

# Perspektiven bei Perspektivlosen

## Grenzen, Möglichkeiten und Erfordernisse der Rehabilitation Abhängigkeitskranker bei Patienten mit geringen beruflichen Reintegrationschancen

Johannes Lindenmeyer

### Zusammenfassung

Bei Arbeitslosenquoten von 60-70% unter den Patienten in stationären Entwöhnungseinrichtungen insbesondere in den neuen Bundesländern wird die Erwartung: Abstinenz = berufliche Reintegration, immer unrealistischer. Andererseits wird in Langzeitstudien deutlich, dass der Erfolg stationärer Entwöhnungsbehandlung entscheidend davon abhängt, ob den Betroffenen eine berufliche Reintegration gelingt. Vor diesem Hintergrund sind stationäre Entwöhnungseinrichtungen verstärkt gefordert, die konkreten Lebensplanung und beruflichen Reintegration der Patienten in den Mittelpunkt ihrer Behandlungsbemühungen zu rücken. Zentrale Bedeutung kommt hierbei einer unbürokratischen und kreativen Kooperation zwischen Leistungsträgern, Arbeitsverwaltung und den Behandlungseinrichtungen zu.

### 1. Ausgangslage

Seit etwa 1974 ist ein steigender Anteil an Arbeitslosen unter den Patienten in Suchtbehandlungseinrichtungen zu verzeichnen. Arbeitslosenquoten von damals 30% bis 50% machten deutlich, dass es nicht mehr ausreichte, mit Hilfe medizinischer Rehabilitation die mangelnde Erwerbsfähigkeit von Suchtkranken zu behandeln, sondern dass die fehlende Erwerbstätigkeit ein immer vordringlicheres Problem darstellte (Bönner, 1996). Entsprechend wurden 1995 auf dem Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. „Sucht und Erwerbsfähigkeit“ viele konkrete Projekte und Maßnahmen vorgestellt, um die beruflichen Rehabilitationschancen von arbeitslosen Suchtkranken gezielt zu erhöhen (Fachverband Sucht, 1996). Konkrete Maßnahmen, um einerseits arbeitslose Suchtpatienten für eine gezielte Arbeitsplatzsuche zu motivieren und vorzubereiten sowie andererseits hierbei die Kooperation von Rentenversicherern und Arbeitsverwaltung zu optimieren, gehören mittlerweile zum Standard moderner Entwöhnungsbehandlung. Von Seiten der Rentenversicherung wurde außerdem mit der Adaptionsbehandlung ein zusätzliches Angebot zur beruflichen Reintegration arbeitsloser Suchtkranker geschaffen. Dagegen fanden die damals ebenfalls von einigen Autoren angestellten Überlegungen, angesichts struktureller Arbeitslosigkeit auch auf Alternativen zur Erwerbstätigkeit zu setzen

(Bönner, 1996; Siegrist, 1996; Dettling, 1996), bislang noch wenig Niederschlag innerhalb der Rehabilitation von Suchtkranken.

In den neuen Bundesländern hat die Arbeitslosigkeit unter den Suchtpatienten seit 1998 nochmals eine ungeheure Zuspitzung erfahren. Bei Arbeitslosenquoten von 60-70% unter den PatientInnen in stationären Entwöhnungseinrichtungen (Lindenmeyer & Kirschenbauer, 1998; Lindenmeyer & Kolling, 1999, 2000; von Keyserlingk, 1998, von Ploetz & Jung, 1999) wird die bislang geltende Erwartung: Abstinenz = berufliche Reintegration, für die Mehrheit der Patienten unrealistisch. Bisherige Behandlungskonzepte tragen diesem Umstand nur unzureichend Rechnung. Dies soll an einigen Daten der Basisdokumentation und 1-Jahres-Katamnese des Entlassjahrgangs 1998 (N = 802) der salus klinik Lindow<sup>1</sup> verdeutlicht werden.

### 1.1 Soziale Situation vor und nach der Behandlung

Trotz guter Schulbildung und Berufsausbildung waren mit über 70% fast drei Viertel aller Patienten arbeitslos. Fast die Hälfte aller Patienten war mit über 12 Monaten als Dauerarbeitslose zu bezeichnen.

Tab. 1: Soziale Situation vor und nach der Behandlung der in 1998 entlassenen Patienten

	N=802
<b>Aktuelle Berufstätigkeit</b>	
Berufstätig	24,3%
Arbeitslos	72,8%
Nicht berufstätig	0,4%
Berentet	2,5%
<b>Dauer der Arbeitslosigkeit</b>	
Keine	27,2%
1-12 Monate	28,8%
Über 12 Monate	44,0%
<b>Berufssituation bei Behandlungsende</b>	
Arbeitslos	67,1%
Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses	22,5%
Neuer Arbeitsplatz	5,9%
Berufliche Rehabilitation/Umschulung	1,8%
Rente	2,6%
<b>Vereinbarte Nachsorge</b>	
Selbsthilfegruppe	76,7%
Suchtberatungsstelle/ betrieblicher Sozialdienst	49,9%
Stationäre Nachsorgeeinrichtung	3,7%

Trotz großer Anstrengungen während der stationären Behandlung in Form von Bewerbungstraining und gezielter Stellensuche durch den Sozialdienst der Klinik waren zum Ende der Behandlung immer noch deutlich mehr als die Hälfte aller Patienten arbeitslos. Lediglich bei 7,7% der Patienten konnte eine berufliche Perspektive in Form eines neuen Arbeitsplatzes oder einer Umschulung bzw. beruflicher Rehabilitationsmaßnahme entwickelt werden. Während dies angesichts der allgemeinen Arbeitslosenquote von über 20% in Brandenburg und Berlin nicht verwundern kann, ist es besonders bedauerlich, dass lediglich 3,7% der Patienten in eine eindeutig indizierte stationäre Nachsorge in Form einer Adaptionstherapie oder Langzeitbehandlung vermittelt werden konnten. Als Haupthindernis erwies sich hierbei, dass Patienten gerade angesichts ihrer durch die Arbeitslosigkeit labilisierten sozialen Identität ihre in der Regel weitgehend intakten sozialen Bezüge in Form von Wohnung, Partnerbeziehung oder sozialen Bindungen nicht länger missen wollten.

## 1.2 Behandlungserfolg ein Jahr nach Behandlungsende

Angesichts dieser Situation kann es nicht verwundern, dass die Abstinenzquoten mit 38% (DGSS 4) bzw. 53,5% (DGSS 1) ein Jahr nach Beendigung der Behandlung deutlich niedriger lagen, als dies in Fachkliniken insbesondere in den alten Bundesländern üblich ist. Ganz offensichtlich sind den therapeutischen Bemühungen angesichts der ungünstigen beruflichen Perspektive der Patienten enge Grenzen gesetzt.

Tab. 2: Abstinenzquoten bei 1-Jahres-Katamnese

	N=802 DGSS 4	N= 501 DGSS 1
Abstinent	38,0%	53,5%
Abstinent nach Rückfall	14,2%	18,8%
Rückfällig	47,8%	27,7%

Allerdings deutet der vergleichsweise hohe Anteil der gebesserten Patienten mit bewältigten Rückfällen darauf hin, dass Patienten mit Hilfe entsprechender Rückfallpräventionsstrategien (Lindenmeyer, 1999) auch unter vergleichsweise ungünstigen Rahmenbedingungen lernen können, Rückfälle zumindest zu begrenzen. Die bei 255 Patienten erhobenen Einzelheiten zum Rückfallgeschehen unterstreichen eindrucksvoll das erhebliche Rückfallbewältigungspotential auch bei ungünstiger beruflicher Perspektive: Etwa ein Viertel aller Rückfälle konnten auf maximal 3 Tage beschränkt werden und wurden von den Betroffenen ohne fremde Hilfe beendet, noch bevor schwerwiegende negative Folgen eintraten.

Tab. 3: Einzelheiten zum Rückfallgeschehen

	N= 255
<b>Dauer des längsten Rückfalls</b>	
Max. 3 Tage	26,3%
4-14 Tage	23,9%
länger als 14 Tage	9,4%
dauerhaft rückfällig	
keine Angaben	20,0%
<b>Folgen des Rückfalls (Mehrfachnennungen möglich)</b>	
Berufliche negative Folgen	12,5%
Soziale negative Folgen	30,6%
Gesundheitliche negative Folgen	30,6%
Sonstige negative Folgen	3,9%
Keine negativen Folgen	29,0%
<b>Rückfallbeendigung</b>	
Aus eigener Kraft beendet	30,2%
Aus eigenem Antrieb Hilfe gesucht	20,0%
Auf andere Art beendet	6,7%
Weiterhin rückfällig	20,4%
Keine Angaben	22,7%

## 1.3 Zusammenhang von Arbeitssituation und Abstinenz

Von besonderem Interesse war in diesem Zusammenhang, ob die Arbeitslosigkeit eher Rückfälle begünstigte oder ob umgekehrt Rückfälle vermehrt zu Arbeitslosigkeit führten. Einerseits zeigte sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der Erwerbssituation und den Abstinenzquoten 1 Jahr nach Behandlungsende.

Tab. 4: Berufsstatus von abstinenten und rückfälligen Patienten 1 Jahr nach Behandlung

	Abstinent N= 363	Rückfällig N=147
<b>Berufstätigkeit (&lt;.001)</b>		
Berufstätig	41,9%	23,7%
Arbeitslos	37,5%	64,0%
Berentet	7,2%	7,5%
Umschulung	9,7%	0,7%
Hausfrau/Hausmann	1,1%	-
Keine Angaben	2,2%	-

Andererseits war der in vielen Studien beschriebene eindeutige Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit bei Entlassung und Abstinenzstatus nach einem Jahr (z.B. Waldow & Klink, 1986, Küfner et al. 1993) bei unserer Erhebung überraschender Weise statistisch nicht signifikant.

**Tab. 5: Beruflicher Status bei Therapieende und Abstinenz bei 1-Jahres-katamnese**

	Arbeitslos bei Entlassung N= 538	Berufliche Perspektive bei Entlassung N=239
Abstinent	36,8%	41,0%
Abstinent nach Rückfall	13,2%	14,4%
Rückfällig	50,0%	44,6%

Hierfür dürfte die enorm hohe Fluktuation hinsichtlich der beruflichen Situation im Anschluss an die stationäre Entwöhnungsbehandlung verantwortlich sein: Ein Drittel aller bei Behandlungsende in Arbeit befindlicher Patienten verlor ihren Arbeitsplatz innerhalb dieses Zeitraums, etwa ein Drittel aller Arbeitslosen bei Entlassung fand demgegenüber innerhalb eines Jahres einen Arbeitsplatz. Insofern lässt sich aus den Daten lediglich eine psychisch stark belastende Fluktuation und Unsicherheit hinsichtlich der Arbeitssituation im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung konstatieren, ohne dass dadurch Rückschlüsse über die kausale Verbindung zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfälligkeit gezogen werden könnten.

**Tab. 6: Arbeitsverlauf im Katamnesezeitraum**

	Arbeitslos bei Entlassung N= 364	Arbeitsplatz bei Entlassung N= 151
Arbeitslos bei Katamnese	55,2%	33,1%
In Arbeit bei Katamnese	33,2%	64,2%
Reha / Umschulung	9,9%	2,6%
Nicht erwerbstätig	1,6%	-

## 1.4 Nutzung von ambulanter Nachsorgeangeboten

Etwa ein Drittel aller Patienten nutzt regelmäßig die Möglichkeiten ambulanter Nachsorge in Form einer Selbsthilfegruppe oder einer Suchtberatungsstelle. Bedauerlicherweise lässt sich keine verstärkte Nutzung dieser Möglichkeiten durch arbeitslose Patienten feststellen. Ganz offensichtlich stellen insbesondere Selbsthilfegruppen aber auch Suchtberatungsstellen in den Augen von arbeitslosen Patienten keine attraktive Lösungsperspektive für ihre soziale Situation dar.

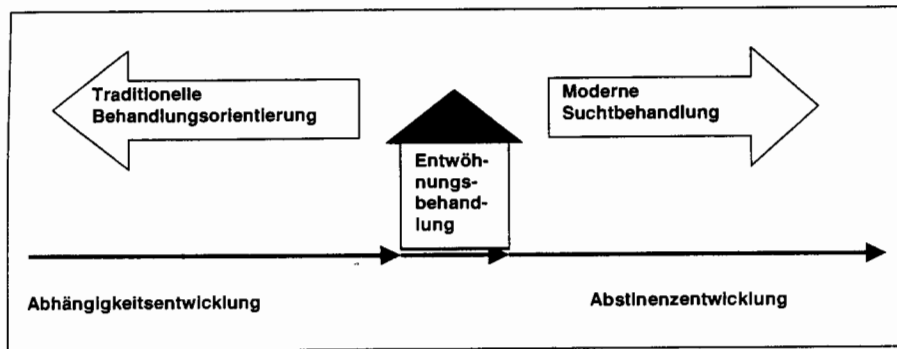
**Tab. 7: Nutzung von ambulanter Nachsorge**

	Arbeitslos bei Entlassung N= 342	Berufliche Perspektive bei Entlassung N=151
Regelmäßiger Selbsthilfegruppenbesuch (n.s.)	30,4%	30,4%
Regelmäßiger Kontakt zu Suchtberatungsstelle (n.s.)	32,7%	28,9%

## 2. Konzeptionelle Überlegungen

Gerade die Daten von arbeitslosen Suchtpatienten verdeutlichen, dass es sich bei der Abstinenzentwicklung offenbar um einen eigenständigen Prozess handelt, der weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht. Zahlreiche Längsschnittstudien zeigen, dass dieser Prozess weniger durch die Suchtvergangenheit der Betroffenen als vielmehr durch die Lebensumstände der Betroffenen im Anschluß an die Suchtbehandlung bestimmt ist (z.B. Humphreys et al., 1997; Moos et al., 1990; Tucker et al., 1991, Tucker & King, 1999). Sollen medizinischen Rehabilitationsbemühungen der spezifischen Situation von arbeitslosen Patienten gerecht werden, so ist daher eine viel stärkere Realitäts- und Zukunftsorientierung der Behandlung als bislang üblich erforderlich (Tucker,1999). Angesichts der begrenzten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass diese Umorientierung zu Lasten einer psychotherapeutischen Aufarbeitung der Suchtvergangenheit innerhalb stationärer Entwöhnungsbehandlung erfolgen muss.

**Abb. 1: Veränderte Behandlungsperspektive**



Als konzeptionelle Grundlage für die Notwendigkeit einer derart veränderten Behandlungsperspektive soll im folgenden eine Erweiterung des traditionellen sozialkognitiven Rückfallmodells von Marlatt durch ein verhaltensoekonomisches Rückfallverständnis vorgenommen werden.

## 2.1 Das sozialkognitive Rückfallmodell von Marlatt

Marlatt und Gordon (1985) akzentuieren in ihrem sozialkognitiven Rückfallmodell den Einfluss von folgenden drei Bestimmungsstücken für das Rückfallgeschehen:

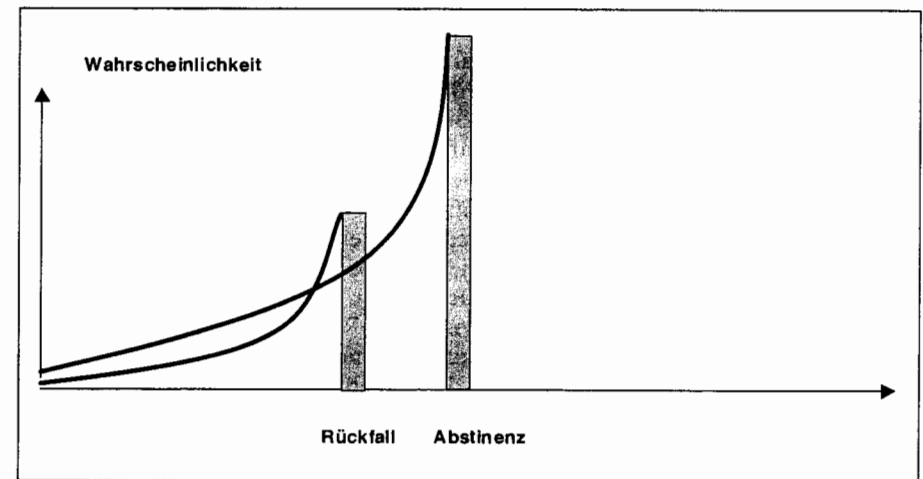
- *Rückfallrisikosituationen*  
Nach Marlatt und Gordon sind abstinent lebende Suchtmittelabhängige v.a. in persönlich relevanten Risikosituationen rückfallgefährdet. Risikosituationen sind definiert als aus dem alltäglichen Lebensfluss herausragende Momente, die eine Bedrohung der individuellen Kontrollfähigkeit darstellen und die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöhen. Beispielsweise ereignen sich etwa drei Viertel aller Rückfälle bei Alkoholabhängigen in zeitlicher Nähe zu unangenehmen Gefühlszuständen, sozialen Konfliktsituationen und sozialer Verführung (Chiauzzi, 1991).
- *Bewältigungsfertigkeiten*  
Das Sozialkognitive Rückfallmodell geht davon aus, dass ein Betroffener auf Risikosituationen nicht passiv bzw. automatisiert mit einem Rückfall reagiert, sondern dass die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls entscheidend von der Verfügbarkeit und dem Einsatz alternativer Bewältigungsfertigkeiten abhängt.

- *Abstinenzzuversicht*

Unter Abstinenzzuversicht wird die Überzeugung eines Alkoholabhängigen verstanden, in einer Rückfallrisikosituation über effektive Alternativen anstelle des früheren Suchtmittelkonsums zu verfügen. Es wird angenommen, dass Personen mit hoher Abstinenzzuversicht in Rückfallrisikosituationen eher effektives Bewältigungsverhalten zeigen und weniger häufig rückfällig werden. Entsprechend hängt nach Marlatt und Gordon das Risiko, bei einem Rückfall wieder völlig in früheres Suchtverhalten zurückzufallen, davon ab, wie stark der Betroffene mit einem Absinken seiner Abstinenzzuversicht im Sinne eines sog. „Rückfallschocks“ reagiert.

Nach Marlatt und Gordon ereignen sich daher die meisten Rückfälle innerhalb des ersten Jahres nach einer Behandlung, da die Betroffenen noch nicht über ausreichend effektive Bewältigungsstrategien für Rückfallrisikosituationen verfügen und ihre Abstinenzzuversicht noch gering ist.

**Abb. 2: Die kurzfristige Rückfallgefahr in einer persönlich bedeutsamen Risikosituation:  
Die Wahrscheinlichkeitskurve für einen Rückfall ist nur für einen kurzen Moment über der Wahrscheinlichkeitskurve für Abstinenz.**



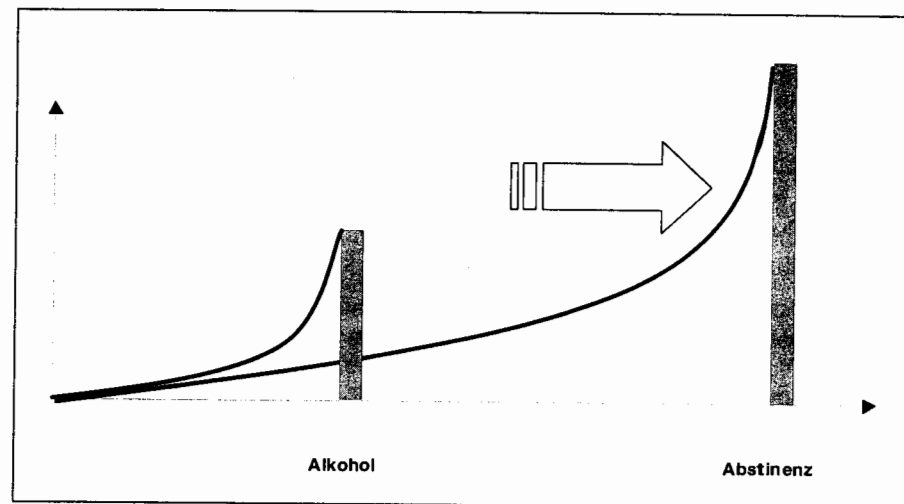
Entsprechend fordern Marlatt und Gordon eine systematische Vorbereitung auf diese kritische Anfangszeit in den Mittelpunkt jeder Suchtbehandlung zu stellen. Die von ihnen entwickelten Therapiemaßnahmen zur Rückfallprävention konzentrieren sich darauf, Betroffenen bei der abstinenten Bewältigung persönlich relevanter Risikosituationen zu unterstützen (Lindenmeyer, 2000):

- *Identifikation persönlich relevanter Risikosituationen:* Anstelle eines Abstinenzverständnis als reiner Willensfrage geht es darum Abhängige für jene Momente in der Zukunft zu sensibilisieren, in denen ihr Rückfallrisiko besonders hoch ist.
- *Ablehnungstraining:* Um in sog. „sozialen Verführungssituationen“ Suchtmittelangebote selbstsicher ablehnen zu können, werden entsprechende Risikosituationen im Rollenspiel möglichst realistisch durchgespielt und die Verhaltenskompetenzen der Betroffenen systematisch trainiert.
- *Exposition in vivo:* Durch die absichtliche Konfrontation mit persönlich relevanten Auslösebedingungen wird eine erhebliche Verlangen nach Suchtmitteln erzeugt, um dessen abstinente Bewältigung zu trainieren.
- *Notfallplanung:* Ziel ist es, Rückfälle, wenn sie schon nicht verhindert werden konnten, im Sinne einer Schadenbegrenzung durch einen mit Bezugspersonen abgestimmten Notfallplan möglichst rasch beenden zu lernen.

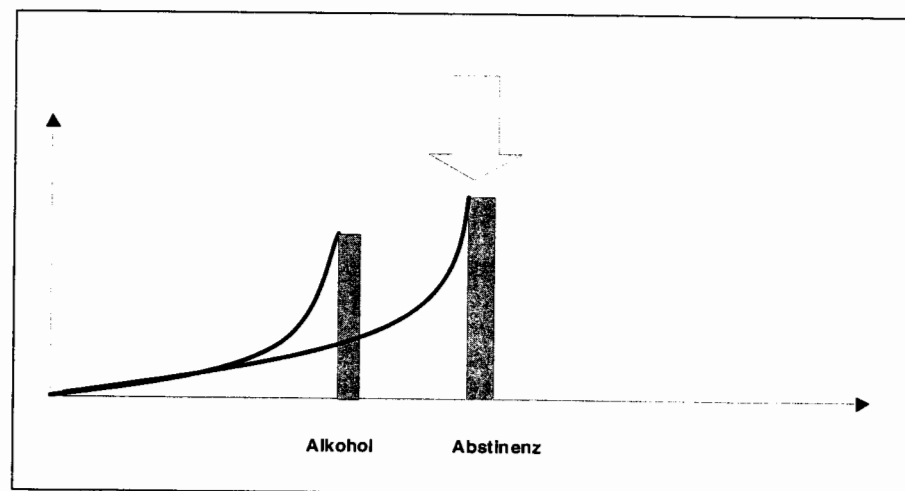
## 2.2 Das verhaltensökonomische Rückfallmodell (Vuchinich, 1999)

Vuchinich (1999) überträgt Modellannahmen der Verhaltensökonomie auf den Konsum von Suchtmitteln. Danach wird der Suchtmittelkonsum einer Person von dem Verhältnis der Verfügbarkeit über das Suchtmittel im Vergleich zur Verfügbarkeit über andere Ressourcen (z.B. Partnerschaft, Familienbeziehung, soziale Kontakte, beruflicher Erfolg) bestimmt. Entscheidend ist hierbei neben dem Umstand, in welchem Umfang eine Person über alternative Ressourcen anstelle von Suchtmitteln verfügt, auch die zeitliche Nähe dieser Verfügbarkeit. Während Suchtmittel in der Regel sofort verfügbar sind, stehen alternative Ressourcen oft erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung. Nach diesem Modell entsteht bei abstinentlebenden Suchtmittelabhängigen eine permanente Rückfallgefahr, wenn entweder die Vorteile von Abstinenz gering bzw. unsicher sind oder ausschließlich langfristig sind. Beides ist aber für die Mehrheit der stationär behandelten Suchtpatienten angesichts des hohen Anteils von Arbeitslosigkeit bzw. der drohenden Arbeitslosigkeit zumindest in den neuen Bundesländern kennzeichnend, wie die eingangs aufgeführten Daten zeigen. Das aus suchtpsychologischer Sicht sowieso schon kritische erste Jahr nach Behandlungsende wird dadurch in fataler Weise weiter erschwert und macht die vergleichsweise hohen Rückfallraten erklärlich.

**Abb. 3:** Die permanente Rückfallgefahr bei ausschließlich langfristigen Vorteilen durch Abstinenz: Die Wahrscheinlichkeitskurve für einen Rückfall ist permanent oberhalb der Wahrscheinlichkeitskurve für Abstinenz



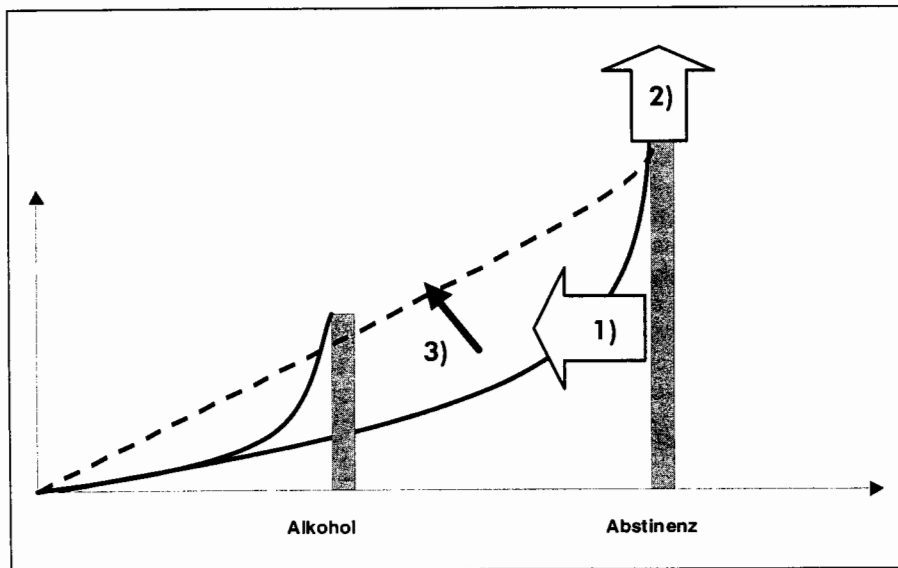
**Abb. 4:** Die permanente Rückfallgefahr bei geringen bzw. unsicheren Vorteilen durch Abstinenz: Die Wahrscheinlichkeitskurve für einen Rückfall ist permanent oberhalb der Wahrscheinlichkeitskurve für Abstinenz.



Aus dem Rückfallmodell von Vuchinich ergibt sich die Notwendigkeit, die bisherige v.a. psychotherapeutisch orientierte Rückfallprävention in dreierlei Hinsicht zu erweitern, um die Verfügbarkeit der Betroffenen über alternative Ressourcen anstelle von Suchtmitteln zu erhöhen:

- Vorverlegung aller Entscheidungen zur Unterstützung von beruflicher Reintegration und Nachsorge, um eine möglichst kurzfristige Verfügbarkeit von alternativen Ressourcen anstelle von erneutem Suchtmittelkonsum zu erzielen.
- Verstärkte finanzielle Förderung der beruflichen Reintegration, um das Ausmaß an alternativen Ressourcen anstelle von erneutem Suchtmittelkonsum zu erhöhen.
- Verstärkte Zukunftsorientierung der Behandlung, um bei Patienten aber auch Therapeuten eine verstärkte kognitive und emotionale Orientierung an alternativen Ressourcen anstelle von Suchtmittelkonsum zu erzielen. Hierbei gilt es z.B. in den Neuen Bundesländern die passive Erwartungshaltung vieler ehemaliger DDR-Bürger hinsichtlich der beruflichen (Re)integration (von Keyserlingk, 1998) zu überwinden.

**Abb. 5: Drei Ansatzpunkte zur Rückfallprävention:**  
 1) Kurzfristigere Verfügung über alternative Ressourcen,  
 2) stärkere Verfügung über alternative Ressourcen,  
 3) verstärkte Zukunftsorientierung der Betroffenen.



### 3. Konkrete Anforderungen an die Behandlung von Suchtkranken

Die bisherigen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die Abstinenzchancen bei mehrheitlicher Arbeitslosigkeit von Suchtkranken nur durch eine konzertierte Aktion von Behandlern, Leistungsträgern und Arbeitsverwaltung wirksam erhöht werden können. Im Folgenden werden thesenartig einige Anforderungen aufgelistet, die sich an alle an der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken Beteiligten ergeben. Dies geschieht in der Überzeugung, dass eine Entwöhnungsbehandlung ein besonders günstigen Moment darstellt, um durch vergleichsweise geringe Mehrkosten die Eigeninitiative und das Potential von Suchtkranken hinsichtlich einer beruflich-sozialen Reintegration dahingehend zur Entfaltung zu bringen, dass längerfristig eine spürbare Entlastung der sozialen Sicherungssysteme entsteht.

#### 3.1 Anforderungen an Entwöhnungseinrichtungen

Anstatt sich vorrangig auf die psychotherapeutische Behandlung der Suchtsymptomatik eines Patient zu konzentrieren, müssen Entwöhnungseinrichtungen von Behandlungsbeginn an verstärkt die soziale und berufliche Zukunft des Patienten in den Mittelpunkt ihrer therapeutischen Bemühungen stellen. Entsprechend sollte anstelle einer vorrangigen Auseinandersetzung mit der persönlichen Vergangenheit die konkrete Planung der Zukunft des Patienten unmittelbar im Anschluss an die Behandlung im Vordergrund stehen.

Hierbei ist möglichst rasch nach Beginn einer Entwöhnungsbehandlung die folgenden Differenzierung vorzunehmen:

- Patienten, die eine Chance auf dem Arbeitsmarkt haben, sind vorrangig auf eine gezielte Arbeitsplatzsuche vorzubereiten und noch während der Behandlung bei dem oftmals frustranen Suchprozess systematisch zu unterstützen und zu begleiten. Hierbei müssen die Mitarbeiter der Entwöhnungseinrichtung systematisch über die aktuelle Situation auf dem 1., 2. und 3. Arbeitsmarkt sowie berufsfördernde Maßnahmen in der Region informiert sein. Entsprechend müssen die Teilnahme an einem Bewerbungstraining, der Zugang zu Stellenausschreibungen, die Erstellung und Versendung von Bewerbungsunterlagen, die Arbeitserprobung in externen Praktika, die Wahrnehmung von Vorstellungsgesprächen sowie schließlich der Umgang mit Absagen zeitlich und organisatorisch zu einem zentralen Behandlungsgegenstand werden.
- Patienten, die keine realistische Chance auf dem Arbeitsmarkt mehr haben, sind gezielt auf eine aktive und sinnerfüllte Lebensgestaltung ohne Arbeit (sog. Sozialzeit) vorzubereiten. Hierbei kommt der Teilnahme an oder dem Aufbau von sogenannten Integrationsprojekten größte Bedeutung zu, bei denen Betroffene an ihrem Wohnort die verschiedensten unbezahlten Aktivitäten starten, die lang-

fristig zu Arbeitsplätzen führen können zumindest aber eine sinngebende Aufgabe mit sozialer Anerkennung darstellen. Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung muss es bei diesen Patienten vorrangig darum gehen, die dafür erforderlichen sozialen Fertigkeiten an konkreten Projekten innerhalb der Behandlung zu vermitteln (u.a. Kooperation und Kommunikation in Gruppen, Verantwortungsbewusstsein, Verbindlichkeit, Durchhaltevermögen, Planungsfertigkeiten, Frustrationstoleranz und Selbstorganisation). Auch hierzu ist es erforderlich, dass die therapeutischen Mitarbeiter in regelmäßigem Austausch zu bestehenden Integrationsprojekten der Region stehen.

### 3.2 Anforderungen an die Leistungsträger

Es sind verstärkte Anstrengungen erforderlich, um Suchtkranke über die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit hinaus entsprechend dem gesetzlichen Auftrag auch tatsächlich wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Außerdem geht es darum, gerade die rückfallkritische Zeit in den ersten Monaten nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung durch nahtlose Nachsorgeangebote zu überbrücken.

- Die Entscheidung über die Finanzierung von ambulanter Nachsorge ist noch während der Entwöhnungsbehandlung zu treffen, um einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen.
- Das Kriterium der Wohnungslosigkeit bei der Bewilligung von Adaptionsmaßnahmen sollte vollkommen entfallen, da auch bei Langzeitarbeitslosen mit festem Wohnsitz mehrmonatige Berufspraktika entscheidende Impulse für eine berufliche Wiedereingliederung geben können.
- Erforderlich ist eine verstärkte Unterstützung der beruflichen Reintegration von Suchtkranken durch berufsfördernde Leistungen der Leistungsträger.
- Wünschenswert ist eine finanzielle Förderung von Integrationsprojekten in Kooperation mit der Arbeitsverwaltung

### 3.3 Anforderungen an die Arbeitsverwaltung

Es sind die organisatorischen und inhaltlichen Voraussetzungen zu schaffen, dass eine Arbeitsplatzvermittlung bereits aus der Entwöhnungseinrichtung heraus erfolgen kann und nicht erst in der besonders rückfallkritischen Zeit im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung beginnt. Außerdem geht es darum die Leistungsmöglichkeiten von Arbeitsämtern und Leistungsträgern bei der Schaffung von neuen Arbeitsplätzen im Rahmen sogenannter Integrationsprojekte zu koordinieren.

- Durch die Schaffung von speziellen Ansprechpartnern für Suchtkranke an jedem Arbeitsamt kann die Stellensuche bereits während der Entwöhnungsbehandlung durch das Arbeitsamt am Heimatort des Patienten eingeleitet werden.

- Durch eine regelmäßige Präsenz von Arbeitsvermittlern des einrichtungsnächsten Arbeitsamts in den Entwöhnungseinrichtungen können therapiebegleitend erste Schritte der Arbeitsvermittlung in Kooperation mit den therapeutischen Mitarbeitern initiiert werden.
- Benötigt werden innovative Kooperationsmodelle zwischen Arbeitsämtern und Leistungsträgern, um Integrationsprojekte beispielsweise durch Strukturanpassungsmaßnahmen bzw. ABM-Stellen zu fördern.

### 3.4 Anforderungen an ambulante Nachsorge

Erforderlich ist eine Verlagerung der inhaltlichen Schwerpunkte ambulanter Nachsorge. Anstelle vorrangig im Sinne psychotherapeutischer Behandlung den Umgang mit der Sucht und die Bearbeitung von Konflikten mit Bezugspersonen zu thematisieren, sollten Probleme bei der Arbeitsplatzsuche bzw. Möglichkeiten des sozialen Engagements ohne bezahlte Arbeit in den Mittelpunkt der Nachsorgekontakte gestellt werden. Eine wirksame Unterstützung des Abstinenzentwicklungsprozesses im Anschluß an eine Entwöhnungsbehandlung wird aber erst bei einer konzeptionellen Abstimmung von Entwöhnungsbehandlung und Nachsorgebemühungen möglich. Schließlich ist bei der konkreten Gestaltung von Nachsorgemaßnahmen eine verstärkte Orientierung an der Akzeptanz durch PatientInnen erforderlich (Tucker, 1999): Die Qualität ambulanter Nachsorgebemühungen darf nicht allein daran gemessen werden, wie wirksam sie jenen Patienten helfen, die daran teilnehmen (Effektivität), sondern auch daran wie viele Patienten für eine Teilnahme gewonnen werden können (Effizienz).

### 3.6 Anforderungen an Selbsthilfe

Schließlich besteht die Notwendigkeit für Selbsthilfegruppen, sich verstärkt auf die Situation von Arbeitslosen einzustellen. Anstelle der Gesprächsrunde am Abend bedarf es konkreter Projekte und Unternehmungen am Tag, in denen sich abstinente lebende Suchtkranke engagieren. Gerade in den neuen Bundesländern sind eine Vielzahl solcher sog. Integrationsprojekte entstanden (Leune, 1999).

### Anmerkungen

- 1) Die salus klinik Lindow liegt etwa 50 Km nördlich von Berlin. Die Suchtabteilung verfügt über 180 Betten. Alle Patienten kommen aus Brandenburg und Berlin.
- 2) Die Jahresberichte können über die salus klinik Lindow, Strasse nach Gühlen 10, 16835 Lindow bezogen werden.

## Literatur

- Böner, K.H. (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Eine Einführung in das Kongressthema. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Sucht und Erwerbsfähigkeit – Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?. Geesthacht: Neuland (S. 21-31).
- Chiauszi, E.J. (1991). Preventing relapse in the addictions. A biopsychological approach. New York: Pergamon Press.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?. Geesthacht: Neuland.
- Humphreys, K., Moos, R.H., & Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 231-238.
- Jarreiss, R. (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Eine Herausforderung für die stationäre Behandlung Abhängigkeitskranker. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?. Geesthacht: Neuland (S. 113-132).
- Kieselbach, Th. (1996). Individuelle und gesellschaftliche Bewältigung von Arbeitslosigkeit. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?. Geesthacht: Neuland (S. 43-66).
- Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für die Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 34, 157-272.
- Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 6. Manuale für die Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2000). Rückfallprävention. In J. Margraf (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer (S. 565-584).
- Lindenmeyer, J., & Kirschenbauer, H.J. (1998). Jahresbericht 1997 der salus klinik Lindow<sup>2)</sup>.
- Lindenmeyer, J., & Kolling, R. (1999). Jahresbericht 1998 der salus klinik Lindow<sup>2)</sup>.
- Lindenmeyer, J., & Kolling, R. (2000). Jahresbericht 1999 der salus klinik Lindow<sup>2)</sup>.
- Marlatt, G.A., & Gordon J.R. (1985) *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Moos, R.H., Finney, J.W., & Cronkite, R.C. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Siegrist, J. (1996). Gesundheit und Arbeit – Neue Herausforderungen und neue Antworten. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit – Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?. Geesthacht: Neuland (S. 32-42).
- Tucker, J.A. (1999). Changing Addictive Behavior: Historical and Contemporary Perspectives. In J. A. Tucker, D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Changing Addictive Behavior – Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: Guilford Press (S. 3-44).
- Tucker, J.A., & King, M.P. (1999). Resolving Alcohol and Drug Problems: Influences on Addictive Behavior Change and Help-Seeking Processes. In J. A. Tucker, D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Changing Addictive Behavior – Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: Guilford Press (S. 97-126).
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., & Gladso, J.A. (1991). Environmental influences on relapse in substance use disorders. *International Journal of the Addictions*, 25, 1017-1050.
- Von Keyserlingk, H. (1998). Die Rolle der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern als schwerwiegendes Problem bei der Behandlung Abhängigkeitskranker. *Sucht aktuell* 3/4, 16-21.
- Von Ploetz, K., & Jung, Th. (2000). Stiefkind Arbeit. *Sucht aktuell* 1, 59-64.
- Vuchinich, R. (1999). Behavioral Economics as a Framework for Organizing the Expanded Range of Substance Abuse Interventions. In J. A. Tucker, D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Changing Addictive Behavior – Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: Guilford Press (S. 191-220).
- Waldow, M., & Klink, M. (1986). Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariate Globalanalyse katamnesticcher Daten. Marburg: Elwert.

**Rehabilitation Suchtkranker - mehr als nur Psychotherapie**  
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.  
Band 24 – ISBN 3-87581-209-3  
Geesthacht : Neuland, 2001