

Die Alkohol- und Drogenproblematik als Beispiel der Verlagerung eines gesellschaftlichen Problems in das Obligo der Agenturen für Arbeit

Ingrid Toumi

Unbestritten hat Arbeit einen festen Stellenwert in der Prävention von Suchterkrankungen. Wie aber stellt sich die Situation dar, wenn die Arbeit „verloren“ geht? Unter den arbeitslosen Kunden, insbesondere den Langzeitarbeitslosen, ist eine größere Anzahl suchtfährdet bzw. suchtkrank als in der Durchschnittspopulation. Hieraus ergeben sich für die Arbeitsvermittler in der Agentur für Arbeit besondere Probleme im Hinblick auf:

- häufig wechselnde Arbeitsverhältnisse/wiederholte Arbeitslosmeldungen
- Arbeitsaufgaben aus gesundheitlichen Gründen
- zunehmende Qualifikationsdefizite
- abnehmende Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- dissoziales Verhalten.

Für die Vermittlungsfachkraft ist es wichtig, frühzeitig zu entscheiden, ob aufgrund dieser Auffälligkeiten medizinische Maßnahmen Vorrang vor beruflichen haben. Deshalb nimmt die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung bei Kunden mit Suchtverhalten einen ständig wachsenden Anteil an der ärztlichen Begutachtung in der Agentur ein.

Über ein Drittel der in diesem Rahmen diagnostizierten psychischen Störungen steht im Zusammenhang mit dem Konsum von psychotropen Substanzen, d.h. bei 10 bis 12% der Begutachtungen insgesamt; die Dunkelziffer ist höher (IAB-Untersuchung März 03). Diese Situation verlangt nach anerkannten Qualitätsstandards in der sozialmedizinischen Begutachtung¹, die trägerübergreifend Akzeptanz finden.

Die meisten Kunden befinden sich nicht oder nur unregelmäßig in ärztlicher Behandlung, da sie krankheitsbedingt ihr Problem nicht erkennen oder es verdrängen. Im Ärztlichen Dienst der BA ergibt sich nicht selten die erste Gelegenheit, das Suchtproblem fachlich medizinisch anzusprechen und dem Kunden bei der Entscheidung für eine effektive Therapie zu helfen.

Voraussetzung für einen effektiven Therapieplan ist eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die nicht nur die Leistungsfähigkeit, sondern auch die Belastbarkeit und damit die Prognose beinhaltet.

¹ Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Beratung und Begutachtung mit dem Kapitel: Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Medikamenten.

Bei der gutachterlichen Feststellung eines vollschichtigen Leistungsvermögens ergeben sich jedoch häufig nennenswerte qualitative Einschränkungen, die eine Vermittlung in Arbeit nahezu unmöglich machen; ein Kunde mit einem schädlichen Gebrauch hat wegen der Einschränkungen im qualitativen Leistungsbild keine reale Chance, auf dem ersten Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden. Kein Arbeitgeber stellt einen Arbeitnehmer ein, wenn er Kenntnis von einem Suchtverhalten hat, das Arbeitssicherheitsgesetz ist hier ebenfalls zu beachten.

Für den Kunden selbst bedeutet die Beschreibung eines vollschichtigen Leistungsvermögens, dass notwendige präventive Maßnahmen im gegliederten sozialen Sicherungssystem nicht ansetzen. In diesem Sinne ist von einer Co-Abhängigkeit des „Systems“ zu sprechen, wie auch die Krankheitsverläufe in der Folge zeigen.

Für die Agentur für Arbeit ist das bestätigte vollschichtige Leistungsvermögen auch nicht ohne Folgen. Arbeitslosigkeit wird „finanziert“, ohne Aussicht, sie zu beenden, weil der Kunde nicht rechtzeitig der ambulanten/stationären Suchtrehabilitation zugeführt wird, um den Krankheitsverlauf und damit seine Leistungsfähigkeit positiv für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu beeinflussen.

Die Kunden sind zunehmend von der Krankheit gezeichnet, so dass selbst Trainingsmaßnahmen oder Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen vielfach nicht mehr sinnvoll sind. So entsteht bei Vernachlässigung präventiver Maßnahmen in vielen Fällen das medizinisch definierte Abhängigkeitssyndrom.

In anderen Fällen, in denen der Sozialmediziner eine Leistungsunfähigkeit feststellt, eröffnen sich unterschiedliche Möglichkeiten, den Kunden zumindest zeitweise aus dem Leistungsbezug der BA zu „entlassen“, wenn z.B. die Dauer der Leistungsunfähigkeit mit voraussichtlich bis zu sechs Monaten beurteilt wird. Dieser Weg zu dem Leistungsträger Krankenkasse verlagert jedoch das Problem, ohne es zu lösen. Dieses bedeutet wiederum „Co-Abhängigkeit“, weil notwendige Behandlungen durch den RVTr nicht zeitnah eingeleitet werden. Irgendwann ist der Kunde ohnehin wieder bei der Agentur für Arbeit mit einer neuen Arbeitslosmeldung. Der Kreislauf beginnt von Neuem.

Ein Beispiel dazu: Eine große Ersatzkasse hat in einem untersuchten Jahr 60000 Entgiftungsbehandlungen, darunter für Personen, die in diesem Jahr bis zu 30-mal ins Krankenhaus eingewiesen wurden, jedoch in nur 2500 Fällen eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Entwöhnungsbehandlung bezahlt.

Auch wenn die Rentenversicherung möglicherweise in zahlreichen Fällen ambulante oder stationäre Entwöhnungsmaßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt hat, werden in Tausenden von Fällen finanzielle Mittel der Krankenkasse weder effizient noch effektiv eingesetzt. Viele dieser Personen sind Kunden der Agentur für Arbeit.

In der Regionaldirektion BW (früher Landesarbeitsamt) gibt es bezüglich der Einleitung von Entwöhnungsbehandlungen aufgrund einer Vereinbarung mit den RVTr eine durchaus konstruktive Zusammenarbeit. In den Fällen, in denen der Arzt der Agentur eine Abhängigkeitserkrankung diagnostiziert, wird über den § 125 SGB III das sog. Nahtlosigkeitsverfahren eingeleitet, d.h., der Fall wird dem zuständigen Rentenversicherungsträger mit einem Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung

vorgelegt. Das sind jährlich etwa 1 900 Fälle. In über 90% wird nach Angaben der Landesversicherungsanstalt Baden-Württemberg eine Entwöhnungsbehandlung – meist stationär wegen der Schwere der Erkrankung – durchgeführt.

Erkennbar ist eine beachtliche Ambivalenz der Gesellschaft gegenüber dem Suchtmittelgebrauch. Die Gesellschaft akzeptiert zwar den Gebrauch, aber Probleme im Umgang mit Suchtmitteln darf es nicht geben. Die Früherkennung und damit Möglichkeiten der „Frühintervention“ werden nicht im notwendigen Umfang genutzt. Es fehlt ein geeignetes systemübergreifendes Handeln.

Ein weiteres Hindernis in der Suchtrehabilitation entsteht durch eine nicht selten ausreichende Mitarbeit des Kunden. Die krankheitsfördernden Verhaltensweisen sind oft schwerer als erwartet; der Kunde kann mit seinen Ressourcen die Tragweite seines Handelns nicht mehr erkennen und entsprechend gegenüber dem Leistungsträger mitwirken. Dennoch muss auch hier gelten: „Nicht über den Kunden, ohne den Kunden“. Bei Sicherstellung eines überschaubaren Verfahrens mit kurzen Wegen könnte sich diese Lage für den Kunden verbessern und seine Motivation zur Behandlung nachhaltig gestärkt werden.

Es gibt bisher in Deutschland weder ein trägerübergreifendes Casemanagement noch ein Disease-Management für Suchtgefährdete und Suchtkranke, obwohl es unzählige partiell sehr erfolgreiche einzelne Hilfesysteme einschließlich der Selbsthilfegruppen gibt. Allerdings fehlt eine Verknüpfung dieser Systeme. Unterschiedliche Standards und Bewertungen des Einzelfalls durch die verschiedenen Leistungsträger und Einrichtungen sowie deren Finanzierung stellen das größte Problem dar.

Viele Systeme in der Suchtrehabilitation sind durch eine Kurzzeitorientierung gekennzeichnet, sie haben ihre eigene Logik und Abgrenzung der Leistungsgewährung, verbunden mit nicht unerheblichen Laufzeiten und bürokratischem Aufwand. Die Versorgung dieser Kranken weist in der Folge in allen Verlaufsabschnitten der Rehabilitation bekannte erhebliche Mängel auf. Die Fachkliniken versuchen, den Gegebenheiten Rechnung zu tragen, indem sie z.B. die berufliche Orientierung in ihre Therapiekonzepte integrieren. Ein mit den Agenturen für Arbeit hierzu abgestimmtes Konzept ist jedoch nötig, um dem Kunden frühzeitig reale Vorstellungen von der Arbeitswelt zu vermitteln und damit späteren Enttäuschungen vorzubeugen.

Der Arbeitgeberorientierung kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu, der Kunde soll einen Arbeitsplatz erreichen und ihn auch dauerhaft behalten. Zu überlegen wäre ein Bonus-Malus-System mit z.B. einer Reduzierung der Beiträge zur Sozialversicherung für die Arbeitgeber, die Arbeitsplätze nach der erfolgreichen Behandlung für den Kunden zur Verfügung stellen. Für kleinere und mittlere Unternehmen könnte ein solches Angebot interessant werden, wenn kurze Wege ohne viel Bürokratie gesichert sind. Es gilt „Bündnisse“ mit Arbeitgebern zu initiieren.

Bei der Agentur für Arbeit nimmt der Arzt der Agentur „als Erstbeurteiler“ eine Schlüsselposition ein, die aber nur dann genutzt werden kann, wenn die Leistungsträger und damit auch die Maßnahmen der Suchtrehabilitation so verbunden werden, dass sie mit seiner sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung auch „erreicht“ werden. Die Bundesagentur für Arbeit muss also zusammen mit ihrem Ärztlichen

Dienst versuchen, im Interesse aller Beteiligten und damit natürlich auch eigennützig diese Kooperationsformen aufzubauen.

Neben der sozialmedizinischen Einzelfallbearbeitung sind die sozialmedizinische Systemberatung und die sozialmedizinische Beratung des Arbeitgebers gefordert. Schnittstellen zu den Leistungsträgern, den Beratungsstellen und den Leistungserbringern sind zu entwickeln und zu bearbeiten, die sozialmedizinische Beratung des Arbeitgebers soll einem offensiven Eingliederungsmanagement dienen und einer Medizinierung entgegenwirken.

Die bisherigen Ergebnisse aus Projekten in Baden-Württemberg für behandelte Suchtkranke und Suchtgefährdete aus den Jahren 2000 bis 2003 zeigen deutlich die Notwendigkeit der frühzeitigen medizinischen Intervention und der besonderen Hilfen bei der beruflichen Eingliederung der Kunden. Interne und externe Schnittstellen zu Leistungsträgern und Leistungserbringern werden bearbeitet und entwickelt, um die Beschäftigungsfähigkeit eines Kunden zu fördern².

Die Agentur für Arbeit strebt – geleitet durch das SGB III, SGB IX sowie seit 2004 durch die Hartz-Gesetze – eine schnelle und deutliche Verbesserung der Vermittlung in Arbeit an. Die wichtigsten Ziele sind die Vermeidung von Arbeitslosigkeit bzw. die schnelle Eingliederung arbeitsloser Kunden in Beschäftigung. Vorgesehen ist insbesondere eine bessere Integration von Zielgruppen mit dem Prinzip des Forderns und Förderns.

Um Menschen mit eingeschränkten Vermittlungschancen gezielt zu fördern, werden sie nach ihrem individuellen Bedürfnisprofil unterstützt. Dabei differenziert die Bundesagentur für Arbeit nunmehr Kundengruppen wie: Marktkunden, Beratungskunden sowie Betreuungskunden. Die hier zur Diskussion stehende Kundengruppe ist zweifellos den Betreuungskunden zuzuordnen, diese wiederum sind individuell von einem Fallmanager zu beraten. Mit dem Kunden ist eine persönliche Integrationsstrategie zu entwickeln. Der erwerbsfähige Kunde schließt mit dem Fallmanager für sechs Monate eine Eingliederungsvereinbarung und erhält gleichzeitig Angebote, die seinen individuellen Bedürfnissen, den Anforderungen des Arbeitsmarkts sowie den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit entsprechen. Andererseits wird mit jedem Hilfebedürftigen vereinbart, welche Anstrengungen von ihm selbst im Rahmen des Eingliederungsprozesses erwartet werden. Neben den Leistungen der aktiven Arbeitsförderung und sonstigen Dienstleistungen werden nunmehr auch soziale Integrationsleistungen wie z.B. Suchtberatung, psychosoziale Beratung, Schuldnerberatung etc. im „Job-Center“ vorgehalten. Nicht zuletzt werden von den Agenturen für Arbeit umfassende Dienstleistungen für den Kunden Arbeitgeber angeboten.

Für jede Kundengruppe gelten eigene Leistungsstandards und Wirkungsziele. Dabei wird jetzt nicht mehr übersehen, dass ein gewisser Anteil von arbeitslosen Men-

² Projekte in BW:

- Optimierung des Reha-Verfahrens für behandelte suchtkranke Arbeitslose
- Konsiliardienst in der Agentur für Arbeit (LB/WN)
- Verbesserung der beruflichen Integrationschancen von suchtgefährdeten Arbeitslosen:
 - Modellvorhaben MoZArT
 - Beruflich-soziales Casemanagement/Reha-Eilverfahren

schen auch mit erheblichem Aufwand nicht nachhaltig in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden kann, weil die Betroffenen die gestiegenen Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht erfüllen können, alternative Beschäftigungskonzepte auf dem „ehrlichen“ 2. Arbeitsmarkt sind erforderlich.

Für die Bundesagentur für Arbeit ist es eine Daueraufgabe, durchaus proaktiv gemeinsam mit ihren Ärztlichen Diensten dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit einen hohen Stellenwert zuzumessen.

Durch eine bessere Verknüpfung der einzelnen medizinischen und beruflichen Strukturen sind auch erhebliche finanzielle Vorteile zu erwarten, dabei ist gerade der Prävention größte Beachtung zu schenken.

Das aufgezeigte gesellschaftliche Problem muß schon aus ökonomischen Gründen besser gelöst werden als bisher, weil humane und finanzielle Ressourcen zunehmend begrenzt sind.

Die Gewährleistung der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für Kunden mit Suchtverhalten ist eine sozialpolitische Herausforderung und nur durch ein transparentes prozessorientiertes Disease-/Eingliederungsmanagement, das die so genannten Kontextfakten mit einbezieht, zu erreichen. Insoweit ist die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zur Teilhabe auch nicht eine „Einzelaufgabe“ der Bundesagentur für Arbeit bzw. anderer Leistungsträger, Leistungserbringer, Tarifpartner, Arbeitgeber, sondern eine Verpflichtung zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation aller beteiligten Akteure.

Systemübergreifend könnte die Suchtrehabilitation mit einem Fallmanager, der von den genannten Akteuren einen Auftrag mit umfassender Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeit für den notwendigen Coachingprozess zur Teilhabe erhält, noch effizienter sein. Erst dann kann von einer „integrierten Versorgung“ i.S. einer Gesundheitssicherung gesprochen werden.

Nähere Auskünfte erteilt die Verfasserin des Beitrags.

Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern fordern sichern

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 28 – ISBN 3-87581-247-6

Neuland, 2005, Geesthacht