

# Wie leistungsfähig sind Patienten in ihrem Beruf? – Zur Arbeitssituation und Arbeitsbelastung von Rehabilitationspatienten

Bernd Schneider, Hubert C. Buschmann, Kristina Berloger

Die Rehabilitation ist gemäß ihrer gesetzlichen Grundlagen darauf ausgerichtet, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen bzw. zu erhalten und den Rehabilitanden die Teilnahme am Erwerbsleben zu ermöglichen (vgl. Mootz, 2001, von Lutzau, 2001). Für den Bereich der Entwöhnungsbehandlung gilt darüber hinaus, dass der Beruf als bedeutsamer Lebenskontext angesehen werden kann, der einerseits durch die abhängigkeitsbedingten Folgen beeinträchtigt, zum anderen aber auch im funktionalen Zusammenhang mit der Sucht sowohl bezogen auf pathogene als auch salutogene Faktoren gesehen werden kann.

Ausgehend von diesen Überlegungen stellt die Untersuchung der beruflichen Leistungsfähigkeit und deren Verbesserung im Rahmen einer Rehabilitationsbehandlung eine empirische Konzeptevaluation bezogen auf die beruflichen Maßnahmen und deren Effekte dar. Durchgeführt wurde die im Folgenden auszugsweise dargestellte Studie in der Fachklinik Bad Tönisstein. Unterstützt wurde die Fachklinik dabei freundlicherweise von der Universität Trier. Die berufsbezogenen Daten wurden zu Beginn und am Ende der Behandlung erhoben. Die Daten der klinischen Stichprobe wurden mit Daten einer nichtklinischen Kontrollgruppe, die im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Ausbildung und Beruf parallelisiert war, verglichen. Damit ließen sich über die längsschnittliche Betrachtung hinaus auch Bezüge zu einer nichtklinischen Kontrollgruppe herstellen.

## 1. Untersuchungsaufbau

Wie in der Einleitung beschrieben, handelt es sich um eine Untersuchung mit zwei Messzeitpunkten. Die Patienten der achtwöchigen Kurzzeittherapie der Fachklinik Bad Tönisstein wurden zu Beginn und am Ende der Therapie untersucht. Bei der Kontrollgruppe wurde die Datenerhebung ebenfalls zu zwei Zeitpunkten im Abstand von ca. 8 Wochen vorgenommen.

Die bei Patienten eingesetzten Instrumente lassen sich wie folgt beschreiben: In der Basisdokumentation Sucht (BADO, Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates) werden umfangreiche soziodemographische Informationen, detaillierte Beschreibungen der Arbeitssituation sowie die Erfassung von Behandlungsmerkmalen erhoben. Der Tönissteiner Fragebogen zur Arbeitsplatzsituation (TFA I und 2, Schneider & Sommer, 2000) erfasst die generelle Arbeitszufriedenheit, Problembereiche am

Arbeitsplatz sowie die durch die Rehabilitation erwartete und erwünschte bzw. zum 2. Messzeitpunkt erfolgte Unterstützung der Arbeitsfähigkeit. Mit dem AVEM (Schaarschmitt und Fischer, 1986) werden arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster, wie die Bedeutsamkeit der Arbeit, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben und Resignationstendenz erfasst. Ergänzt wurden diese Daten durch zwei Variablen aus der Entwicklungspsychologie, die als Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität (Hartnäckigkeit) der Zielverfolgung generelle und überdauernde Entwicklungsstrategien und -kompetenzen wiedergeben (Brandstädter & Renner, 1990). Diese haben sich zur Beschreibung von Veränderungsprozessen während einer Entwöhnungsbehandlung bewährt (Schneider, 1996).

Der Kontrollgruppe wurden der AVEM und der Fragebogen zur Flexibilität der Zielanpassung und Tenazität der Zielverfolgung vorgelegt. Auf die Vorlage bzw. Modifikation der beiden erstgenannten Verfahren, Basisdokumentation Sucht (BADO) und Tönissteiner Fragebogen zur Arbeitsplatzsituation (TFA I und 2) wurde verzichtet, da diese Verfahren sehr spezifisch auf den Entwöhnungskontext zugeschnitten sind.

Wie bereits ausgeführt, war die Kontrollgruppe in Bezug auf Alter, Geschlecht, höchster erreichter Schulabschluss sowie den beruflichen Status parallelisiert.

## 2. Stichprobenbeschreibung

Tabelle 1 beschreibt die 230 Patienten zählende Stichprobe: Das Alter beträgt durchschnittlich 44,7 Jahre. 74% der Patienten sind männlich, 67,3% leben in einer festen Beziehung und bei mind. 95,3% der Patienten liegt ein Hauptschulabschluss vor, 10% verfügen über einen Hochschulabschluss. Der berufliche Status lässt sich mit 21,5% als Arbeiter/Facharbeiter beschreiben, 66,6% der Patienten sind Angestellte und Beamte und 9,3% Selbständige. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 16%. 98,3% der Patienten werden in der ersten Diagnose als alkoholabhängig (ICD 10) erfasst.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung Patienten (N=230)

Alter:	Ø 44,7 range: 21-63
Geschlecht:	74,3 % männlich
Sozialstatus:	67,3 % feste Beziehung
Schulabschluss:	95,3 % mind. Hauptschule, 10% Hochschule
Beruflicher Status:	21,6 % Arbeiter/Facharbeiter 66,6 % Angestellte/Beamte 9,3 % Selbständige
Anteil Arbeitslose:	16,0 %
Erstdiagnose:	98,3 % F 10.2

Die geschilderten Merkmale der Patientenstichprobe sind, wie andere Untersuchungen und die Basisdokumentation ausweisen, repräsentativ für die Tönissteiner Patientenschaft. An der Untersuchung teil nahmen entsprechend Zielsetzung der Untersuchung nur solche Patienten, die berufstätig bzw. grundsätzlich berufstätig (und zurzeit arbeitslos) sind. Nicht teilgenommen haben Schüler, Studenten, Hausfrauen sowie Rentner oder Personen, die aus anderen Gründen nicht erwerbstätig sind.

In Tabelle 2 finden sich die Angaben zur Kontrollgruppe. Hier konnten 65 Personen rekrutiert werden, die im Durchschnitt 41,5 Jahre alt sind, zu 55,4% männlich und zu 100% mind. über einen Hauptschulabschluss verfügen und zu 30,8% einen Hochschulabschluss aufweisen. Der berufliche Status kann mit 18,5% als Facharbeiter beschrieben werden, 69,2% sind Angestellte und Beamte und 12,3% Selbständige. In dieser Stichprobe finden sich keine Arbeitslosen. Damit ist die Kontrollgruppe etwas jünger, enthält mehr Frauen und verfügt über höhere Schulabschlüsse und einen leicht höheren Anteil von Angestellten und Beamten bzw. Selbständigen. Besonders auffällig ist auch der Unterschied in der Arbeitslosenquote.

**Tab. 2: Stichprobenbeschreibung Kontrollgruppe (N=65)**

Alter:	Ø 41,5 range: 22-63
Geschlecht:	55,4 % männlich
Schulabschluss:	100,0 % mind. Hauptschule, 30,8% Hochschule
Beruflicher Status:	18,49 % Arbeiter/Facharbeiter 69,2 % Angestellte/Beamte 12,3 % Selbständige
Anteil Arbeitslose:	0,0 %

In den Vergleichen zwischen Kontrollgruppe und Patientengruppe wurde die Patientengruppe entsprechend der beschriebenen Merkmale selektiert.

### 3. Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung im beruflichen Bereich

Von den 230 Patienten beschreiben 175 (76,1%), dass ihre Abhängigkeit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. auf die berufliche Situation hatte. Am häufigsten (60-80mal) werden dabei Gespräche mit Vorgesetzten, Leistungsabfall, AU-Tage und kurzfristige Abwesenheiten genannt. Immerhin 35-mal kam es zu Abmahnungen, 27-mal wurde eine Therapieauflage ausgesprochen und 10-mal lag eine alkoholbedingte Kündigung vor. Arbeitsunfälle wurden 3-mal genannt. Bei der Interpreta-

tion dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Nennungen zu Beginn der Therapie abgegeben wurden und die aus anderen Bereichen bekannten Bagatellisierungs- und Verharmlosungstendenzen beinhalten. Dennoch besteht offensichtlich eine gewisse Einsicht in die Beeinträchtigung der beruflichen Belange durch die Abhängigkeitserkrankung, so wie sie an vielen Stellen dokumentiert ist (vgl. Ziegler, 2001). In der Klinik wird den abhängigkeitsbezogenen beruflichen Problemen durch unterschiedliche Bausteine, wie die Gruppe berufliches Coaching, die Vorbereitungsgruppe zur Rückkehr an den Arbeitsplatz oder die Arbeitsgruppe Brainjogging Rechnung getragen. In diesen Gruppen können ergänzend zur Basis-therapie abhängigkeitsbedingte Defizite im Beruf kompensiert und darüber hinaus neue berufliche Perspektiven und Kompetenzen aufgebaut werden.

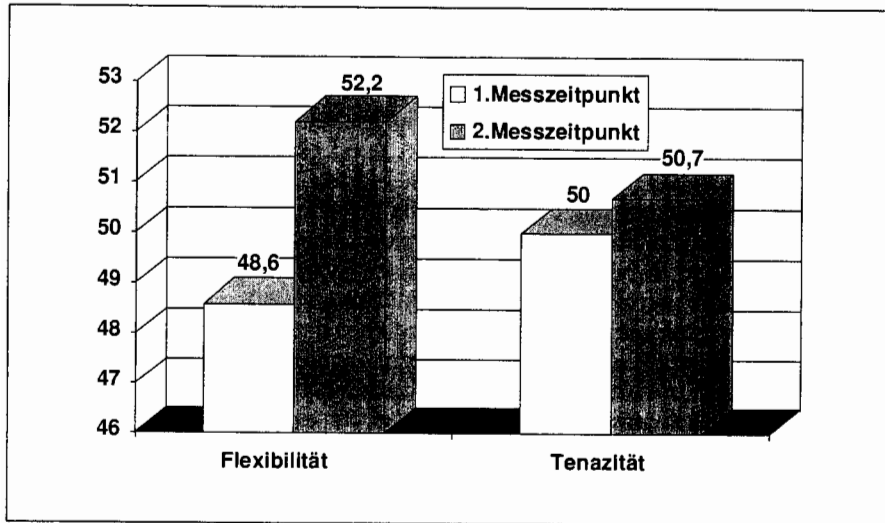
Durch betriebliche Alkoholpräventions- und Interventionsprogramme kommt dem betrieblichen Umfeld im Vorfeld einer Rehabilitationsbehandlung eine zunehmend bedeutsame Rolle in der Entdeckung abhängigkeitsbedingter Symptome zu. Obwohl die primäre Zielsetzung des Betriebes wirtschaftlich auf die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und nicht gesundheitspolitisch ausgerichtet ist, ergeben sich hier sinnvolle Synergieeffekte. Das Unternehmen spricht Mitarbeiter mit alkoholbedingten Auffälligkeiten an und verlangt Verhaltensänderungen. Um diese zu erreichen, werden die Mitarbeiter in der Inanspruchnahme von alkoholspezifischen Hilfsangeboten unterstützt. Diese Unterstützung kann – wie auch die Daten dieser Untersuchung ausweisen – auch in einer Therapieauflage bestehen. In der Beratung oder der Rehabilitation erhalten Mitarbeiter Unterstützung in der Bewältigung ihrer Alkoholprobleme und stellen ihre Leistungsfähigkeit wieder her. Der betriebliche Kontext scheint aufgrund seiner formalisierten Regeln vielfach eher noch als das persönliche Umfeld geeignet, alkoholbedingte Beeinträchtigungen zu konfrontieren und Veränderungsdruck aufzubauen. Es ist daher zu wünschen, dass Unternehmen die im Arbeitskontext auftretenden Symptome noch stärker berücksichtigen, ihre Kompetenzen im Umgang mit alkoholauffälligen Mitarbeitern ausbauen, diese als elementaren Bestandteil der Personalführung definieren und so Mitarbeiter noch umfassender und frühzeitiger motivieren, aktiv gegen ihre Alkoholprobleme und die damit verbundenen Folgen vorzugehen. Unabhängig von abhängigkeitsbestimmten Entwicklungen gilt es für die Unternehmen aber auch, den missbräuchlichen und schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln zu unterbinden. Dies ist ein Postulat der Arbeitssicherheit, aber auch ein elementarer Bestandteil eines umfassenden Gesundheitsmanagements (vgl. Rummel, 2002).

### 4. Behandlungseffekte

76% der befragten Patienten geben an, dass sie sich von der Rehabilitationsbehandlung eine Verbesserung der beruflichen Situation erhoffen. Interessanterweise beziehen sich Patienten in ihren Erwartungen dabei nicht auf konkrete Veränderungen am Arbeitsplatz, sind auch sehr zurückhaltend gegenüber Kontakten zwischen

Rehabilitationseinrichtung und Arbeitsstelle, sondern erwarten vielmehr Veränderungen im intrapsychischen Bereich. An erster Stelle wird die Stärkung des Selbstvertrauens genannt. Wie die Daten des zweiten Zeitpunkts zeigen, fühlen sich die Patienten in ihren Erwartungen mehr als bestätigt, und 84% der Patienten berichten, dass es zu einer Verbesserung der beruflichen Situation gekommen ist. An erster Stelle führen sie dabei tatsächlich die Stärkung ihres Selbstvertrauens an und beschreiben, dass sie gelernt haben, mit Stress umzugehen und ihre geistige und körperliche Leistungsfähigkeit verbessert wurde. Offensichtlich hat während der Entwöhnungsbehandlung eine generelle Stabilisierung stattgefunden, die sich, wie Abbildung 1 zeigt, auch in den Entwicklungsstrategien abbildet. So ist die Flexibilität der Zielanpassung innerhalb der Entwöhnungsbehandlung deutlich und signifikant angestiegen, und bei der Tenazität hat ebenfalls ein Anstieg, wenn auch in geringerem Maße, stattgefunden.

**Abb. 1: Veränderungen der Entwicklungsstrategien zwischen der 1. und 2. Messung bei Patienten (N=62)**



Die Veränderungen in den Skalen des AVEM ergeben ein differenziertes Bild. Wie Tabelle 3 ausweist, verringert sich die subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, die Verausgabebereitschaft, das Perfektionsstreben sowie die Resignationstendenz, während Distanzierungsfähigkeit und innere Ruhe zunehmen. Keine signifikanten Veränderungen sind für die Bereiche beruflicher Ehrgeiz, offensive Problembewältigung, Erfolgserlebnisse im Beruf, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung auszumachen. Bei diesen nicht signifikant veränderten Variablen han-

delt es sich um generelle berufliche Einstellungen, und es ist zu beachten, dass Patienten am Ende der Therapie seit mind. 8 Wochen nicht mehr aktiv beruflich tätig sind und der Entwöhnungsbehandlung bei 16% eine Arbeitsunfähigkeit, evtl. im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung oder zur Behandlung der Alkoholfolgerkrankungen, vorausgegangen ist. Zudem sind in der Entwöhnungsbehandlung neben den beruflichen Aspekten auch andere Lebensthemen intensiv bearbeitet worden. Hieraus ergibt sich ein gewisser Abstand und Distanz zum konkreten beruflichen Erleben, und Veränderungen langfristig ausgelegter Muster sind nicht zu erwarten.

**Tab. 3: Veränderungen in den Skalen des AVEM über die Messzeitpunkte (Patienten N=52-62)**

	Messzeitpunkt 1	Messzeitpunkt 2
Subjektive Bedeutsamkeit	17,2	15,2**
Verausgabebereitschaft	19,6	17,5**
Perfektionsstreben	23,8	21,4**
Resignationstendenz	17,9	16,2**
Distanzierungsfähigkeit	16,6	18,6*
Innere Ruhe	17,7	19,4*
Beruflicher Ehrgeiz	17,8	17,5
Offensive Problembewältigung	21,1	20,6
Erfolgserleben im Beruf	21,5	21,2
Lebenszufriedenheit	18,5	19,5
Erleben sozialer Unterstützung	21,5	21,5

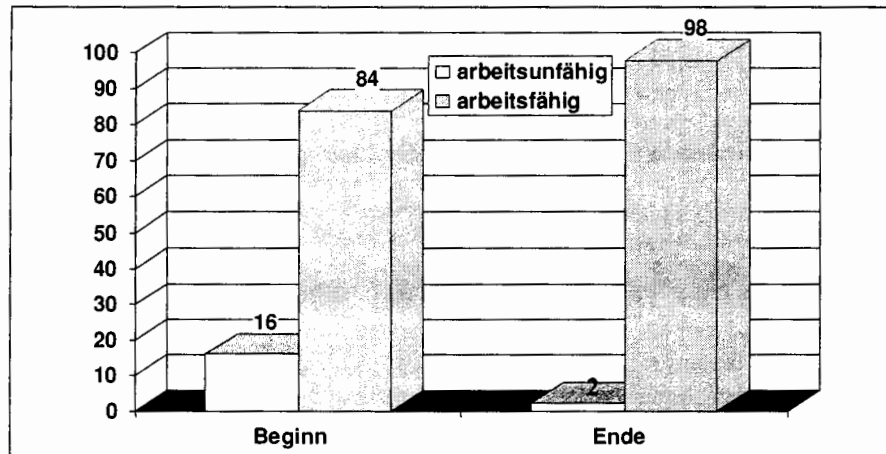
\*=p< .01, \*\*=p< .001

Die signifikanten Veränderungen deuten aber insgesamt darauf hin, dass ein eher gesünderer Arbeitsstil etabliert werden konnte. Zu dieser positiven Entwicklung paßt auch, dass in der sozialmedizinischen Beurteilung 98% der Patienten arbeitsfähig entlassen werden konnten (vgl. Abb. 2). Damit ist ein wesentliches Ziel der Rehabilitation erreicht.

## 5. Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe

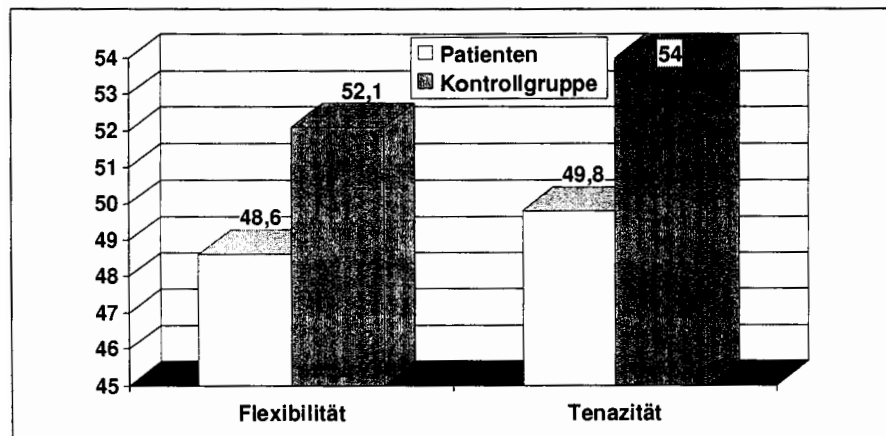
Die Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe ergeben sich am deutlichsten in der Ausprägung der Entwicklungsstrategien zum ersten Messzeitpunkt (vgl. Abb. 3). Ganz offensichtlich verfügen Abhängige über deutlich geringer aus-

Abb. 2: Arbeitsfähigkeit zu Beginn und am Ende der Rehabilitation (N=230) in Prozent



geprägte Entwicklungskompetenzen als die Kontrollgruppe. Die Veränderung der Entwicklungsstrategien über die Therapie hinweg (vgl. Abb. 1) hat allerdings auch gezeigt, dass Abhängige in der Lage sind, die vorhandenen Defizite zu kompensieren, und es ist darüber hinaus zu erwarten, dass eine Stabilisierung der Rehabilitationsergebnisse zu einem weiteren Anwachsen der Entwicklungskompetenzen führen wird.

Abb. 3: Unterschiede der Entwicklungsstrategien zwischen Patienten (N=65) und Kontrollgruppe (N=65) zum 1. Messzeitpunkt



Weniger eindeutig stellen sich die Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe in den arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmustern dar. Patienten weisen eine höhere Resignationstendenz, geringere offensive Problembewältigung, reduzierte Lebenszufriedenheit und niedriger ausgeprägte Werte der emotionalen Unterstützung auf. Keine signifikanten Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Variablen subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben, Distanzierungsfähigkeit, innere Unruhe und Erfolgserleben im Beruf. Hier wird sichtbar, dass berufsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster von Abhängigen über weite Bereiche durchaus vergleichbar sind mit denen einer nichtklinischen Kontrollgruppe; offensichtlich auch dann, wenn die Kontrollgruppe gegenüber der Gesamtbevölkerung in Bezug auf Ausbildung und beruflichen Status eher eine positive Selektion darstellt.

Weitere Differenzierungen hinsichtlich anderer Subgruppen, die sich über den AVEM als Risikotypen A und B definieren lassen, zeigen aber auch, dass einzelne Patienten in besonderer Weise gefährdet sind. So finden sich in der Risikotyp-A-Gruppe (hohe Verausgabung, geringes Gratifikationserleben) 10 Patienten gegenüber nur 4 Probanden der Kontrollgruppe. Die Risikotyp-B-Gruppe (Geringe Verausgabung und hohe Resignation) ist mit 7 Patienten besetzt, während sich aus der Kontrollgruppe nur 4 Probanden dieser Gruppe zuordnen lassen.

## 6. Zusammenfassung

Die berufliche Situation der Patienten ist durch die abhängigkeitsbedingten Belastungen sicherlich beeinträchtigt. Wie der Vergleich mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe zeigt, lassen sich die Belastungen der Patienten nur bedingt auf berufliche Spezifika zurückführen und sind vor allem in niedrigen Ausprägungen genereller Entwicklungscompetenzen auszumachen. Die Erwartungen der Patienten an die Therapie sind v.a. auf die Stärkung intrapsychischer Aspekte wie Stärkung des Selbstvertrauens und generelle Leistungsfähigkeit ausgerichtet und finden in diesem Bereich eine eindrucksvolle Bestätigung am Ende der Therapie. Dies kommt auch in der 98%igen Arbeitsfähigkeitsquote am Ende der Therapie zum Ausdruck. Die dargestellten Ergebnisse deuten darüber hinaus daraufhin, dass trotz der verbesserten psychischen Stabilität und der veränderten Einstellungen positive Erfahrungen im Alltag noch ausstehen und diese wahrscheinlich auch über die Stabilität der Rehabilitationserfolge entscheiden werden.

## Literatur

- Brandstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5 (1), S. 58-67.
- Lutzau von, H. (2001). Rehabilitationsziel „Eingliederung ins Erwerbsleben“. In Fachverband Sucht (Hrsg.), *Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie*, S. 185-188. Geesthacht: Neuland.

- Mootz, U. (2001). Gesamtrehabilitationsstrategie aus Sicht der BfA und deren Bedeutung für die Rehabilitation Abhängiger. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie, S. 75-86. Geesthacht: Neuland.
- Rummel, M. (2002). Alkohol am Arbeitsplatz. Dokumentation der Internationalen Konferenz am 23.10.2002, Saarbrücken. Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales. Saarbrücken.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1986). AVEM Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Manual. Frankfurt: Swets.
- Schneider, B. (1996). Partnerschaft und Alkoholabhängigkeit. Eine Studie zu individuellen Bewältigungsstrategien und partnerschaftlichen Koorientierungsprozessen im Kontext einer Entwöhnungsbehandlung. Bad Tönisteiner Blätter, 8 (1).
- Sommer, C., Schneider, B., Gies, C. & Buschmann, H. (2001). Der Patient als Berufstätiger – Zur Erfassung und Berücksichtigung beruflicher Aspekte in der stationären Entwöhnungsbehandlung. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie, S. 251-259. Geesthacht: Neuland.
- Ziegler, H. (2001). Gesundheitsförderung und Suchtvorbeugung in Betrieben. Sucht aktuell, (8),1, 53-57.

**Sucht macht krank! – Von der Akutmedizin zum Disease-Management**  
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.  
Band 27 – ISBN 3-87581-241-7  
Neuland, 2004, Geesthacht