

Forum 4

Teilhabe am Erwerbsleben: Konzepte, Aufgaben und Effektivität der Suchtrehabilitation

Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben – Ziele und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation

Walter Roeb-Rienas

1. Einleitung

Eigentlich ist es ein alter Hut – der gesetzliche Auftrag der medizinischen Rehabilitation war schon immer die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Ist der Terminus „Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben“ also nur neuer Wein in alten Schläuchen?

Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber nicht nur eine technische Korrektur der vorher sehr unübersichtlichen Sozialgesetzgebung vorgenommen, sondern es ist davon auszugehen, dass mit dem SGB IX auch eine Veränderung des Verhältnisses zwischen dem einzelnen Bürger bzw. dem Versicherten und der Solidargemeinschaft beabsichtigt worden ist. Der § 1 SGB IX nimmt konkreten Bezug auf Grundrechte wie Selbstbestimmung und Gleichberechtigung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen und führt den Begriff der Teilhabe ein. Dieser Begriff weist darauf hin, dass das soziale Eingebundensein des Einzelnen in einen sozialen Kontext eine wesentliche Grundbedingung menschlicher Daseinsqualität ist und dass der Einzelne nicht nur einen Anspruch auf Leistungen gegenüber der Solidargemeinschaft hat, sondern dass er auch ein Recht auf Beteiligung hat. Mit diesem Recht auf Beteiligung ist aber auch die Pflicht eines jeden Mitglieds unserer Gesellschaft verbunden, einen Beitrag zu leisten. Und dies bedeutet, dass die Gesellschaft den Einzelnen auch in einer angemessenen Weise in Anspruch nehmen kann.

In den 70er und 80er-Jahren, den sog. „fetten“ Jahren, galt es als verpönt, sich als Angehöriger eines Gesundheitsberufes daran zu beteiligen, Patienten den nach damaliger Auffassung schädlichen Bedingungen einer arbeitsteiligen Erwerbstätigkeit auszusetzen. Es galt geradezu als berufsunwürdig, Patienten – wenn sie im berufli-

chen Wettbewerb aus der Bahn geraten und krank geworden waren – nur dafür gesund zu machen, um sie wieder in den von Entfremdung geprägten „ungesunden“ Erwerbsprozess zu „recyclen“.

Ein Recht auf Arbeit war zwar selbstverständlich, aber Arbeit gab es genug; kritisiert wurde nicht das Fehlen von Arbeit, sondern allenfalls der Umstand, dass sich nicht Jeder einen Job nach seinen eigenen Vorstellungen aussuchen konnte.

In Zeiten der Vollbeschäftigung und des teilweisen Mangels an Arbeitskräften war das Kräfteverhältnis zwischen den Arbeitnehmervertretungen und den Arbeitgebern ausgewogener als heute, in Zeiten hoher struktureller Arbeitslosigkeit und wirtschaftlicher Globalisierung.

Arbeit hatte ein schlechtes Image und die Arbeitgeber hatten Mühe, sie an den Mann zu bringen. Die damalige Einstellung: „Wir haben ein Recht auf Arbeit, und zwar auf sowenig wie möglich. Denn Arbeit ist Last.“ scheint auch heute noch in manchen Köpfen festzusitzen, obwohl die gesellschaftlichen Veränderungen nicht zu übersehen sind. Dass man für Arbeit, oder auch für das Fehlen von Arbeit, angemessen bezahlt wurde, war eine Selbstverständlichkeit.

Wir hatten alle einmal irgendetwas von Marx gelesen. Damals schien es unerträglich, dass das Individuum als „Produktionsfaktor“ definiert wurde. Dass das sog. Humankapital als Dispositionsmasse im Dienst der Gewinnmaximierung der Unternehmen stand, ließ nur den Schluss zu, sich den Bedingungen einer arbeitsteiligen Arbeitswelt zu entziehen, oder die Auflehnung dagegen musste im politischen Arbeitskampf münden.

Diese Auffassungen haben nicht nur die Haltung vieler Angehörige der Sozialberufe geprägt, sondern auch Auswirkungen auf das Deutsche Arbeitsrecht und die entsprechende Rechtsprechung gehabt; es hatte auch Auswirkungen auf die Lehrinhalte und Ideologien der Aus- und Weiterbildung sozialer Berufe. Die damaligen Analysen und Schlussfolgerungen sind vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Verhältnisse der 70er und 80er Jahre zu sehen.

Die berechtigte Kritik zum Beispiel an gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen hat in vielen Bereichen zu Verbesserungen der Arbeitsbedingungen geführt und die technische Entwicklung hat die besonders stupiden und belastenden Fleißbandarbeitsplätze weitgehend zurückgedrängt.

Die nur grob skizzierte „politische Großwetterlage“ bedingte lange Zeit Vorbehalte gegenüber der Arbeitswelt, die nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitsideologie und Zielrichtung sozialer Berufe geblieben ist.

Seit den 70er und 80er-Jahren hat sich unübersehbar Vieles verändert; die anhaltende strukturelle Arbeitslosigkeit ist nur eine von mehreren grundlegenden Veränderungen unserer gesellschaftlichen Realität und es ist an der Zeit, dass wir nicht nur unsere Ideologien und Haltungen einer kritischen Prüfung unterziehen, sondern dass wir auch unsere konkreten Zielsetzungen und Arbeitsvollzüge den Bedingungen unserer Zeit anpassen. Dass es in jüngster Zeit zu einem kaum aufzuholenden Reformstau der sozialen Sicherungssysteme gekommen ist, lässt mutmaßen, dass es wahrscheinlich besser gewesen wäre, wenn wir mit dem Umdenken etwas früher angefangen hätten.

Der Bereich der medizinischen Rehabilitation ist ein Musterbeispiel, an dem sich zeigen kann, ob wir die gegenwärtige Herausforderung zur Weiterentwicklung unseres sozialen Sicherungssystems verstanden haben.

Schon in den 80er-Jahren wurde der Anspruch eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes formuliert, allerdings manchmal auch mit der Zielsetzung, mit diesem Anspruch zu Gunsten eigener Ideologien Andersdenkende zu diskreditieren.

Der Bereich der medizinischen Rehabilitation in seiner Alltagsrealität war schon in seinen Anfängen ein Bereich, welcher durch interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen gekennzeichnet war und der einem Ansatz folgte, der vielleicht nicht als ganzheitlich zu bezeichnen ist, aber es mindestens verdiente, als Mehr-Perspektivenansatz bezeichnet zu werden.

Auch wenn die medizinische Rehabilitation sich häufig die Geringschätzung der Schulmedizin zugezogen hat und als Medizin 2. Klasse angesehen wurde, hat sie es aber immerhin im Gegensatz zu anderen heilkundlichen Disziplinen geschafft, nach elaborierten Konzepten zu arbeiten, sehr eingehend und individuell auf den einzelnen Patienten einzugehen und sowohl körperlich-somatische, psychische und soziale Aspekte in gleicher Weise zu berücksichtigen und zu ihrem Arbeitsgegenstand zu machen.

Dass bei der Umsetzung dieser Konzepte herausgekommen ist, einem großen Teil der Patienten wieder zu einer Teilhabe zu verhelfen, wie sie im SGB IX heute definiert und gefordert ist, das haben wir damals zwar nicht so benannt, aber doch bemerkenswert gut geschafft.

Jetzt ist es an der Zeit, die Bemühungen innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Bezug auf den gesetzlichen Auftrag aus dem SGB IX einerseits und die konkreten Bedingungen unserer gesellschaftlichen Realität andererseits zu konkretisieren, zu qualifizieren und ihnen den angemessenen Stellenwert zukommen zu lassen. Hierbei ist nicht nur dem einzelnen Patienten, bezogen auf seine konkrete Situation, Rechnung zu tragen, sondern wir sollten uns der auf uns zukommenden Herausforderung der demographischen Entwicklung und der Erfüllung des Generationenvertrages stellen.

Mitunter werden wir mit dem Einwand konfrontiert, dass jeder Rehabilitand, bei dem uns die berufliche Reintegration gelingt, einem anderen den Arbeitsplatz wegnimmt und dass unter dem Strich, gesellschaftlich gesehen, nichts dabei herauskommt, wenn keine zusätzlichen Arbeitsplätze geschaffen werden.

Dieses Totschlagargument kann man entkräften, denn es kann nicht darum gehen, den Einzelnen nur dazu zu befähigen, andere aus dem Arbeitsmarkt zu drängen, sondern die Zielsetzung sollte darin bestehen, den Einzelnen darin zu unterstützen, sein persönliches Wertschöpfungspotential im vollen Umfange auszuschöpfen, und zwar in einer Art und Weise, dass die Arbeitsleistung des Rehabilitierten vom Arbeitsmarkt bzw. der Leistungsnachfrage auch abgenommen wird.

Dass dies nicht gerade einfach ist und natürlich keineswegs immer gelingt, bedeutet, dass wir uns etwas einfallen lassen müssen. Effektiv sind wir dann, wenn es uns gelingt, die Chancen hierfür für den Einzelnen nachhaltig zu erhöhen. Viele gut auf

die Arbeitswelt vorbereitete Rehabilitanden sind für viele Arbeitsfelder und auch viele Arbeitgeber sehr attraktiv.

2. Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Abhängigkeit

Die Frage, ob die medizinische Rehabilitation, ob ambulant, teilstationär oder stationär, der Heilkunde zuzurechnen ist, darüber gibt es unterschiedliche Auffassungen. Es gibt gute Gründe dafür, dass die medizinische Rehabilitation nicht nur teilweise, sondern vollständig dem Bereich der Heilkunde zugerechnet wird.

Wenn nun die Bemühungen und Maßnahmen zur beruflichen Reintegration zum wesentlichen Arbeitsgegenstand der medizinischen Rehabilitation werden, stellt sich die Frage, ob auch diese Tätigkeit der Heilkunde zuzurechnen ist.

Dies sollte auf jeden Fall so sein, denn die Wechselwirkung zwischen Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist nicht von der Hand zu weisen:

Eine Studie des Robert Koch-Instituts kommt zu folgenden Feststellungen:

- 23% der arbeitslosen und nur 11% der berufstätigen Männer bezeichnen ihren Gesundheitszustand „weniger gut“ oder „schlecht“.
- 4,9% der arbeitslosen und nur 1,1% der berufstätigen Männer sind untergewichtig.
- 26% der arbeitslosen und nur 14% der berufstätigen Männer nehmen mehr als 12 mal im Jahr ambulante ärztliche Behandlung in Anspruch.
- Arbeitslose Männer nehmen 2,3 mal so viele Krankenhausbehandlungstage im Jahr in Anspruch wie berufstätige Männer.
- Arbeitslose Männer nehmen nahezu 7 mal so viele Krankenhausbehandlungstage im Jahr wegen psychischer Störungen in Anspruch wie berufstätige Männer.
- Arbeitslose Männer nehmen mehr als 10 mal so viele Krankenhausbehandlungstage im Jahr wegen „Verhaltensstörungen durch Alkohol“ in Anspruch wie berufstätige Männer.
- Das Mortalitätsrisiko von Personen mit mindestens 2-jähriger Arbeitslosigkeit ist gegenüber durchgängig Berufstätigen 3,4-fach erhöht.
- Das Risiko des Eintretens von längerfristiger Arbeitslosigkeit von berufstätigen Männern ist bei einer Krankenschreibungsdauer von mehr als 12 Wochen gegenüber „Gesunden“ um den Faktor 4 erhöht (Grobe, T. & Schwartz, F. 2003).

Lässt man sich diese Befunde einmal auf der Zunge zergehen, dann ist es geradezu ein Kunstfehler, die beruflichen Aspekte bei der Ausübung der Heilkunde außer Acht zu lassen. Wenn man weiß, wie sich das gesundheitliche Risiko durch den Verlust bzw. den Wiedergewinn eines Arbeitsplatzes verändert, dann lassen sich alle Zweifel ausräumen, diesen Arbeitsbereich der Heilkunde zuzuschreiben.

Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist die Wechselwirkung mit Arbeitslosigkeit besonders augenfällig:

- Alkoholabhängige werden überproportional häufig arbeitslos infolge von hohen

Fehlzeiten, Leistungsminderungen, disziplinarischen Konflikten u. a. m., so dass die Zahl der arbeitslosen Alkoholabhängigen stärker angewachsen ist, als die Gesamtzahl der Arbeitslosen (Henkel et al. 2003).

- Bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestehende ausgeprägte Alkoholprobleme intensivieren sich im Zuge lang anhaltender Arbeitslosigkeit signifikant häufiger, als während eines gleich langen Zeitraums kontinuierlicher Beschäftigung (Henkel et al. 2003).
- Bei 8,9% der arbeitsamtsärztlichen Gutachten im Jahre 2001 wurde als ICD-10-Erstdiagnose eine „psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ festgestellt (Hollederer 2002).

Anhaltende Arbeitslosigkeit mindert die Problembewältigungsressourcen und das Hilfesuchverhalten des Betroffenen (Kieselbach 1990). Die Folgen von Arbeitslosigkeit sind unter anderem reduziertes Aktivitätsniveau, soziale Isolation und Verstärkung bereits vorhandener Konflikte in Familie und Partnerschaft (Schindler et al. 1990).

Arbeitslosigkeit spielt im Bereich der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung eine entscheidende Rolle:

- Unter den Alkoholabhängigen in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen) ist die Arbeitslosenquote von rund 10% in den Jahren 1976 bis 1979 kontinuierlich auf knapp 35% (1990) und schließlich auf über 40% (2002) gestiegen (vgl. Henkel 1992; VDR 2002). Sie ist damit weitaus stärker als die allgemeine Arbeitslosenquote in der Erwerbsbevölkerung angestiegen.

Personen mit stoffgebundener Abhängigkeitserkrankung nehmen überproportional häufig Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch:

- Die Ausgaben für Krankenhaus und Krankengeld liegen bei Versicherten vor der RehaMaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) in der Summe fast 9 mal höher als bei Durchschnittsversicherten (Schupeta 2004).
- Die monetäre Belastung des Gesundheitswesens durch stationäre Behandlungen alkoholassoziierter Erkrankter wird für Deutschland auf 3,8 Mrd. DM im Jahr 1994 geschätzt. Für die ambulante Inanspruchnahme infolge alkoholassoziierter Erkrankungen wurden 1994 3,14 Mrd. DM ausgegeben (Bergmann, E. & Horch, K. 2002).

Insgesamt wird die Volkswirtschaft durch Alkohol assoziierte Krankheiten mit fast 40 Mrd. DM bzw. 20 Mrd. EUR belastet (Bergmann & Horch 2002).

Die medizinische Rehabilitation ist im Bereich der Entwöhnungsbehandlung sowohl im Hinblick auf die Reintegration ins Erwerbsleben bzw. den Erhalt der Erwerbsfähigkeit als auch bezüglich der Minderung der individuellen Gesundheitsausgaben außerordentlich erfolgreich:

- Von 6.881 durchgeführten Suchtrehabilitationen (1999) mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren verblieben 61% in den zwei Jahren nach der Rehabilitations-

maßnahme lückenlos im Erwerbsleben. Weitere 27% waren immerhin lückenhaft erwerbstätig, so dass insgesamt 88% nach zwei Jahren noch im Erwerbsleben verblieben. Bei 7% endete das Erwerbsleben mit einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, 2 gingen in Altersrente und 3% verstarben (Egner, U. & Grünbeck, P. 2003).

- Bei suchtbedingten Erkrankungen reduzierten sich nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung innerhalb eines 5-Jahres Zeitraumes die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1%, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3%, die Krankenhausfälle um 63,4% und die Krankenhaustage um 76,7% (Klein, W., Missel, P. & Brauckmann, W. 1997).

3. Hypothesen

Aufgrund der engen Wechselwirkung zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit ist davon auszugehen, dass sich sowohl die Erwerbssituation als auch die konkreten Umstände der Erwerbstätigkeit günstig oder ungünstig auf den Gesundheitszustand auswirken können. Normalerweise geht man davon aus, dass Gesundheit eine Voraussetzung zur Teilhabe am Arbeitsleben ist. Die Umkehrung dieser Annahme trifft auch in einem gewissen Grade zu: Die Teilhabe am Arbeitsleben kann als Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit angesehen werden.

Im Hinblick auf den Erhalt bzw. die Besserung des Gesundheitszustandes ist von folgenden Hypothesen auszugehen:

Erwerbstätigkeit beeinträchtigt die Gesundheit („Arbeit macht krank“)

- wenn der Arbeitsplatz bedroht ist
- wenn die berufliche Leistungsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist
- wenn der Betroffene keine Chance im Wettbewerb der Arbeitswelt hat
- wenn die beruflichen Anforderungen nicht zum beruflichen Leistungsvermögen, der Qualifikation und den Neigungen des Betroffenen passen (Über- oder Unterforderung)
- wenn Leistungsanreize nicht wirksam sind
- wenn der berufliche Erfolg ausbleibt
- wenn die Teilhabe am Arbeitsleben gestört ist.

Erwerbstätigkeit fördert die Gesundheit („Arbeit macht gesund“)

- wenn der Arbeitsplatz sicher ist
- wenn die berufliche Leistungsfähigkeit ausgeschöpft werden kann
- wenn der Betroffene realistische Chancen im Wettbewerb der Arbeitswelt hat
- wenn die beruflichen Anforderungen zum beruflichen Leistungsvermögen, der Qualifikation und den Neigungen des Betroffenen passen

- wenn Leistungsanreize wirksam sind
- wenn der berufliche Erfolg eintreten kann.

Erfolgreiche Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

- erhöht die Lebenserwartung
- verbessert die Gesundheit
- verbessert die subjektive und objektive Lebensqualität (Reduzierung der „gewichteten verlorenen Lebenszeit“ („disability adjusted life years“ DALYs) (vgl.: Murray, C.J.L. & Lopez, A. 1996).

4. Rehabilitationsziele

Mit dem Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe des Versicherten am Erwerbsleben ergeben sich für die medizinische Rehabilitation folgende Zielbereiche:

- Erhöhung der Chancen am Arbeitsmarkt für den Versicherten, insbesondere unter schwierigen Arbeitsmarktbedingungen
- Verhinderung des Eintretens von Arbeitslosigkeit
- Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit im bestehenden Arbeitsverhältnis unter gleichen Bedingungen, wenn der Fortbestand dieses Arbeitsverhältnisses aussichtsreich ist
- Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber, ggf. mit Anpassung der Arbeitsbedingungen oder Qualifizierungsmaßnahmen
- Entwicklung einer realistischen und langfristig tragfähigen beruflichen Perspektive unter Berücksichtigung der Bedingungen des Arbeitsmarktes
- Vermeidung von verminderter Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch Einbußen der Arbeitsqualität und Arbeitsunfälle
- Abgleich der Differenz zwischen Fähigkeitsprofil und Anforderungsprofil (Irle 2003).

Mit dem Ziel der Wirtschaftlichkeit für die Solidargemeinschaft ergeben sich folgende Zielbereiche der medizinischen Rehabilitation:

- Begrenzung der Kosten für Behandlungen zu Lasten sämtlicher Sozialleistungsträger
- Minderung der Inanspruchnahme unwirtschaftlicher und ineffektiver Behandlungsszenarien
- Minderung der Arbeitsunfähigkeitsquote
- Erreichen einer dauerhaften beitragspflichtigen Erwerbstätigkeit für möglichst viele Versicherte

- Reintegration von Rehabilitanden mit besonderen Teilhabeproblemen (leistungsgewandelte Versicherte) in geschützte Beschäftigungsverhältnisse (zweiter Arbeitsmarkt)
- Gewährung von flankierenden Maßnahmen zum Erhalt gefährdeter Arbeitsverhältnisse.

Der zentrale Schlüssel für den Rehabilitationsprozess liegt in der Motivation und Motivierung des Rehabilitanden, der häufig zu einer primär beschwerdebezogenen Sichtweise tendiert und Lösungs- sowie Bewältigungsstrategien hinsichtlich Arbeit und Beruf ausklammert (Irle 2003). Viele Patienten neigen sogar zu einer ausgeprägt resignativen Haltung bezüglich ihrer beruflichen Zukunft.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden im interdisziplinären Team im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben folgende Ziele mit dem Rehabilitanden verfolgt:

- Motivierung des Patienten, sich als „aktiver Marktteilnehmer“ am Arbeitsmarkt zu verstehen und zu verhalten.
- Förderung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Erfolgsoptimismus
- Rollenidentifikation mit der beruflichen Aufgabe
- Kooperationsbereitschaft im Arbeitsleben
- Kooperatives Verhalten im beruflichen Wettbewerb
- Unsicherheitstoleranz und Durchsetzungsfähigkeit
- Verantwortungsbereitschaft und Rollenklarheit
- Abgrenzungsfähigkeit und konstruktives Konkurrenzverhalten
- Perspektivenübernahme, insbesondere gegenüber Partnern in der Arbeitswelt.

Bei diesen Zielsetzungen ist zu berücksichtigen, dass sich die Anforderungen im Arbeitsleben gewandelt haben. Die Arbeitsprozesse sind komplexer geworden, das Verantwortungsniveau des einzelnen Berufstätigen ist höher geworden; die Gütekriterien für Arbeitsleistung orientiert sich weniger am Arbeitsprozess, sondern an der Zielsetzung. Insofern reicht es oft nicht aus, lediglich bestimmte Arbeitsprozesse zu trainieren, sondern es kommt darauf an, dass die sozialen Kompetenzen gefördert werden, um sich in der modernen Arbeitswelt anpassen zu können. Natürlich kann es auch notwendig sein, die Grundtugenden für eine Erwerbstätigkeit, wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit und Regeltreue durch geeignete Trainingsmaßnahmen zu vermitteln und einzuüben. Dies ist gerade bei jungen Menschen, die noch wenig Erfahrung im Berufsleben haben, im Rahmen arbeitstherapeutischer Maßnahmen sehr sinnvoll. Die wesentliche Aufgabe besteht aber darin, den Rehabilitanden aus seiner abwartenden Haltung herauszuholen und zu einer zielgerichteten Aktivität zu motivieren.

5. Angewandte Mittel der Rehabilitation

Der medizinischen Rehabilitation stehen für diese anspruchsvolle Aufgabe eine Fülle von Mitteln zur Verfügung. Ein wesentliches Merkmal in einer Reha-Klinik ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen verschiedener Berufsgruppen. Der Erfolg ist maßgeblich davon abhängig, inwieweit die Teilziele sowie die angewandten Maßnahmen und Methoden im Hinblick auf die mit dem Patienten vereinbarten Rehabilitationsziele zusammenpassen. Nicht die Menge der Maßnahmen, sondern die Qualität der Koordinierung der angewandten Mittel entscheiden über den Erfolg der Gesamtmaßnahme. Eine zentrale Leistung im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationszieles ist ein auf den einzelnen Rehabilitanden bezogenes Fallmanagement. Gegenstand des Fallmanagement ist die konsequente Verfolgung der mit dem Patienten vereinbarten individuellen Rehabilitationsziele. Das Ineinandergreifen und die mit dem Patienten abgestimmte Auswahl der Einzelmaßnahmen führen zu einer optimalen Nutzung der verfügbaren Ressourcen. Sowohl die von den MitarbeiterInnen der Rehabilitationseinrichtung als auch von den Patienten aufgewendete Zeit sollte mit großer Sorgfalt genutzt werden.

Zu den Mitteln der Rehabilitation gehören

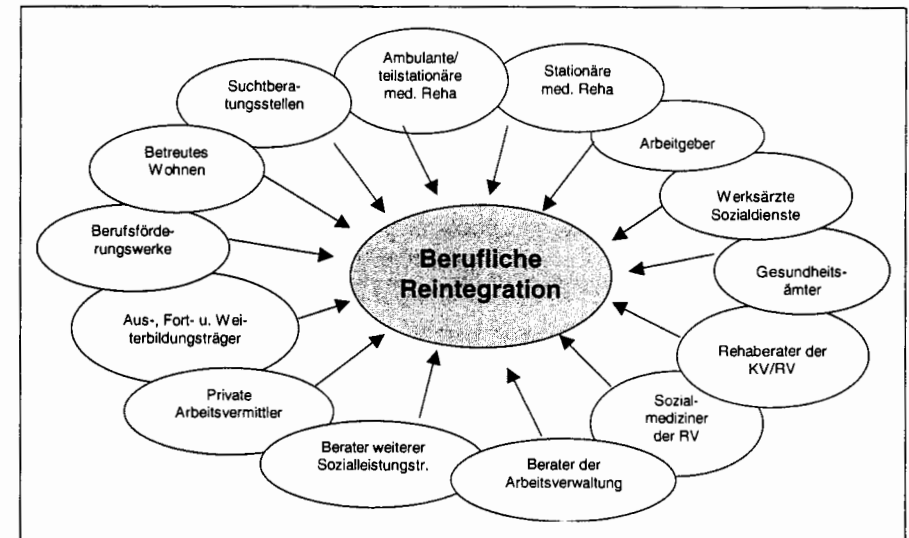
- Information und Aufklärung
- Motivierung
- Diagnostik
- medizinische Behandlung
- psychotherapeutische Behandlung
- Beratung
- Vermittlung
- Training
- Spezifische arbeits- bzw. ergotherapeutische Maßnahmen
- Arbeitsbelastungsproben
- Organisation und Planung
- Informationsmanagement zwischen den Beteiligten
- Begutachtung.

Wie in der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung sollten die Maßnahmen zur beruflichen Reintegration auf der Grundlage einer geeigneten prozessleitenden Diagnostik erfolgen. Bereits bei der Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sollten die Teilhabeprobleme des Versicherten anhand geeigneter Erhebungsinstrumente erfasst werden, damit eine spezifische Zuweisung zu Behandlungseinrichtungen erfolgen kann, die über die konzeptuellen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zur beruflichen Wiedereingliederung verfügen.

6. Vernetzung

Die Grundsätze der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Rehabilitationseinrichtung sind auch auf die Zusammenarbeit mit vorbehandelnden und nachbehandelnden bzw. betreuenden Personen und Institutionen anzuwenden. Ein optimaler Informationsfluss unter Berücksichtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechtes des Betroffenen fördert die Zusammenarbeit. Ziele, Rehabilitationspläne und Ergebnisse sind zwischen den Beteiligten auf der Grundlage eines gemeinsamen Rehabilitationsverständnisses so zu kommunizieren, dass sie von allen Beteiligten verstanden werden, so dass die Aktivitäten der weiter betreuenden Personen bzw. Institutionen auf den Erfolgen der Vorbehandler aufbauen können.

Abb. 1



Partner in der Zusammenarbeit zur beruflichen Reintegration sind die Suchtberatungsstellen, ambulante, teilsstationäre und stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, Arbeitgeber und deren Werksärzte und Sozialdienste, Gesundheitsämter, Rehabilitationsberater der Renten- und Krankenversicherungen, Sozialmediziner der Rentenversicherung, Berater der Arbeitsverwaltung, Berater weiterer Sozialleistungsträger (Berufsgenossenschaften, Integrationsämter, Träger der Sozialhilfe etc.), private Arbeitsvermittler, Aus-, Fort- und Weiterbildungsträger, Berufsförderungswerke sowie Träger des betreuten Wohnens.

Abb. 1 zeigt ein regelrechtes Gedränge der verschiedenen Funktionsträger. Deshalb ist die Professionalisierung des Fallmanagements unabdingbar.

7. Entwicklungsperspektiven

Um die Tragfähigkeit der Maßnahmen zur beruflichen Reintegration zu erreichen, ist die Zusammenarbeit dieser Kooperationspartner von entscheidender Bedeutung. Entwicklungsperspektiven liegen in folgenden Bereichen:

- Früherkennung von Abhängigkeitserkrankungen und Einleitung von geeigneten Maßnahmen insbesondere durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser
- Früherkennung von Abhängigkeitserkrankungen und Einleitung von geeigneten Maßnahmen durch die Arbeitsverwaltung
- Frühzeitige Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation durch die Arbeitsverwaltung bereits während der medizinischen Rehabilitation und nahtlose Durchführung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation (ohne Wartezeiten)
- Einsatz von privaten Arbeitsvermittlern und Jobcentern während bzw. im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung
- Berücksichtigung beruflicher Aspekte im Rahmen poststationärer Rehabilitationsmaßnahmen und weiterführender ambulanter Psychotherapie
- Verstärkte Umsetzung von gestuften beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen
- Verstärkte Berücksichtigung von Maßnahmen für leistungsgewandelte Versicherte.

8. Schlussfolgerungen

Die berufliche Wiedereingliederung ist eine Zielsetzung im Sinne der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe, die sämtliche Personen und Institutionen verpflichtet, die an der Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen beteiligt sind. Diese Verpflichtung besteht sowohl gegenüber dem einzelnen Versicherten als auch gegenüber der Solidargemeinschaft. Die besondere Herausforderung liegt in der Gemeinsamkeit der Zielsetzung und der Qualität der wechselseitigen Abstimmung aller Beteiligten. Gerade unter den Bedingungen der strukturellen Arbeitslosigkeit, der zukünftigen demographischen Entwicklung, dem steigenden Qualifizierungsbedarf und der Notwendigkeit der Sinnstiftung innerhalb der Arbeitswelt, sind verstärkte Bemühungen erforderlich, um dem im SGB IX formulierten Anspruch gerecht zu werden.

Zu fordern ist deshalb:

- Integration des Ziels „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ in den sozialpolitischen Diskurs auf allen Ebenen
- Überwindung der Zuständigkeitsbarrieren zwischen den verschiedenen Sozial-

leistungsträgern bei der Verfolgung des Ziels „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“

- Integration von Maßnahmen zur „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ in die Rehabilitationskonzepte der Behandlungseinrichtungen
- Berücksichtigung des Aufwandes von Maßnahmen zur „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei der Bemessung der Vergütungshöhe
- Integration von Aus- und Weiterbildungsinhalten zur „Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben“ in die Weiterbildungscurricula geeigneter Berufsgruppen.

Der Schlüssel für den Erfolg beruflicher Reintegrationsmaßnahmen ist die Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation beteiligten Personen und Institutionen.

Literatur

- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Robert-Koch-Institut: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Egner, U. & Grünbeck, P. (2003). Analyse der Rehaverlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. *Sucht aktuell*, 2, 29-32.
- Grobe, T. & Schwartz, F. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13.
- Henkel, D. (1992). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen – Teil 1. *Sucht aktuell*, 2, 5-14.
- Holleder, A. (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 35, 3, 411-428.
- Irl, H. (2003). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Berlin.
- Kieselbach, Th. (1990). Help seeking and coping with unemployment. In R.A. Young & W.A. Borgen (Eds.), *Methodological approaches to the study of career* (pp. 163-184). New York: Praeger.
- Klein, W., Missel, P. & Braukmann, W. (1997). Effizient stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. *Verhaltensmedizin Heute*, 7, 47-58.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.
- Schupeta, E. (2004). Sucht macht krank – Zur Bedeutung der Frühintervention und Behandlung von Suchterkrankungen aus Sicht der Krankenversicherung. *Sucht aktuell*, 1, 58-64.
- Schindler, H., Wacker, A. & Wetzels, P. (Hrsg.) (1990). *Familienleben in der Arbeitslosigkeit*. Heidelberg: Asanger.
- VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2002). *Statistik Rehabilitation 2001*. Frankfurt a.M..

Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern fordern sichern
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
Band 28 – ISBN 3-87581-247-6
Neuland, 2005, Geesthacht