

Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der Suchtrehabilitation: Zielsetzungen und Konzepte¹

Ralf Schneider

Die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, zu denen auch der Alkohol gehört, ist eine chronische Erkrankung. Das bedeutet aber nicht, dass Suchtkranke in ihrer beruflichen Leistungs- und Einsatzfähigkeit generell und auf Dauer eingeschränkt sind. Mit Hilfe einer erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahme kann ihre Erwerbsfähigkeit sogar fast ausnahmslos gesichert oder wiederhergestellt werden, sofern sie nicht chronisch mehrfach geschädigt sind. Die Zahlen der Rentenversicherer zum Verlauf der Erwerbsbiographien der Rehabilitanden in den Jahren nach einer Behandlung sind denn auch ausgesprochen positiv: zwei Jahre nach einer stationären Rehabilitation sind insgesamt 88% noch im Erwerbsleben verblieben, 61% waren sogar in dem ganzen Zeitraum lückenlos tätig (Egner & Grünbeck, 2003).

Die Teilhabe am Erwerbsleben spielt für die Stabilisierung des Genesungserfolges eine wichtige und unterstützende Rolle. Arbeit ist schließlich mehr als Brot- und Gelderwerb: sie ermöglicht ein selbstbestimmtes, von fremder Unterstützung weitgehend unabhängiges Leben, sie gibt dem Alltag Struktur und sie vermittelt einem, dass man gebraucht wird und für etwas gut ist. Entsprechend groß ist das Risiko eines Rückfalls für Personen, die trotz erfolgreicher medizinischer Rehabilitation langfristig ohne Arbeit bleiben. Henkel et al. (2003) nennen in einer Zusammenfassung nationaler und internationaler Untersuchungen einen Faktor zwischen 1,5 und 2, um den die Rückfallrate Arbeitsloser nach einer Entwöhnungsbehandlung gegenüber Erwerbstätigen erhöht ist.

Sofern die Rehabilitanden noch einen Arbeitsplatz innehaben, muss alles unternommen werden, um sie im Erwerbsleben zu halten. Die Anforderungen der Arbeitswelt sind in die Rehabilitation einzubeziehen, mangelhaft ausgebildete Fähigkeiten auf Seiten der Rehabilitanden zu berücksichtigen und arbeitsplatzbezogene Belastungsfaktoren nach Möglichkeit zu beeinflussen.

Seit 1994 ist für den stationären Sektor bundesweit dokumentiert, dass 85-90% der zu Beginn der Behandlung arbeitslosen Suchtkranken auch bei Entlassung weiterhin arbeitslos waren (SEDOS-

Berichtsbände, 1994ff). Vor dem Hintergrund der hohen Arbeitslosenzahlen und der weiterhin angespannten Lage auf dem Arbeitsmarkt werden von allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten erhöhte Anstrengungen verlangt. Sämtliche bestehenden Möglichkeiten zur zeitnahen Integration ins Erwerbsleben müssen genutzt und innovative Ideen erprobt werden. Allerdings darf das Arbeitsmarktrisiko dabei nicht auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation verlagert werden.

Der Fachverband Sucht hat sich mit dem Thema Arbeit und Beruf auf seinen Kongressen und in Veröffentlichungen bereits intensiv auseinandergesetzt (z.B. Fachverband Sucht, 1996 u. 2001; Bönner, 1995). Er empfiehlt seinen Mitgliedseinrichtungen, für diesen Kernbereich der Rehabilitation ein differenziertes Konzept bereitzuhalten, das den speziellen Bedingungen der Klinik und ihrer Klientel angemessen ist. Ein Rahmenkonzept des FVS, das auf dem diesjährigen Heidelberger Kongress vorgestellt wird, soll dafür Hinweise geben und Wege aufzeigen.

1. Ziele der Rehabilitation bei Suchterkrankungen

Medizinische Rehabilitation ist darauf gerichtet, schädigungsbedingte Funktionsstörungen, die nicht nur vorübergehender Natur sind, und drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen in der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu vermeiden, zu beseitigen oder zu bessern bzw. zumindest deren Verschlimmerung zu verhüten.

Unabhängig vom Rahmen der Rehabilitation gilt es international als Ziel jeder

Suchtbehandlung, den Betroffenen zu einem Leben zu verhelfen, das in möglichst geringem Ausmaß von Störungen durch die problematischen psychotropen Substanzen beeinträchtigt wird; wo immer es geht, sollte die Hilfe auf eine dauerhafte medikamentöse Unterstützung und soziale Aufsicht verzichten. Die nachhaltige und selbstbestimmte Abstinenzfähigkeit gilt als erstrebenswertes Ziel, denn wenn es verfehlt wird, ergeben sich langfristig instabile Verläufe (Schäfer, 1996; Vaillant, 2003). Im Rahmen der Rehabilitation wird aber nicht nur die Abstinenz als Ziel festgeschrieben, sondern auch die Behebung körperlicher und seelischer Störungen sowie die Förderung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, VDR 2001). Die Bedeutung gesicherter Lebensumstände in Bezug auf Arbeit, Familie und das sonstige soziale Umfeld ist aus der empirischen Suchtforschung seit langem hinlänglich bekannt (Küfner & Feuerlein, 1989), so dass alle Maßnahmen, welche die Rehabilitanden diesen Zielen näherbringen können, Priorität zugemessen wird. Sie sollten so früh wie möglich im Rehabilitationsprozess eingeleitet und begonnen werden.

Was von der Forschung noch nicht hinlänglich geklärt werden konnte, sind die Wechselwirkungen zwischen Eigenschaften der Person, suchtimmanenten Einstellungs- und Verhaltensänderungen sowie den Bedingungen der sozialen Umwelt. Dieses komplexe bio-psycho-soziale Geschehen muss von der Reha-Praxis für jeden Rehabilitanden individuell untersucht und mit der entsprechend unterschiedlichen Gewichtung behandelt werden. Wir haben es in der medi-

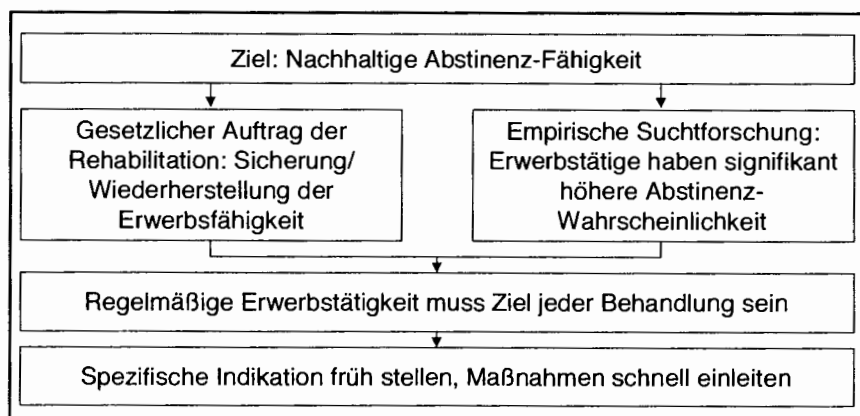


Abb. 1: Allgemeines Ziel der Suchtrehabilitation

¹ Schriftliche Fassung eines Vortrages, gehalten auf der FVS-Arbeitstagung „Aktuelle Ansätze zur Frühintervention und Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der (Sucht-)Rehabilitation in Wolfsburg

zinischen Rehabilitation deshalb auch nicht mit Medizin plus einigen psychosozialen Zusatzelementen zu tun, sondern stets mit einem auf den Einzelfall abgestimmten integrierten Konzept. Darin gehen Ressourcen und Problem-bereiche ein, Ziele der Person und der Behandler sowie die notwendigen, wünschenswerten und verfügbaren Maßnahmen und Mittel.

So verlockend es für strategische Denker im Rehabilitationswesen auch sein mag, zum Zwecke einer besseren Transparenz und Verlaufskontrolle Ziel-Matrizen zu entwickeln, die z.B. Funktionsstörungen, Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigungen und Kontextfaktoren auf der biologischen, psychischen und sozialen Ebene mit einer Ausprägung in drei oder mehr Ausprägungsgraden enthalten, so wenig handlungsleitend werden solche Schemata in der Alltagspraxis tatsächlich sein.

Nehmen wir als Beispiel einen seit zwei Jahren arbeitslosen 42-jährigen Alkoholiker mit erheblichem Übergewicht und einer Schädigung der Kniegelenke, der seit seiner Scheidung vor einem Jahr in einer kleinen Wohnung über einer Kneipe lebt und der bis zu seinem kürzlichen Führerscheinverlust mit gelegentlicher Schwarzarbeit in seinem erlernten Beruf als Anstreicher finanziell ganz gut zu-rechtkam, der schließlich wegen einer chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymia) bei einem Arzt Hilfe sucht, die ihn dann in eine Sucht-Rehabilitation führt, deren Notwendigkeit er – trotz der vorangegangenen Vorbereitung in einer Suchtberatungsstelle mit Erstellung des notwendigen Sozialberichts – nicht nachvollziehen kann. Selbst wenn die Behandler zu dem Schluss kommen, dass eine regelmäßige Erwerbstätigkeit und die soziale Reintegration in einem abstinenzförderlichen Milieu von vorrangiger Bedeutung sind, bleibt es eine Sache des therapeutischen Geschicks, diesem Mann so zu begegnen, dass seine Vorbehalte sich verringern und dass er Hoffnung in die verfügbaren Hilfen setzt, sowie zu eruieren, auf welcher Ebene am ehesten eine Kooperation zustande kommen wird. Dass letztlich die Gelenksbeschwerden genauso Ziel von Interventionen sein müssen wie seine beeinträchtigte Selbsteinschätzung bezüglich des Alkoholkonsums oder die Dysthymia und die unbewältigte Trennung von der Frau, ist selbstverständlich.

Genauso selbstverständlich muss es aber auch sein, dass die Therapieziele im Bereich Arbeit und Beruf aktiv von den Behandlern angesprochen werden, und zwar nicht erst zum Ende der Maßnahme hin. Eine Einteilung der Rehabilitation in Form einer zeitlichen Reihenfolge mit den gleichgewichtigen Phasen „Eingewöhnung, Änderung und Vorbereitung

der Rückkehr“, wie man es früher manchmal lesen konnte, ist unsinnig. Gerade im Bereich der Arbeit ist eine frühe Klärung, Vorbereitung und Einleitung von Interventionen, die gegebenenfalls im Anschluss an die Entwöhnungsmaßnahme erfolgen, unerlässlich, wenn während der Reha-Maßnahme mehr als eine Absichtserklärung entwickelt werden soll.

2. Unspezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

Die stationäre Rehabilitation hat gegenüber der ambulanten eine Reihe von Vorteilen (s. Schneider 1989). Einer der bedeutendsten besteht in der Beobachtungs- und Interventionsmöglichkeit „rund um die Uhr“. Wenn auch die äußeren Bedingungen andere sind als die im häuslichen Umfeld, so werden doch individuelle Gewohnheiten, Stimmungen und Neigungen auch im stationären Rahmen rasch transparent. Der persönliche Stil bezüglich Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Ordnung, Genauigkeit, Freundlichkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Toleranz, Kompromissbereitschaft oder Teamfähigkeit tritt im Klinikalltag meistens in ähnlicher Weise in Erscheinung wie im Arbeitsleben. Die Verhaltensweisen werden von den Mitarbeitern beobachtet, aufgegriffen und bearbeitet. In der Gruppentherapie und im sonstigen Klinikleben finden also ständig auf unspektakuläre, aber wirkungsvolle Weise diagnostische und ändernde Prozesse in Bezug auf die basalen arbeitsbezogenen Fähigkeiten der Rehabilitanden statt, ohne dass dies ausführlich in Reha-Entlass-Berichten thematisiert würde. Das Setting sollte folglich so gestaltet sein, dass es diese Beobachtungs- und Interventionsmöglichkeiten fördert. Ein primär auf Entlastung, verwöhnende Fürsorge und Pflege der Rehabilitanden gerichtetes Klinikmanagement, das seinen Erfolg vornehmlich an der Vermeidung von Beschwerden der Versicherten misst, wird dieses Potential der stationären Behandlung kaum nutzen können. Eine Klinik sollte Erfahrungs-

und Konfliktfelder im Gemeinschaftsleben bereit halten, in denen „en passant“ Erlebnisverarbeitungs- und Verhaltensmuster deutlich werden, die für das Erwerbsleben relevant sind. Beispielsweise kann die gemeinsame Verantwortung einer Gruppe von Patientinnen für eine Kaffeeküche oder einen Gruppenraum personale Determinanten kenntlich machen, die in ähnlicher Weise bei „Mobbing“-Prozessen im Betrieb eine Rolle spielen (Khatib & Wünsche, 2003). Solche Beobachtungen haben meistens mehr Gültigkeit als die subjektiven Berichte der Betroffenen.

Allgemeinstes Ziel der Psychotherapie ist nach Jerome Frank der Abbau der Demoralisierung, denn als Hauptursache psychischer Leiden sieht er „ein Gefühl des Versagens oder der Ohnmacht, auf sich selbst oder seine Umgebung Einfluss zu nehmen“ (J. Frank, 1981, S. 17). Das trifft auf die Therapie der Suchterkrankungen in besonderem Maße zu; allerdings verstehen es die Betroffenen sehr gut, diesen Zustand zu verheimlichen oder auf vielfältige Art und Weise zu überspielen. Arbeitslosigkeit führt zu vergleichbaren seelischen Folgen und Verhaltensweisen. Eine auf die Sucht bezogene Bearbeitung der Blockaden, die aus der Demoralisierung resultieren, bewirkt oft eine allgemeinere lösungsorientierte Haltung und eine Minderung der arbeitsbezogenen Hoffnungslosigkeit. Das gelingt in der stationären Rehabilitation sehr gut, wie Henkel et al. (2003) berichten; allerdings bleiben trotz der psychologischen Fortschritte bis zum Therapieende deutliche Differenzen zwischen Arbeitslosen und Personen mit Arbeitsplatz bestehen, wenn sich an der Arbeitslosigkeit nichts ändert. Das beste Heilmittel wäre die faktische Arbeit..

Insgesamt ist die Arbeitswelt seit 1960, die als „Nervenzzeit“ gegenüber der früheren „Muskelzeit“ bezeichnet wird, durch spezifische Anforderungen an das Individuum gekennzeichnet, die insgesamt in der stationären Rehabilitation der Suchterkrankungen mehr oder weniger direkt trainiert werden. Vogelgesang

Abb. 2: Determinanten für berufliches Gelingen/ Misslingen

Determinanten für berufliches	
Gelingen	Misslingen
Positives Selbstwertgefühl	Negatives Selbstwertgefühl
Optimismus	Pessimismus
Humor	Rigider Ernst
Innere Gelassenheit	Perfektionismus
Selbstverstärkung	Abhängigkeit vom Lob anderer
Prospektive Problemlösung	Vermeidungsverhalten
Erholungsfähigkeit	Überschreiten der Leistungsgrenzen
Einholen sozialer Unterstützung	Soziale Isolierung
Weltanschauliche / religiöse Einbindung / Sinnfindung	Wertemäßige Desorientierung
Schwierigkeiten als Chance	Schwierigkeiten als Gefahr

(2003) zählt eine Reihe von persönlichen Eigenschaften auf, die nach den Ergebnissen der modernen Stressforschung und nach ihrer klinischen Beobachtung für das berufliche Gelingen bzw. Misslingen in den die moderne Arbeitswelt prägenden Dienstleistungs-, Kommunikations- und Datenverarbeitungsbereichen entscheidend sind (Abb. 2).

Diese Zusammenstellung, ergänzt um die Fähigkeit zu dauerhaft geordnetem Verhalten anstelle von mangelnder Impulskontrolle, führt unmittelbar vor Augen, dass bereits das, was man als „Standardtherapie“ in der Suchtbehandlung bezeichnen kann, wesentliche Ziele der arbeitsbezogenen Rehabilitation beinhaltet. Wenn die Behandler darauf achten, dass in sämtlichen Therapieveranstaltungen immer wieder die Brücke von den individuellen Symptomen bzw. Eigenschaften hin zu deren Auswirkungen auf das Arbeitsleben geschlagen wird, dann ist bereits die „Standardtherapie“ eine solide Basis für eine gelingende Erwerbstätigkeit.

Deshalb sind in der Suchtrehabilitation auch nicht nur einzelne spezialisierte Mitarbeiter oder Berufsgruppen mit der beruflichen Reintegration befasst, sondern in einem multiprofessionellen Team obliegt diese Aufgabe jedem Arzt und Bezugstherapeuten. Wie die Verantwortung für die Behandlungsmodule auf die Mitarbeiter verteilt wird, ist der Organisationsverantwortung der Einrichtung vorbehalten, denn das hängt entscheidend von der Klientel, der Größe der Einrichtung, ihrer Lage und den Fähigkeiten einzelner Mitarbeiter ab. Die zum jeweiligen Berufsbild gehörenden Pflichten und Verantwortlichkeiten bleiben davon unberührt, wie dies auch von der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (2000) beschrieben wurde.

3. Prinzipien der arbeitsbezogenen Maßnahmen in der Suchtrehabilitation

Neben den nicht zu unterschätzenden unspezifischen Wirkfaktoren der stationären Suchtrehabilitation auf die Erwerbsfähigkeit gibt es spezifische Maßnahmen, die effizient organisiert und umgesetzt sein wollen. Solche arbeitsbezogenen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation betreffen den Erhalt der Erwerbstätigkeit in dem erlernten, ausgeübten oder ausübbarer Beruf und die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, um eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben zu können. Es muss also generell zuerst geklärt werden, inwiefern ein Bedarf an solchen Maßnahmen vorliegt. Das erste Prinzip lautet deshalb:

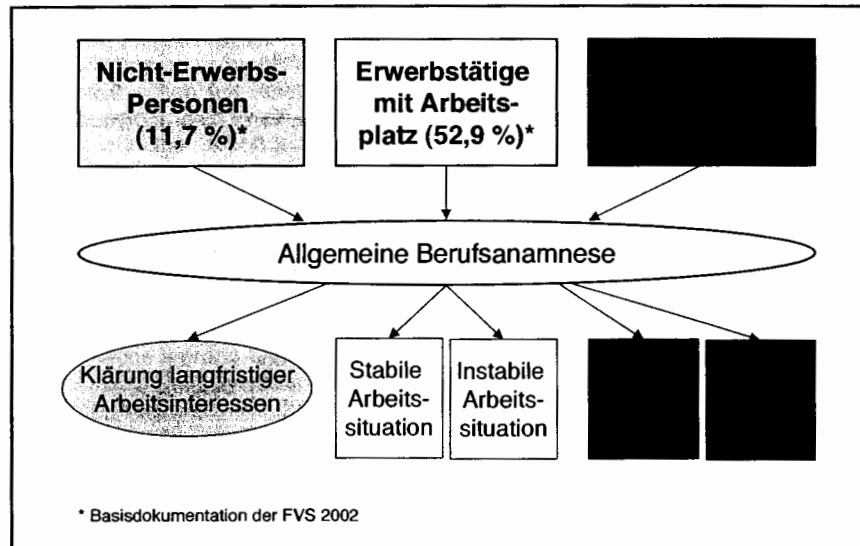


Abb.3: Erste Ebene der Indikation

3.1 Einbeziehung aller Rehabilitanden

Bei allen Rehabilitanden ist eine vollständige Berufs-anamnese zu erheben, auch wenn die berufliche Situation von den Patienten als problemlos bewertet wird. Das betrifft Nicht-Erwerbspersonen ebenso wie Erwerbslose und Erwerbstätige mit gesichertem Arbeitsplatz. Für die Gruppe der Nicht-Erwerbspersonen ist die Klärung von Stärken und Schwächen, von langfristigen beruflichen Plänen bzw. von Nebentätigkeiten und Hobbys vorrangig. Für die Gruppe der in Arbeit stehenden Personen steht die Klärung der Stabilität und Qualität des Arbeitsplatzes im Vordergrund. Für die Arbeitslosen muss das Ausmaß der nötigen Hilfen für eine erfolgreiche Reintegration ins Erwerbsleben früh im Reha-Prozess geklärt werden, stets unter Berücksichtigung der realen Arbeitsmarktsituation. Weitere Kernfragen sind, ob eine Berufsausbildung vorliegt und ob es überhaupt Vorerfahrungen mit geregelter Arbeitstätigkeit gibt.

Die Kriterien einer umfassenden Berufs-anamnese, die über die Anforderungen der Basisdokumentation hinausgehen, sind noch nicht klinikübergreifend festgelegt worden. Sie haben sich aber in der Praxis bereits weitgehend angeglichen.

Wo immer es geht und das Vertrauensverhältnis nicht übermäßig beeinträchtigt wird, sollten fremdanamnestische Angaben zur Erwerbssituation eingeholt werden.

Die erste Ebene der Indikation differenziert zwischen drei Gruppen von Rehabilitanden. Die allgemeine Berufs-anamnese unterscheidet bei den Erwerbstätigen mit Arbeitsplatz die Subgruppen mit stabiler, nachweislich gesicherter und instabiler, nicht hinreichend geklärt Arbeits-situation. Die Erwerbslosen werden unterteilt in Personen, die voraussichtlich

mit minimaler Hilfe oder selbständig Arbeit finden und in solche, bei denen eine umfassende Klärung und Hilfe nötig ist; in Abbildung 3 werden sie der Einfachheit halber als kurzfristig bzw. langfristig arbeitslos bezeichnet.

Eine grobe Einteilung in diese Subgruppen ist manchmal schon vor Aufnahme in die Klinik möglich, wenn der Sozialbericht entsprechend verlässliche Angaben enthält. Kliniken mit spezialisierten Teams könnten diese Daten für erste organisatorische Überlegungen nutzen, noch bevor der Rehabilitand in der Einrichtung ankommt. Insbesondere bei kürzeren Verweildauern ist es ausgesprochen nützlich, wenn man mit der Therapieplanung so früh wie möglich beginnen kann.

3.2 Individuelle, umfassende Diagnostik

Die allgemeine Berufs-anamnese muss ergänzt werden durch eine umfassende Diagnostik und Problemanalyse, die sich nicht auf die körperliche Funktionstüchtigkeit beschränkt, sondern Einstellungen („Arbeitsmoral“), Fähigkeiten (z.B. zur Kooperation), Interessen und die Bedingungen des realen sozialen Umfeldes einbezieht.

Viele Kliniken halten ein elaboriertes berufliches Beratungssystem vor (z.B. Hiden, 2002). Basis von solchen differenzierten Beratungen ist natürlich eine genaue Problemanalyse, damit aus der Beratung keine Informationsveranstaltung wird, sondern eine zielorientierte Handlungsplanung, -unterstützung und -kontrolle. Ob diese Analyse vom Bezugstherapeuten oder von einem spezialisierten Sozialdienst durchgeführt wird, ist sekundär. Primär ist die kontinuierliche Aktualisierung des Themas auf der Agenda des Rehabilitanden.

Da Leistungen der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Teilhabe am Arbeitsleben nur dann in Betracht kommen, wenn der Bezugsberuf behinderungsbedingt nicht mehr ausgeübt werden kann, muss der Reha-Träger möglichst frühzeitig erfahren, welche Einschränkungen vorliegen und wie ihnen begegnet werden kann. Eine entsprechend differenzierte sozialmedizinische Beurteilung, die als Entscheidungshilfe nützlich ist, sollte nicht bis zum Entlassstermin hinausgeschoben werden. Es kommt im Suchtbereich allerdings sehr selten vor, dass die Rentenversicherung für die berufliche Rehabilitation zuständig ist. Der alkohol- oder medikamentabhängige Krankenschwester, die in ihrem gesamten Berufsgebiet nirgendwo mehr erwerbstätig sein können, stellen eher eine Ausnahme dar. In der Regel handelt es sich bei Suchtkranken um berufliche Reintegrationsfälle, für die die Agenturen für Arbeit zuständig sind.

Objektiven Verfahren zur Einschätzung der Leistungsfähigkeit, die auch von anderen Institutionen im Netzwerk „Arbeit“ verwendet werden, ist der Vorzug zu geben (z.B. MELBA). Solche Leistungsprofile können auch in Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen, z.B. einem Berufsförderungswerk, erstellt werden (s.u.: 3.6. Vernetzung).

Zu der eingangs erwähnten Problemanalyse gehört als Pendant die Ressourcenanalyse. Für die Motivierung und Ausbildung einer Zielorientierung ist es günstig und in manchen Fällen unerlässlich, aktuelle oder früher vorhandene Stärken zu reaktivieren. Diese Stärken können im Berufsleben manchmal kaum in Erscheinung getreten sein, wenn eine unglückliche Berufswahl getroffen wurde oder wenn sie wegen Mangel an Arbeit nie erprobt wurden. So paradox es auf den ersten Blick auch scheinen mag, gehört deshalb zur Berufsanamnese auch das Erholungs- und Freizeitverhalten.

3.3 Realistische Zielorientierung

Da es keinen empirisch nachgewiesenen Zusammenhang zwischen einzelnen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und einer nachhaltigen beruflichen Integration oder gar Lebensglück gibt, sind Kooperation und Respekt in der Zielbestimmung und Maßnahmenplanung besonders gefragt. Dies ist nicht zu verwechseln mit Nachgiebigkeit oder Gleichgültigkeit. Ganz im Gegenteil ist die Kenntnisnahme der Wahrnehmungen und Einschätzungen aller Mitarbeiter des therapeutischen Teams für den Rehabilitanden von großer Bedeutung, denn häufig beruhen falsche Entscheidungen – wozu auch Untätigkeit gehört – auf einer unvollständigen Wahrnehmung oder auf

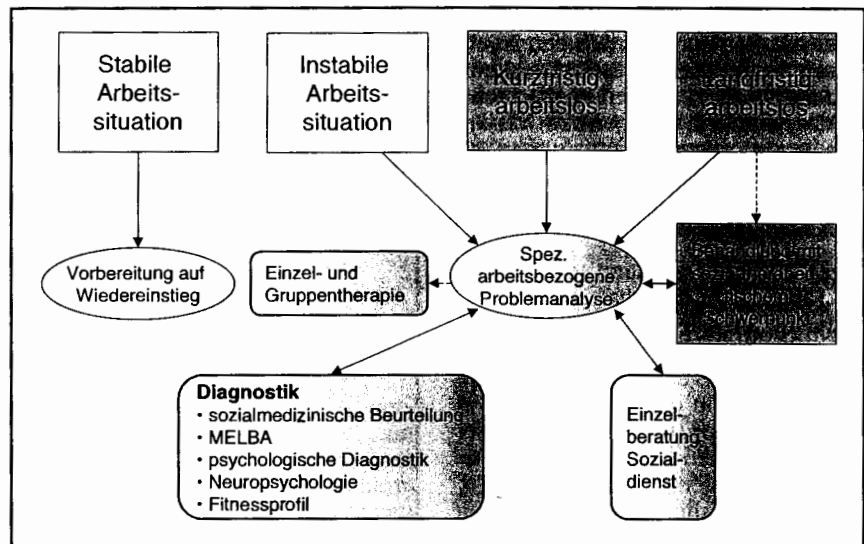


Abb. 4: Zweite Ebene der Indikation: bio-psycho-soziale Differenzierung

selbstwertdienlichen Interpretationen. Diese Kenntnisnahme vollzieht sich nicht in einem einzigen Gespräch, sondern sie bedarf meistens der beharrlichen Wiederholung. Eine kooperative Zielbestimmung, die aus einer solchen beharrlichen, ernsthaft-freundlichen Auseinandersetzung resultiert, ist in der Praxis selten innerhalb weniger Tagen abgeschlossen. Therapeutische Ziele sind nämlich dynamisch, sie ändern sich im Prozess. Fallberichte jedoch spiegeln das wegen ihres logischen Aufbaus selten wider.

Der scharfe analytische Blick der Fachleute und ihre logisch einwandfreien Schlussfolgerungen mögen eine notwendige Voraussetzung für eine realistische Zielorientierung der Rehabilitanden sein, hinreichend sind sie selten. Wäre Gehorsam, der zumindest bis zum Ende der Reha-Maßnahme hält, die wesentliche Basis der Zusammenarbeit, dann könnten die Fachleute auf Grund ihres überlegenen Wissens arbeitsbezogene Ziele festlegen und ein Programm entwerfen, das der Rehabilitand nur vollständig zu absolvieren braucht, um zu den für richtig erachteten Zielen zu gelangen. Nicht wenige Rehabilitanden wünschen sich ein solches Vorgehen, das vom Nachdenken, Entscheiden und Verantworten entlastet. In manchen Fällen mag eine auf Gehorsam und Unterwerfung basierende Mitarbeit in Programmen auch langfristig erfolgreich sein, wenn man beispielsweise im Prozess Freude und Erfolg spürt, aus dem ein eigenes Interesse resultiert.

Allgemein gilt aber die psychologische Erkenntnis, dass Ziele dann sehr viel wahrscheinlicher realisiert werden, wenn der Mensch sie frei zwischen verschiedenen Möglichkeiten und nach sorgfältiger Überlegung der Konsequenzen jeder Alternative gewählt hat, wenn er seine

Wahl hochschätzt und gewillt ist, sie öffentlich zu bestätigen und wenn er sie leicht und regelmäßig in Handlungen umsetzen kann (s. Schneider, 1995). Deshalb gehören nicht nur Fertigkeiten zu den arbeitsbezogenen Rehabilitationszielen, sondern auch die kognitiven, motivationalen und emotionalen Vorbereitungen, wie

- Realistisches Selbstbild bezüglich Erwerbsfähigkeit entwickeln
- Selbstständigkeit
- Langeweile und Ungeduld aushalten.

Daneben gehören auch Klärungen einzelner Fähigkeiten und Fertigkeiten zu den Zielen, wie

- Belastbarkeit, Kooperation, Konzentration usw.
- Zuverlässigkeit, Vereinbarungen einhalten.

Einen dritten Bereich bilden Trainingsziele, wie

- Basisfertigkeiten, z.B. Kontinuität, Konzentration, Ausdauer
- Umgang mit Erfolg und Misserfolg
- Kritik üben und annehmen
- soziale Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit
- elektronische Kommunikationssysteme benutzen können.

Methoden wie das Goal Attainment Scaling (Kiresuk & Lund, 1978) werden in Deutschland wenig verwendet. Dieses Verfahren bricht allgemeine Ziele auf Zwischenziele und diese wiederum auf operationalisierte Ziele herunter, die als Handlungen beobachtbar und einschätzbar sind. Erst dadurch werden Ziele konkret. Der vielleicht wichtigste, anfangs aber auch mühsame methodische „Kniff“ des GAS (Goal Attainment Scaling) besteht darin, dass jedes operationalisierte Ziel in fünf Ausprägungen definiert wird.

Dabei wird das realistisch zu erwartende Ergebnis als mittleres zwischen zwei besseren und zwei schlechteren Ergebnismöglichkeiten skaliert. So wird eine Tendenz zur Überschätzung oder Unterforderung genauso deutlich wie ein Schwarz-Weiß-Denken. Ergebnis ist eine verbesserte Selbsteinschätzung und realistischere Zielbestimmung. Gerade in der arbeitsbezogenen Rehabilitation könnte das GAS gute Dienste leisten.

3.4 Spezifische Maßnahmen

In der Selbstmanagement-Therapie (Kanfer et al. 1996, 365ff.) gibt es sechs Denk-Regeln, die für Rehabilitanden und Therapeuten gleichermaßen gelten. Sie bilden für die arbeitsbezogene Rehabilitation so etwas wie das geistige Fundament aller Maßnahmen. Kanfer's Regeln lauten:

Denke

- verhaltensorientiert
- lösungsorientiert
- positiv
- in kleinen Schritten
- flexibel
- zukunftsorientiert

Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, diese Prinzipien näher zu erläutern. Der Interessierte Leser sei auf das genannte Werk von Kanfer et al. verwiesen. Aber es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die im Folgenden beschriebenen einzelnen Module und Bausteine ein einligendes Band besitzen, das durch diese Denk-Regeln gut umrissen wird.

Wenn Rehabilitanden schon langjährig in Arbeit sind und sie von sich aus ihr Arbeitsleben nicht zum Thema machen, dann werden von den Behandlern unter Umständen nie arbeitsbezogene Leistun-

gen in Erwägung gezogen. Vor allem Kliniken, die eng mit Sozialberatern größerer Unternehmen kooperieren, haben es sich jedoch schon seit vielen Jahren zur Regel gemacht, allen Rehabilitanden mit Arbeitsplatz ein Arbeitgebergespräch nahezulegen, das von einem Klinikmitarbeiter moderiert wird. Solche individuellen Gespräche dienen der Klärung der Arbeitsplatzsituation, bringen wechselseitige Erwartungen und möglicherweise Konflikte auf den Tisch und bereiten die berufliche Wiedereingliederung vor. Diese Gespräche werden bisweilen mit einem Betriebsseminar verbunden, das eingangs in erweiterter Runde Fragen zur Suchtproblematik, zur Rehabilitation und zum Umgang mit abstinenten bzw. rückfälligen Kollegen oder Untergebenen beantwortet (Leist, 1995). Ein Besuch des Arbeitsplatzes und ein Gespräch mit Vorgesetzten während einer Erprobungsheimfahrt ist heute ebenfalls ein fester Bestandteil fast aller Reha-Konzepte für Personen, die einen Arbeitsplatz haben.

Ein Teil der sonstigen Bausteine der arbeitsbezogenen Rehabilitation (s. Abb. 5) kann ebenfalls für Rehabilitanden mit Arbeitsplatz indiziert sein. Das betrifft beispielsweise die körperliche Leistungsfähigkeit, PC-Kurse, Spezialgruppen wie „Problembewältigung am Arbeitsplatz“ und Elemente der Ergotherapie.

Andere Bausteine sind speziell für Arbeitslose konzipiert: ein Bewerbungstraining, in dem berufsbezogene Erwartungen und die Passung von Fähigkeiten mit Anforderungen geklärt werden, das moderne Wege zu Stellenangeboten erläutert, in dem eine Bewerbungsmappe angefertigt und Bewerbungsgespräche eingeübt werden, in dem aber auch erarbeitet wird, wie man ablehnende Be-

scheide verkraftet, dürfte heute in allen Einrichtungen der Suchtrehabilitation zum Standardangebot gehören. Die Bezeichnung solcher Spezialgruppen bzw. -maßnahmen variiert von Klinik zu Klinik, die Inhalte sind aber sehr ähnlich.

Ziel aller dieser Maßnahmen ist es, den Rehabilitanden, die wegen ihrer Vergangenheit auf dem Arbeitsmarkt in mancher Hinsicht Nachteile haben, zu einem Wettbewerbsvorteil zu verhelfen, sie also fitter als den Durchschnitt der Arbeitssuchenden zu machen.

Diesem Ziel kann auch die externe Belastungserprobung dienen, weil sie als Ergebnis der Überprüfung der aktuellen beruflichen Belastbarkeit in den meisten Fällen das Selbstvertrauen und die Sicherheit, den Anforderungen der Arbeit gewachsen zu sein, sehr viel mehr fördert, als dies eine Erprobung im therapeutischen Setting je könnte. Ansonsten kann die Belastungserprobung auch zum Zwecke der Überprüfung des intern erzielten Behandlungsfortschritts und für Erfahrungen betreffs einer beruflicher Neuorientierung herangezogen werden.

Heutige Rehabilitationskonzepte bieten Arbeitstherapie nicht in erster Linie als stützendes Element der therapeutischen Gemeinschaft und zur Ausbildung basaler Fähigkeiten an, sondern sie nutzen sie, um das konkrete berufliche Anforderungs- und Leistungsprofil des Rehabilitanden zu untersuchen und auszuformen. Unter den Bedingungen des modernen Arbeitsmarktes treten deshalb vielerorts die traditionellen landwirtschaftlichen und handwerklichen Bereiche der Arbeitstherapie in ihrem Umfang und ihrer Bedeutung hinter die fachlich begleitete externe Arbeitserprobung im „Echtbetrieb“ und hinter EDV-Kurse zurück.

Wo immer es indiziert und möglich ist, kann und soll eine Belastungserprobung auch am bisherigen Arbeitsplatz stattfinden.

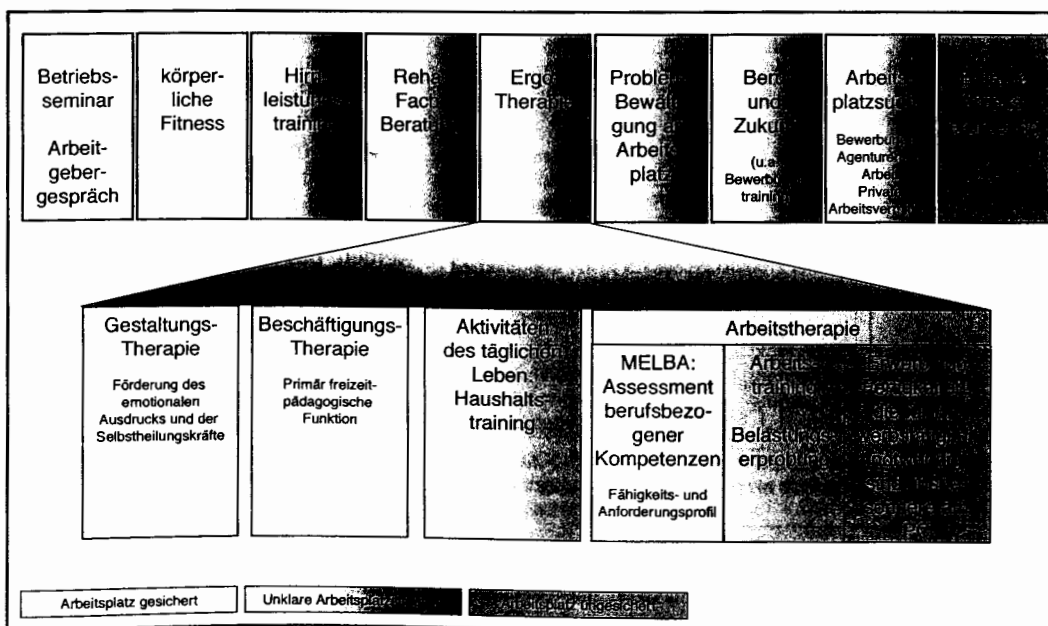


Abb. 5: Spezifische Bausteine der arbeitsbezogenen Therapie

Wolfsburger Fachtagung des FVS

3.5 Vernetzung im Bereich Arbeit und Beruf

Verbindlich vorgegebene Wege, wie medizinische und berufliche Rehabilitation zeitlich parallel oder nahtlos nacheinander verknüpft werden, gibt es bisher nicht. Dessen ungeachtet haben wohl alle Kliniken im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten Kontakte zu zahlreichen Organisationen, Partnern und Behörden aufgebaut, die sie in ihrem Bestreben, ihre Rehabilitanden ins Erwerbsleben zu reintegrieren, unterstützen.

Zu den engsten Partnern im Netzwerk „Arbeit“ sollten die Fachberater der Rentenversicherer zählen, die örtliche Agentur für Arbeit, private Arbeitsvermittler sowie Betriebe, die eine externe Arbeitserprobung ermöglichen. Sie sollten regelmäßig in der Einrichtung präsent sein bzw. aufgesucht werden. Nur so können Erprobungen zeitnah in Berufssparten stattfinden, die den Erfordernissen des Einzelfalls weitgehend entsprechen, berufsfördernde Leistungen bereits während der Rehabilitation beantragt und eingeleitet werden und – was in Anbetracht des letztendlichen Reha-Zieles „reguläre Erwerbstätigkeit“ am wichtigsten ist – eine konkrete, fachlich geleitete Arbeitssuche gesichert werden.

Leider spielen private Arbeitsvermittler noch nicht die bedeutende Rolle, die ihnen eigentlich zukommt. Auf die Gründe dafür wird am Ende dieses Artikels noch eingegangen. Was aber jede Einrichtung heute schon nutzen kann und soll, ist das Internet mit seinen Jobbörsen und das Angebot von Zeitarbeitsfirmen.

Aus der stationären Behandlung werden 92% der Rehabilitanden vollschichtig erwerbsfähig und 90% arbeitsfähig entlas-

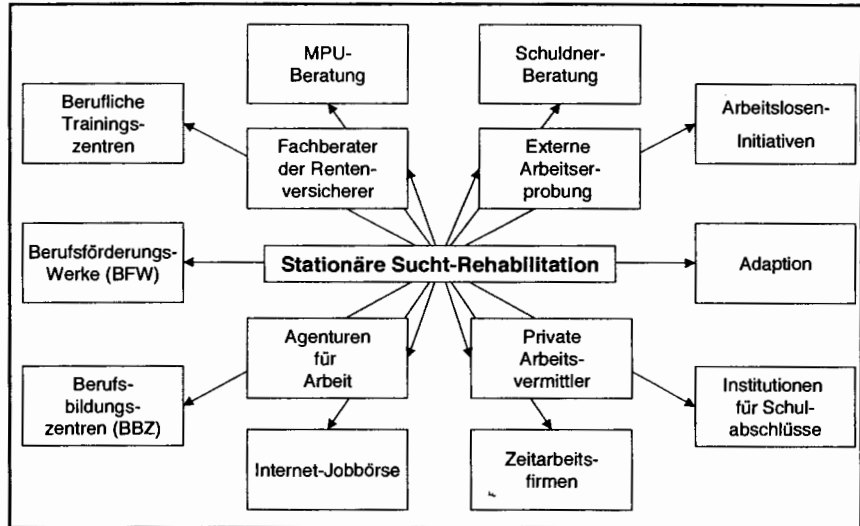


Abb. 6: Netzwerk „Arbeit“

sen. Wenn die Rehabilitanden am Ende der Entwöhnungsmaßnahme über einen Arbeitsplatz und eine Wohnung verfügen, vollschichtig erwerbs- und arbeitsfähig sind, ist das Ziel der regulären Erwerbstätigkeit erreicht und der Reha-Prozess beendet. Die Schnittstelle zwischen Klinik und Alltag bzw. Erwerbsleben kann man aber auch anders gestalten, falls das notwendig und möglich ist. In denjenigen Fällen, in denen der Rehabilitand im Einzugsbereich der Klinik wohnt, kann z.B. der Übergang in den Alltag durch eine teilstationäre Entlassphase vorbereitet werden.

Bei noch nicht hinreichend gesicherter beruflicher Belastbarkeit erlaubt es die stufenweise Wiedereingliederung in die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, mit einer reduzierten Stundenzahl ins Berufsleben einzusteigen. Dazu muss der Kontakt

zum lokalen Fachdienst für berufsbegleitende Hilfen aufgenommen werden, und zwar möglichst früh vor Ende der stationären Reha-Maßnahme.

In allen anderen Fällen, in denen die Arbeits- und womöglich auch Wohnsituation nicht befriedigend geregelt ist, sollte die Reintegration idealerweise in einem nahtlosen trägerübergreifenden Prozess weitergeführt werden.

Die Adaption bietet Arbeits- und Wohnungslosen die Chance, ihre suchtbezogene Stabilisierung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation unter realitätsnahen Bedingungen fortzusetzen und sich dabei mit fachlicher Unterstützung um ihre soziale Reintegration zu kümmern. Die Adaption sollte möglichst in einer Region stattfinden, in der sich der Betreffende niederzulassen gedenkt, wo es also auch realistisch ist, anschließend Arbeit zu finden. Diese Voraussetzung ist allerdings in weiten Gebieten Deutschlands kaum gegeben, so dass viele Kliniken eine interne Adaptionsphase ableiten.

Personen ohne realistische Chance auf dem Arbeitsmarkt müssen auf eine aktive und sinnerfüllte Lebensgestaltung auch ohne Berufsausübung vorbereitet werden. Das geschieht zwar zum einen in der Ergotherapie (s.o. Abb. 5), zum anderen wird es aber das beherrschende Thema in der gesamten Therapie sein.

Da aber auch bei größter individueller und gesellschaftlicher Problematik im Bereich Arbeit die reguläre Erwerbstätigkeit das Ziel aller Bemühungen ist, sollte der weitere Betreuungsprozess für alle diejenigen, die während der medizinischen Rehabilitation keinen Arbeitsplatz finden, trägerübergreifend und nahtlos fortgesetzt werden. In diesem Bereich bleibt noch viel zu tun.

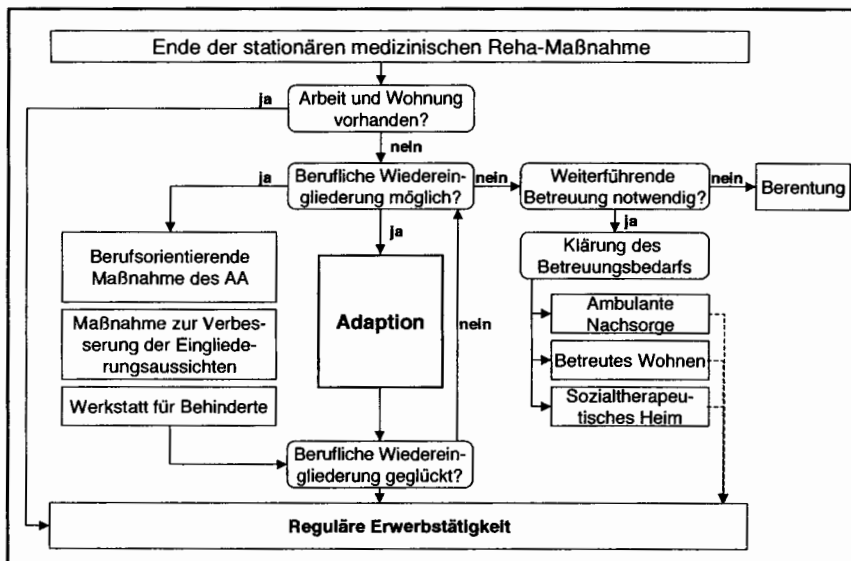


Abb. 7: Nahtloser trägerübergreifender Prozess

4. Resumé und kritische Anmerkungen

Nicht nur die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, sondern auch die unmittelbare Erwerbstätigkeit gehören zu den obersten Zielen, die den Leistungserbringern im Rahmen ihres jeweiligen Auftrages gesetzt sind. Albrecht & Friz (2000) haben in einer Überblicksstudie gezeigt, dass die stationären Einrichtungen bereits seit etlichen Jahren die meisten der in diesem Beitrag erwähnten Methoden einsetzen, um die arbeitsbezogenen Ziele zu erreichen. Und trotz ihrer teils extrem schwer vermittelbaren Klientel, der allgemein hohen Arbeitslosigkeit, der Kürze der verfügbaren Zeit und der oft ungünstigen regionalen Rahmenbedingungen haben die Kliniken (Hidien, 2001) und Adaptionshäuser erstaunliche Erfolge vorzuweisen: Heide (2001) berichtet, dass 63,6% der regulär entlassenen bzw. 49,2% aller aufgenommenen Adaption-Rehabilitanden, bei denen es sich ja um Langzeitarbeitslose ohne Wohnung handelt, am Ende der durchschnittlich 13,2 Wochen dauernden Maßnahme in eine geregelte berufliche Situation entlassen werden konnten. Diese Zahlen beziehen sich zwar auf ein altes Bundesland, aber nichtsdestotrotz dürften die Agenturen für Arbeit von solchen Vermittlungsquoten gegenwärtig nur träumen. Solche Erfolge der Rehabilitation gilt es abzusichern und auszubauen.

Kommen die bekannten Absichtserklärungen – wie Nahtlosigkeit von Maßnahmen oder Vorbeugung anstelle Verwaltung von Arbeitslosigkeit – auf den Prüfstand des Rehabilitationsalltags, stellt sich aber oft Ernüchterung ein. Will beispielsweise ein privater Arbeitsvermittler, der nachweislich Erfolg mit seinen Bemühungen hat, für Arbeitslose in einer Reha-Klinik aktiv werden, so wird ihm von Rentenversicherern und der Bundesagentur für Arbeit die Auskunft gegeben, dass seine Arbeit wegen der bestehenden Vorschriften nicht vergütet werden kann. Die Arbeitslosen haben nämlich nach einer Reha-Maßnahme eine erneute Sperrfrist von drei Monaten, ehe sie mit einem Vermittlungsgutschein zu einem privaten Arbeitsvermittler gehen können, unabhängig davon, wie lange sie vor Beginn der Reha schon arbeitslos waren. Ihr (verminderter) Leistungsanspruch an die Agentur für Arbeit hingegen knüpft nahtlos an die vorangegangene Arbeitslosigkeitszeit an! Die Agentur für Arbeit selbst werden in der Regel während der stationären Rehabilitation für die arbeitslosen Rehabilitanden wiederum nicht aktiv, weil diese wegen ihrer mangelnden Verfügbarkeit als nicht vermittelbar gelten.

Zwar wird auf Tagungen und in Veröffentlichungen immer wieder versichert, dass es erfolgreiche Modellprojekte (z.B. „Optimierung des Reha-Verfahrens für suchtkranke Alkoholiker im Rahmen des § 125 SGB III im LAA-Bezirk BW“) mit moderneren Verfahrensweisen gäbe und dass es nur eine Frage der Zeit sei, bis alle Agenturen für Arbeit den neuen „Hartz“-Geist in Taten umsetzen, aber bisher merken die Kliniken davon noch zu wenig. Nach wie vor dominiert in der Verwaltungspraxis die Trennung von beruflicher und medizinischer Rehabilitation und die viel beschworene integrative Arbeitsweise wird durch verschiedene Zuständigkeiten und wenig koordinierte Abläufe noch immer erschwert.

Der Fachverband Sucht hat bereits vielfältige Aktivitäten entwickelt, um diese Situation zu verbessern. Dem dient auch die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, das dieser Beitrag vorzubereiten hilft.

Literatur:

Albrecht, K.P. & Friz, T. (2000). Berufsförderung bei Alkoholabhängigen: Bedeutung und Verbreitung beruflicher Förder- und Reintegrationsmaßnahmen während der medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – Bericht über eine explorative Studie. *Sucht aktuell*, 2, 59-64.

Böner, K.-H. (1995). Arbeit – notwendige Bedingung seelischer Gesundheit. In: *Sucht aktuell*, 1+2, 2-5.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2000). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: BfA.

Egner, U. & Grünbeck, P. (2003). Analyse der Reha-Verlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. *Sucht aktuell*, 2, 29-32.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996). Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?. Geesthacht: Neuland.

Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (2001). Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie. Geesthacht: Neuland.

Frank, J. (1981). Die Heiler – Über psychotherapeutische Wirkungsweisen vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart: Klett – Cotta im dtv.

Heide, M. (2001). Der Weg zur beruflichen Wiedereingliederung Suchtkranker in der Adaption. In: Fachverband Sucht e.V.

Hidien, W. (2001). Arbeitsvermittlung und -beratung im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung: Erste katamnestiche Ergebnisse. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.).

Hidien, W. (2002). Arbeitsvermittlung für Suchtkranke – zentrale Aufgabe einer beruflichen Reintegrationsberatung während der Entwöhnungsbehandlung. *Sucht aktuell*, 1, 55-62.

Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen. *Sucht aktuell*, 2, 5-14.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.

Khatib, A. & Wünsche, M. (2003). „Ich werde gemobbt!“ – Therapeutischer Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz. In: *salü* 1, (10.), 1-4.

Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin: Springer.

Leist, F. (1995). Mitarbeit der Betriebe immer wichtiger. *salü* 1, (2.), 1-2.

Schäfer, D. (1996). Langzeitverläufe bei Alkoholabhängigen. In: Längle, Mann & Buchkremer (Hrsg.). *Sucht – die Lebenswelten Abhängiger*. Tübingen: Atempo.

Schneider, R. (1989). Stationäre Verhaltenstherapie von Alkoholabhängigkeit. In: Hand, I. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.). *Verhaltenstherapie in der Medizin*. Berlin: Springer.

Schneider, R. (1995). Realistische Therapieziele: Eine Fiktion? In: Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hrsg.). *Suchtkranke in Ihrer inneren und äußeren Realität*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

SEDOS-Berichte (1994ff). Jahresstatistik der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Vaillant, G.E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98, 1043-1051.

Vogelgesang, M. (2003). Wege in die Arbeitswelt. In: *Psychosomatische Fachklinik Münchwies. Wege in die Arbeitswelt – Möglichkeiten der beruflichen Reintegration im Rahmen der medizinischen Rehabilitation*. Münchwieser Hefte, Nr. 27.

Der Autor:

Ralf Schneider
 Direktor der salus-klinik
 Friedrichsdorf und
 Vorstandsvorsitzender des
 Fachverbandes Sucht e.V.
 Landgrafenplatz 1
 61381 Friedrichsdorf/Taunus
 Tel.: 06172 – 950-100
 Fax: 06172 – 950-133
 E-Mail:
 r.schneider@salus-friedrichsdorf.de