

Frühintervention und Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der (Sucht-)Rehabilitation aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit

Walther Heipertz

Vorbemerkungen

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist größter Träger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit in den letzten Jahren unverändert steigenden Ausgaben in diesem Bereich. Sie steht dabei im Zielkonflikt zwischen wirtschaftlichem Einsatz der Beitragsmittel und dem Auftrag zur bestmöglichen Integration auch unter Einsatz evtl. erheblicher Investitionen im Einzelfall. Nachfolgend geht es um die Optimierung des Zusammenwirkens der Maßnahmen und Leistungen der unterschiedlichsten Träger. Es werden auch einige Projekte des Ärztlichen Dienstes der BA in der Regionaldirektion Baden-Württemberg zu diesem Thema vorgestellt.

Ist-Zustand

Im Suchtbereich sind die Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich verbessert worden, insbesondere sind sehr viel kürzere Behandlungszeiten möglich. Der Erfolg hängt jedoch vom regionalen Netz konkreter Behandlungsangebote und ihrer Koordination ab. Gerade Suchtkranke weisen in der Regel eine minimale Frustrationstoleranz gegenüber dem institutionellen Versagen am Angebot komplexer Leistungen „wie aus einer Hand“ auf.

Dies beschleunigt „Abwärtsspiralen“ aus evtl. schon jahrelang auffällig wechselnden Arbeitsverhältnissen, häufigen Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit, schließlich Arbeitsaufgabe aus gesundheitlichen Gründen, rasant zunehmendem Qualifikationsverlust, abnehmender Leistungsfähigkeit und schließlich auch dissozialem Verhalten. Entsprechende Karrieren sind regelhaft im Rahmen der oft viel zu spät einsetzenden sozialmedizinischen Begutachtung erkennbar. Schätzungsweise ist für bis zu 40% der Langzeitarbeitslosen eine entsprechende Karriere kennzeichnend (IAB).

Wie sollte das System funktionieren?

Erfahrungen mit der trägerübergreifenden Kooperation gibt es bereits. Seit vielen Jahren teilt sich die gesetzliche Krankenversicherung und die Rentenversicherung die Zuständigkeit, in dem Ersteren die Entzugstherapie, Letztere die Entwöhnungsmaßnahme organisiert und finan-

ziert. Dennoch gibt es erhebliche Defizite, da ein vielfaches an Entgiftungsbehandlungen durchgeführt wird gegenüber dann tatsächlich nachfolgenden Entwöhnungsmaßnahmen. Selbst wenn diese Zusammenarbeit verbessert wird, bleibt sie letztlich rudimentär, denn tatsächlich ist eine viel umfänglichere Kooperation erforderlich, nämlich die zwischen den niedergelassenen Ärzten, den Kliniken, der Suchtberatungsstelle, den sonstigen kommunalen Diensten, den Sozialämtern, den Selbsthilfegruppen und auch den Agenturen für Arbeit bzw. den Job-Centern. Diese Koordination sollte auf regionaler Ebene – dies aber bundesweit – organisiert sein.

Zur Zeit laufen aber noch sehr viele Aktivitäten der unterschiedlichsten Träger auch mit Bemühung um verbesserte Kooperation letztlich nebeneinanderher und funktionieren noch zu stark nach eigenen Handlungslogiken, so dass das gesamte System weiterhin erhebliche Drehtüreffekte produziert. Letztlich ergeben sich daraus häufig negative Verstärker für sich verfestigende und verschlimmernde Karrieren, so dass – negativ betrachtet – das System tatsächlich dafür sorgt, dass irgendwann auch im Rahmen der Begutachtung wegen der Verfestigung und „Vereinfachung“ des Falls die Zuständigkeiten schließlich klar sind – entweder bei offenkundiger Erwerbsunfähigkeit bei der gesetzlichen Rentenversicherung oder als „Kartelleiche“ (!?) im Arbeitslosengeldbezug.

Integrationsfähigkeit ist nicht Erwerbsfähigkeit

Hinter solchen „Kartelleichen“-Verläufen steckt die bittere und eindeutige Wahrheit, dass es viele Fälle einer durchaus noch gegebenen Erwerbsfähigkeit bei jedoch nicht zu bezweifelnder Unvermittelbarkeit gibt. Begutachtet nun der Arzt der Agentur für Arbeit dementsprechend, so gibt es zur Zeit keinerlei Möglichkeit, über das für die BA maßgebliche SGB III (Arbeitsförderung) bzw. die vereinbarte Kooperation mit anderen Leitungsträgern auch mit einem gewissen Druck in Richtung Mitwirkung die in diesen Fällen dringende intensive Betreuung und Anwendung weiterer Maßnahmen zu erwirken. Begutachtet der Arzt der Agentur für Arbeit jedoch – eingedenk dieser Aporie – den Fall so, dass er letztlich doch eine

langfristige Leistungsunfähigkeit attestiert, so „kontert“ der Rentenversicherungsträger letztlich fachlich durchaus zutreffend, dass unter Berücksichtigung moderner therapeutischer Verfahren in einer Mehrzahl dieser Fälle eben gerade nicht von einer dauerhaften bzw. über 6 Monate dauernden Leistungsunfähigkeit auszugehen ist. Vielleicht bietet er aber dennoch sogar RehaMaßnahmen an, es fehlen aber sowohl seitens der Arbeitsverwaltung als auch des Rentenversicherungsträgers die Hebel, um tatsächlich auf die Einleitung solcher Maßnahmen hinzuwirken. Der Betroffene bleibt so dann im bisherigen Kreislauf des ambulanten Systems und allenfalls kann der Arzt der Agentur für Arbeit den Hausarzt telefonisch um Intensivierung der Behandlung bitten und die Vorstellung beim psychosozialen Beratungsdienst oder in der Suchtberatungsstelle anregen.

Projekte zur Koordination und Kooperation in der Integration von Suchtgefährdeten und Suchtkranken in der Regionaldirektion Baden-Württemberg der Bundesagentur für Arbeit

Ein Projekt befasste sich mit der Optimierung des Reha-Verfahrens für suchtkranke Alkoholiker im Rahmen des § 125 SGB III. In diesem Projekt wurde die ohnehin sehr interpretationsfähige Frage der Leistungsunfähigkeit auf absehbare Zeit zwischen Arbeitsverwaltung und der Landesversicherungsanstalt (LVA) Baden-Württemberg so „entschärft“, dass probatorisch seitens der Rentenversicherung im Falle der entsprechenden Begutachtung dieses Ergebnis nicht mehr hinterfragt wurde, sondern beschleunigt tatsächlich – auch unter dem damit gegebenen Kooperationsgebot gegenüber dem Betroffenen – medizinische Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet wurde. Gleichzeitig wurden die leistungserbringenden Einrichtungen mit Zustimmung des Betroffenen zur frühzeitigen Kooperation mit der Agentur für Arbeit bzw. dem Ärztlichen Dienst aufgefordert, so dass nach Durchführung der medizinischen Reha-Maßnahme und bei wiederhergestellter und attestierter Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt umgehend berufliche Maßnahmen – soweit

sie erforderlich waren – angeschlossen werden konnten. Diese bestanden im Wesentlichen aus einem stringenten multidisziplinären Casemanagement mit Anteilen von Trainingsmaßnahmen und Coaching. Im Ergebnis konnten von ca. 700 Kunden im letzten Jahr 18% unmittelbar in Arbeit vermittelt werden, bei 13% wurden sofort berufliche Maßnahmen eingeleitet, 10% waren weiter arbeitsunfähig und 9% meldeten sich nicht mehr als arbeitsuchend bzw. arbeitslos. Die übrigen 50% blieben arbeitslos bzw. arbeitsuchend. Nur vereinzelt kam es zum Abgang aus Arbeitslosigkeit durch Selbständigkeit.

In einem anderen Projekt wurde in Absprache mit der LVA Baden-Württemberg in der Agentur für Arbeit Ludwigsburg ein „Konsiliardienst“ eingerichtet. Die Abläufe wurden so organisiert, dass nach gemeinsamer Eröffnung des Gutachtens durch den Vermittler und den Arzt der Agentur für Arbeit die Kontaktaufnahme mit dem Konsiliardienst erfolgte, mit Zustimmung des Betroffenen sofort ein Sozialbericht zur Komplettierung des Reha-Antrags gestellt wurde und so „wie aus einer Hand“ ein komplettes „Behandlungs- und Beratungspaket“ angeboten werden konnte. Seitens der Psychologin im Konsiliardienst wurde für die Übergangszeit bis zur Einleitung der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eine Motivationsgruppe angeboten, um insbesondere die zum Teil instabile Motivation zu stützen und eine weitere Zustandsverschlechterung zu vermeiden. Bei intermittierend aufgetretenen gesundheitlichen Störungen wurde umgehend der Arzt der Agentur für Arbeit eingeschaltet, der ggf. im Kontakt mit dem behandelnden Arzt unmittelbar intervenierte und so auch zusammen mit dem Betroffenen ein funktionierendes, koordiniertes Netz an Versorgung und Überbrückung bis zum Beginn der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme entstand. Das Projekt wurde erst kürzlich begonnen, erste Ergebnisse zeigen aber, dass die Motivation bis zum Beginn der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme zum Teil in hervorragender Weise aufrechterhalten und sogar gestärkt werden kann.

In einem Modellvorhaben namens „MoZarT (Modell zur Zusammenarbeit von Trägern)“ wurde in 22 Agenturen für Ar-

beit Deutschlands im Vorgriff auf die bevorstehende Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe eine gezielte Kooperation zwischen Agenturen für Arbeit und Sozialämtern festgelegt. Am Standort Rottweil war dies verbunden mit einer maßgeblichen Rolle der Ärztin der Agentur für Arbeit im Sinne eines intensiven „Casemanagement“ neben dem eigentlichen Koordinator und einer Sozialarbeiterin. Hier wurden gemeinsam Gruppeninformation und sozialmedizinische Informationsveranstaltungen durchgeführt, eine kontinuierliche Sprechstunde für den betreuten Personenkreis angeboten, ein gemeinsames Profiling vorgenommen und schließlich auch ein Eingliederungsvertrag abgeschlossen, der u.a. die Selbstverpflichtung des Betroffenen enthielt, Informationen vom behandelnden Arzt beizubringen und umgekehrt auch den behandelnden Arzt von sich aus und durch Überbringung von entsprechenden Mitteilungen über Inhalt und Ablauf der Maßnahmen zu unterrichten. Es zeigte sich, dass in diesem auch interkollegialen ärztlichen Verbund gerade Krankschreibungen, die häufig ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Anforderungsprofils bei Trainingsmaßnahmen erfolgen, weitgehend vermieden werden konnten, so dass in diesem Projekt von 144 Teilnehmern tatsächlich über 70% in Arbeit vermittelt werden konnten. Unter dieser Klientel war auch ein nicht näher qualifizierter Anteil von jeweils Suchtkranken.

Ebenfalls bei Kunden, die suchtgefährdet oder suchtkrank waren und vom Arzt der Agentur für Arbeit als leistungsfähig beurteilt wurden, wird nun seit April 2003 in allen Agenturen für Arbeit für diese Kunden mit „multiplen Vermittlungshemnissen“ ein „beruflich-soziales Casemanagement“ eingesetzt, das durch Anbieter auf dem Bildungsmarkt durchgeführt wird. In diesen Casemanagement-Gruppen werden jeweils ca. 15 Personen zusammengefasst. Es erfolgt eine „Potentialanalyse“ mittels standardisierter Befragung unter Einschluss von Selbsteinschätzungsbögen, eine Unterstützung der Bewerbungsaktivitäten und schließlich eine berufliche Trainingsmaßnahme. Über standardisierte Berichtspflichten gegenüber dem Vermittler und dem Ärztlichen Dienst ergibt sich eine frühe Rück-

meldung bei intermittierenden Schwierigkeiten und in einem abschließenden Profiling durch den Casemanager des externen Leistungserbringers erfolgt schließlich eine abschließende Einschätzung. Auch hier ist über den Arzt der Agentur für Arbeit die Kontaktaufnahme zu den niedergelassenen Ärzten möglich und auch hier ist gemäß Absprache mit der LVA Baden-Württemberg im Falle des Scheiterns dieser intensiven Integrationsbemühungen bei fortbestehenden erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die „großzügige“ Zustimmung zur raschen Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu Lasten des Rentenversicherungsträgers gegeben. Erste Ergebnisse zeigen, dass im Rahmen dieser intensiven Betreuung und auch klarer Perspektiven im Falle des Scheiterns beim ersten Anlauf der Anteil erfolgreicher Integrationen deutlich höher ist als bei vergleichbaren Kundengruppen, die nicht in den Genuss eines solchen Casemanagements kommen.

Schlussfolgerungen

Auch im gegebenen Gesamtsystem sind Effizienzsteigerungen möglich, wenn die Akteure vor Ort ihre Verantwortlichkeit klar erkennen und festlegen. Transparenz und kurze Wege sind für die Sachbearbeitung, die Kundenbetreuung und für den Kunden selbst entscheidend. Hilfreich kann hierfür eine gemeinsame Kommunikations- und Informationsplattform sein, die von den zuständigen Trägern, den Leistungserbringern, allen beteiligten Akteuren und den Betroffenen selbst zur Verfügung gestellt wird. Es ergibt sich eine „Innovationsspirale“ zwischen Best Practice-Beispielen einerseits und ihrer Propagierung andererseits bis hin zu weitergehenden trägerübergreifenden Vereinbarungen, die Schritt für Schritt zu einer tatsächlich vernetzten Aktion aller Beteiligten führt.

Der Autor:

Dr. Walther Heipertz
Leitender Arzt
Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg

Literaturhinweis . . .

Loth, Ch., Hutten, R. et.al (Hrsg.):
Professionelle Suchtkrankenpflege,
Bern 2002, ISBN 3-456-83585-X,
34,95 Euro

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erfolgt interdisziplinär. Ein

Lehrbuch für die Suchtkrankenpflege hat bisher gefehlt. Diese Lücke schließt ein niederländisches Autorenteam, indem es in verschiedenen Beiträgen folgende Themen behandelt:

– Fakten und Mythen über Suchtmittel

- Die gesundheitlichen Folgen der Sucht
- Pflegerische Aspekte des Suchtverhaltens
- Suchtkrankenpflege
- Sonstige pflegebezogene Aspekte der Sucht