

Forum 6

Berufliche Integration – ein Qualitätsmerkmal medizinischer Rehabilitation?!

Berufliche Integration – heute wichtiger als je zuvor. Ein Beitrag aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung

Rolf-Bernd Lappe

Als ich die Anfrage erhielt, hier und heute über die berufliche Integration im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung zu referieren, erinnerte ich mich spontan an meinen ersten Besuch in einer Langzeitentwöhnungseinrichtung.

Dieser Besuch liegt schon gut 10 Jahre zurück, er ist mir aber sehr gut im Gedächtnis geblieben und – ich denke – er hat meine Auffassung über den Inhalt der Rehabilitation Abhängigkeitskranker und meine Arbeit in der Suchtkrankenrehabilitation bis heute beeinflusst, ja ich möchte sagen stark geprägt.

Ich hatte damals in der Fachklinik mit einer Gruppe von Klienten, die wenige Tage später entlassen werden sollten, lange über ihre in der Therapie gesammelten Erfahrungen diskutiert. Dabei suchte ich immer wieder nach Erkenntnissen und Ansätzen, wie ich als Neuling in der Suchtkrankenarbeit die Rehabilitation für unsere Versicherten effektiver gestalten könnte. Und dafür erschienen mir eben auch die Aussagen dieser Betroffenen selbst sehr wichtig.

Ganz spontan sagte dann ein Klient nach einiger Zeit, Herr Lappe, geben Sie uns wieder Arbeit und Wohnung und die Rehabilitation ist für Sie und uns erfolgreich gewesen.

Eine solche Antwort, die letztlich von allen Teilnehmern der Runde bestätigt wurde, hatte ich nicht erwartet. Ich wollte etwas über die Therapie selbst hören, ich gestehe, ich wollte in erster Linie hören, wie die Psychotherapie verändert und verbessert werden könnte.

Natürlich war mir auch bei kurzem Nachdenken die Aussage der Klienten zu einfach; darin allein konnte nach meinem Verständnis nicht schlechthin das Geheimnis des Erfolges der Rehabilitation Suchtkranker liegen – auch in Bezug auf das krank-

heitsbedingte Rückfallrisiko und unter Berücksichtigung der Binsenweisheit, dass Arbeit im Leben generell ein stabilisierender Faktor ist.

Da mich aber diese Äußerung irgendwie beeindruckte, habe ich fortan die beiden Bereiche Arbeit und Wohnung verstärkt in meine tägliche Arbeit einbezogen und ich denke – noch heute oder gerade heute – mit Recht einbezogen. Wer mich kennt, stellt das immer wieder fest.

Die Wohnungsfrage ist heute nicht unser Thema, heute geht es um die berufliche Integration.

Als Vertreter eines Versicherungsträgers komme ich nicht umhin, am Anfang meines Referats unseren gesetzlichen Auftrag in Erinnerung zu rufen.

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt letztendlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine vorzeitige Berentung zu vermeiden. Wir wollen dem behinderten Versicherten durch Reha-Leistungen ermöglichen, dauerhaft im Erwerbsleben verbleiben zu können bzw. dauerhaft wieder eingegliedert zu werden. Es gilt der allseits bekannte Grundsatz „Reha vor Rente“.

So wichtig auch die *medizinische Behandlung* eines Klienten ist, der Erfolg der Rehabilitation ist nicht ausschließlich am Erreichen der Abstinenz zu messen, sondern ebenso am Erreichen bzw. Wiedererreichen der *Erwerbsfähigkeit*. Der Versicherte muss *fähig* sein, nach der Reha seine bisherige oder eine andere berufliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder aufnehmen zu können, jedenfalls wenn wir Rentenversicherungsträger die Rehabilitation finanzieren.

Andere Sozialleistungsträger haben andere Ziele.

Nun stellt sich die Frage, wie ist die Realität, was finden wir in unseren Rehabilitationseinrichtungen in dieser Hinsicht vor ?

Zunächst einmal ist dort *ein Heer von Arbeitslosen*.

Die Anzahl derjenigen Klienten, die die Rehabilitation aus dem Arbeitslosenstand antreten, wächst von Jahr zu Jahr beängstigend:

1996 = 39%, 1997 schon 44%, 1998 = 52% und 1999 gar 59% – wohlgermerkt das sind Durchschnittswerte. Hinzu kommen Versicherte, deren Arbeitsplatz wegen der Suchtproblematik gefährdet ist oder diejenigen, die am Arbeitsplatz weiter besonderen Belastungen durch den Umgang mit Suchtmitteln ausgesetzt sind.

Aus Untersuchungen wissen wir, dass Abhängige, die bei der Klinikaufnahme arbeitslos sind und auch bei Abschluss der Rehabilitation *nicht* in Arbeit vermittelt werden können, die höchste Rückfallquote haben.

Deshalb muss die medizinische Rehabilitation in besonderer Weise auf die Bedürfnisse dieser Personenkreise eingehen – und zwar so früh, so schnell und so effektiv wie eben möglich.

Dabei geht es um Fragen wie: Hat der Klient einen schulischen oder beruflichen Abschluss, welche Tätigkeiten hat er bisher verrichtet, welche Fähigkeiten besitzt er intellektuell noch, wie sind seine körperlichen Einschränkungen hinsichtlich der tatsächlichen Berufsausübung, welchen Berufswunsch hat der Klient selbst, wie sind dafür die Möglichkeiten des Arbeitsmarktes, welche Vorstrafen hindern den Versicherten, bestimmte Berufe auszuüben, bearbeitet der Klient lieber Holz oder Metall, beschäftigt er sich lieber in einem Betriebsgebäude oder hält er sich bei der Arbeit

lieber in der freien Natur auf, geht es ihm um eine ästhetisch saubere Arbeit (z.B. in der Druckerei) oder um eine weniger saubere Arbeit – im Garten oder in der Werkstatt. Die Antworten auf diese Fragen geben wertvolle Aufschlüsse für die Vorbereitung auf den beruflichen Einsatz nach der Rehabilitation, ja sie sind hilfreich zur Aufdeckung kommunikativer Schwierigkeiten und interaktioneller Probleme und können dann gleichzeitig als Trainingsfeld für den Erwerb neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten genutzt werden.

In einem solch strukturierten Bemühen der Fachleute in den Reha-Kliniken sehe ich eine zukunftsorientierte Handlungsweise.

Für mein Verständnis wird den Themen „Arbeitslosigkeit“ und „berufliche Eingliederung bzw. Wiedereingliederung“ aber immer noch viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Anspruch und Realität klaffen noch weit auseinander.

Wegen der Komplexität der Problematik bei den oft jahrelang erwerbslosen Versicherten können wir nicht bis zur Adaptionsphase warten. Wir müssen themenzentrierte Gruppen- und Einzelgespräche von Anfang an in den Reha-Plan einstellen, wir müssen eine qualifizierte „Arbeitstherapie“ – (zu der Begrifflichkeit später mehr) – in oder über die Einrichtungen anbieten und wir müssen auch die Fachdienste der Arbeitsämter und diejenigen der Rentenversicherungsträger in diesen Baustein der Rehabilitation schon frühzeitig mit einbeziehen.

Als zweiten Punkt möchte ich die *Therapiekonzepte* der Fachkliniken ansprechen. Gibt es nicht immer noch Konzepte, die ganz eindeutig auf die psychotherapeutische Betreuung und Behandlung ausgerichtet sind? Die Arbeitstherapie ist oft gerade mal mit einer halben Seite bei insgesamt 30 oder 40 Seiten Konzept erwähnt.

Oder: Arztvisiten, Einzelgespräche etc. laufen parallel zur „Arbeitstherapie“. Der Arzt holt sich die Patienten für seine Gespräche vorübergehend aus der Arbeitstherapie.

Drittens: Die arbeitstherapeutischen Therapiebestandteile werden von *unterschiedlich aus- und weitergebildeten Therapeuten* geleitet.

Vielfach finden wir noch hoch qualifizierte Gesellen und Meister, die aber im Umgang mit Abhängigkeitskranken keinerlei oder nur wenig Erfahrungen besitzen. Wer verfügt schon über arbeitsmedizinische Kenntnisse – das gilt im Übrigen nicht selten auch für die in den Kliniken tätigen Ärzte – oder wer hat wirklich eine Ausbildung als Arbeitserzieher oder Berufspädagoge? Bei Neueinstellungen ist hierauf unbedingt zu achten, denn die zu betreuenden Klienten werden immer schwächer, immer stärker gestört, besitzen immer weniger berufliche Qualifikation und waren vor der Reha immer länger vom Berufsleben ausgeschlossen.

Durch die Teilnahme an Lehrgängen, Betriebsbesuchen, Betriebspraktika usw. sollten sich die heute tätigen Arbeitstherapeuten laufend weiterbilden, damit sie den Anschluss nicht verpassen. Doch wo gibt es adäquate Weiterbildungen oder solche Zusatzqualifikationslehrgänge? Ich persönlich kenne keine.

Ich würde mir wünschen, dass wir in allen unseren Rehabilitationseinrichtungen Fachleute beschäftigen, die wirklich eine arbeitsanleitende Funktion für unsere Abhängigkeitskranken haben. Ihnen sollten während ihrer Ausbildung psychosoziale, soziologische, rechtliche und psychiatrische Grundkenntnisse für die Pädago-

gik und Therapie von behinderten Personen am Arbeitsplatz vermittelt worden sein. Als Unterrichtsfächer könnte ich beispielsweise nennen: Spezielle Berufskunde, allgemeine Pädagogik und Arbeitspädagogik, Psychologie, Krankheits- und Gesundheitslehre, Rechts- und Verwaltungslehre sowie Arbeits- und Berufstechnik. Ergänzende theoretische und praktische Programme könnten Einübung in situatives Führen und die Entwicklung arbeitsplatzspezifischer Konfliktlösungsstrategien in gruppodynamischen Übungen sowie das Kennenlernen verschiedener Praxisfelder der Arbeitstherapeuten/Berufspädagogen sein.

Viertens: Ebenso unterschiedlich wie die Qualifikation der Therapeuten ist, sind die Aufgaben der „Arbeitstherapie“ den *verschiedensten Abteilungen der Einrichtungen zugeordnet*: Mal gehören sie zum psychotherapeutischen Bereich, mal sind sie der Verwaltung zugeordnet, mal sind sie selbständig, was aber auch nicht immer ein Vorteil sein muss hinsichtlich der Durchsetzung ihrer Bedeutung. Arbeitstherapie muss ein gleichberechtigter Bereich sein.

Welchen Stellenwert haben in Kliniken, die so dokumentieren, wohl die Bemühungen zur beruflichen Integration und wie individuell erfolgt wohl der Einsatz der Hilfemöglichkeiten?

Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit steht ganz offensichtlich als Ziel nicht in direktem Einklang mit dem therapeutischen Selbstverständnis dieser Einrichtungen, die als vorrangiges Therapieziel die Abstinenz sehen.

Die Tatsache, dass oft 50% des Alltags mit Arbeitstherapie ausgefüllt sind, ist kein Garant für eine erfolgreiche Arbeit – Masse bedeutet nicht gleichzeitig Klasse.

Zugegeben, das Suchtmittel diente dem Klienten lange Zeit als Mittel zur Lebensbewältigung und zur Kompensation von psychischen Defiziten – und auch von körperlichen Störungen. Die Behandlung der Suchterkrankung ist ohne eine adäquate Behandlung dieser psychischen, sozialen und körperlichen Störungen nicht möglich. Neben der Erreichung des Abstinenzzieles geht es aber darum – wie bereits mehrfach ausgeführt –, die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben vorzubereiten, zu betreiben und letztendlich auch zu erreichen.

Ich höre in Kliniken immer wieder nur den Begriff „Arbeitstherapie“ oder in anderen Kliniken verschiedene Begriffe, wenn es um arbeitsbezogene medizinische Rehabilitationselemente oder mehr der Freizeitgestaltung dienende Therapiebausteine geht.

Deshalb jetzt einige Ausführungen zu den Begrifflichkeiten, wie sie künftig einheitlich verwendet werden könnten. Die Besprechung darüber wird im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in Kürze stattfinden.

Die *Belastungserschöpfung* dient der Ermittlung der körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsbereitschaft des Patienten, umfasst die soziale Anpassungsfähigkeit seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschancen und die Dauerbelastung im Arbeitsleben.

In der *Beschäftigungs-/bzw. Gestaltungstherapie* steht der spielerische, kreative Umgang mit Material im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden.

Die Aufgabenstellung setzt sich der Klient meist selbst. Trotzdem ist mit Beschäftigungstherapie nicht bloßes „Zeitverbringen“ gemeint, vielmehr sollen unter therapeutischer Anleitung die meist verschütteten, teilweise auch noch nicht entdeckten kreativen Fähigkeiten des Klienten geweckt und gefördert werden, so dass er dabei Freude und Erfolgserlebnisse erfährt. In der Gestaltungstherapie werden mit bildnerischen Mitteln wie Malen und Modellieren Möglichkeiten des Ausdrucks und der Selbstdarstellung gefunden. Der gestalterische Prozess fördert Selbstheilungskräfte und kann Zugang zu unbewussten Inhalten schaffen.

In der Suchtrehabilitation hat diese Therapie mehr eine *freizeitpädagogische* Funktion, indem sie Anregungen vermittelt und Vorteile selbstorganisierter Zeitstruktur aufzeigt.

Im Gegensatz dazu soll die *Arbeitstherapie* durch gegenständliches und zweckgebundenes Tun zum Erreichen der Rehabilitationsziele beitragen und ein alternatives Vorgehen zu den stark reflexiven und verbal ausgerichteten psychotherapeutischen Verfahren anbieten. Die Arbeitstherapie stellt den Klienten vor Aufgaben mit „Ernstcharakter“. Sie fordert ihn z.B. heraus, sich auf neue und für ihn eventuell schwierige Aufgaben einzulassen und dient auch zur Strukturierung.

Bei der Arbeitstherapie sind sehr gut Arbeitsmotivation, die Einstellung des Klienten zur Arbeit, seine Belastbarkeit und seine Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben (Arbeitsqualität und Arbeitstempo) zu erkennen.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse sind zunächst konkrete arbeitstherapeutische Zielsetzungen für jeden einzelnen Klienten unter Berücksichtigung seiner beruflichen Anamnese und des beruflichen Hintergrundes zu entwickeln.

Nächster Schritt in der Arbeitstherapie ist es dann, die entsprechenden Handlungsprogramme zu entwerfen und gemeinsam mit dem Patienten umzusetzen, die darauf ausgerichtet sind, die Fähigkeiten des Patienten im Bereich der Arbeitshandlungen zu erweitern und zu verbessern.

Die Arbeitstherapie darf sich nicht darauf beschränken, Dienstleistungen für die Klinik zu erbringen, z.B. Einsatz in der Küche, im Speisesaal, in der Hauswirtschaft oder Ähnliches. Vielmehr ist sie an der heutigen Berufsarbeit und deren Erfordernissen auszurichten, so dass auch besondere aktuelle Arbeitsbereiche (z.B. EDV-Techniken, büropraktisches Training, CNC-Ausbildung) vorhanden sein müssen. Auch Teamarbeiten muss beispielsweise vermittelt und erlernt werden. Und schließlich sind für mich Anleitung zur Stellensuche, Bewerbungsberatung, Beratung im Umgang mit Arbeitgebern, Behörden usw. selbstverständlich.

Seit einiger Zeit sprechen wir – nachdem es auch bereits ein entsprechendes Berufsbild gibt – in erster Linie von „*Ergotherapie*“.

Nach dem offiziellen Berufsbild gehört der Ergotherapeut zu der Gruppe der nicht-ärztlichen Therapieberufe im Gesundheitswesen.

Die Ergotherapie hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Maßnahmen positiv zu verbessern, so dass die Betroffenen die größtmögliche Selbständigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Alltags- und/oder Berufsleben wieder erreichen können. Diesem Behandlungselement

liegt die Vorstellung zugrunde, dass Kranke und Behinderte über alltags- und handlungsorientierte Aktivitäten und Prozesse ihre Kompetenzen wiedererlangen, mindestens jedoch erweitern können. Es werden deshalb Medien und Mittel eingesetzt und es wird mit Methoden gearbeitet, die praktische Aktivitäten erfordern. So werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Maßnahmen wirksam.

Die Ergotherapie kann darüber hinaus durch verschiedene Maßnahmen dazu beitragen, den Weg einer beruflichen Eingliederung vorzubereiten. Ihre Aufgabe ist es dann, die Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen und durch geeignete Fördermaßnahmen, Grundarbeitsfähigkeiten im instrumentalen (Handfertigkeit oder kognitive Leistungen) und sozio-emotionalen Bereich zu erarbeiten.

Grundsätzlich versteht sich die Ergotherapie als eine ganzheitliche Therapieform, bei der der Patient oder Klient stets sowohl als Gesamtheit kognitiven, psychischen und körperlichen Seins gesehen wird als auch im Kontext seiner sozialen Bedingungen und Beziehungen.

Bei manchen Versicherten müssen aufgrund ihrer Funktionsausfälle neue berufliche Orientierungen gesucht oder es muss entschieden werden, welche Arbeitsmöglichkeiten überhaupt vorhanden sind. In diesem Zusammenhang gehört es zu den Tätigkeiten des Ergotherapeuten, Anforderungsprofile über berufliche Leistungen zu erstellen, das Leistungsprofil des Versicherten zu erfassen, eine Gegenüberstellung beider Profile vorzunehmen und die allgemeine Belastungsfähigkeit zu erproben. So weit dies möglich und nötig ist, werden im Anschluss daran entsprechende Förderprogramme entwickelt.

Für die Wiedereingliederung in das soziale Gefüge wird es für manchen Klienten wichtig, bestimmte Bedingungen abzuklären, vor allem, wie und unter welchen Bedingungen ein weitgehend selbständiges Leben im Alltag möglich ist. Die Ergotherapie macht hierzu Vorschläge, gibt Unterstützung oder vermittelt ggf. weiter.

Ich gehe noch einen Schritt weiter:

Wenn wirklich das Therapiekonzept einer Klinik bzgl. der Arbeitstherapie vielleicht nicht zu beanstanden ist, wie sieht dann aber die Realität aus?

Wo die Arbeitstherapie in einer Garage oder einem feuchten, engen Kellerraum untergebracht ist, kann keine adäquate Vorbereitung auf die Arbeitswelt draußen erfolgen. Wenn immer noch Maschinen und Werkzeuge aus den 50er-Jahren eingesetzt werden, kann man keinem Arbeitgeber, der sich einmal in einer Klinik über die Arbeitstherapie ein Bild verschaffen will, klarmachen, dass der Klient für bestimmte Berufsfelder *wirklich* vorbereitet wurde. Dabei verlange ich keine hochmodernen Betriebsstätten für die Arbeitstherapie in der Einrichtung, das würde auch unsere finanziellen Möglichkeiten im Jahre 2002 übersteigen. Was ich mir wünsche, ist ein angemessener Arbeitstherapiebereich für schwerer gestörte Klienten im Klinikbereich selbst, darüber hinaus aber die arbeitstherapeutisch begleitete Kooperation mit Bildungsstätten oder Fremdfirmen verschiedenster Arbeits- und Berufsfelder für die übrigen Klienten. Letzteres ergibt zudem die große Chance, dass ein Arbeitgeber, der einen Klienten in einem Praktikum kennen lernt, diesen im Berufsalltag selbst

beobachten und abschließend hinsichtlich seiner Einsatzfähigkeit beurteilen kann – und das, ohne dafür selbst Kosten aufwenden zu müssen. Ich freue mich immer wieder, wenn aus solchen Praktika Dauerarbeitsverhältnisse werden.

Damit ich nicht missverstanden werde, ich habe nichts dagegen, wenn es der Leitung einer Rehabilitationseinrichtung gelingen sollte, einen besonderen Arbeitstherapiebereich einzurichten, der auch reguläre Instandhaltungsaufgaben für das Haus übernimmt. Für besonders ausgewählte Klienten könnte ich mir nach Absprache auch den Betrieb eines verantwortungsvollen Arbeitstherapiebereichs vorstellen, der sich über Fremdaufträge wenigstens zum Teil selbst finanziert (Partyservice, Pferdepension, Verkaufsladen, Gärtnerei etc.).

Bei steigender Arbeitslosigkeit haben die uns anvertrauten Klienten immer schlechtere Vermittlungschancen. Das ist Realität, das müssen wir sehen und deshalb müssen wir sehr kreativ sein, um die Vermittlungsquote weiter zu verbessern.

Es darf nicht so sein, dass es vom Engagement der einzelnen Fachkraft in den Einrichtungen oder vielleicht auch vom Zufall(?) abhängt, was bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung *während* der medizinischen Rehabilitation geschieht.

Nach diesen Ausführungen ist es m.E. schon fast überfällig, dass ich das Verhältnis Entwöhnungsphase und Adaptionenphase anspreche. Die von mir beschriebenen Therapiebereiche benötigen wir nicht in den Fachkliniken *und* in den separaten Adaptionseinrichtungen. Ich wünsche mir, dass es künftig noch mehr Abstimmung zwischen den Kliniken und den Adaptionseinrichtungen gibt. Abstimmung untereinander zur Vermeidung von Doppelleistungen, ist hier die Forderung der Stunde.

In manchen Fällen ist schon vor oder wird während der Therapie erkennbar, dass die berufliche Eingliederung/Wiedereingliederung nur gelingen kann, wenn der Klient zuvor berufsfördernde Leistungen wie eine Fort- und Weiterbildung im bisherigen oder eine Ausbildung für einen neuen Beruf erhält. Auch hieran müssen die Therapeuten rechtzeitig denken und die erforderlichen Schritte einleiten.

Wir kennen hier zwei Leistungsbereiche, die wir deutlich voneinander trennen müssen: Die berufliche (Wieder-)Eingliederung und die berufliche Rehabilitation – Letztere seit dem SGB IX „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ –.

Bei der beruflichen Eingliederung/Wiedereingliederung geht es darum, den Versicherten aus anderen als gesundheitlichen Gründen, z.B. aus berufsbedingten oder arbeitsmarktlichen Gründen beruflich wieder einzugliedern.

Hierzu erforderliche Leistungen fallen in die Zuständigkeit der Arbeitsverwaltung und sind mit den Arbeitsämtern vorzubereiten. Da die Leistungsmöglichkeiten der Arbeitsämter häufig wechseln, ist ständiger Kontakt zwingend erforderlich.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können nur bewilligt werden, wenn der Versicherte aus *gesundheitlichen* Gründen einer beruflichen Umorientierung bedarf. Weil die Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist, soll durch entsprechende berufsfördernde Leistungen diese Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden.

Hierfür ist die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung gegeben. Wir prüfen vor, während und auch bei Abschluss der medizinischen Rehabilitation, ob derartige Leistungen erforderlich und möglich sind. Dazu benötigen wir entsprechende Angaben.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen in Betracht,

- wenn der Versicherte *wegen der Suchtegefährdung* seinen alten Beruf nicht mehr ausüben kann (es muss ein unmittelbarer oder direkter branchenüblicher, berufsbedingter Kontakt mit Suchtmitteln gegeben sein – z.B. beim alkoholabhängigen Koch oder bei Arbeitskräften im medizinisch-pflegerischen Bereich im Krankenhaus),
oder
- wenn Folge- oder *andere* Erkrankungen vorliegen, die alleine eine berufliche Umorientierung erforderlich machen. Das ist z.B. der Fall, wenn wegen Folgeerkrankungen der Sucht mit Dauerbeeinträchtigungen keine Möglichkeit zur Wiederaufnahme der früheren Erwerbstätigkeit besteht oder andere Erkrankungen wie z.B. Rückenleiden oder chronische Pankreatitis einen Berufswechsel erforderlich machen.

Wenn die Weichen für die Zeit nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation insoweit nicht rechtzeitig gestellt werden und sich weitere erforderliche Maßnahmen nicht nahtlos anschließen können, wird aus der „Schnittstelle“ medizinische Rehabilitation/berufliche Integration eine „Stolperstelle“, die den Klienten nicht selten wieder in die Abhängigkeit zurückwirft.

Den Erfolg einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung zu messen, ist eigentlich nicht schwer – ich sagte eigentlich. Denn es ist wirklich einfach, einige Jahre nach Beendigung der Rehabilitation bei unserer Landesversicherungsanstalt ins Versicherungskonto zu schauen, ob der Versicherte sich in einem versicherungspflichtigen Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis befindet oder nicht.

Die Problematik der Erfolgskontrolle ist nach meinem Verständnis jedoch vielfältiger und das ist auch wohl der Grund dafür, dass diese Thematik insgesamt noch unbefriedigend bzw. überhaupt nicht behandelt wurde. Es sind eine ganze Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, die dann noch unterschiedlich gewichtet werden müssen – wie beispielsweise um die wie viele Entwöhnungsbehandlungen es sich, wie lange ist der Versicherte bereits abhängig, wie ist sein sozialer Status bei Antritt der Rehabilitation, wie sind die Berufschancen für ihn persönlich usw. Ich will diesen Komplex heute nicht behandeln.

Trotz dieser Gesamtproblematik hat es mich einmal gereizt – auch weil Geld für umfassende Erfolgskontrollen derzeit nicht zur Verfügung steht – eine Auswertung eines Reha-Jahrgangs allein anhand unseres Versicherungskontos vorzunehmen und dabei bewusst nur bestimmte „Bausteine“ zu erfassen.

Auch die Auswertung nach Altersgruppen und Geschlecht ist interessant:

Alter in Jahren	männlich		weiblich	
	Alkohol %	Drogen %	Alkohol %	Drogen %
bis 19 Jahre	2,0	1,1		3,4
bis 24 Jahre	1,4	25,5	0,4	29,3
bis 29 Jahre	7,7	36,0	5,3	26,7
bis 34 Jahre	18,3	22,5	18,4	23,3
bis 39 Jahre	23,9	10,9	21,1	12,9
bis 44 Jahre	20,3	2,8	24,1	0,9
bis 49 Jahre	12,6	0,6	9,6	
bis 54 Jahre	10,6	0,4	10,1	1,7
bis 59 Jahre	4,7	0,2	10,1	1,7
älter als 59 Jahre	0,3		0,9	

Die Entlassungsform nach Geschlecht zeigt im Alkoholbereich nur geringfügige Unterschiede. Im Drogenbereich schließen deutlich mehr Frauen ihre Therapie regulär ab und auch die Zahl der disziplinarischen Entlassungen ist bei den Frauen niedriger.

	Alkohol				Drogen			
	männlich		weiblich		männlich		weiblich	
	Anz.	v.H.	Anz.	v.H.	Anz.	v.H.	Anz.	v.H.
regulär	1.173	69,6	144	63,2	278	33,7	50	43,1
vorzeitig (ärztlich veranlasst)	53	3,1	9	3,9	11	1,3	1	1,7
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	67	4,0	12	5,3	21	2,5	2	1,7
vorzeitig gegen ärztlichen Rat	291	17,3	50	21,9	318	38,5	42	36,2
disziplinarisch	56	3,3	6	2,6	116	14,0	12	10,3
verlegt	44	2,6	7	3,1	82	9,9	8	6,9
gestorben	2	0,1						

Die Dauer der Entwöhnungsbehandlungen war bei Männern und Frauen unterschiedlich, besonders bei den Drogenabhängigen

	männlich	weiblich
Alkohol	113	118
Drogen	127	143

In den folgenden Auswertungen habe ich zusammengefasst die Erwerbstätigen, die Arbeitslosen und die Arbeitsunfähigen, weil ich bei diesen Personengruppen unterstelle, dass das Ziel der Rentenversicherung, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit – nicht Erwerbstätigkeit – erreicht wurde.

Bei 93% der Versicherten, die 1995 eine Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen hatten, war 1998 das Ziel der Rehabilitation erreicht, 2000 – nach 5 Jahren – waren es nur noch 75% im Alkoholbereich.

Im Drogenbereich lag die Zahl 1998 unter der Zahl für den Alkoholbereich, 87%. 2000 war der VH-Satz fast identisch mit dem des Alkoholbereichs.

Interessant ist, dass bei den Alkoholabhängigen die höchste Zahl bei dem Status „Erwerbstätig“ lag und im Drogenbereich bei dem Status „Arbeitslos“.

Alkohol

	Erwerbstätig	Arbeitslos	Arbeitsunfähig	insgesamt	v.H.
1995				1.913	
1998	814	726	234	1.734	93
2000	725	586	128	1.439	75

Drogen

	Erwerbstätig	Arbeitslos	Arbeitsunfähig	insgesamt	v.H.
1995				942	
1998	266	443	111	820	87
2000	268	387	43	698	74

Wenn ich die *Erwerbstätigen*, *Arbeitslosen* und *Arbeitsfähigen* isoliert betrachte, ergibt sich folgendes Bild hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer von Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit/Arbeitsunfähigkeit:

	1998			2000		
	Erwerbstätigkeit	Arbeitslosigkeit	Arbeitsunfähigkeit	Erwerbstätigkeit	Arbeitslosigkeit	Arbeitsunfähigkeit
Alkohol	9,2	8,7	3,4	9,5	8,7	3,5
Drogen	6,7	8,0	3,4	8,3	8,1	2,6

Betrachtet man *alle*, die eine Rehabilitation abgeschlossen haben, so ergeben sich folgende Zahlen:

	1998				2000			
	Erwerbstätigkeit	Arbeitslosigkeit	Arbeitsunfähigkeit	gesamt	Erwerbstätigkeit	Arbeitslosigkeit	Arbeitsunfähigkeit	gesamt
Alkohol	3,9	3,3	0,4	7,6	3,6	5,8	0,2	9,6
Drogen	1,9	3,7	0,4	6,0	2,4	5,9	0,1	8,4

Bei beiden Indikationen lag die Dauer der erfassten relevanten Zeiten im Jahre 2000 deutlich über der Zahl des Jahres 1998. Allerdings kann ich nicht sagen, ob die Versicherten evtl. zwischenzeitlich eine weitere Rehabilitationsleistung erhalten hatten.

Interessant wäre jetzt natürlich ein Vergleich mit aktuelleren Zahlen, z.B. denen des Jahres 1998. Doch hierfür ist der Erhebungszeitraum noch zu kurz. Ich werde aber an der Thematik „dran“ bleiben und auch noch eine „Verfeinerung“ der Daten versuchen.

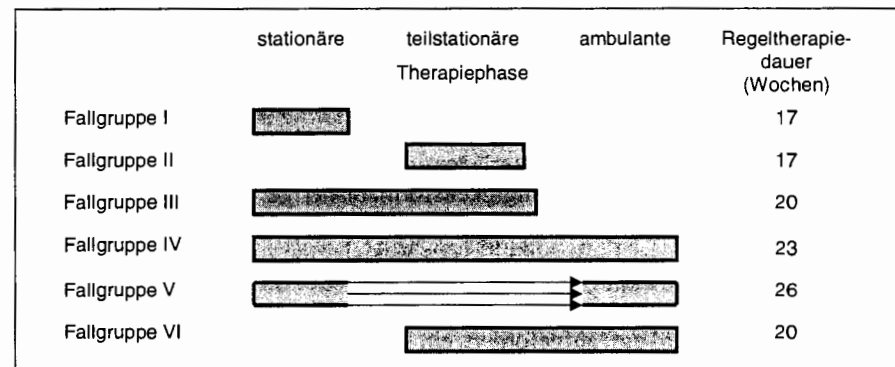
Welche Konsequenzen hat die LVA Westfalen aus diesen Ergebnissen gezogen oder wie hat die LVA Westfalen den Therapeuten in den Reha-Einrichtungen Hilfestellung gegeben hinsichtlich der Verbesserung der beruflichen Integration?

Ich möchte beispielhaft zwei Projekte nennen, die die LVA Westfalen in den letzten Jahren initiiert und mit ihren Partnern durchgeführt hat.

Da ist zunächst die *Flexibilisierung der Adaption* zu nennen.

Wir haben uns in Westfalen-Lippe nicht darauf beschränkt, die Flexibilisierung nur für die Entwöhnungsbehandlungen einzuführen, sondern auch für die Adaption. (Man muss wissen, dass wir in Westfalen-Lippe nur getrennte Entwöhnungs- und Adaptionseinrichtungen kennen.)

Auch die Adaption ist hinsichtlich der Leistungsform bei uns so durchzuführen, dass sie dem individuellen Reha-Bedarf jedes einzelnen Versicherten entspricht. Ein Wechsel vom stationären ins teilstationäre oder ambulante Setting ist jederzeit möglich. Es reicht eine Anzeige des Wechsels beim Versicherungsträger aus, sofern die reguläre Therapiezeit nicht überschritten wird.



Die Grafik zeigt auf, welche *Regeltherapiedauern* wir im Drogenbereich akzeptieren. Individuelle Gestaltungen sind selbstverständlich nach vorheriger Abstimmung mit uns möglich.

Zahlen zu diesem Modell kann ich Ihnen heute leider noch nicht nennen, ich denke aber, dass wir im Jahre 2003 für den Heidelberger Kongress Ergebnisse parat haben können.

Die Vorbereitung und Durchführung der individuellen beruflichen Integration setzt in einigen Fällen Spezialkenntnisse voraus, die nicht immer in den Reha-Einrichtungen vorhanden sein können. Ich denke an arbeitsmedizinische oder arbeitspsychologische Untersuchungen und Tests, deren Ergebnisse erst ein gezieltes Tätigwerden der Therapeuten in den Reha-Einrichtungen ermöglichen.

Die Berufsförderungswerke als Spezialeinrichtungen für berufsfördernde Maßnahmen verfügen über das entsprechende „know how“ und das entsprechende Fachpersonal und wir dachten uns, diese Fachlichkeit bereits während der medizinischen Rehabilitation zu nutzen, falls dies sinnvoll und notwendig ist.

Im Rahmen eines Modellprojektes haben wir zunächst mit einigen Adaptionseinrichtungen und dem Berufsförderungswerk in Dortmund Absprachen getroffen, um entsprechende Vorgänge schnell und unbürokratisch abzuwickeln. Über die Erfolge kann ich ebenfalls noch nicht sprechen, da diese Vorgänge noch nicht ausgewertet sind.

Ich möchte Ihnen dieses Modell kurz vorstellen und sage sofort dabei, dass es meines Erachtens in die richtige Richtung geht, dass es aber für einen Teil der Versicherten leider immer noch zu spät greift.

Wie läuft das Verfahren ab:

In der Adaptionseinrichtung:

1. Die Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung stellen fest, dass ein Versicherter der beruflichen Eingliederung / Wiedereingliederung bedarf und es sich dabei um einen Spezialfall handelt.
2. Der Versicherte fertigt zusammen mit seinem Therapeuten eine ausführliche Arbeitsanamnese nach Vordruck.
3. Der Arzt der Einrichtung fasst die relevanten Daten zum Gesundheitszustand und zum Erwerbsleistungsvermögen des Versicherten zusammen.
4. Der Therapeut ergänzt diese Unterlagen um besondere Angaben wie Inhaftierungen, Maßregelvollzug, Abhängigkeitsform, bisherige Therapien, so weit diese die berufliche Eingliederung / Wiedereingliederung beeinflussen können.
5. Der Therapeut holt das Einverständnis des Versicherten zu dem weiteren Verfahren und seine Mitwirkungsbereitschaft ein und leitet die vereinbarten Unterlagen dem Bfw zu.
6. Der Versicherte wird ggf. aufgefordert, ein Führungszeugnis zu beschaffen (weil davon die Eingliederung in bestimmte Berufe abhängig ist).

Im Berufsförderungswerk:

1. Das Bfw lädt zu einem Vorgespräch ein (Teilnehmer: Arzt, Psychologe, Ausbilder und Versicherter).
2. Im Vorgespräch wird erarbeitet, welche Module des Gesamtprogramms des Bfw eingesetzt werden sollen.

Es kommen im Wesentlichen vier verschiedene Module in Betracht:

Modul 1: Umfassende Berufsberatung zur Erarbeitung konkreter Berufsvorschläge unter Berücksichtigung der Ergebnisse standardisierter eignungspsychologischer Testverfahren, des aktuellen Schulkenntnisstandes, der Neigungen, der beruflichen Vorerfahrungen, der psychophysischen Belastbarkeit und der persönlichen Situation des Rehabilitanden.

Modul 2: Feststellung beruflich relevanter gesundheitlicher Einschränkungen mit Beratung zur weiteren beruflichen Leistungsfähigkeit und zur beruflichen Reintegration.

Modul 3: Erprobung der körperlichen Leistungsfähigkeit unter typischen Belastungen eines spezifizierten Berufsbildes mit arbeitsmedizinischer Überwachung. Empfehlungen und Ermutigung zur beruflichen Reintegration bzw. Rehabilitation.

Modul 4: Information über gewünschte Berufsfelder/-bilder und den Ablauf der Ausbildung. Hilfestellung bei der Berufswahl durch praxisbezogene Erprobung. Die Dauer der Module ist unterschiedlich und wird individuell festgelegt. Der Versicherte nimmt daran als *Pendler* (aus der Adaptionseinrichtung) teil.

3. Das Bfw fertigt einen Bericht über das in Aussicht genommene weitere Vorgehen. Dieser Bericht dient gleichzeitig als Leistungsantrag an die LVA Westfalen.

Die LVA entscheidet über den Antrag und erteilt ggf. die Leistungszusage.

Im Berufsförderungswerk:

1. Die bewilligten Module werden durchgeführt.
2. Es findet mit allen Beteiligten ein Abschlussgespräch statt, über das ein umfassender Bericht erstellt wird.

In der Adaptionseinrichtung:

1. Die Adaption wird unter Berücksichtigung des Abschlussberichtes fortgesetzt für die weiter erforderliche Dauer. Auf Beginnstermine für berufsfördernde Programme wird Rücksicht genommen.
2. Der Therapeut veranlasst Praktikum, Anmeldung bei Schulen, Ausbildungsstätten pp.
3. Der Therapeut fordert den Versicherten auf, unverzüglich mit dem Ergebnis der Testung im Bfw Dortmund zu seinem Arbeitsamt zu gehen, um das Weitere zu veranlassen. (Die Arbeitsämter kennen dieses Projekt und unterstützen die Reintegrationsbemühungen.)

In der LVA:

Reha-Fachberater hält laufend Kontakt zum Arbeitsamt, um die berufliche Integration zu überwachen.

Ich hatte bereits darauf hingewiesen, dass wir das Verfahren generell sehr begrüßen. Was uns noch Kopfzerbrechen bereitet, ist die Tatsache, dass dieses alles in der drei- bis viermonatigen Adaption zu leisten ist und dass die weiteren Maßnahmen möglichst sofort im Anschluss an die Adaption stattfinden sollen. Diese Problematik müssen und wollen wir lösen. Und das geht nur, wenn wir bereits während der *Entwöhnungsbehandlung* tätig werden.

Ich stelle mir für die Zukunft folgendes Verfahren vor und damit komme ich zum Resümee:

1. Die Antragsunterlagen für medizinische Rehabilitationsleistungen sollten um berufsbezogene Fragestellungen ergänzt werden. Eine gezielte berufliche Anamnese muss obligatorisch werden.
2. Die Bearbeitung medizinischer Rehabilitationsanträge kann sich so auch auf die Prüfung der Notwendigkeit und die Erfolgsaussichten von Leistungen zur beruflichen Integration/Teilhabe am Arbeitsleben erstrecken (Abklärung des Erwerbsleistungsvermögens sowie der beruflichen Einsatzmöglichkeiten aktuell arbeitsmarktorient).

Die heute noch deutliche Trennung von medizinischer Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben muss aufgegeben werden.

3. Begutachtende Ärzte, Prüferärzte und Ärzte der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sind entsprechend zu qualifizieren; trägerübergreifende Fortbildungsmaßnahmen sind zu konzipieren und wechselseitige Hospitationen zu vereinbaren.
4. Die Beratung über aktuelle berufliche Eingliederungsmöglichkeiten der Leistungsträger sollte in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen intensiviert werden bzw. es sollten die Berufsförderungswerke wie selbstverständlich eingebunden werden.
5. Mehrmals während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation sollte ein Reha-Fachberater der Rentenversicherung anwesend sein oder die Reha-Einrichtung sollte selbst über entsprechend qualifizierte Sozialarbeiter verfügen.
6. Diese Reha-Beratung sollte sich schwerpunktmäßig auf Beratungen zur beruflichen Eingliederung/Wiedereingliederung sowie die unverzügliche Einleitung weiterer erforderlicher Maßnahmen beziehen.
7. Der gelegentlich in der Fachwelt vorgetragene Einsatz von so genannten „Fall-Managern“ (auch extern) zur Verbesserung der Reintegration schlechthin sollte diskutiert werden.

Für mich steht die Praxis der beruflichen Integration in einer Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen einfach noch in einem krassen Widerspruch zu dem Stellenwert, den ich diesem Bereich im Rahmen der heutigen Rehabilitation Abhängigkeitskranker beimessen möchte.

Viel zu viel werden heute immer noch nur die Psycho- und die Sozialtherapie gesehen und weiterentwickelt. Die deutliche Verbesserung des Stellenwertes der beruflichen Reintegration muss unsere Aufgabe für die nächste Zeit sein. Wir müssen dabei noch kräftig zulegen und auch Barrieren überwinden.

Ich fordere Sie auf, mit uns, den Leistungserbringern, gemeinsam weitere Erfolg versprechende Projekte und Modelle zu vereinbaren und durchzuführen.

Nachdem wir die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker in den letzten Jahren differenzierter und individueller gemacht haben, muss uns bald auch die optimale Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration gelingen.

Qualität ist, wenn... – Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 26 – ISBN 3-87581-229-8

Neuland, 2003, Geesthacht