

# Teilhabe am Arbeitsleben und der Gesellschaft fördern: Empfehlungen und Forderungen aus Sicht der Behandler

Uwe Zemlin

## 1. Vorbemerkungen

Der folgende Beitrag bezieht sich ganz überwiegend auf die Förderung der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben Arbeitsloser und von der Arbeitslosigkeit bedrohter Personen. Hintergrund dieser Eingrenzung ist die Einschätzung, dass die Reha bei den erwerbstätigen Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Erhalts der Erwerbsfähigkeit, der Stabilisierung von Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft gut aufgestellt ist, also bei erwerbstätigen Patienten in der Reha meines Erachtens weniger Optimierungsbedarf besteht. Die Erfolgsquoten für diesen Personenkreis sind gut und die Stabilisierung im Erwerbsleben ist weitgehend gegeben. Die Reha-Verlaufstatistiken der Rentenversicherung insbesondere der BfA belegen das eindrücklich.

Anders verhält es sich bei den arbeitslosen, insbesondere den langzeitarbeitslosen Suchtkranken, deren Anteil an der Klientel in Suchtfachkliniken beständig gestiegen ist. Hier hat die Konzeptentwicklung noch nicht den gewünschten Durchbruch erzielt, wie wir aus den Ergebnissen Arbeitsloser Suchtkranker in Katamnese-Studien wissen.

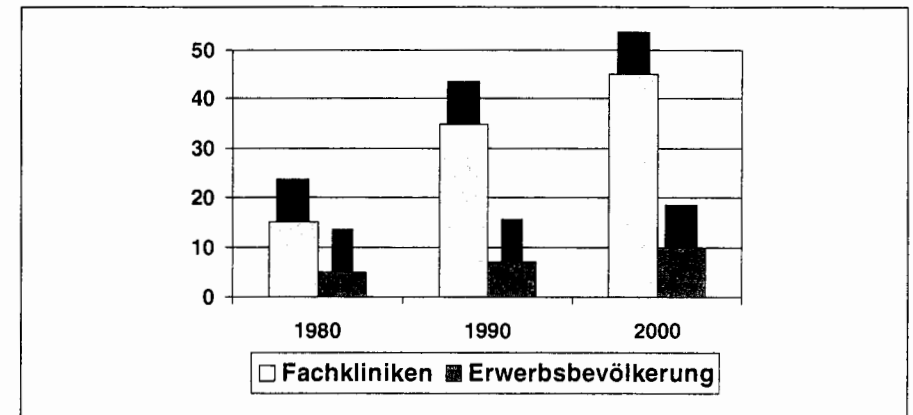
Deshalb zunächst einige allgemeine Vorbemerkungen zur Situation Arbeitsloser im System der medizinischen Rehabilitation. Wie hat sich der Anteil Arbeitsloser in der medizinischen Reha Suchtkranker entwickelt?

Während der Anteil Arbeitsloser an der Erwerbsbevölkerung im Zeitraum von 1980 bis 2000 von 5 auf 10 Prozent gestiegen ist, ist der Anteil Arbeitsloser in Suchtfachkliniken im selben Zeitraum überproportional von 15 auf 45 Prozent gestiegen.

Was sind die Gründe für den überproportionalen Anstieg der Arbeitslosen in der Rehaklientel?

- Ein überproportionaler Anstieg der Arbeitslosenquote bei „Problemgruppen“ des Arbeitsmarkts, aus denen sich Alkoholabhängige häufig rekrutieren.
- Das überproportional hohe Arbeitslosigkeitsrisiko für Alkoholabhängige.
- Kumulationseffekte durch häufige Behandlungswiederholung infolge der hohen Rückfälligkeit der Arbeitslosen (Henkel, Zemlin und Dornbusch, 2003, 2004).
- Suchtverstärkende Effekte der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit (Henkel, 1998).
- Vermutlich auch verstärkte Interventionen der Arbeitsämter: im Jahr 2001 ICD10-Suchtdiagnosen bei 27500 Arbeitslosen in ärztlichen Gutachten (Hollereder, 2002).

Abb. 1: Entwicklung der Arbeitslosenquote in Fachkliniken für Alkoholabhängige und in der Erwerbsbevölkerung, 1980-2000, Arbeitslose in % der Erwerbspersonen



Wie ist es mit der Effektivität der Reha bezogen auf arbeitslose Abhängigkeitskranke bestellt?

Die Effektivität der Suchtbehandlung bei Arbeitslosen ist deutlich geringer als bei Erwerbstätigen. Dies gilt sowohl für die Abstinenz als auch die berufliche Partizipation nach der Reha. Die Rückfallquote der Arbeitslosen beträgt unserer ARA-Studie zufolge in der Halbjahreskatamnese 56%, die der Erwerbstätigen 27% (Henkel, Zemlin und Dornbusch, 2004). Nach den jüngsten SEDOS-Daten sind 90% der bei Aufnahme Arbeitslosen auch bei Entlassung arbeitslos.

Wie ist der Stand der Entwicklung in der medizinischen Rehabilitation was die Reintegration Arbeitsloser ins Erwerbsleben angeht?

Die Förderung der beruflichen Reintegration wurde schon immer als zentraler Auftrag der Reha verstanden. Entsprechend haben sich Behandlungsstandards entwickelt, die sich auch im KTL der Rentenversicherung ablesen lassen. Wir haben in den Kliniken besonders im Bereich der indikativen Gruppen und der Sozialberatung Maßnahmen entwickelt, die sich nicht nur auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sondern auch auf die Förderung der Wiederaufnahme von Erwerbstätigkeit konzentrieren. Hier gibt es weiteren Entwicklungsbedarf, aber es ist an dieser Stelle auch notwendig, auf die Rahmenbedingungen hinzuweisen, die die Effektivität solcher Maßnahmen begrenzen: die Arbeitsmarktlage ist dauerhaft restriktiv, besonders für Alkoholabhängige in Behandlung, da verschiedene Arbeitsmarkthandicaps dieser Gruppe eine erfolgreiche Reintegration ins Erwerbsleben behindern, nämlich

- hohes Alter,
- geringe berufliche Qualifikation,

- gesundheitliche Einschränkungen,
- lange Arbeitslosigkeitszeiten,
- Suchtprobleme/Rückfall

Und es gibt Vernetzungsdefizite zwischen medizinischer Rehabilitation und Arbeitsverwaltung.

## 2. Ergebnisse der ARA-Studie

### 2.1 Ausgangssituation

Das bisher Gesagte beschreibt die Ausgangssituation für unsere Studie ‚Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen‘ (Henkel, Zemlin und Dornbusch, 2003,2004), kurz ARA-Studie<sup>1</sup>, die dankenswerterweise vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst gefördert und in Kooperation der Fachhochschule Frankfurt, Herrn Professor Dieter Henkel und der Fachklinik Wilhelmsheim realisiert wurde und die ich Ihnen in Auszügen vorstellen möchte, um die psychosoziale Situation Arbeitsloser zu charakterisieren und abschließende Forderungen zu Reintegrationsbemühungen und Behandlungsschwerpunkten transparenter zu machen.

Die ARA-Studie analysiert rückfallbeeinflussende Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen, in der Regel im Vergleich zu erwerbstätigen Alkoholabhängigen und bietet, trotz des Fokus auf das Therapieerfolgskriterium Abstinenz umfassendes Datenmaterial zum Vergleich der psychosozialen Situation arbeitsloser und erwerbstätiger Suchtkranker.

Die hohen Rückfallquoten Arbeitsloser im Vergleich zu Erwerbstätigen sind Ihnen bereits aus anderen Untersuchungen bekannt. Sie behindern die Teilhabe am Arbeitsleben, sind aber andererseits auch als Folge einer perspektivlosen Lebenssituation einer Klientel zu begreifen, die schlechte berufliche und soziale Teilhabechancen hat und deren Lebenssituation durch eine Vielzahl zusätzlicher Belastungen gekennzeichnet ist.

Die methodischen Aspekte der Studie seien hier aus Zeitgründen nur kurz zusammengefasst, sie sind in den Artikeln in „Sucht-aktuell“ ausführlich dargestellt, so dass ich aus Zeitgründen auf folgende Bemerkungen beschränke.

Es handelt sich um eine prospektive Katamnese-Studie mit Messzeitpunkten zu Beginn und Ende der stationären Reha sowie 6 und 12 Monate nach der Entlassung. Es wurde ein kompletter Entlassjahrgang der Fachklinik Wilhelmsheim, das sind 929 Personen, untersucht. Zwei Gruppen werden verglichen: die über alle Messzeitpunkte erwerbstätig gebliebenen und die arbeitslos gebliebenen. Eine differen-

zierte Drop-out-Analyse zeigt, dass die Datenbasis bei den Arbeitslosen über die 4 Messzeitpunkte zwar stärker eingeschränkt als bei den Erwerbstätigen, aber dennoch aussagekräftig ist.

Folgende Merkmalsbereiche wurden erfasst:

- soziodemographische Merkmale
- suchtspezifische Merkmale
- Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit
- finanzielle Lage und Belastungen
- Lebenszufriedenheit
- soziale Integration und Unterstützung
- psychische Befindlichkeit und Gesundheit
- kritische Lebensereignisse (z.B. Krankheit, Scheidung)
- Abstinenzwartungen, Abstinenzzuversicht
- Suchtnachsorgeverhalten
- Aktivitäten der Arbeitssuche, Reintegrationshindernisse

### 2.2 Ergebnisse der Aufnahmediagnostik

Die Analyse der Befunde in der Aufnahmediagnostik zeigt bereits, dass Arbeitslose in vielen Parametern gravierendere Problemausprägungen und eine stärkere Chronifizierung der Probleme aufweisen als Erwerbstätige:

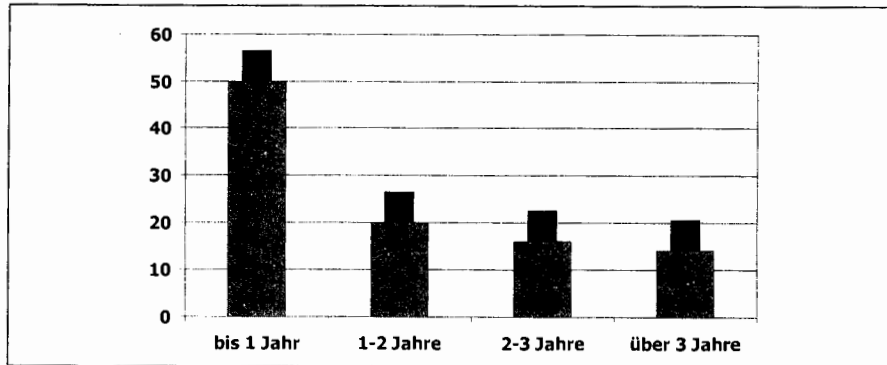
- Arbeitslose weisen eine ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtproblematik auf, sie sind u.a. häufiger Behandlungswiederholer (42% zu 22%).
- Arbeitslose weisen eine geringere Qualifikation auf: höchstens Hauptschulabschluss haben 70% der Arbeitslosen im Vergleich zu 58% der Erwerbstätigen, keine abgeschlossene Berufsausbildung: 23% zu 14%.
- Arbeitslose haben gravierendere finanzielle Probleme.
- Arbeitslose weisen eine schwächere soziale Integration auf, sie sind u.a. häufiger alleinlebend (52% zu 36%)
- Arbeitslose partizipieren weniger an sozialen Kontakten und haben weniger soziale Unterstützung.
- Arbeitslose sind in allen zentralen Lebensdimensionen weniger zufrieden. Dies betrifft Arbeit, Wohnen, Gesundheit, finanzielle Situation, Familie, Partnerschaft, Freundeskreis und Freizeitgestaltung.
- Arbeitslosen weisen mehr somatische Krankheitsdiagnosen auf.
- Die psychische Gesundheit Arbeitsloser ist in den folgenden Parametern stärker eingeschränkt: Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühle, soziales Coping, aktives Coping, emotionales Coping (Verdrängen von Problemen), Kontaktangst, sozia-

<sup>1</sup> Sonderdrucke der bereits erschienenen Veröffentlichungen können angefordert werden bei Dr. Uwe Zemlin, Fachklinik Wilhelmsheim, 71570 Oppenweiler; email: uzemlin@ahg.de

le Unsicherheit sowie Symptome psychischer Störungen nach SCL90-R, z.B. Depressivität, Psychotizismus, Zwanghaftigkeit.

- Arbeitslose haben weniger positive und mehr negative Abstinenzexpectationen und eine geringere Abstinenzzuversicht.

Abb. 2: Dauer der Arbeitslosigkeit bei Aufnahme, N=397; Angaben in %



Etwa die Hälfte der Arbeitslosen war länger als ein Jahr vor der Aufnahme in die Behandlung ununterbrochen arbeitslos, eine Größenordnung, die sich in unseren Katamnese-Studien regelmäßig abzeichnet.

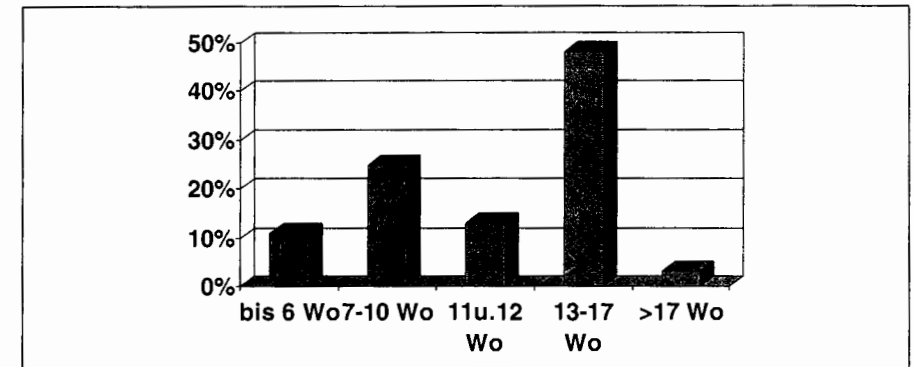
Allein diese Ergebnisse aus der Eingangsmessung konstituieren bereits einen umfassenderen Behandlungsbedarf bei den Arbeitslosen im Vergleich zu den Erwerbstätigen.

### 2.3 Ergebnisse zum Therapieverlauf

Trotz des in der ARA-Studie nachgewiesenen erhöhten Behandlungsbedarfs bei Arbeitslosen aufgrund von zahlreichen Problemausprägungen findet keine entsprechend umfangreichere Behandlung statt. Wir haben zwar mit der Budgetierung der Behandlungsdauern im Einzelfall mehr Flexibilität erhalten, aber auch die Erwerbstätigen, bei denen dann Behandlungsdauer einzusparen wäre, wenn man mehr Behandlungsdauer bei Arbeitslosen investieren will, haben ein Recht auf eine umfassende Behandlung, sind zudem häufig besser behandlungsmotiviert, ihre Behandlungsdauer auch voll auszuschöpfen, so dass die Einsparungspotentiale in diesem Bereich faktisch begrenzt sind.

Wenn man also davon ausgeht, dass substantiell längere Behandlungsdauern für Arbeitslose nicht realistisch sind, dann ergibt sich daraus zwingend, über entsprechende Schwerpunktsetzungen und Hierarchisierung von Therapiezielbereichen

Abb. 3: Verteilung der Behandlungsdauern, alle arbeitslosen Patienten, N= 397



nachzudenken. Darunter darf der umfassende Auftrag der medizinischen Rehabilitation, das Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit in seinen somatischen und psychischen Komponenten und die Behandlung sozialmedizinisch relevanter Begleit- und Folgeerkrankungen jedoch nicht leiden.

Bei den Ergebnissen zum Behandlungsverlauf fällt zunächst die etwa doppelt so hohe Quote irregulärer Behandlungsbeendigungen bei Arbeitslosen, das sind rund 18% im Vergleich zu den Erwerbstätigen mit ca. 8% auf. Überproportional viele Arbeitslose brachen die Behandlung entweder selbst ab oder wurden aufgrund von wiederholter Rückfälligkeit von Seiten der Klinik entlassen.

Bei den Behandlungsabbrechern, deren Chancen der Teilhabe am Arbeitsleben und für eine Verbesserung der Teilhabe an der Gesellschaft mit dem Behandlungsabbruch deutlich gemindert werden, handelt es sich um das in den Rehakliniken bekannte schwierige chronifizierte Klientel, das sich von den regulär Behandelten in folgenden Parametern unterscheidet: häufiger Sozialhilfeempfänger, häufiger bereits Abbruch der letzten Suchtbehandlung, häufiger nicht suchtmittelfrei bei der Aufnahme, häufiger rückfällig während der Behandlung, stärkeres Verdrängen von Problemen, geringe Abstinenzzuversicht, höhere Symptomausprägungen im SCL-90. Hinzu kommt, dass sich die arbeitslosen Abbrecher entlang weiterer Therapieerfolgparameter wenig zum Positiven verändert haben - und man darf an dieser Stelle ergänzen - sie haben damit auch erheblich ungünstigere Bedingungen für die Teilhabe am Erwerbsleben und an der Gesellschaft. Bereits an dieser Stelle kann resümiert werden, dass „in weitaus stärkerem Maße als bisher anzustreben ist, die Haltequote in der Gruppe der Arbeitslosen zu erhöhen, d.h. dem Behandlungsabbruch durch frühzeitige therapeutische Interventionen vorzubeugen.“ (Henkel, Zemlin und Dornbusch, 2004)

Dies bedeutet aber zusätzliche therapeutische Bemühungen, mit Sicherheit eine höhere Quote von Einzeltherapien.

Die Analyse der Behandlungsverläufe ergab, dass Arbeitslose und Erwerbstätige zwischen Beginn und Ende der Behandlung *gleich starke positive Veränderungen* in allen Aspekten der Lebenszufriedenheit, in Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl, im aktiven und emotionales Coping, in Fehlschlag-, Kontakt- und Kritikangst, ferner in allen Symptombereichen psychischer Störungen (SCL90-R) und hinsichtlich der Abstinenzwartungen und der Abstinenzzuversicht aufwiesen, also im selben Ausmaß von der Therapie profitierten.

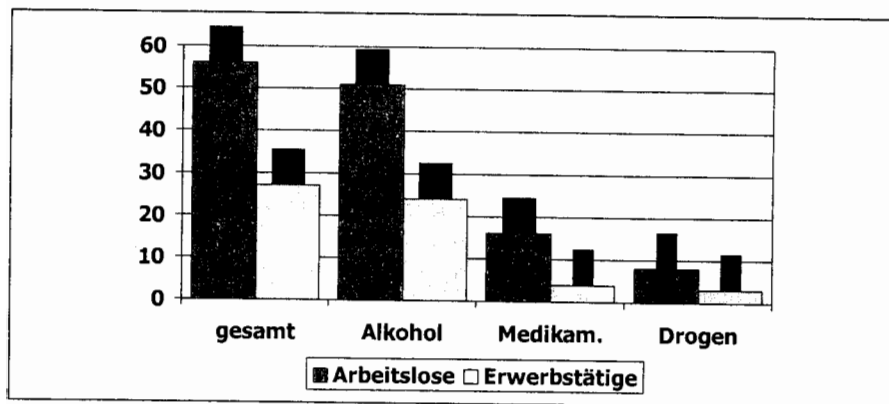
Diese Veränderungen sind sowohl bei den arbeitslosen als auch bei den erwerbstätigen Patienten durch substantielle Effektstärken belegt, die Rehabehandlung ist also bei beiden Gruppen, wenn man diese Parameter zum Maßstab nimmt, erfolgreich. Es verbleiben aber zu Therapieende etliche der bereits zu Therapiebeginn festgestellten Unterschiede zu Ungunsten der Arbeitslosen, d.h. in vielen Parametern liegen die arbeitslosen Patienten aufgrund des ungünstigeren Eingangsniveaus zu Therapieende trotz deutlicher Verbesserung weiterhin substantiell unter den Werten der erwerbstätig gebliebenen Patienten. Die Behandlung kann also die Unterschiede zwischen beiden Gruppen nicht ausgleichen. Arbeitslose Patienten beginnen die poststationäre Zeit also mit einer ungünstigeren psychischen und sozialen Ausgangssituation.

## 2.4 Ergebnisse der Halbjahreskatamnese

Von 682 Personen lagen verwertbare Katamnese-daten vor. Davon waren 212 Personen (32%) weiterhin konstant arbeitslos, 334 (49%) konstant erwerbstätig, 64 (9%) teils arbeitslos und teils erwerbstätig, 46 (7%) konstant Nicht-Erwerbspersonen und 26 (4%) sonstige.

Die folgenden Ergebnisse der Katamneseuntersuchung beziehen sich wiederum auf die konstant arbeitslosen im Vergleich zu den konstant erwerbstätigen Personen.

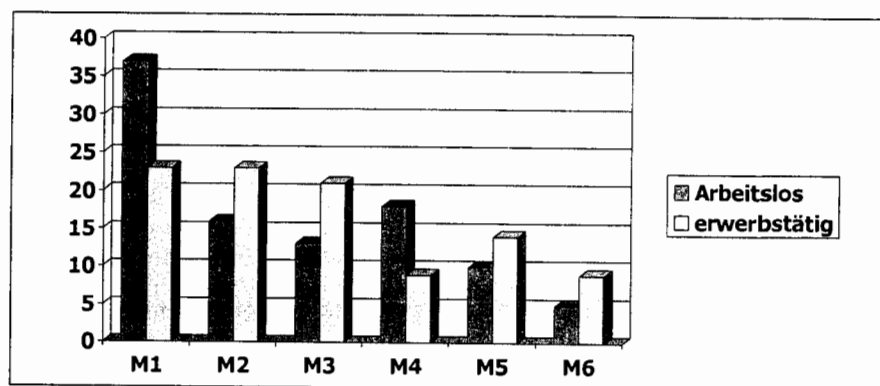
Abb. 4: Ergebnisse T3: Rückfallquoten (% DGSS 3) der konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen in der 6-Monats-Katamnese



Die alle psychoaktiven Substanzen zusammenfassenden Rückfallquoten der konstant Arbeitslosen übersteigen die Quoten der Erwerbstätigen erheblich.

Bemerkenswert ist der Befund, dass die Arbeitslosen, die im Katamnesezeitraum eine Arbeitsfördermaßnahme (ABM, Umschulung, Fortbildung u.a.m.) absolvierten, mit 41,5% eine niedrigere Rückfallquote auswiesen als jene, die an keiner derartigen Maßnahme teilnahmen (59,6%). Es liegt nahe, anzunehmen, dass eine entsprechende Beschäftigung eine protektive Wirkung hat. Allerdings war aufgrund der geringen Fallzahl in dieser Gruppe eine differenziertere Analyse nicht möglich.

Abb. 5: Verteilung der Rückfälle im ersten halben Jahr nach der stationären Reha; Arbeitslose vs. Erwerbstätige; Monat des Rückfallbeginns (M1-M6); Datenbasis alle rückfälligen Personen mit entsprechenden Angaben; Angaben in %



Die differenziertere Untersuchung der Rückfallverläufe zeigt, dass Arbeitslose nicht nur häufiger sondern auch schneller wieder rückfällig werden, 37% der Arbeitslosen mit Rückfall im Katamnesezeitraum werden bereits im ersten Monat nach der Therapie rückfällig im Vergleich zu 23% der rückfälligen Erwerbstätigen, wobei der Unterschied nur dann in signifikanter Weise besteht, wenn man die Behandlungsabrecher in der Stichprobe belässt. Auch die Anzahl der Trinktage in Rückfallphasen und die Menge des konsumierten Alkohols ist bei den Arbeitslosen signifikant erhöht. Rückfälle finden demnach bei Arbeitslosen nicht nur häufiger sondern auch im Durchschnitt früher statt, dauern länger, es wird mehr Alkohol konsumiert und die negativen Folgen für Gesundheit, Leistungsfähigkeit und die Beziehung zu anderen Menschen sind schwerer. Auch dieser Umstand verweist darauf, dass Erwerbstätigkeit eine Art protektiver Funktion in diesem Zusammenhang hat.

Wie ist die psychosoziale Lage der Arbeitslosen und der Erwerbstätigen im Katamnesezeitraum? Es zeigt sich, dass sich die meisten Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in psychosozialen Parametern, die schon bei

Behandlungsbeginn und Behandlungsende festgestellt wurden, auch im Katamnesezeitraum fortschreiben. Im Einzelnen zeigte sich bei den Arbeitslosen

- eine niedrigere Zufriedenheit in allen Lebensbereichen,
- gravierendere finanzielle Probleme,
- geringere soziale Unterstützung,
- geringere Selbstwirksamkeit,
- stärkere Wertlosigkeitsgefühle,
- ausgeprägteres Verdrängen von Problemen,
- höhere Depressivitätswerte,
- schwächere soziale Integration,
- seltener regelmäßigen Kontakt zu Suchtselbsthilfegruppen.

Die Ergebnisdarstellung möchte ich abschließen mit Daten zur sozialen Partizipation. Wir haben dazu auf der Basis der ICIDH, der Vorläuferversion der ICF eine Skala ‚Soziale Partizipation‘ (Zemlin, Henkel und Dornbusch, 2001) entwickelt, die die Häufigkeit der Teilhabe an Sozialkontakten erhebt. Wir haben in nahezu allen Aspekten der Teilhabe im Nachbefragungszeitraum eine graduell geringere Partizipation Arbeitsloser am sozialen Leben feststellen können, deutliche Unterschiede aber in der Häufigkeit der Kontakte zu Lebenspartnern, Kindern und anderen Familienmitgliedern (vgl. Henkel, Zemlin und Dornbusch, 2004).

Die bis dato angefallenen Ergebnissen der ARA-Studie legen eine Reihe von Konsequenzen für die medizinische Rehabilitation arbeitsloser Suchtkranker nahe, von denen zwei an dieser Stelle vorrangig genannt werden sollen:

- Die hohe Rückfälligkeit Arbeitsloser in den ersten drei Monaten nach Ende der stationären Behandlung verweist auf die Notwendigkeit, für diese kritische Phase verstärkt soziale Stützsysteme und die Perspektive auf berufliche Wiedereingliederung zu organisieren.
- Die zahlreichen und umfassenden psychosozialen Defizite und die Teilhabe-defizite verweisen darauf, dass die Therapie Arbeitsloser Suchtkranker einem breiten Zielspektrum folgen muss. Maßnahmen zur Vorbereitung der Teilhabe am Arbeitsleben müssen sich hier einreihen, sollten aber stärkeres Gewicht innerhalb eines alle relevanten Reha-Ziele umfassenden Therapieplans erhalten. Dazu sind Indikationsregeln notwendig, die dies gewährleisten.

### **3. Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch das Projekt ‚Konsiliardienst‘ und das Projekt ‚Jobinitiative‘**

#### **3.1 Konsiliardienst am Arbeitsamt für Arbeitslose mit Suchtproblemen**

Wenn es zutrifft dass ca. 40% der Langzeitarbeitslosen Suchtprobleme haben, dann wird es sehr wesentlich von der Vernetzung der kommunalen Suchthilfe und der Reha mit den Fallmanagern abhängen, ob dieser Personenkreis a.) der Suchthilfe zugeführt und b.) im Anschluss an erfolgte Reha-Maßnahmen nahtlos weiterbetreut werden kann. Hier liegt eine wichtige Aufgabe für die gesamte Suchthilfe.

Die erste Aufgabe kann durch eine verstärkte Konsiliartätigkeit der Suchthilfe für die Arbeitsverwaltung geleistet werden. Beispielsweise haben wir in der Fachklinik Wilhelmsheim einen Konsiliardienst für ein regionales Arbeitsamt aufgebaut (Baumgärtner und Zemlin, 2001) und nach einer Erprobungsphase in die Zuständigkeit einer regionalen Beratungsstelle übergeben. Dieses erfolgreiche Projekt hat zu einer weiteren Initiative einer benachbarten Agentur für Arbeit geführt, auch dort wurde bei einer PSB ein weiterer Konsiliardienst eingerichtet (Heißwolf, 2004).

Konsiliardienste haben die Aufgabe, arbeitslosen Suchtkranken bzw. Suchtgefährdeten einen niedrigschwelligen Zugang zum Suchthilfesystem zu ermöglichen und den Weg in die Suchthilfe und die Suchtreha zu bahnen, einer Chronifizierung der Suchterkrankung durch frühzeitige Intervention vorzubeugen und die Arbeitsfähigkeit bzw. die Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt wieder herzustellen.

Dazu ist einerseits eine direkte Vernetzung mit den Arbeitsvermittlern bzw. -beratern und andererseits eine enge Kooperation mit der Suchthilfe nötig unter Wahrung der Vorgaben von Datenschutz und der Grundsätze von Freiwilligkeit und Schweigepflicht notwendig. (vgl. Baumgärtner und Zemlin, 2001; Heißwolf, 2004).

Ich möchte aber aus Zeitgründen nicht näher auf den Konsiliardienst eingehen, sondern mich der zweiten Fragestellung widmen.

#### **3.2 Das Projekt ‚Jobinitiative‘ der Fachklinik Wilhelmsheim**

Wie kann die medizinische Reha einen Beitrag zur schnelleren und besseren beruflichen Partizipation leisten und die weitergehende Betreuung durch Agenturen für Arbeit, Job Center und Sozialämter im Vorfeld unterstützen und vorbereiten? Was ist durch verbesserte Vernetzung erreichbar?

Lassen Sie mich zunächst die Ausgangssituation betrachten: was trägt die medizinische Rehabilitation zur Teilhabe am Arbeitsleben bei?

Allein eine reine Bestandsaufnahme würde an dieser Stelle den gesamten Zeitraum dieses Referates beanspruchen, denn die medizinische Reha hat mit Ihren

medizinischen, psychotherapeutischen, adjuvantherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen ein breites Behandlungsspektrum entwickelt, das in vielfältiger Hinsicht zum Erhalt und zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und zur Teilhabe an Erwerbstätigkeit beiträgt. Eine Zuordnung der zahlreichen therapeutischen Leistungen zu Zielen der Teilhabe am beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Leben wurde, damals auf der Basis der ICDH, des Vorläufers der ICF, bereits bei einem früheren Kongress vorgetragen und muss nicht wiederholt werden.

Wenn im Folgenden ein konkretes Projekt aus der Fachklinik Wilhelmsheim skizziert wird, das auf die Reintegration Arbeitsloser in die Erwerbstätigkeit fokussiert, dann ist das im Sinne einer Ergänzung des bestehenden Methodenspektrums gedacht und beschreibt nur einen von mehreren innovativen Ansätzen innerhalb der Einrichtungen des Fachverbandes.

Aus dem ARA-Projekt lässt sich mittelbar schlussfolgern, dass der Behandlungserfolg unserer Klienten wesentlich auch davon abhängt, inwieweit es gelingt, im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Therapie eine qualitative Nachbetreuung zu organisieren, die die berufliche und soziale Partizipation möglichst schnell unterstützt.

Wie sind die Anschlussbedingungen im Behandlungs- und Versorgungssystem im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben organisiert?

Im derzeitigen System der Nachsorge stehen an Unterstützungsleistungen zur Verfügung: Selbsthilfegruppen, Nachsorge in Einzel- und Gruppengesprächen, ambulante Reha, flankierende Maßnahmen je nach Größe und Angebot der jeweiligen PSB. Unmittelbare Anschlussaktivitäten zur beruflichen Reintegration für unsere Klienten können in einem im engeren Sinne auf die Stabilisierung der Abstinenz ausgerichteten Nachsorgesystem nur sporadisch organisiert werden. Bezogen auf die berufliche Reintegration sind es im Wesentlichen die Maßnahmen der Arbeitsverwaltung, und damit verlässt man das Feld der medizinischen Reha, die die Teilhabe am Arbeitsleben gewährleisten sollen.

Hier sehen wir einen Ansatz, die nachfolgenden Aktivitäten der Agenturen für Arbeit bzw. der künftigen Job Center im Rahmen der medizinischen Reha vorzubereiten.

Wenn eine erfolgreiche berufliche Integration den Therapieerfolg nachhaltig fördert – und wir haben aufgrund des vorliegenden Datenmaterials Grund dazu dies anzunehmen – dann sollten auch Inhalte, die für eine berufliche Integration notwendig sind, stärker als bisher in die therapeutische Arbeit aufgenommen werden.

An dieser Stelle sei noch einmal an die künftige Neuorganisation der Betreuung von Arbeitslosen und erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (z.B. langzeitarbeitslose ALG II-Empfänger) durch die einzurichtenden Job Center erinnert, die durch Fallmanager ausgeübt wird. Jeder Arbeitslose und Hilfebedürftige soll einem festen Fallmanager zugeordnet werden. Da die Neuordnung der Betreuungsstrukturen für Arbeitslose derzeit Gegenstand aller Medien ist, erscheint es unnötig dies hier darzustellen.

Wichtiger ist die Frage: wie kann man an diese neuen Betreuungsstrukturen anknüpfen, wie lässt sich die Kooperation mit den Fallmanagern erreichen? Gibt es

praktische Ansätze, wie relevante Maßnahmen der Vorbereitung der beruflichen Integration Suchtkranker bereits in die stationäre Therapie einbezogen werden können?

Als Beispiel möchte ich Ihnen ein Modellprojekt vorstellen, das wir in der Fachklinik Wilhelmsheim seit einem ¾ Jahr erproben und in dem wir versuchen, wichtige Vorbereitungsarbeiten für die berufliche Reintegration bereits in der Klinik zu realisieren.

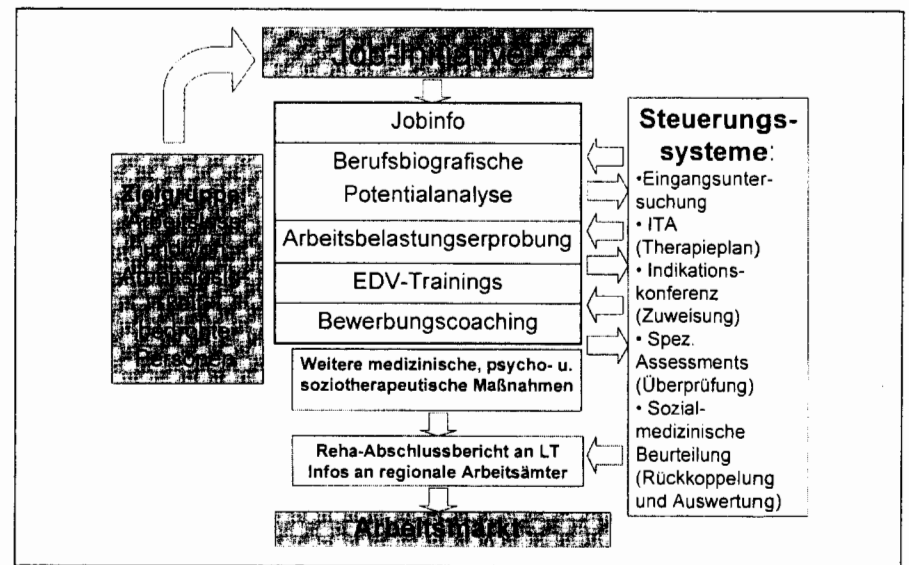
Es handelt sich um unser Projekt ‚Jobinitiative‘<sup>2</sup> für arbeitslose Personen und Personen, deren Arbeitsplatz kurz- oder mittelfristig gefährdet ist.

Ziele des Maßnahmenpaketes ‚Jobinitiative‘ sind:

- die berufsbiografische Kompetenzbeschreibung und Potentialanalyse,
- die Hinführung zur Auseinandersetzung mit den Arbeitsmarktanforderungen,
- das Herstellen eines Bewusstseins über die persönliche Beschäftigungsfähigkeit,
- die Erarbeitung von bzw. Vorbereitung von möglichen Integrationsansätzen,
- das Herstellen einer positiven Orientierung.

Eine erste Übersicht über das Maßnahmenpaket Jobinitiative gibt Abbildung 6.

Abb. 6: Job-Initiative



<sup>2</sup> Wir danken der Firma ProTeGe, Greiz, für die Bereitstellung von Materialien und das Coaching bei der Entwicklung des Jobinitiative-Projekts

Da die zahlreichen Bestimmungen der Hartz-Gesetze und die geplante Reorganisation der Betreuungsstrukturen kaum einem unserer Patienten ausreichend bekannt sind, informieren wir unsere Patienten im Rahmen von 2 1-stündigen Informationsveranstaltungen über die neuen gesetzlichen Regelungen. Die Informationsveranstaltung ‚Jobinfo‘ findet bereits im ersten Behandlungsabschnitt noch vor der Indikationskonferenz statt und informiert über die wesentlichen Änderungen im Sozialgesetzbuch, die Veränderung der Organisationsstruktur der Arbeitsverwaltung die aktuelle Arbeitsmarktlage, Stellensuche und den Stellenwert von Schlüsselqualifikationen. Außerdem wird das Job-Initiativprogramm in der Fachklinik Wilhelmsheim vorgestellt.

Im Folgenden möchte ich auf drei Module näher eingehen, nämlich die berufsbiografische Potentialanalyse, die Arbeitsbelastungserprobungen und das Bewerbungscoaching.

Die indikative Gruppe ‚Berufsbiografische Potentialanalyse‘ findet im Rahmen von 8 doppelstündigen Sitzungen konzentriert auf 4 Wochen statt und ist auf 12 Personen begrenzt. Um den Bedarf für diese Thematik zu decken haben wir zwei parallele Gruppen eingerichtet.

#### Abb. 7: Berufsbiografische Potentialanalyse

1. Die eigenen Qualifikationen erfassen
- die formellen Qualifikationen erfassen
- die weiteren Qualifikationen erfassen
- informelle Kenntnisse und Erfahrungen erfassen
2. Die eigenen Kompetenzen überdenken und bewerten
- berufliche und fachliche Kompetenzen
- berufsübergreifende Kompetenzen
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz und personale Kompetenz
3. Die persönlichen Mobilitätsfaktoren ermitteln
- Berufsbezogene Lebenssituation
- persönliche Mobilitätsbereitschaft
4. Den Arbeitsmarkt analysieren
- Arbeitsmarktchancen
- individueller Suchraum
- Stellenangebote
- Zeitarbeit, überregionale Mobilität, Zumutbarkeitskriterien
5. Den Berufswunsch überdenken
- eigene und erforderliche Kompetenzen abgleichen
- persönliche Gründe und objektive Erfordernisse abgleichen
- das Match/Mismatch bewerten
6. Selbstmarketing betreiben
- Bewerbungsverhalten
- Selbstmarketing-Strategie

Sie erfasst systematisch den beruflichen Werdegang der Teilnehmer, ihre formell erworbenen Qualifikationen wie Abschlüsse, Weiterbildungen etc.. Hierzu gehören z.B. auch Berechtigungsscheine wie Schweißerpass, Gabelstaplerführerschein oder Ähnliches.

Weiter werden auch solche im Rahmen beruflicher Tätigkeit erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen herausgefiltert, die durch kein Ausbildungszertifikat dokumentiert sind, die aber Bestandteil der jeweiligen persönlichen beruflichen Handlungskompetenz sind.

Dieser Punkt ist gerade bei unseren Klienten wichtig, weil hier ein ressourcenorientierter Ansatz realisiert wird, Ausgangspunkt die vorhandene berufliche Arbeitserfahrung ist und nicht gleich die Defizite, die den Teilnehmer von der Erwerbstätigkeit ausschließen.

Die Erfassung ist in der Regel mühsam, weil unsere Klienten nicht gewöhnt sind, ihre Erfahrungen als Können zu beschreiben.

Im Verfahren der berufsbiographischen Potentialanalyse werden die beruflichen Tätigkeiten reflektiert hinsichtlich des zur Ausübung notwendigen Fachwissens, der zur Ausübung notwendigen Methoden- und Sozialkompetenzen. Die Teilnehmer lernen, ihre Berufserfahrung zu beurteilen und zu bewerten und können dadurch leichter Ihre persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für eine berufliche Integration einschätzen.

In einem weiteren Schritt werden die außerberuflich erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen erfasst. Ob Hobbygärtner, privater Hauselektriker, Auto- und Fahrradreparateur, aktives Mitglied im Fischereiverein – auch in diesen Tätigkeiten verbergen sich eine Fülle von Kenntnissen und Kompetenzen, die das persönliche Handlungsrepertoire einer Person ausmachen. Außerdem geben sie Aufschluss über die Interessenslage einer Person, auch wenn diese Interessen – wie bei Suchtkranken häufig der Fall – vielleicht in der letzten Zeit nicht mehr gepflegt wurden.

In einem nächsten Schritt werden diese nun gesammelten Kenntnisse und Erfahrungen ausgewertet hinsichtlich fachlicher Stärken und fachlicher Schwächen, hinsichtlich Vorlieben und Abneigungen, sie werden eingeschätzt inwieweit sie auf dem Arbeitsmarkt verwertbar sind oder ob ein Weiterbildungsbedarf oder Auffrischungsbedarf besteht. Diese Bewertung erfolgt z.B. danach, ob diese Kenntnisse und Kompetenzen aktuell eine berufliche Verwertung ermöglichen.

Die Daten werden in einem persönlichen Kompetenzprofil zusammengefasst. Dieses Profil ist wichtig für die anschließenden Überlegungen, welche verschiedenen Tätigkeiten auf Basis der Berufskompetenz ausgeübt werden können. Dieser Schritt ist Grundlage für weiterführende Überlegungen, welche beruflichen Alternativen infrage kämen.

Dann wird reflektiert, ob aus den persönlichen Lebensbedingungen, z.B. familiären Aufgaben wie Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen besondere Anforderungen an Arbeitszeiten gegeben sind.

In einem gesonderten Schritt werden die persönlichen Mobilitätsfaktoren ermittelt, ist ein KFZ verfügbar – welcher Umkreis ist in 2,5 Stunden Pendelzeit erreichbar? Wie ist die Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln? Welcher individuelle

Mobilitätswert ist gegeben aus dem sich dann der mögliche Suchraum für Stellen ergibt?

Dann erfolgen gemeinsame Überlegungen, wie der persönliche (Teil)arbeitsmarkt zu erschließen und zu beurteilen ist.

So werden Stellenanzeigen aus Jobbörsen oder aus dem virtuellen Arbeitsmarkt der Bundesagentur für Arbeit für bestimmte Regionen im Hinblick auf infrage kommende Tätigkeiten ausgesucht. Diese können hinsichtlich der Anforderungen ausgewertet und mit dem persönlichen Profil verglichen werden.

Konkrete Fragen wie „Arbeit bei einer Zeitarbeitsfirma“, „überregionale Mobilität“, „zumutbare Arbeiten“ bis hin zur Information über Zumutbarkeitskriterien dienen der Auseinandersetzung mit den Arbeitsmarktanforderungen.

Schließlich werden die persönlichen Bewerbungskompetenzen bewertet – wo suche ich, wie bewirbt man sich, bin ich in der Lage, eine aussagekräftige Bewerbungsmappe zu erstellen, brauche ich Hilfestellung hinsichtlich der schriftlichen und persönlichen Bewerbung bzw. wie kann ich mein Bewerbungsverhalten verbessern? Welche Strategien der Stellensuche kann ich anwenden? –

Je nach Bewertung der persönlichen Bewerbungskompetenzen wird auf weitere Angebote der Fachklinik, wie z.B. EDV-Trainings, Internetschulung, Bewerbungstraining verwiesen und dieser Bedarf auch dem für die Therapieplanung zuständigen Bezugstherapeuten rückgemeldet.

Eine weitere Aufgabe ist, mit den Klienten die Planung der einzelnen Schritte der Eingliederung zu besprechen. Dazu gehört, dass mit den Klienten Vorstellungen entwickelt werden, welche beruflichen Tätigkeiten sie ausüben können, – hier finden auch ergänzende Einzelgespräche statt – welche Institutionen behilflich sind bei der Jobsuche, aber auch zu informieren, welche Anforderungen an sie als Arbeitslose gestellt werden hinsichtlich der neuen Gesetzgebung also im Sinne des Leitsatzes „Fördern und Fordern“.

Abschließend wird die individuelle Bewerbungskompetenz beurteilt und der Unterstützungsbedarf benannt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Entwicklung von Strategien, sich optimal zu bewerben.

Die im Rahmen der berufsbiographischen Potentialanalyse gewonnenen Daten werden in einem Arbeitsheft dokumentiert, können zum Beratungsgespräch mit dem Arbeitsvermittler oder künftigen Fall-Manager mitgenommen werden, damit sie dort für ein Profiling oder Kurzprofiling genutzt werden können. Sie sind auch Grundlage für das anschließende Bewerbungstraining.

Inhalte des Bewerbungstraining sind:

- Sitzung 1: – Vorstellungsrunde
  - Aufbau, Inhalte und Form der Bewerbungsmappe
  - Fehlende Unterlagen organisieren
- Sitzung 2: – Der Lebenslauf (Inhalte, Form, Standards)
- Sitzung 3: – Das Bewerbungsfoto (wird bei Bedarf in der Klinik gemacht)
  - Suche nach Firmen und Stellenangeboten im Internet und in Printmedien

- Sitzung 4: – Das Anschreiben – Form, Inhalte
  - Individuelle Vorbereitung: fachliche Qualifikationen und persönliche Qualifikationen auflisten

- Sitzung 5: – Verfassen der kompletten Mappe, Initiativbewerbungen

- Sitzung 6: – Das Vorstellungsgespräch (Theorie)

- Sitzung 7: – Das Vorstellungsgespräch (Praxis)

- Sitzung 8: – Nachbereitung, Vertiefung
  - weitere Bewerbungen versenden

Ein weiterer Schwerpunkt der integrationsunterstützenden Arbeiten, die in der Reha geleistet werden können, ist die Durchführung eines Bewerbungstraining, dies beinhaltet ein Bewerbungstraining und eine Einführung in das Job-Suchen via Internet, also praktische Hilfestellungen zur Arbeitssuche. Hier kommt es darauf an, Kompetenzen zur planvollen Arbeitssuche und zur Bewerbung zu vermitteln, damit Patienten selbständig aktiv werden können.

Dazu gehört das Wissen um und der Zugang zu Informationsquellen, die Stellenangebote regional und überregional anbieten. Hier ist häufig bereits Internetkompetenz gefordert. Dazu gehört auch, sich kompetent schriftlich oder online und persönlich zu bewerben, die eigene, häufig zerrissene Erwerbsbiografie geordnet darzustellen, seine Stärken, Interessen und Vorstellungen kompetent zu formulieren und natürlich auch, mit Ablehnung, Misserfolg und Frustrationen umgehen zu können.

Da es sich bei Bewerbungstrainings um etablierte Angebote in Rehakliniken handelt, fasse ich mich hier kurz und möchte nur noch auf ein paar praktische Aspekte hinweisen.

*Infrastrukturelle Voraussetzungen:*

Man braucht einen Raum mit 10-12 PC-Arbeitsplätzen mit Internetzugang und links zu Jobbörsen bzw. zum virtuellen Arbeitsmarkt der Bundesagentur. Das setzt voraus, dass Personen einen PC bedienen können, weshalb wir auch entsprechende Kurse anbieten. Mit den Teilnehmern muss erarbeitet werden, wo sie später in erreichbarer Distanz von zuhause Zugriff auf entsprechende Datenbanken haben, wie sie den virtuellen Arbeitsmarkt der Agenturen für Arbeit nutzen, eine e-mail Adresse hinterlegen usw..

Weiterhin gehört eine Kamera für Bewerbungsfotos zum Inventar des Bewerbungstraining.

## **Bisherige Erfahrungen**

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Programm Jobinitiative sind durchaus ermutigend. Die Akzeptanz bei den Patienten lässt sich in der Regel schnell herstellen, da die Patienten praktische Kompetenzen vermittelt bekommen, die die erlebte Hilflosigkeit reduzieren. Probleme bereiten die erforderlichen zeitlichen Ressourcen, da aufgrund des vielschichtigen Rehabilitationsauftrages auch eine Vielzahl weiterer Ziele im



Behandlungsplan berücksichtigt werden müssen und die Behandlungsdauern häufig knapp bemessen sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn weniger als 4 Monate zur Verfügung stehen. Z.B. sind Wiederholerbehandlungen zeitlich häufig knapp bemessen, so dass die notwendige Sequenz von PC-Kurs – berufsbiografische Kompetenzanalyse – Bewerbungcoaching, gegebenenfalls auch noch noch Arbeitsbelastungserprobung in einem externen Betrieb, nicht komplett realisiert werden kann.

## 4. Empfehlungen aus Sicht eines Behandlers

Die folgenden Empfehlungen und Forderungen aus Sicht eines Behandlers sind natürlich subjektiv und reflektieren die Erfahrungen, die wir in unserer Klinik machen. Es ist wahrscheinlich, dass ein Teil der Empfehlungen in einigen Einrichtungen bereits umgesetzt sind oder dass andere Fachleute Vorgehensweisen entwickelt und überprüft haben, die einige der vorliegenden Problemstellungen und Entwicklungsaufgaben bereits lösen. In diesem Fall bin ich für jede Anregung, für jeden Lösungsweg dankbar. Die Einrichtungen des Fachverband Sucht haben sich in der Vergangenheit schon häufig als kreativ in der Entwicklung von Problemlösungen erwiesen und daher macht es Sinn Synergien zu nutzen.

Die folgenden thesenartigen Ausführungen gliedern sich in allgemeine Vorbemerkungen und dann in Empfehlungen, Wünsche, Forderungen an verschiedene Adressaten.

### 4.1 Grundsätzliche Vorbemerkungen

1. Die Teilhabe am Erwerbsleben muss in der Rehabilitation Suchtkranker neu definiert werden angesichts
  - der Massenarbeitslosigkeit, der Veränderungen am Arbeitsmarkt und der Situation, dass sich ohnehin nicht mehr jeder Erwerbstätige kontinuierlich und lebenslang aus der Erwerbsarbeit finanziert,
  - der Prekarisierung von Erwerbstätigkeit – verlässliche Dauerbeschäftigung wird unsicherer und
  - der zusätzlichen Arbeitsmarkthandicaps bei suchtkranken Arbeitslosen.
2. Eine Fokussierung ausschließlich auf den ersten und zweiten Arbeitsmarkt ist aufgrund zahlreicher Arbeitsmarkthandicaps für einen Teil unseres Klientel unrealistisch und muss ergänzt werden um weitere Perspektiven im Bereich von Übergangsarbeitsmärkten und Arbeiten im 3. Sektor der Arbeit, also in nicht profitorientierten Arbeitsfeldern, um das Ziel der Partizipation an Arbeit angemessen und Erfolg versprechend in die Rehabehandlung aufnehmen zu können und Suchtkranken eine Perspektive im Bereich Arbeit öffnen zu können.
3. In der Konkurrenz um Arbeit haben Suchtkranke eine ungünstigere Ausgangssituation, wie die hohe Arbeitslosigkeitsquote auch bei behandelten Suchtkranken

ausweist. Unsere Aufgabe ist es, unsere Patienten in dieser Konkurrenzsituation zu stärken, aber gleichzeitig Lebensentwürfe zu thematisieren, die auch bei bestehender Arbeitslosigkeit die Partizipation an der Gesellschaft ermöglichen. Dies beinhaltet eine Doppelstrategie, nämlich Ressourcen für die Reintegration ins Erwerbsleben frühzeitig aufzubauen, abstinenzstabilisierende soziale Aktivitäten zu fördern, Lebensinhalte jenseits der Erwerbsarbeit zu erschließen und die Integration in soziale Systeme für die Zeit der Arbeitslosigkeit zu fördern. Für die Entscheidung, welche der beiden Strategien individuell im Vordergrund steht, müssen Entscheidungskriterien entwickelt werden.

4. Persönliche Entscheidungsfreiheit ist eine zentrale Voraussetzung für Therapie. Daher ist die Entscheidung des Einzelnen über seine berufliche Zukunft zu akzeptieren. Der Patient muss aber die Chance erhalten, seine Motivationen bezogen auf die Erwerbsarbeit umfassend zu reflektieren und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere auch die Neuordnung der Arbeit und Auswirkungen auf seinen Lebensvollzug einschätzen zu können.
5. Die Arbeitsteilung innerhalb der therapeutischen Kette erzeugt m.E. eine Haltung, sich auf die Zeit während der Behandlung zu konzentrieren und das was danach kommt, der Nachsorge und der Nachbehandlung zu überlassen. Die Erfahrungen mit Rückfallverläufen und die Ergebnisse des ARA-Projektes machen aber deutlich, dass die ersten beiden Monate nach der stationären Reha die kritische Phase sind, in der die Weichen für erfolgreiche und nicht erfolgreiche Verläufe gestellt werden. Daraus ergibt sich, dass wir uns in unserem therapeutischen Denken und Handeln auf die unmittelbaren Anschlussbedingungen nach der stationären Reha konzentrieren müssen. Wir müssen an dieser Stelle, an der sich die soziale und berufliche Reintegration vollzieht oder nicht vollzieht, die Schnittstellenproblematik lösen, sei es durch noch bessere Vorbereitung auf diese kritische Phase, sei es durch noch bessere Vernetzung, oder sei es durch eine über die stationäre Phase hinaus dauernde therapeutische Begleitung z.B. im Rahmen einer Klinikambulanz.

### 4.2 Empfehlungen an die Behandlungseinrichtungen

1. Angesichts der veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen und der damit entstandenen Neuordnung von Rechten, Pflichten des Arbeitslosen und der Zuständigkeiten im Bereich der Arbeitsverwaltung sollten Kliniken Infoseminare organisieren zu den „Gesetzen zu Reformen am Arbeitsmarkt“, zu den weiteren Änderungen in der Sozialgesetzgebung, zur geänderten Organisationsstruktur im Bereich der Agenturen für Arbeit, zu Auswirkungen auf den Leistungsbezug, zu Mitwirkungspflichten, zu Sanktionen usw., damit Patienten ihre Situation realistisch einschätzen können. Solche Info-Maßnahmen müssen früh angesetzt, jedem einzelnen Patienten als Maßnahmen mit hohem Stellenwert vermittelt, mit einer individuellen Bestandsaufnahme kombiniert und durch den Bezugs-

therapeuten im Einzelgespräch nachgearbeitet werden. Ziel: frühzeitige Markierung der Thematik, individuelle Bestandsaufnahme, Vernetzung mit dem Gruppentherapeuten, Information über Behandlungsressourcen, Mitwirkungspflicht vermitteln, Wege aufzeigen.

2. Die Behandlungsstrategie bei Arbeitslosen sollte sich an der Einschätzung der Arbeitsmarktchancen orientieren und frühzeitig eine Erarbeitung realistischer individueller Perspektiven gewährleisten. Dazu dient eine entsprechend frühzeitig durchzuführende systematische *berufsbiografische Potentialanalyse*, wie bereits dargestellt, wenn möglich ergänzt durch ein *Profiling*, d.h. ein Abgleichen von persönlichen Aktiva, beruflichem Potential, persönlichen Voraussetzungen und den Erfordernissen des Arbeitsmarktes.
3. *Vernetzung von sozialmedizinischer Beurteilung und berufsbiografischer Potentialanalyse*: Die sozialmedizinische Beurteilung hat sich in den letzten Jahren unter anderem infolge der QM-Vorgaben und QM-Auswertungen der Rentenversicherung weiter verbessert. Eine Optimierungsmöglichkeit ist dennoch insofern gegeben, als die Ergebnisse der sozialmedizinischen Beurteilung noch stärker in die berufliche Planung des einzelnen Patienten einfließen sollten. Hier wäre zu fordern, dass die Ergebnisse der sozialmedizinischen Untersuchung verstärkt in die Potentialanalyse einfließen und auf diese Weise auch stärker beim Patienten selbst präsent sind.
4. Für jeden arbeitslosen Patienten sollte ein klinikinterner *Fallmanager* benannt werden, der die Kontinuität der Bemühungen des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben im Auge behält. Das kann nach Absprache im Behandlungsteam der Gruppentherapeut sein oder der zuständige Sozialberater oder ein spezialisierter Reintegrationsberater, je nach Problemlage und erforderlicher Sachkompetenz im Bereich der beruflichen Reintegration.
5. Um die Verbindlichkeit des Zielbereiches ‚Partizipation an Arbeit‘ sowohl bei den Patienten als auch den Behandlern zu stärken, empfiehlt es sich in Anlehnung an die in vielen Einrichtungen übliche Indikationskonferenz für arbeitslose Patienten zusätzlich eine *berufliche Reintegrationskonferenz* im Rahmen des interdisziplinären Behandlungsteams durchzuführen. Diese sollte nach einer ausführlichen Bestandsaufnahme stattfinden und folgende Inhalte umfassen: eine erste sozialmedizinische Einschätzung und Ergebnisse der beruflichen Potentialanalyse, damit Schlussfolgerungen für die weitere Behandlungsplanung erfolgen können und das Erarbeiten eines individuellen Reintegrationsplanes rechtzeitig in den Behandlungsfokus rückt.
6. *Arbeitsbelastungserprobungen* während der Behandlung sind hilfreich, um eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit zu fördern, Schwellenängste abzubauen, Erfahrungen in Betrieben zu ermöglichen, Motivationen zu wecken, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen. Es empfiehlt sich ein differenziertes Netz an Betrieben pflegen, in denen solche Praktika durchgeführt werden können, so dass realistische berufsnahe Belastungserprobungen und

Reintegrationserfahrungen möglich sind. Arbeitstherapie in der Klinik kann m.E. solche Erfahrungen nur zum Teil vermitteln.

7. Eine häufige Beobachtung bei *Kompetenztrainings* ist es, dass sie nur dann wirklich effektiv sind, wenn sie in konkrete Aktivitäten einmünden und mittels *realer Erprobungssituationen* verfestigt und validiert werden können. Auch dies spricht für die verstärkte Nutzung von Praktika in Betrieben im Sinne von Arbeitsbelastungserprobungen. Die Notwendigkeit der Validierung an der Praxiserfahrung gilt auch für die in Rehakliniken vorhandenen Bewerbungstrainings, umso mehr wenn z.B. spezifische Aufgabenstellungen wie die Jobsuche im Internet damit verbunden sind, Tätigkeiten also, die bisher nicht im Handlungsrepertoire von betroffenen Patienten verfügbar waren. Deshalb ist es nötig Aktivitäten der Jobsuche bereits während der Klinik konkret zu betreiben, auszuwerten, zu stabilisieren und zu korrigieren und den Transfer in die nachstationäre Zeit zu gewährleisten.
8. *Bruchstellenmanagement, Settingwechsel vorbereiten und begleiten*: Die Erfahrung zeigt, dass mit jeder Bruchstelle in der Betreuung, also bei jedem Wechsel in ein anderes Setting ein drop out stattfindet. Beziehungsabnabelung, Neuaufnahme von Beziehung, erneute Problemdefinition und Erarbeitung von Handlungsstrategien mit einem anderen Ansprechpartner führen dazu, dass Personen resignieren, wenn ihre Frustrationstoleranz nicht ausreicht. Das trifft gerade auf Personen zu, die in mehrfacher Hinsicht belastet sind, z.B. durch die Alkoholabhängigkeit, durch Arbeitslosigkeit und durch fehlende familiäre und soziale Stützsysteme. Um es pointiert zu sagen: das Drop-out-Risiko ist nicht nur eine Frage der Nahtlosigkeit im zeitlichen Sinne, sondern eine Frage der ständigen Umgewöhnung an verschiedene Ansprechpartner mit den damit verbundenen Reibungsverlusten, Wartezeiten, Frustrationen und Gratifikationsaufschüben. Das spricht dafür, auf einige nachfolgende Anforderungen bereits gezielt in der stationären Behandlung vorbereiten, die persönlichen Reintegrationsbemühungen auch nachstationär, z.B. in Klinikambulanzen zu begleiten und wenn dies, wie in der Mehrzahl der Fälle nicht möglich ist, die Vernetzung mit Zuständigen außerhalb der Klinik bereits während der Behandlung zu betreiben.
9. *Adaptionsbehandlungen nutzen*: Adaptionsbehandlungen stehen leider für die Mehrheit unserer Klientel nicht wohnortnah zur Verfügung und daran scheitert häufig eine ansonsten wünschenswerte Vernetzung. Adaptionseinrichtungen haben aber aufgrund der Spezialisierung ihres Betreuungsauftrages bessere Ressourcen für die Gewährleistung der Teilhabe am Arbeitsleben als Fachkliniken. Deshalb macht es Sinn, diese Ressourcen auch in Anspruch zu nehmen, wenn die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung vorhanden sind. Auch die Zusammenarbeit mit den Adaptionseinrichtungen wird von einer verstärkten Fokussierung auf die berufliche Reintegration durch die Kliniken profitieren, dies insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass Behandlungsdauern in Adaptionseinrichtungen knapp bemessen sind. In der Konsequenz wäre auch zu

überlegen, ob Kliniken Adaptionsabteilungen in ihr Behandlungsangebot aufnehmen, wie dies in einigen Einrichtungen im Fachverband Sucht bereits Praxis ist.

10. Eine *Kontaktaufnahme zum zuständigen Fallmanager im Bereich der Arbeitsverwaltung* sollte bereits während der Rehabehandlung organisiert werden. Das ist angesichts der im Umbruch befindlichen Strukturen in der Arbeitsverwaltung zunächst noch Zukunftsmusik und wir wissen noch zu wenig über künftige Organisationsstrukturen der Agenturen für Arbeit, um konkrete Verfahrensvorschläge machen zu können. Die Sinnhaftigkeit einer solchen Vernetzung liegt aber auf der Hand. Für unsere arbeitslosen Patienten wäre es sicher hilfreich, wenn sie in Begleitung eines Therapeuten oder Sozialberaters bereits während der Rehabehandlung Kontakt zur Arbeitsverwaltung bzw. zu den Sozialämtern aufnehmen können. Ziel ist dabei die Anfangsbarrieren zu überwinden, das dortige Setting zu erklären, den Kontakt zu bahnen, Anschlussaktivitäten zu initiieren.
11. *Therapieorganisation*: Ein praktischer Hinweis: man sollte Angebote zur beruflichen Reintegration wie etwa berufsbiografische Potentialanalyse, Bewerbungcoaching u.ä. in der Angebotspalette einer Klinik so organisieren, dass sie nicht in zeitlicher Konkurrenz zu anderen häufig genutzten und als prioritär bewerteten Behandlungsangeboten stehen. Nur so ist gewährleistet, dass diese Behandlungsangebote auch ausreichend frequentiert werden.

### 4.3 Überlegungen zu strukturellen Veränderungen

1. *Auftrag klären*: Leistungsträger und Rehaeinrichtungen sollten den Dialog über den Stellenwert unmittelbarer berufsreintegrierender Maßnahmen im Rahmen der Reha verstärken und die Zuständigkeiten in Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung bzw. in Abgrenzung zum Auftrag der Arbeitsverwaltung klären, damit die Vorbereitung von bzw. die Durchführung von berufsreintegrierenden Maßnahmen bereits während der Reha eine formale Grundlage erhält.
2. *Konsiliardienste für arbeitslose Suchtkranke*: Vernetzung ist keine Einbahnstraße! Wenn suchtkranke Arbeitslose ohne Therapievorbereitung als Auflage des Arbeitsamtes in die Reha kommen, dann ist es in der Regel ein mühsames Unterfangen, die Behandlungsgrundlage herzustellen, compliance zu erreichen und einen guten Behandlungsverlauf zu gewährleisten. Bei den Agenturen für Arbeit steht man, wie wir aus Schulungen für Arbeitsvermittler wissen, vor kaum lösbaren Aufgaben, was die Betreuung suchtkranker Kunden angeht. Da suchtgefährdete und suchtkranke Kunden bei den Agenturen für Arbeit - und man muss ergänzen künftig verstärkt auch bei den Sozialämtern - ein schwieriges und häufig unzugängliches Klientel von einer nicht zu unterschätzenden Größenordnung darstellen, macht eine Vernetzung der Arbeitsverwaltung mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe Sinn. Hier haben sich Konsiliardienste der

Suchthilfe für die Klientel der Arbeitsverwaltung bewährt und sollten weiter ausgebaut werden. Ziel ist die arbeitsamtunabhängige Betreuung von Kunden mit Suchtproblemen und die Zuführung in das spezialisierte Suchthilfesystem.

3. *Personalressourcen*: Die zusätzlichen Aktivitäten zur Vorbereitung und Einleitung der direkten beruflichen Reintegration Arbeitsloser sind personalintensiv und machen erforderlich, dass Personalressourcen im Bereich der Sozialdienste/ Sozialberatung der Kliniken an das Aufgabenvolumen angepasst werden.
4. *Schulungsbedarf*: Die Vorbereitung der direkten beruflichen Reintegration erfordert eine verstärkte Kenntnis der Strukturen und Abläufe im Rahmen der Arbeitsverwaltung, damit der Arbeitsverwaltung qualifiziert zugearbeitet werden kann sowie eine qualifizierte Einschätzung der lokalen Arbeitsmärkte, damit Maßnahmen wie z.B. eine berufsbiografische Potentialanalyse bzw. ein Profiling in unmittelbare und gezielte Bewerbungsaktivitäten bereits während der Reha einmünden können. Dies macht spezifische Schulungen der Mitarbeiter der Sozialdienste der Rehakliniken, Hospitationen bei beruflichen Bildungsträgern oder der Arbeitsverwaltung für diesen Personenkreis sowie Infoseminare über Strukturen, Bedingungen und Abläufe der Arbeitsverwaltung für die therapeutischen Mitarbeiter von Rehakliniken notwendig. Weiterhin ist aufgrund der erheblichen Schwierigkeiten bei der beruflichen Reintegration arbeitsloser Suchtkranker mit multiplen Reintegrationshandicaps eine fachliche Begleitung und Supervision der zuständigen Mitarbeiter wichtig. Weiterhin sind aufgrund der Wahrnehmungsabwehr und häufig rigider Kommunikationsstrategien der vom doppelten Stigma der Sucht und der Arbeitslosigkeit betroffenen Personen spezifische Kompetenzen der zuständigen Klinikmitarbeiter, z.B. in der motivierenden Gesprächsführung, Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit als „berufliche Reintegrationsberater“ und müssen durch Fortbildungen vermittelt werden.
5. *KTL ergänzen*: Hilfreich wäre eine Ergänzung des KTL durch gezielte berufsreintegrierende Maßnahmen wie z.B. die berufsbiografische Kompetenzanalyse oder die assistierte Stellenvermittlung, um die Legitimation solcher Maßnahmen zu gewährleisten.

Auch wenn es sicher unbestritten ist, dass das Problem der beruflichen Reintegration suchtkranker Patienten nicht aus fehlender Mitarbeiterqualifikation in der Reha oder aus unzulänglichen Behandlungsprogrammen resultiert, sondern ein gesellschaftliches und strukturelles Problem darstellt, das im Mangel an Erwerbsarbeit (bezahlter Arbeit) besteht, so bleibt dennoch festzuhalten, dass die Reha sich auf diese gesellschaftlichen Bedingungen einstellen muss. Die in diesem Beitrag gemachten Vorschläge mögen manchem zu weit gehen, einiges ist sicher noch nicht ausreichend reflektiert, einiges redundant, weil an anderer Stelle schon ausgeführt und einiges nicht weit genug gedacht. Vieles stößt auch an Zuständigkeitsgrenzen bzw. berücksichtigt nicht ausreichend die Zuständigkeitsgrenzen zwischen medizinischer Reha, Arbeitsverwaltung und beruflicher Reha. Zuständigkeitsgrenzen haben schon so manchen Entwicklungsschritt in der Reha erschwert und verzögert,

ich denke z.B. an die Zuständigkeitsgrenzen für Entgiftung und Entwöhnung. Ich persönlich bin aber überzeugt davon, dass es angesichts des großen Anteils von Arbeitslosen in unserer Klientel ein Thema von existenzieller Bedeutung für die Rehabilitation werden kann, ob es uns gelingt das Problem der Partizipation von arbeitslosen Suchtkranken an Arbeit und Gesellschaft zu lösen.

## Literatur

- ARA-I: Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanfrage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. *Sucht aktuell*, 10, 2, 5-14.
- ARA-II: Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. *Sucht aktuell*, 11, 1, 21-32.
- Baumgärtner, E. und Zemlin, U. (2001). Psychologischer Konsiliardienst für arbeitslose Menschen mit Suchtmittelproblemen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) *Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt*, 161-168. Lambertus.
- Heißwolf, M. (2004). Suchtberatung in der Agentur für Arbeit – Der Konsiliardienst: ein Kooperationsprojekt von regionaler Suchthilfe und Agentur für Arbeit. *Sucht aktuell* 11,2, 36-40.
- Henkel, D. (1998). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. *Abhängigkeiten*, 4, 3, 9-29.
- Hollederer, A. (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 35, 3, 411-428.
- Sedos (1994-2000). Jahresstatistik der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1975-2003). *Statistik Rehabilitation 1975-2003*. Frankfurt a.M.
- Zemlin, U., Dornbusch, P. & Henkel, D. (2001). *Skala Soziale Partizipation*. Wilhelmsheim.

## **Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern fordern sichern**

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 28 – ISBN 3-87581-247-6

Neuland, 2005, Geesthacht