

# Spezifisches Therapie-Management zur beruflichen Integration Suchtkranker während und nach der medizinischen Rehabilitation – Evaluation eines Projektes des Diakonie-Krankenhauses Harz in Elbingerode

Joachim Stopp

*Finanziert durch ein EQUAL-Projekt der Europäischen Union konnten 2006 und 2007 regional ausgewählte Patienten der Fachklinik Elbingerode/Harz in der Phase Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation – Beginn der postrehabilitativen Stabilisierung in selbständiger abstinenter Lebensweise intensiver, individueller und gezielter im Blick auf die berufliche Integration gefördert werden. Dadurch kam es zu einer deutlich verbesserten Abstinenz- und Erwerbsquote, die sich auch in der 1-Jahres-Katamnese nachweisen lässt. Davon ausgehend möchte das Suchtmedizinische Zentrum der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH Akteure und Leistungsträger mit diesem Beitrag anregen, der beruflichen Integration Suchtkranker als Abstinenz fördernden Faktor weiterhin intensive Aufmerksamkeit zu widmen und entsprechende Modellprojekte, Maßnahmen und Förderungsmöglichkeiten für die berufliche Teilhabe Suchtkranker zu initiieren.*

## Einleitung

Bekannterweise tritt Arbeitslosigkeit bei suchtkranken Patienten, die in eine medizinische Rehabilitation aufgenommen werden, in den neuen Bundesländern deutlich häufiger auf als im übrigen Bundesgebiet. Während bundesweit seit längerem von ca. 40 % Arbeitslosigkeit und 50 % in Arbeit befindlicher Patienten bei Rehabilitations-Beginn ausgegangen wird, ist in Elbingerode sowie in anderen Fachkliniken in Sachsen-Anhalt (und den anderen neuen Bundesländern) eine Quote von ca. 70 % Arbeitslosigkeit festzustellen.

Es existieren zwei abgesicherte Erkenntnisse in der Fachwelt: Arbeitslosigkeit fördert die Abhängigkeitsentwicklung und andererseits macht Suchtmittelabhängigkeit arbeits- und perspektivlos.<sup>1</sup> Deswegen wurde bereits bald nach der Eröffnung unserer Fachklinik mit 132 Plätzen (1997) begonnen, das ergo- und arbeitstherapeutische Angebot arbeitsmarktorientiert weiter zu entwi-

ckeln. Zusätzlich zu den ergotherapeutischen Möglichkeiten in einer Beschäftigungstherapie-Werkstatt und den arbeitstherapeutischen Bereichen Holz, Metall und Garten wurde die Möglichkeit geschaffen, Patienten während der medizinischen Rehabilitation in Praktika-Betrieben arbeitsplatznah einzusetzen und damit den Transfer einer abstinenzorientierten Lebensweise in ein berufliches Umfeld besser vorzubereiten, zu analysieren und zu trainieren. Weiterhin wurden in den Jahren nach 2000 PC-Training in Kleingruppen nach unterschiedlichen Kompetenzstufen, der Ausbau von internen und externen Praktika (mit Zunahme der Patientenverantwortung), das Angebot von PC-Kursen in Word und Excel, die Intensivierung des Bewerbungstrainings und die Einrichtung von Internetplätzen zur Stellensuche bzw. zum Training für den Umgang mit PC und Internet aufgebaut bzw. erweitert. Damit gewann der arbeitsbezogene Aspekt im Rahmen der suchttherapeutischen medizinischen Rehabilitation an Bedeutung. Neben den medizinischen Behandlungselementen und den Therapieformen, die auf die Sucht- und Persönlichkeitsbearbeitung im Zusammenhang der Suchterkrankung orientiert sind, gibt es in unserer Klinik seit längerem auf die Berufstätigkeit bezogene Diagnostik, Zielplanungen, Therapieinhalte und auf die Zeit nach der Therapie bezogene Vorbereitungsmaßnahmen. Die berufsbezogene Diagnostik wird in der Ergotherapie durch einen selbstentwickelten Erhebungsbogen erstellt, der angelehnt ist an die Berufsprofile des Bundesinstitutes für berufliche Bildung Bonn. Gleichzeitig erheben die Ergotherapeuten auch die Berufsanamnese und das Profil der letzten Tätigkeit unserer Klienten für die sozialmedizinische Einschätzung des behandelnden Arztes. So kann dann bei der individuellen Therapiezielplanung mit dem Patienten konkreter neben den suchtbefindlichen und medizinisch orientierten Zielstellungen auf das mögliche zukünftige berufliche Profil des Suchtkranken eingegangen werden. Diese individuelle Berufswegeplanung während der medizinischen Rehabilitation wird auch im Bewerbungstraining und bei der Erstellung von Bewerbungen

berücksichtigt. Bei der konkreten Therapiezuordnung im Rahmen der gesamten Ergotherapie (Beschäftigungstherapie, PC-Basis-Training, Arbeitstherapie in den Bereichen Holz, Metall, Garten, PC-Verwaltungstätigkeit in Struktur einer Fachklinik-internen Übungsfirma und internes oder externes Praktikum in einer von 80 kooperierenden Firmen) wird ein individuell erarbeiteter Ergo-Wege-Plan umgesetzt. Damit verfolgen wir mit dem therapeutischen Einsatz der Patienten einen auf die klinische Zeit bezogenen Berufswegeplan.<sup>2</sup>

Auf der Basis dieser individuumszentrierten Ergo- (und Arbeits-)therapieabläufe als „arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation“ ist es möglich, gerade für spezielle Risikogruppen wie Langzeitarbeitslose, juristisch auffällig gewordene Personen u.a. eine intensivere, auf die individuellen Förderungsnotwendigkeiten zugeschnittene Therapie zu gestalten. Die Erkenntnisse aus der Katamnese dieser Jahrgänge unterstrich die Wichtigkeit einer Schwerpunktsetzung auf eine Suchttherapie, die gerade auch im Blick auf die Arbeitsmarktlage an den realen Lebensbedingungen ausgerichtet wird.

Um dem Problem der zunehmenden Arbeitslosigkeit ab 2002 und dessen besonderer Auswirkung auf suchtkranke Menschen entgegen zu treten, kam es zur Entwicklung eines Projektes, das nachfolgend beschrieben und dessen Evaluation dargestellt wird.

## 1. Projektidee – Notwendigkeit einer besonderen Unterstützung für Suchtkranke bei der beruflichen Integration nach einer medizinischen Rehabilitation

Aus bundesweiten Katamneseerhebungen ist bekannt, dass ca. 50 % aller behandelten

1 Vgl. Henkel, D. / Zemlin, U. / Dornbusch, P. (2003): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt)

2 ausführlicher zu diesem Prozess in Kastner, Burkhard u.a. (2005)

Suchtkranken nach einer medizinischen Rehabilitation abstinent leben. Für 50 % aller rehabilitierten Suchtkranken wäre damit eine dauerhafte erfolgreiche Integration in Arbeit theoretisch möglich. Andererseits kann angenommen werden, dass eine berufliche Integration Suchtkranker langfristig nur nach erfolgreicher Bearbeitung des Suchtproblems (im Sinn einer dauerhaften Abstinenzfähigkeit) erfolgreich zu sein scheint. Um den Eingliederungserfolg für Suchtkranke zu verbessern, war also zu schlussfolgern, dass es wichtig ist, das arbeitsbezogene Profiling in der Klinik noch zu vervollkommen: durch Spezifizierung der Berufsanamnese, durch eine differenziertere Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Blick auf physische, psychische und Basisfertigkeiten, durch Training sozialer Kompetenzen im Blick auf reale Berufswelt-situationen und möglichst durch eine Unterlegung dieser therapeutischen Entwicklung im Rahmen eines externen Praktikums. Die Umsetzung und Intensivierung solcher Möglichkeiten erschien uns im Rahmen der bestehenden Personaldecke für die medizinische Rehabilitation von Suchtkranken und bei der notwendigen Spezialisierung der Berufsgruppen in einer Fachklinik mit 132 Behandlungsplätzen nur durch zusätzliches Engagement im Bereich der Schnittstellen im Therapieverbund Sucht und vor allem im Bereich der Schnittstellen zu den nachstationären „Teilhabe-Partnern“ unserer entlassenen Patienten möglich. So kam es zur Beantragung eines Projektes bei der Europäischen Union im Rahmen von EQUAL Teil 2. Von Vorteil war, dass wir uns in ein regional bestehendes Netzwerk eines EQUAL-Projektes als Träger für ein Teilprojekt einordnen konnten. Unser Teilprojekt war dabei die erste spezifische Maßnahme für Suchtkranke im Rahmen dieser EQUAL-Projekte. Die nach Genehmigung des Projektes zusätzliche Personalstelle besetzten wir durch einen arbeitsmarkt- und berufsfernen Ergotherapeuten. Seine Aufgabe war die gezielte Vorbereitung und Umsetzung von Fördermöglichkeiten für Suchtkranke noch während der medizinischen Rehabilitation in der Phase der Vorbereitung zur Entlassung und zu Beginn der individuellen Selbständigkeit suchtkranker Menschen nach medizinischer Rehabilitation oder anderer intensiverer suchtspezifischer Therapien.

War anfangs und für die Beantragung des Projektes die Sicht Verantwortlicher gewesen, im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft „Zukunftsweg Harz“ Menschen mit erschwerten Lebensbedingungen (in unserem Teilprojekt Suchtkranke) hauptsächlich durch die Anwendung neuer, innovativer Arbeitszeitflexibilisierungsmodelle wieder in den 1. Arbeitsmarkt zu integrieren, so änderte sich im Verlauf des Projektes der Schwerpunkt für die Umsetzung. Vordringendster Lösungsansatz für mehr

Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen am Arbeitsleben wurde der Aufbau, die Pflege und der Betrieb eines Netzwerkes aus Klinik, Rehabilitationsträgern, Sozialversicherungsträgern, Bildungsträgern, Unternehmen und Vereinen. Dieses Netzwerk sollte es ermöglichen, jeden Teilnehmer der Projektmaßnahme individuell – seinem Leistungsstand entsprechend – zu fördern, auf die Beschäftigung vorzubereiten und zu vermitteln. Die Fachklinik übernahm dabei als Projektträger die Stelle eines Koordinators. Somit wurde die Einführung bzw. Wiedereingliederung von medizinisch rehabilitierten suchtkranken Menschen in den Arbeitsmarkt durch eine neue Form der Einbindung der Rehabilitations-Klinik in die Prozesse der Berufsvorbereitung, Tätigkeitsaufnahme und Berufsbegleitung zum modifizierten Hauptziel des Projektes. Während des Projektverlaufes wurde das durch den Projektmitarbeiter wie folgt formuliert: „Die Klinik beginnt bereits im Prozess der medizinischen Rehabilitation frühzeitig mit der Arbeit an der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und zeigt dem Rehabilitanden mögliche Wege der Qualifizierung und Verbesserung der beruflichen Chancen auf.“

Die Klinik stellt dann im Rahmen des Netzwerkes Verbindungen zu Trägern und Institutionen her um eine möglichst nahtlose Überleitung nach Rehabilitations-Ende zu gewährleisten.

Die Klinik betreut den Bewerber im Prozess der externen Belastungserprobung und Qualifizierung weiter, koordiniert – wenn nötig – weitere Anschlussmaßnahmen und stellt idealerweise Verbindungen zu interessierten Arbeitgebern her.

Der Bewerber wird bei Übernahme in ein Arbeitsverhältnis durch die Klinik (oder die Einrichtungen im Therapieverbund Sucht) weiter betreut (ergo-, physio- und/oder psychotherapeutisch) bis ca. Ende des Jahres 2007 (Ende EQUAL-Projekt). Die Klinik wird in dieser Zeit auch intensiven Kontakt mit dem Arbeitgeber halten und Hilfe bei Problemen vorhalten.“

Die konkrete Gestaltung der Projektmaßnahme sah so aus, dass arbeitslose Patienten in das Programm aufgenommen wurden, die aus den drei benachbarten Landkreisen Wernigerode, Halberstadt und Quedlinburg kamen.<sup>3</sup> Auch die Vernetzungsarbeit zu Betrieben, der Arbeitsverwaltung und den Bildungsträgern wurde speziell im Gebiet dieser Landkreise intensiviert.

Der Projektmitarbeiter arbeitete sich anfangs in die bestehenden ergotherapeutischen Module und Praktikamöglichkeiten unserer Fachklinik bzw. der Einrichtungen des Therapieverbundes Sucht ein, konkretisierte das Projekt dann auf die genannte

regionale Auswahl von Patienten und entwickelte ein Netzwerk zu unterschiedlichsten Akteuren, die für die berufliche Integration abstinent lebender Suchtkranker von Bedeutung sind: Träger von Bildungsmaßnahmen, die für die Integration von Suchtkranken geeignet sein könnten; Firmen, die bereit sind, Suchtkranke im Praktikum oder später zu integrieren; Arbeitsverwaltung, speziell Fallmanager für die Problemgruppe Suchtkranke und weitere Netzwerkpartner.

Maßgebender Aspekt für die Entwicklung eines solchen Fallmanagements ist die Erkenntnis aus unserer langjährigen suchtherapeutischen Erfahrung geworden, dass eine durchgängige Beziehungsgestaltung für Suchtkranke aus verschiedenen Gründen einen sehr wichtigen therapeutischen Faktor darstellt. Das Suchtmittel hat bei suchtkranken Menschen die Fähigkeit für eine emotionale Konstanz, besonders auch in den Beziehungsgestaltungen, erheblich ausgehebelt oder fast zerstört, so dass es in den therapeutischen Prozessen oft zu Spaltungstendenzen kommt. Wie in der psychotherapeutischen Arbeit an den psychischen Wirkungen und Folgen des Suchtmechanismus durch Beziehungskonstanz zwischen Patient und Bezugstherapeut/-arzt stabilisierend gearbeitet wird, so erscheint uns auch in dem Bereich der sozialen Stabilisierung im Blick auf die berufliche Integration eine Beziehungskonstanz notwendig (ähnlich den in der Gesellschaft vorkommenden Rollen Lehrmeister, Mentor oder Beruf-coach). Diese spezifische fördernde und fordernde Beziehungsgestaltung, die bereits während der ergotherapeutischen Prozesse in der Rehabilitation beginnen kann, sollte auch zum Ende der Rehabilitation und dann in dem anschließenden Prozess der Verselbständigung oder des selbständigen Lebens eine Fortsetzung finden. So erscheint ein Fallmanagement als Management für Schnittstellenprobleme gerade im Blick auf die Berufstätigkeit des abstinent lebenden Suchtkranken nach der Rehabilitation wegen Abhängigkeitserkrankung wichtig.

Das bestätigte sich auch in unserem Projekt. Damit ist besonders an eine suchtspezifische Begleitung bei den Fragen der beruflichen Integration und den damit zusammenhängenden psychischen (und sozialen) Belastungen gedacht, die sich durch neue Teilhabe-Partner-Beziehungen ergeben, wenn der Suchtkranke versucht oder damit beginnt, sich in die Bereiche der Arbeitsvermittlung oder der Berufstätigkeit zu integrieren. Diese Begleitung geschieht „aus der Rehabilitations-Zeit heraus über die Entlassung hinweg noch für eine gewisse nachstationäre Zeit“ besonders in bezug auf die Erwerbstätigkeit.

Unterstrichen wird die Notwendigkeit einer solchen nachstationären intensiven Unterstützung dadurch, dass bekannt ist, dass 32 %

<sup>3</sup> Seit 1. Juli 2007 bilden diese Landkreise den Landkreis Harz.

aller Rückfälle im ersten Monat und 80 % im ersten halben Jahr nach der Therapie geschehen<sup>4</sup> und meistens mit „Perspektivlosigkeit“ begründet werden. Unsere Beobachtung ist, dass die Überleitung in nachfolgende Maßnahmen mitunter für den psychisch noch nicht so stabilen, abstinent lebenden Suchtkranken eine zu hohe Anforderung darstellt. Andererseits werden mitunter auch Maßnahmen angeboten, die für einen abstinent Lebenden nicht stützend sind, sondern durch Alkohol konsumierende Kollegen in ihrer realen Herausforderung letzten Endes zur Überforderung für den Suchtkranken werden und dann den Stabilisierungsprozess für eine abstinenten Lebensweise gefährden. Diesen Gefährdungen für die gesundheitliche Stabilisierung kann ein suchtherapeutisch ausgebildeter Schnittstellen-Mentor angemessener begegnen.

## 2. Evaluation des Projektes „Einführung bzw. Wiedereingliederung von medizinisch rehabilitierten suchtkranken Menschen in den Arbeitsmarkt durch Netzwerkbildung“

Die Evaluation wurde durch einen statistischen Vergleich im Blick auf die Abstinenz- und Erwerbsrate durchgeführt und dabei die Ergebnisse der EQUAL-Teilnehmer mit denen einer Vergleichsstichprobe in Relation gebracht.

Die EQUAL-Stichprobe erfasst 70 Teilnehmer, die während der Jahre 2006 und 2007 in unserer Fachklinik behandelt wurde und aus den Landkreisen Wernigerode, Halberstadt und Quedlinburg kamen. Es wurden alle Langzeitarbeitslosen bzw. arbeitslosen Patienten in das EQUAL-Programm aufgenommen, dabei sind 2/3 der arbeitslosen Teilnehmer im Projekt Langzeitarbeitslose. Für die Auswertung wurde sich auf die Patienten bezogen, die eine Therapie regulär abgeschlossen haben. Weitere mögliche Differenzierungen, beispielsweise nach den Kriterien Alter, Geschlecht oder Diagnose wurden nicht vorgenommen. Dabei ist zu beachten, dass wir in unserer Fachklinik alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Patienten behandeln, aus jeder Indikationsgruppe waren Teilnehmer in das Projekt integriert.

Die 70 in die Auswertung aufgenommenen Teilnehmer des EQUAL-Projektes sind aus den ursprünglich 83 betreuten Teilnehmern im Projekt nach den genannten Kriterien ausgewählt worden. 13 Projektteilnehmer wurden nicht in die Auswertung einbezogen, weil sie vor 2006 entlassen wurden, aus anderen Suchttherapiebereichen unseres Suchtmedizinischen Zentrums he-

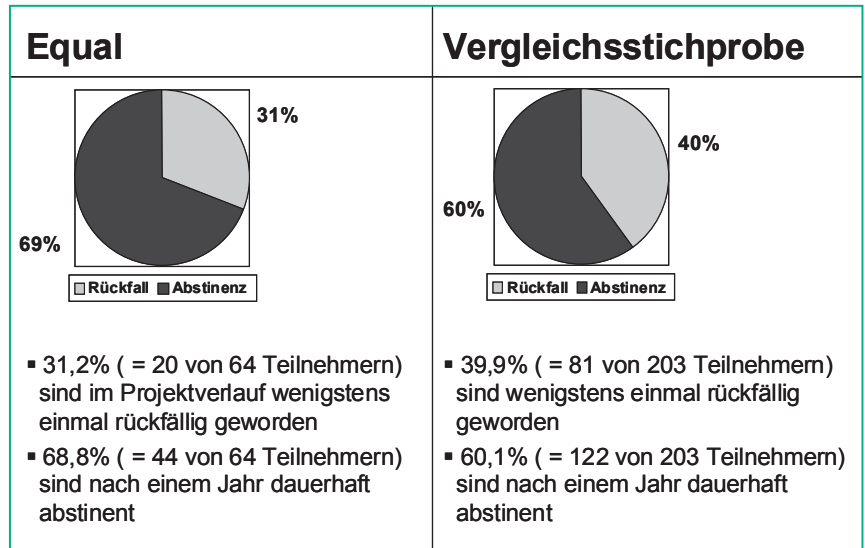


Abb. 1: Abstinenzrate der regulär Entlassenen (DGSS 1 – nur Antworten)

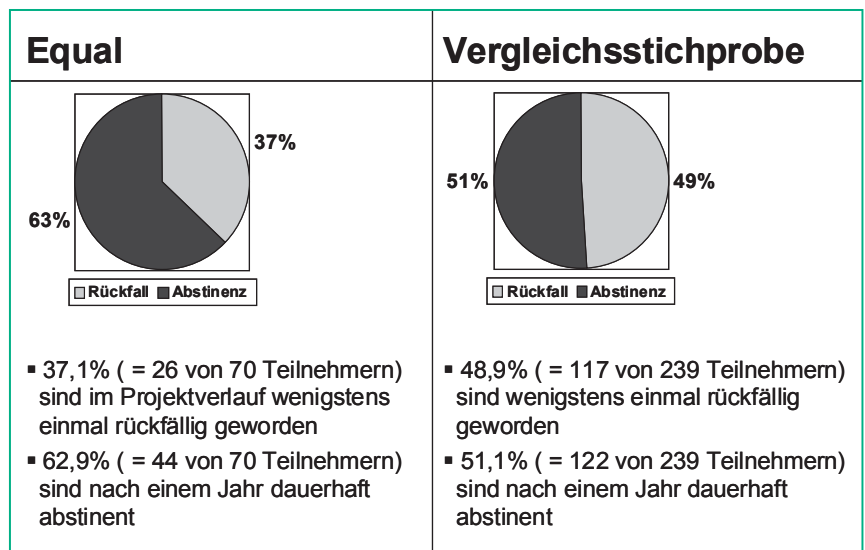


Abb. 2: Abstinenzrate nach DGSS 2 (abstinent nach Rückfall wird immer als Rückfall gewertet)

raus in das Projekt aufgenommen wurden oder verstorben bzw. unbekannt verzogen sind.

Die Vergleichsstichprobe umfasst 239 Teilnehmer, die 2006 und 2007 alle aus Sachsen-Anhalt kamen, aber deren Wohnort nicht in den genannten drei Landkreisen der Harzregion lag. Damit wurden negative Selektionsaspekte ausgeschlossen.

Im Blick auf die 1-Jahres-Katamnese und damit dieser Evaluation zugrunde liegenden Angaben haben wir von den 70 Teilnehmern des EQUAL-Projektes 64 Antworten erfasst. Damit ist eine Rücklaufquote von 91,4 % gewährleistet. Die Vergleichsstichprobe erfasst von 243 Patienten einen Rücklauf von 203, damit 84,9 %.

Bezogen auf diese Zahlen werden nachfolgend die Ergebnisse (auf Prozent gerundet) dargestellt (Abb. 1).

Die **Abstinenzrate** nach DGSS 1 (Katamnese-Antworte mit regulärer Entlassung)<sup>5</sup> ergibt 69 % (44 von 64 Teilnehmern). Lediglich 31 % haben im Projektverlauf und der Zeit danach einen Rückfall angegeben.

Die Vergleichsstichprobe dagegen zeigt eine durchgängige Abstinenz von 60 % und mindestens einmaligen Rückfall bei 40 % der Patienten. Damit ist ein nicht signifikanter aber deutlicher Unterschied in der Abstinenz nach DGSS 1 zwischen den EQUAL-Teilnehmern und der Parallelgruppe festzustellen ( $F = 1,546$ ; ANOVA) (Abb. 2).

Wird die Abstinenzrate nach DGSS 2 ausgewertet, dann ergibt sich eine Abstinenzquote von 63 % bei den EQUAL-Teilneh-

<sup>5</sup> Erläuterung zu Berechnungsform 1-4 nach den Standards der DGSS (Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie) s. Missel, Peter u.a. (2009)

<sup>4</sup> Missel, Peter u.a. (2009)

mern und 51 % in der Vergleichsstichprobe. Damit ist ein Grenzbereich zur Signifikanz erreicht ( $P < 0.1$ ;  $F = 3,048$ ; ANOVA). Da wir hier nach den älteren Standardvorgaben „abstinent nach Rückfall“ als Rückfälligkeit eingestuft haben, ist die Abstinenzquote generell entsprechend den neueren Standardvorgaben (12 Wochen Abstinenz nach Rückfall wird als abstinent gewertet) noch höher anzusetzen.

Eine Besonderheit im Blick auf die erreichten Ergebnisse der Abstinenz- und Erwerbsquote des Projektes ist noch zu beachten. Im Projektverlauf konnten die Teilnehmer des ersten Projektjahres nach der Entlassung aus der Rehabilitation auch noch intensiver im zweiten Projektjahr durch das Case-Management betreut werden als das für die Teilnehmer im zweiten Projektjahr möglich war (Projektende). Daher möchten wir auf die unterschiedliche Katamnese der Entlassjahre 2006 bzw. 2007 eingehen (Abb. 3 + 4; wenigstens 3 Monate abstinent nach Rückfall wird als Abstinenz gewertet).

Das Entlassjahr 2006 ist im DGSS-Standard 2 bei den EQUAL-Teilnehmern mit einer Abstinenzquote von 85 % gegenüber 15 % Rückfälligkeit ein unerwartet gutes Ergebnis. In der Vergleichsstichprobe ergaben sich hier 62 % Abstinenz und 38 % Rückfälligkeit aus der Katamneseerhebung. Dieser deutliche Unterschied in der Abstinenzrate ist hoch signifikant ( $P < 0.01$ ;  $F = 6,59$ ; ANOVA) (Abb. 3).

Im Blick auf das Entlassjahr 2007, dem Jahr, in dem die Patienten nach ihrer medizinischen Rehabilitation nicht mehr langfristig bzw. gar nicht durch den Case-Manager betreut werden konnten, ergibt sich ein DGSS-Standard 2-Anteil bei den EQUAL-Teilnehmern von 68 % Abstinenz gegenüber 32 % Rückfälligkeit. Die Vergleichsstichprobe benennt 56 % Abstinenz gegenüber 44 % Rückfälligkeit. Dieser deutliche Unterschied von 68 % zu 56 % ist aber nicht mehr signifikant ( $F = 1,475$ ; ANOVA) (Abb. 4). Es ist zu schlussfolgern, dass der Effekt einer schnellen Rückkehr zur Abstinenz nicht mehr gegeben war, da eine Case-Management-Betreuung im Rahmen des EQUAL-Projektes zusätzlich zu den bestehenden Möglichkeiten im bestehenden Suchthilfesystem leider ab 2008 nicht mehr stattfand.

Anschließend soll jetzt dargestellt werden, wie sich die **Erwerbssituation** der EQUAL-Teilnehmer im Verhältnis zu der Vergleichsstichprobe nach der medizinischen Rehabilitation entwickelt hat (Abb. 5).

Für das Entlassjahr 2006 zeigte sich folgendes differenzierte Bild im Blick auf die Erwerbssituation: 14,6 % Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, 19,5 % in Ausbildung bzw. in Umschulung, 25,6 % tätig im Bereich des zweiten Arbeitsmarktes, 8,5 % Teilnahme an Qualifizierungs- oder Trainingsmaßnahmen, 2,4 % Erwerbsunfähigkeitsberentung, 3,6 % Eingliederungshilfe,

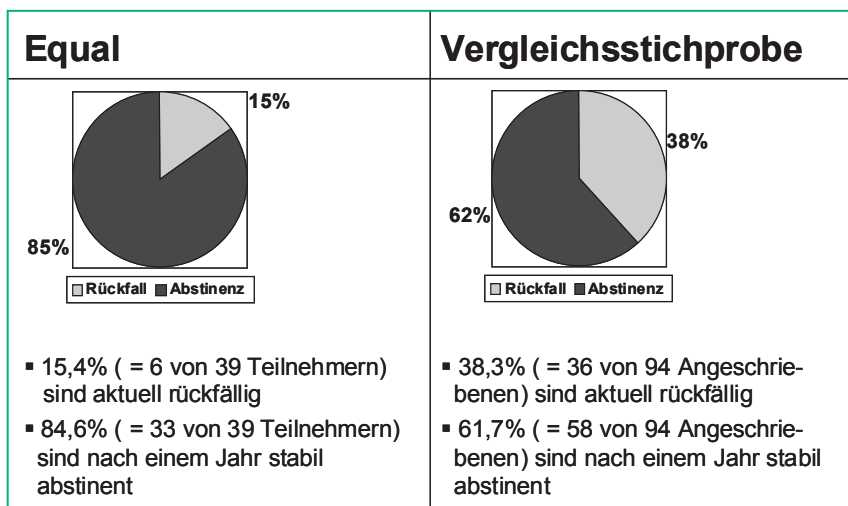


Abb. 3: Abstinenzrate Entlassjahr 2006 nach DGSS 2 (hier: wenigstens 3 Monate abstinent nach Rückfall wird als Abstinenz gewertet)

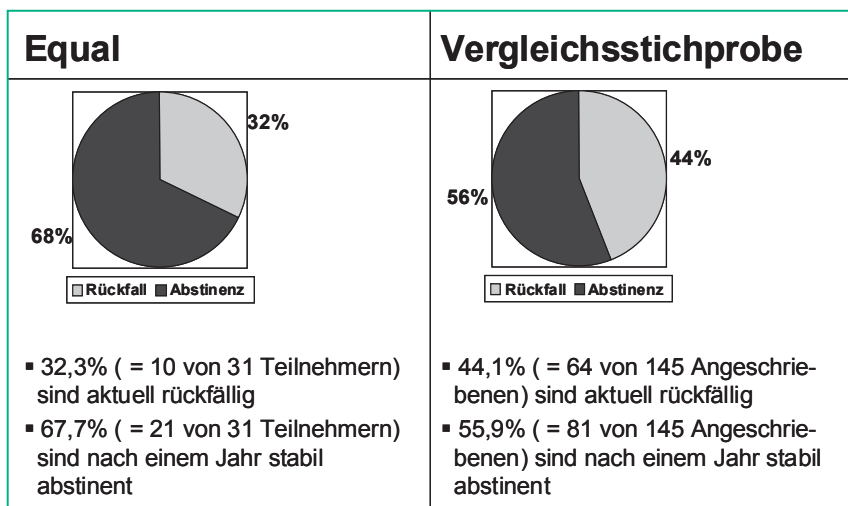


Abb. 4: Abstinenzrate Entlassjahr 2007 nach DGSS 2 (hier: wenigstens 3 Monate abstinent nach Rückfall wird als Abstinenz gewertet)

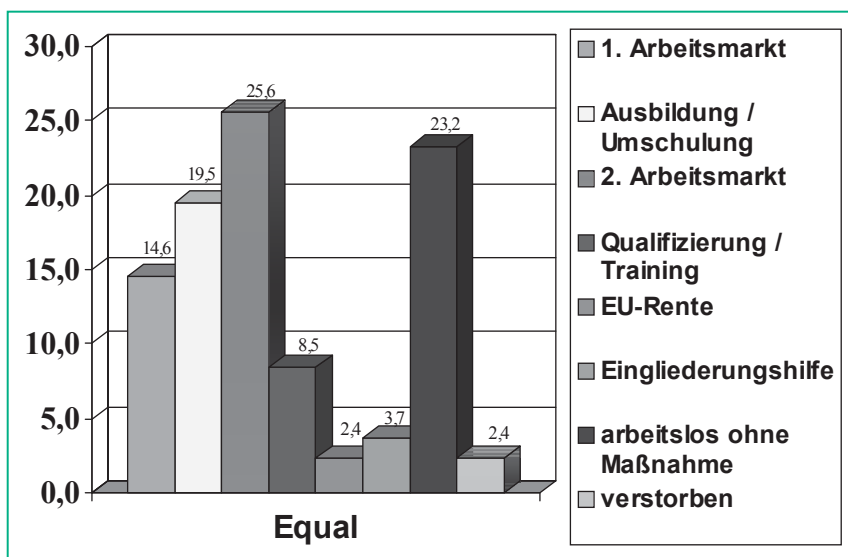


Abb. 5: Erwerbssituation der EQUAL-Teilnehmer Entlassjahrgang 2006

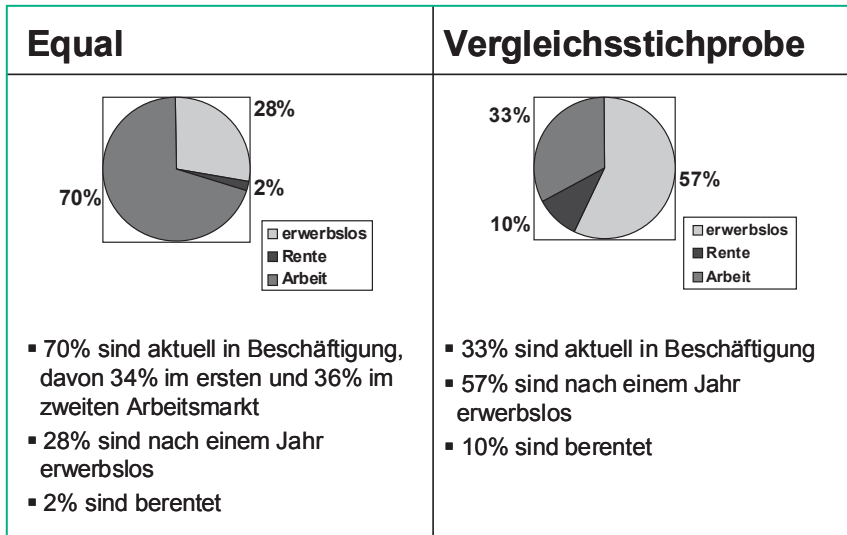


Abb. 6: Erwerbssituation Entlassjahr 2006

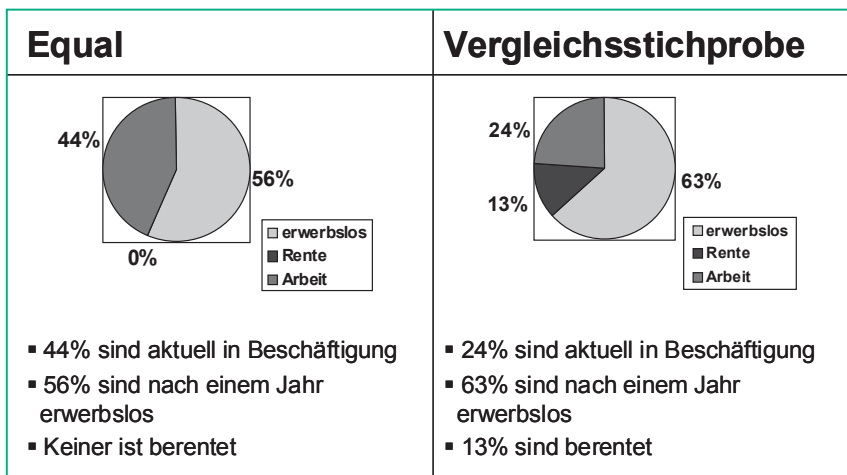


Abb. 7: Erwerbssituation Entlassjahr 2007

23,2 % Arbeitslosigkeit und 2,4 % verstorben. Diese Darstellung ist leider nur bei der EQUAL-Stichprobe 2006 möglich, weil eine differenzierte katamnestiche Erhebung nur im Rahmen des Projektes möglich war. So lässt sich auch im Vergleich zur Vergleichsstichprobe 2006 lediglich der Status erwerbslos, in Arbeit oder berentet in Beziehung setzen (Abb. 6).

Bei den EQUAL-Teilnehmern sind 70 % in Arbeit, 28 % erwerbslos und 2 % berentet. Die Vergleichsstichprobe zeigt lediglich 33 % in Arbeit, 57 % erwerbslos und 10 % berentet.

Damit ist ein äußerst gravierender Unterschied in der Erwerbsrate erkennbar, 70 % bei EQUAL-Teilnehmern gegenüber 33 % der Parallelgruppe. Dieser Unterschied ist hoch signifikant ( $P < 0,01$ ; ANOVA). Auffällig ist auch die unterschiedliche Rate bei der Berentung, die bei EQUAL 2 % und bei der Parallelgruppe 10 % beträgt. Für diesen Zeitraum ist hier nochmals anzumerken, dass in einer längeren poststationären Phase das Projekt noch lief und von daher eine

engmaschigere Betreuung gegenüber der sonst üblichen Möglichkeit im Suchthilfesystem gegeben war (Abb. 7).

Die Erwerbssituation für das Entlassjahr 2007 stellt sich folgendermaßen dar: Bei den EQUAL-Teilnehmern sind 44 % in Arbeit und 56 % erwerbslos gegenüber der Vergleichsstichprobe mit 24 % in Arbeit, 63 % erwerbslos und 13 % Berentung. Auch hier ist noch ein sehr deutlicher Unterschied in der Erwerbsrate sichtbar, 44 % gegenüber 24 %. Dieser Unterschied ist aber statistisch nicht mehr signifikant ( $F = 2,077$ ; ANOVA). Auffällig zeigt sich auch hier die Rate der Berentung: 0 % bei EQUAL-Teilnehmern gegenüber 13 % der Parallelgruppe. Wenn auch durch das Auslaufen des EQUAL-Projektes in dieser Entlassjahrguppe ein deutliches Absinken bei der Erwerbstätigenquote zu sehen ist, so lässt sich insgesamt doch resümieren, dass die intensivere Betreuung der rehabilitierten Patienten im Blick auf Re-Integration oder Integration ins Erwerbsleben während und nach der medizinischen Rehabilitation ei-

nen enormen volkswirtschaftlichen Nutzen bringen kann.

Das kann nur als Appell an die Akteure in der Suchtkrankenbehandlung zu mehr suchtspezifischen berufsbezogenen Maßnahmen durch Leistungserbringer und Kostenträger (Rentenversicherung, Arbeitsvermittlung u.a.) verstanden werden.

### 3. Zusammenfassende Bewertung: Welche Effekte erwarten wir von der Intensivierung berufsbezogener Maßnahmen bei der individuellen Betreuung und Begleitung während und nach der medizinischen Rehabilitation?

Wie hier dargestellt wurde und erwiesen ist, ist eine deutliche Verbesserung der Abstinenz- und der Erwerbsrate gegeben, wenn Patienten bei internen und externen Praktika und in ihren individuellen Bemühungen um eine Berufstätigkeit während und nach der Suchtrehabilitation therapeutisch stützend und Perspektive vermittelnd begleitet werden. Ein engmaschiges Case-Management ermöglicht auch bei Rückfallgefährdung bzw. Rückfall eine schnellere Rückkehr zur Abstinenz und sichert damit die Möglichkeit zur beruflichen Integration. Diesen Effekt konnten wir teilweise hoch signifikant nachweisen. Wenn solche Effekte häufiger erreicht werden könnten, würden mittel- und langfristig akutstationäre Behandlungen wie Entgiftungen, engmaschige ambulante Therapien oder auch Wiederholungsbehandlungen bei medizinischen Rehabilitationen von Abhängigkeitserkrankten weniger benötigt werden und es würde letztlich durch einen Ausbau der Fallmanagement-Begleitung an der Schnittstelle der medizinischen Rehabilitation hin zur postrehabilitativen Phase zu einer Entlastung der Sozialkosten führen. Parallel dazu zeigt sich hier eine eindeutige Möglichkeit, die Arbeitslosigkeit suchtkrank abstinenter lebender Menschen in unserer Gesellschaft zu senken. Auffällig ist der geringere Anteil an vorzeitigen Berentungen. Damit wäre auch an die Kostenträger im Rentenbereich ein Appell gegeben, weiterhin Beiträge für eine Intensivierung solcher suchtt therapeutisch-berufsbezogenen Modelle zu leisten. Durch die zu erwartende Senkung der Rentenquote wäre aus unserer Sicht eine indirekte und weitere Entlastung der Sozialsysteme möglich. Wie im vorliegenden Beitrag wissenschaftlich belegt wird, würde sich eine Investition bei suchtspezifischen berufsbezogenen rehabilitativen Fallmanagement-Maßnahmen somit auch gesellschaftlich lohnen.

Was wäre aus dem durchgeführten Projekt und der Katamnese konkret für eine weitere

Fort- oder umfassendere Umsetzung zu schlussfolgern?

1. Eine Begleitung Suchtkranker über die Entlassung der medizinischen Rehabilitation hinaus in Form eines spezifischen Managements in Bezug auf die abstinenten Bewältigung der beruflichen Tätigkeit ist effektiv.
2. Auch in einer wirtschaftlich eher schwächeren Region ist dieser Effekt möglich und nicht zu unterschätzen.
3. Für eine Spezifizierung der Leistungen zur Teilhabe in diesem Bereich wäre ein Modellprojekt sinnvoll, das eine größere Region erfasst.
4. Die Finanzierung eines solchen umfassenderen Modellprojektes durch entsprechende Träger wäre wünschenswert.
5. In dieser Region werden entsprechende Stabilisierungsmaßnahmen, Berufsförderungsmaßnahmen oder Praktika-Stellen benötigt, die sich für suchtkranke Teilnehmer Abstinenz stärkend orientieren.
6. Dafür wäre die Bildung eines regionalen Netzwerkes von Akteuren sinnvoll, das Maßnahmen zur Integration Suchtabhängiger ins Erwerbsleben fördert.

Unsere Erfahrung zeigt, dass häufiger die psychische Destabilisierung durch die Suchtentwicklung für betroffene Personen auch über eine längere abstinenten Zeit hin wirksam ist. In einer medizinischen Rehabilitation kann öfters eine psychische Stabilität nicht so weit entwickelt werden, dass im Berufsleben auftretende professionelle Belastungen psychisch ausreichend kompensiert werden können. Diese „normale“ psychische Belastung führt bei abstinenten Suchtkranken zur Rückfallgefährdung oder gar zum Rück-

fall. Insofern bedarf es unterschiedlicher abstinentenfördernder Möglichkeiten und Maßnahmen, so auch im Bereich der Berufsförderung, Arbeitsgelegenheiten und ähnlicher Maßnahmen. Hierfür erscheint uns eine regionale Netzwerkarbeit im Suchthilfesystem als günstige realisierbare Variante. Durch spezifisches Fallmanagement der arbeitsbezogenen Maßnahmen entsprechend den Möglichkeiten solcher regionalen Netzwerke kann der Erfolg unseres Suchthilfesystems noch verbessert werden.

#### Literatur:

Böner, Karl H.: Arbeit und Sucht – Auftrag und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranke. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2001): Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitwelt. Freiburg. Lambertus, S. 89-100

Fachverband Sucht e.V. (2004): Arbeitsbezogene Leistungen in der Sucht-Rehabilitation – Konzept des Fachverbandes Sucht (Stand: 10.05.2004). www.sucht.de

Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe/ Dornbusch, Peer (2003a): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. Sucht aktuell, 10, 2, S. 5-14

Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe/ Dornbusch, Peer (2003b): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. Sucht aktuell, 11, 1, S. 21-32

Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe/ Dornbusch, Peer (2003c): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil III: Abstinenz und Rückfall in der 12-Monatskatamnese, Veränderungen im Katamneseverlauf, Unterschiede zwischen Rückfälligen und abstinenten in der aufnahme-, Entlass- und Katamnese diagnostik sowie zwischen Erst- und Wiederbehandelten. Sucht aktuell, 11, 2, S. 11-22

Henkel, Dieter/ Zemlin, Uwe (Hrsg.) (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt a.M. Fachhochschulverlag

Kastner, Burkhard u.a. (2005): Die Profilierung der stationären Ergotherapie als indikationsspezifisches Training für die „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ in Fachverband Sucht e.V.: Perspektiven für Suchtkranke, Geesthacht, Neuland. S. 164-173

Keck, Thomas (2005): Rehabilitation der BfA – aktueller Stand und Perspektiven. Vortrag am 21.02.2005 gehalten auf dem Rehabilitations-Forum: Rehabilitation – Neue Anforderungen aus Beruf und Gesellschaft.

Missel, P. u.a. (2009): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2006 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht aktuell, 16, 1, S. 5-16

#### Autor

Joachim Stopp  
Leiter Suchtmedizinisches Zentrum  
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH  
Brockenstraße 1  
38875 Elbingerode  
joachim.stopp@diako-harz.de

## Literaturhinweise

**Lesch, O.-M., Walter, H.: Alkohol und Tabak – Medizinische und Soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit, Wien 2009, ISBN: 978-3-211-48624-5, 69,95 Euro**

Alkohol und Tabak spielen in der Behandlung nahezu aller Erkrankungen eine bedeutende Rolle. Das Lehrbuch will die Thematik auf eine nachvollziehbare Art den klinischen und in der Forschung arbeitenden Mediziner näher bringen. Die Autoren plädieren für die Definition von Untergruppen von Abhängigkeitserkrankungen, wodurch es aus ihrer Sicht zu einer spezifischen Medikation und maßgeschneiderten Psychotherapie und dadurch zu einer Verbesserung der Langzeitergebnisse kommen kann. Neben Strategien zur Prävention und diagnostischen Schritten werden schwerpunktmäßig psycho- und soziotherapeutische sowie medikamentöse Strategien (inkl. Erstellung entsprechender Therapieziele) vorgestellt.

Des Weiteren wird auf den Zusammenhang von Gewalt und Alkohol und auf die soziale Isolation Alkoholabhängiger (inkl. der besonderen Problematik Obdachlosigkeit) näher eingegangen. Neben einer Vielzahl von Forschungsergebnissen kommen auch Erfahrungen aus der Praxis zu Wort, auch werden konkrete Fallbeispiele dargestellt.

**Kolip, P., Müller, V.E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, Bern, Göttingen 2009, ISBN: 978-3-456-84766-5, 39,95 Euro**

Gesundheitsförderung und Primärprävention erhalten eine zunehmende Bedeutung im Gesundheitssystem. Damit verbunden steigen aber auch die Ansprüche an die Qualität gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen. Das Hand-

buch gibt einen Überblick über den Status-Quo der Qualitätssicherung und Evaluation. Die verschiedenen Beiträge sind folgenden Kapiteln zugeordnet:

- Evidenzbasierung in Planung und Strategieentwicklung
- Qualitätsmanagement und -entwicklung
- Evaluation in verschiedenen Settings und von unterschiedlichen Maßnahmen

Die Autoren aus unterschiedlichen Ländern verfügen über eine ausgewiesene Expertise im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Somit gibt das Buch einen Überblick über die aktuell verfügbaren Ansätze zur Qualitätssicherung und benennt auch die noch offenen Fragen.