 Einrichtungen, die Aussagen machen konnten.

¹⁷ Ob sich diese optimistische Selbsteinschätzung allerdings auch bei einer Patientenbefragung bestätigen würde, ist zweifelhaft. Im Rahmen der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit“, eines Kooperationsprojekts zwischen der IVA Oldenburg-Bremen und der Universität Oldenburg, an dem einer der Autoren in den Anfängen selbst mit beteiligt war, werden in der Wahrnehmung der Patienten die Themen ‚Arbeit und Beruf‘ im Verlauf der stationären Therapie ... lediglich manchmal, selten oder nie besprochen. Dies wiegt um so mehr, da 50,0 Prozent der Patienten, die einen Zusammenhang zwischen ihren Alkoholproblemen und dem Arbeitsplatz sahen, diese Einschätzung trafen. ... Die Patienten fühlen sich ... nicht gut auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet. 70,9 Prozent der Patienten, die diese Aussage machten, gaben gleichzeitig an, manchmal, selten oder nie in der Behandlung über Arbeit und Beruf gesprochen zu haben.“ (Tielking/Hedden, 1999, S. 40)

¹⁸ Zwei Einrichtungen kreuzten „hoch“ und „durchschnittlich“ an. Die Antworten wurden als „keine Angaben“ gewertet.

¹⁹ Eine Einrichtung gab <1% als Antwort. Es wurde als 0% gewertet. Eine zweite Einrichtung beantwortete Frage 17

Prozentangabe nach eigener Einschätzung	während der Therapie arbeitslos bzw. anderweitig erwerbslos werdende	
	Häufigkeit	Prozent
1-5%	36	73,5
6-10%	7	14,3
Mehr als 10%	2	4,1
Keine Angaben ¹⁹	4	8,2
N = 49	49	100

Tabelle 7: Selbsteinschätzung des Patientenanteils, der während der Therapie arbeits-/erwerbslos wird

Auch die „Rentenversicherungsträger stehen inzwischen klarer zu diesen Möglichkeiten und koppeln den Behandlungserfolg nicht mehr (nur) an rein medizinische Aspekte. Der Forderung von Beyer (1996), daß „Rehabilitation stärker als Gesamtprozeß zur Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft verstanden werden“ muß, wird seitens der befragten Einrichtungen bereits in erheblichem Maße entsprochen – trotz Kostendämpfung und Sparmaßnahmen im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Wünschenswert ist allerdings in diesem Zusammenhang, daß die nach wie vor bestehende Trennung von medizinischer

und beruflicher Rehabilitation durch entsprechende Vereinbarungen zwischen Kosten-/ Leistungsträgern einerseits und den Leistungserbringern andererseits aufgehoben wird, um die Betroffenen optimaler als bisher in das Erwerbsleben reintegrieren zu können.

Eine Vielzahl vielversprechender Modellversuche und Konzepte wurden inzwischen in der Praxis erprobt und ein entsprechendes know how von den Praktikern in den stationären Einrichtungen entwickelt.²¹ Es liegt nun an der Politik, ob diese Ansätze über den Modellcharakter einzelner Einrichtungen hinaus zum Standardangebot der Entwöhnungsbehandlung werden können. Die Rahmenbedingungen für eine Integration medizinischer und beruflicher Rehabilitation sind aufgrund der Rechtslage und bereits entwickelter und erprobter Konzepte derzeit günstig und - wie gerade auch das Modellvorhaben „ISAR“ der Fachklinik Eußerthal zeigt (vgl. Knauf/Eichenlaub, 1999) – inzwischen bereits sehr weit im Sinne einer Integration bisher getrennter Bereiche der Suchtkrankenbehandlung (z. B. Trennung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation) fortgeschritten. Insofern sind die Bemühungen der Einrichtungen, was ihre beruflichen Förder- und Reintegrationsbemühungen sowie den Erfolg dieser Maßnahmen betrifft, auch als ausgesprochen positiv zu werten. Wie erfolgreich letztendlich die Bemühungen sein werden, hängt allerdings in nicht unerheblichem Maße von gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab, unter denen die Suchtrehabilitation Entwöhnungsbehandlungen durchführt. Und hier ist eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation aufgrund der allgemeinen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren nicht ausgeschlossen. Die extrem einseitig auf Kostensenkung verkürzte und z.T. auch irrationale Diskussion über Veränderungen im Suchtkrankenhilfesystem unter dem Diktat des Sparzwangs erschüttert dieses in seinen Grundfesten und es ist nicht sicher, ob sich die Besonnenen und Weitsichtigen durchsetzen.

Vielmehr muß befürchtet werden, daß in Zeiten knapper Mittel die Versuchung groß sein könnte, ganze Gruppen aus der Suchtrehabilitation auszugrenzen.²² Dem muß entschieden entgegen gewirkt werden, nicht nur aus ethisch-moralischen, sondern insbesondere auch unter Kostengesichtspunkten. Denn gesamtgesellschaftlich betrachtet sind die Folgekosten (z.B. Rente, Sozialhilfe) erheblich höher als die Kosten für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation mit der Möglichkeit der Reintegration in das Erwerbsleben, die wiederum Beitragszahlungen in die Rentenkasse zur Folge hätte. Der Grundsatz „Reha vor Rente“ sollte auch in Zeiten knapper Mittel nicht aufgegeben werden.

Bei aller Schwierigkeit insbesondere in Zeiten des Sparzwangs und Kostendrucks: die bereits realisierten Modellversuche und Konzepte zur Berufsförderung und -reintegration sowie die in ihnen gesammelten positiven Erfahrungen sollten Mut machen, solch sinnvolle Ansätze auch in anderen Regionen umzusetzen. Wie die empirische Erhebung zeigen konnte, geschieht dies auch bereits in vielen Einrichtungen.

Doch bei all den Bemühungen der professionellen Suchtkrankenhelfer in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bleibt jedoch eines von entscheidender Bedeutung in diesem Zusammenhang: Ohne die gesellschaftliche Lösung des Problems struktureller Massenarbeitslosigkeit nutzen die besten Konzepte und Wiedereingliederungsbemühungen nur wenig. Wenn es nicht gelingt, dieses Strukturproblem unserer fortgeschrittenen modernen Gesellschaft zu lösen, wenn es nicht gelingt, neue Gesellschaftsmodelle und Arbeitskonzepte auch jenseits der klassischen Erwerbsarbeitsgesellschaft zu verwirklichen²³, „dann werden nicht nur somatische und psychische Erkrankungen eskalieren, dann lebt die Gesellschaft vielmehr mit einer hochbrisanten Zeitbombe, deren Detonation unser gesellschaftliches, unser politisches Gefüge ins Wanken bringen kann.“ (Böner, 1995, S. 5)

Dem ist nichts mehr hinzuzufügen.

Literatur:

Albrecht, Klaus Peter (1998): Zur Integration beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen in die stationäre Entwöhnungsbehandlung. in: Meyenberg, Rüdiger (Hrsg.): Neue Wege in der Drogenpolitik/Drogenhilfe, Oldenburg, S. 103-112
 Albrecht, Klaus Peter/Friz, Thorsten (2000): Berufsförderung von Alkoholabhängigen. Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Oldenburg (unveröffentlicht)

nicht mit dem Hinweis: „noch keine Daten vorhanden“. Die beiden anderen Einrichtungen machten keine Angabe

²⁰ Ausgewertet wurden mehr als 40 Konzepte von stationären Einrichtungen auf ihre Berücksichtigung von Berufsförder- und Reintegrationsmaßnahmen im Rahmen der Therapie. Hierzu vgl. ausführlich: Albrecht/Friz (2000)

²¹ Ein Überblick über Modellvorhaben/ Konzepte beruflich-rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation stationärer Einrichtungen der Alkoholabhängigkeitsbehandlung befindet sich in: Albrecht/Friz, 2000

²² Die größten Sorgen muß man sich zur Zeit um die Suchtkranken machen, die dauerarbeitslos, sozial desintegriert, obdachlos, isoliert, völlig überschuldet und schulisch und beruflich schlecht ausgebildet sind. Für diese, für die die Hürde zu einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation ohnehin sehr hoch ist, haben sich die Bedingungen im bitter notwendigen Übergangs- und Nachsorgebereich durch die strukturellen Veränderungen aktuell eher verschlechtert.“ (Verstege, 1996, S. 335)

²³ vgl. ausführlicher: Beck (1996); Saiger (1998); Albrecht/Friz (2000)

Beck, Ulrich (1996): Kapitalismus ohne Arbeit. U. Beck über Mythen der Politik, globale Wirtschaft und die Zukunft der Demokratie. In: Spiegel, Heft 20, S. 140-146

Beyer, Heinz (1996): Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag. Geesthacht, S. 100-112

Böninger, Karl Heinz (1995): Arbeit – notwendige Bedingung seelischer Gesundheit. In: Sucht aktuell, Heft 1+2, S. 2-5

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) e. V. (1997): Verzeichnis der Fachkliniken für Suchtkranke, Kassel, 25. überarb. und erw. Aufl.

Fachverband Sucht e. V. (1997): Hilfe für Suchtkranke. Verzeichnis der Einrichtungen. 8. überarb. und erw. Aufl., Bonn

Feuerlein, Wilhelm/Küfner, Heinrich/Buschmann-Steinhage, Rolf (1988): Münchener Evaluation der Alkoholismus-Therapie (MEAT): Eine katamnestiche Studie vier Jahre nach der stationären Entwöhnungsbehandlung. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 11, S. 662-677

Friz, Thorsten (2000): Berufliche Rehabilitationsansätze bei Alkoholkranken. Eine empirische Untersuchung berufsbildender Maßnahmen von Alkoholabhängigen in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Diplomarbeit am Fachbereich I: Pädagogik der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg (unveröffentlicht)

Henkel, Dieter (1985): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Erste Ergebnisse empirischer Forschung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag, Hamm, S. 221-237

Henkel, Dieter (1987): Kurzbericht über das Forschungsprojekt: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. In: Suchtgefahren, 1987, S. 286-289

Henkel, Dieter (1992): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim

Henkel, Dieter (1993): Thesen zur Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus in den neuen Bundesländern. In: Sucht, S. 200-204

Henkel, Dieter (1996 a): Zur epidemiologischen, ätiologischen und rehabilitativen Relevanz der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus: Empirische Fakten, theoretische Reflexionen und politische Forderungen. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Geesthacht, S. 307-329

Henkel, Dieter (1996 b): Alkoholismus, Arbeitslosigkeit und Armut unter Berücksichtigung der Lage in den neuen Bundesländern. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol. Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus. Therapie und Hilfe. Freiburg i. B., S. 123-138

Henkel, Dieter (1997): Alkoholismus, Arbeitslosigkeit, Armut. In: Partner, Heft 1, S. 6-13

Knauf, Werner (1996): Berufsfördernde Leistungen in der Rehabilitation Substanzabhängiger. In: SUCHT, S. 188-195

Knauf, Werner/Murk, Bernhard/Knauber, Anja (1996): Berufsförderung bei Alkoholabhängigen. Berufsfördernde Maßnahmen in einem integrierten Behandlungsmodell - Eine vergleichende Evaluationsstudie bei Alkoholabhängigen - Abschlußbericht. Eußerthal

Knauf, Werner/Eichenlaub, Georg (1999): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation – ein Modellprojekt in der Pfalz. In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.): Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten, S. 135-146

Künzler, Ingrid (1999): Erfahrungen und Einschätzungen der LVA Oldenburg-Bremen. In: Meyenberg, Rüdiger/Tielking, Knut (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Oldenburg, S. 109-111

Meyenberg, Rüdiger/Tielking, Knut (Hrsg.) (1999): Neue Wege in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Oldenburg

Ploetz, Klaus von/Jung, Thomas (1999): Stiefkind Arbeit. Fachklinik am Kyffhäuser, Sotterhausen (unveröffentlichtes Manuskript)

Salger, Helmut (1998): Die Zukunft der Arbeit liegt nicht im Beruf. München

Tielking, Knut/Hedden, Heiko (1999): Optimierungsmöglichkeiten für die Rehabilitation von Alkoholabhängigen auf der Basis der Ergebnisse der Studie „Evaluation der Behandlung von Alkoholabhängigkeit. In: Meyenberg, Rüdiger/Tielking, Knut (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Oldenburg, S. 29-48

Verstege, Rainer (1996): Berufliche Eingliederung im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol. Konsum und Mißbrauch. Alkoholismus. Therapie und Hilfe. Freiburg i. B., S. 327-336

Waldow, M./u.a. (1984): Zur Bedeutung der Arbeits- und Lebensbedingungen nach der Behandlung zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs am Beispiel von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Düsseldorf

Waldow, M./Klink, M. (1986): Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariate Globalanalyse katamnestiche Daten. Marburg

Ziegler, Herbert (1999): Die Bedeutung von Erwerbsaspekten in der Behandlung von Alkoholabhängigen. In: Meyenberg, Rüdiger/Tielking, Knut (Hrsg.): Neue Wege in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Oldenburg, S. 17-28

Die Autoren:

Thorsten Friz, Dipl. Pädagoge
Klaus Peter Albrecht, Dipl. Pädagoge

Korrespondenzanschrift:
Klaus Peter Albrecht
Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg
c/o Fachbereich 3 - Dekanat
26111 Oldenburg
Tel. (priv): 0441/50 85 17

Literaturhinweise . . .

Grigoleit, G., Schliehe, F., Wenig, M. (Hrsg.): Handbuch Rehabilitation und Vorsorge, 3. Ergänzungslieferung, St. Augustin 1999, ISBN 3-537-56299-3, DM 160,-

Das Handbuch gibt insgesamt einen umfassenden Überblick über die Bereiche Rehabilitation und Vorsorge. In der aktuellen Nachtragslieferung werden u. a. aktuelle Grundsatzpapiere der Kranken- und Rentenversicherung dokumentiert. So ist das Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Weiterentwicklung der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, das Positionspapier der Rentenversicherung zur Weiterentwicklung der Rehabilitation ebenso enthalten wie gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, zur Durchführung von Vorsorgeku-

ren für Mütter und Müttergenesungskuren, zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung oder die gemeinsamen Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Vorsorge- und Reha-Leistungen auf der Grundlage des § 111 a SGB V und zur Zusammenarbeit der Leistungsträger in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation.

Kruse, G., Körkel, J., Schmalz O. (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln – Mit literarischen Beispielen, Bonn 2000, ISBN 3-88414-244-5, DM 49,80

Die Autoren führen in die medizinischen, soziologischen und psychologischen Grundlagen der Alkoholabhängigkeit ein und reichern fachliche Inhalte durch Lite-

raturbeispiele an. Behandelt werden folgende Punkte:

- Trinksitten und Konsummuster
- Alkoholabhängigkeit medizinisch betrachtet (Diagnose, Folgeerkrankungen, Typologien)
- Alkoholabhängigkeit soziologisch und psychologisch betrachtet (Epidemiologie, soziale Faktoren, Motivation und Motivationsförderung etc.)
- Behandlungsangebote und Behandlungsfragen (Ziele in der Suchtbehandlung, Behandlungsformen und -inhalte, kontrolliertes Trinken, Behandlungsevaluation und Rückfall, rechtliche Aspekte etc.)

Das Buch bietet einen Überblick über vielfältige Aspekte der Alkoholabhängigkeit und bietet an verschiedenen Stellen Anlass zur kritischen Diskussion.