

Berufliche Teilhabe von arbeitslosen Suchtkranken Erfahrungen, Forderungen, Differenzierungen

**Dr. Uwe Zemlin, PP
AHG Klinik Wilhelmsheim
uzemlin@ahg.de**

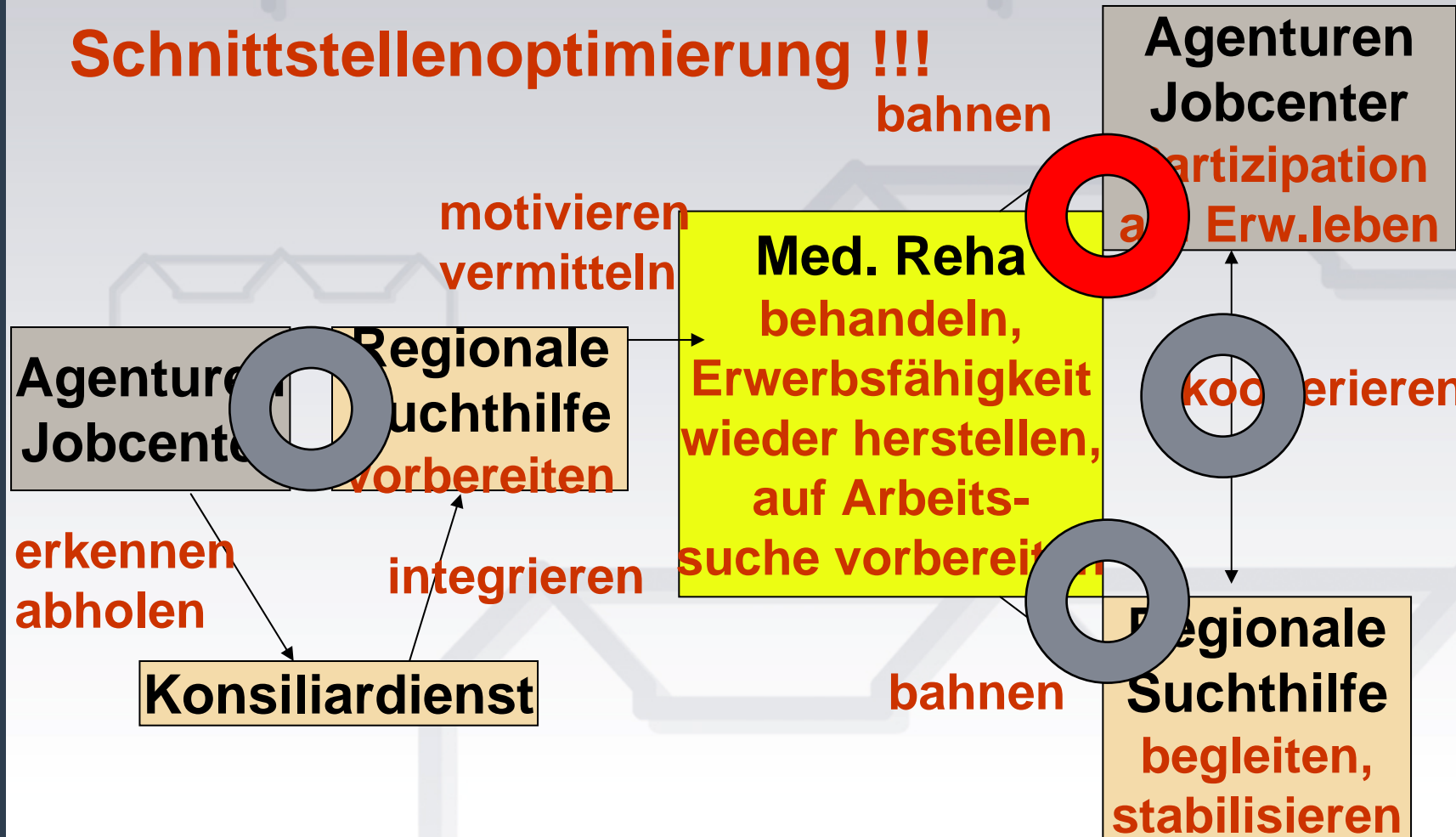
Halle, 02.10.2012

1. Ein Modell der Schnittstellenoptimierung zwischen Suchtreha, Suchthilfe und Arbeitsverwaltung
2. Projekte, Erfahrungen, Forderungen, Differenzierungen
 - Das Jobinitiative-Programm
 - Konsiliardienst der Suchthilfe für die Arbeitsverwaltung
 - ARA-Studie
 - AK Arbeitslosigkeit und Sucht
 - Schulungen
 - Ansätze eines Schnittstellenmanagements von der Reha zur Arbeitsmarktintegration
3. Ausblick

„Die Agenturen für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften sowie die zugelassenen kommunalen Träger sollten arbeitslose Suchtkranke im Rahmen ihrer Zuständigkeit bereits während einer medizinischen Rehabilitation zur Eingliederung in Arbeit beraten, soweit dies unter Beachtung des Therapieverlaufs sinnvoll und zumutbar ist. Damit soll der **nahtlose Übergang** zu den Integrationsbemühungen im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung erleichtert werden. Hierzu ist eine Kooperation zwischen Reha-Kliniken und ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen einerseits sowie den Trägern der Leistungen nach SGB II und SGB III andererseits aufzubauen. Für die Zusammenarbeit wird eine **fallbezogene Kooperation** empfohlen, die - aus praktischen Erwägungen heraus - von der Therapieeinrichtung initiiert werden muss...“
(Drogen- und Suchtrat, Sitzung am 5. November 2007)

Ein Modell der Schnittstellenoptimierung: Patienten bezogene Aufträge und Anforderungen an die **Vernetzung** von Suchtreha, Suchthilfe u. Arbeitsverwaltung

Schnittstellenoptimierung !!!



Projekt 1: Jobinitiative- Programm

Um die Chancen auf berufliche Reintegration zu verbessern, wurde in der AHG Klinik Wilhelmsheim ein Maßnahmenpaket zur beruflichen Reintegration implementiert, das

- bereits während der Suchtreha die individuellen Chancen auf berufliche Reintegration analysiert,**
- Bewerbungskompetenzen verbessert,**
- vorbereitende Maßnahmen enthält für einen Übergang zu regionalen Job-Centern und**
- Vorarbeiten für eine zielgerichtete Bewerbungsaktivität bereits während und nach der Suchtreha leistet.**

Programm Job-Initiative



Abbildung: Indikationsprocedere Job-Initiative

1. `Jobinfo` u. Auswertung im Einzelgespräch:

2. Soll auf eine Reintegration in den Arbeitsmarkt gesetzt werden? Ja / Nein

Oder ist eine psychosoziale Stabilisierung in Zeiten der Erwerbslosigkeit vorrangig?

Berufsbiograf. Potentialanalyse: Welche unterstützenden Maßnahmen zur Rückkehr in den Arbeitsmarkt sind indiziert?

EDV-Kompetenz notwendig für Beruf oder Bewerbung?

- Voll-/teilschichtig belastbar?
- Motivierung durch Praktikum?
- berufliche Neuorientierung?

Kompetenzen vorhanden für Stellensuche u. Bewerbung?
Bewerbungsmappe?

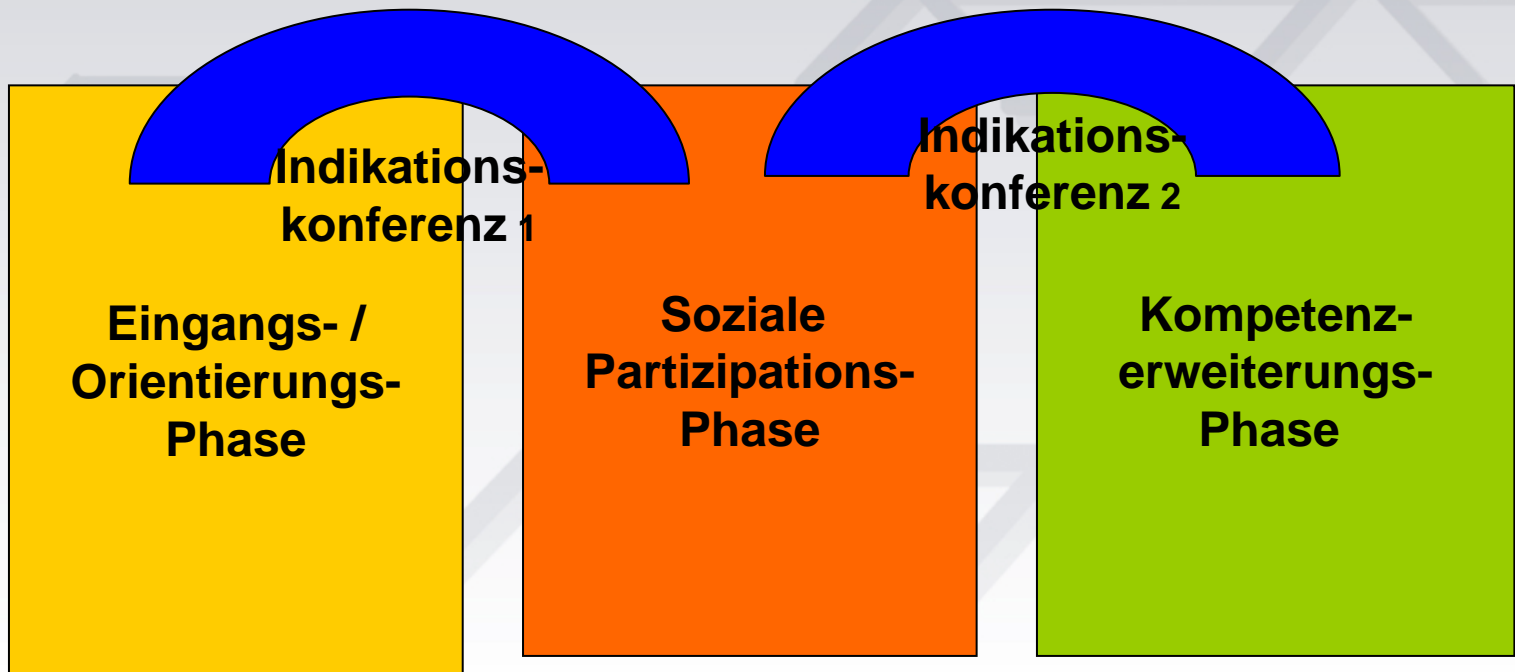
Psychosozial stabilisierende Maßnahmen, z.B. Lebensplanung
Freizeitplanung
Soziale Integration

EDV-Kurse

ABE

Bewerbungscoaching

Phasenkonzept am Beispiel der AHG Klinik Römhild



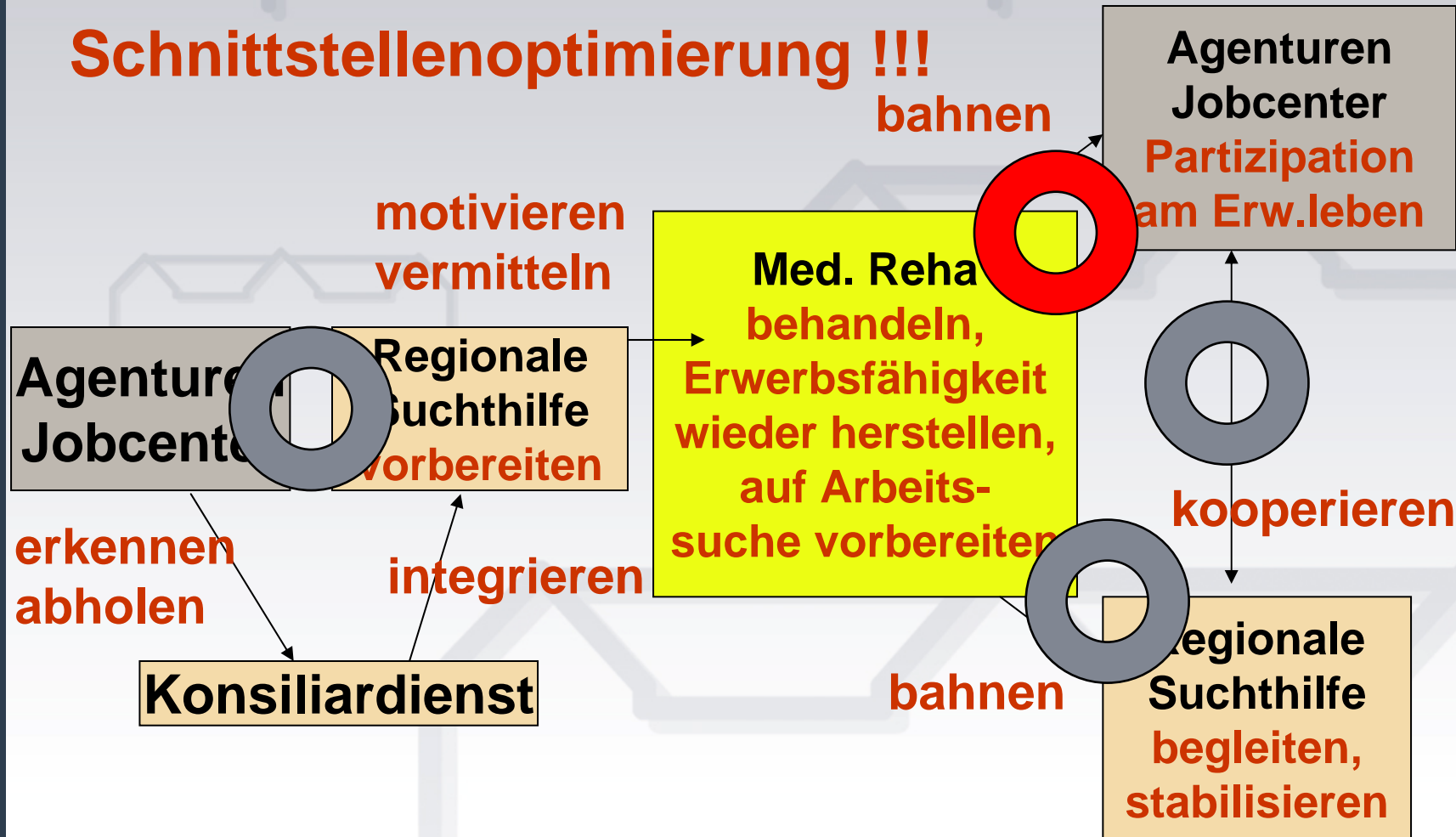
Inhalte der Sozialen Partizipationsphase in der AHG Klinik Römhild

Der Schwerpunkt der sozialen Partizipationsphase liegt auf der frühzeitigen Fokussierung auf beruflicher Partizipation d.h.

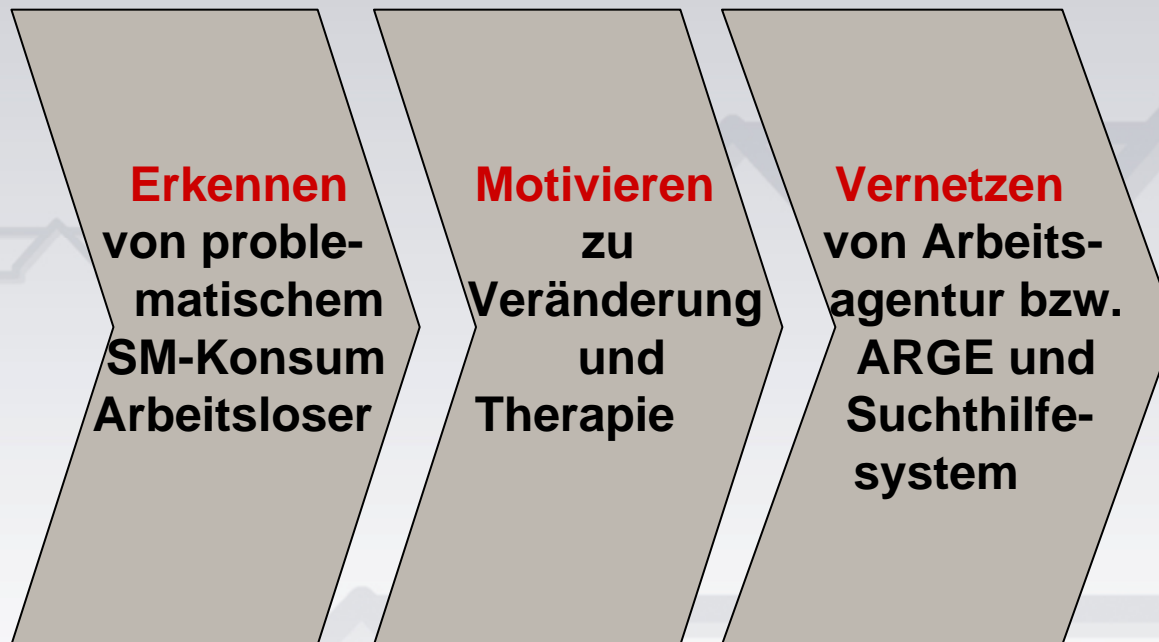
- **Förderung der Erwerbsfähigkeit der (überwiegend) arbeitslosen Patienten**
 - **Klärung der Belastbarkeit und Förderung der beruflichen (Neu-)orientierung durch Arbeitstherapie und Arbeitsbelastungserprobungen in Betrieben**
 - **Förderung und Einleitung der Arbeitssuche durch Bewerbungscoaching**
 - **Frühzeitige Vernetzung mit der Arbeitsverwaltung**
- sowie**
- **Frühzeitige Fokussierung auf soziale Partizipation i.e.S., z.B. durch Angehörigenseminare, Angehörigengespräche, Freizeitplanung etc.**

Ein Modell der Schnittstellenoptimierung: Patienten bezogene Aufträge und Anforderungen an die **Vernetzung** von Suchtreha, Suchthilfe u. Arbeitsverwaltung

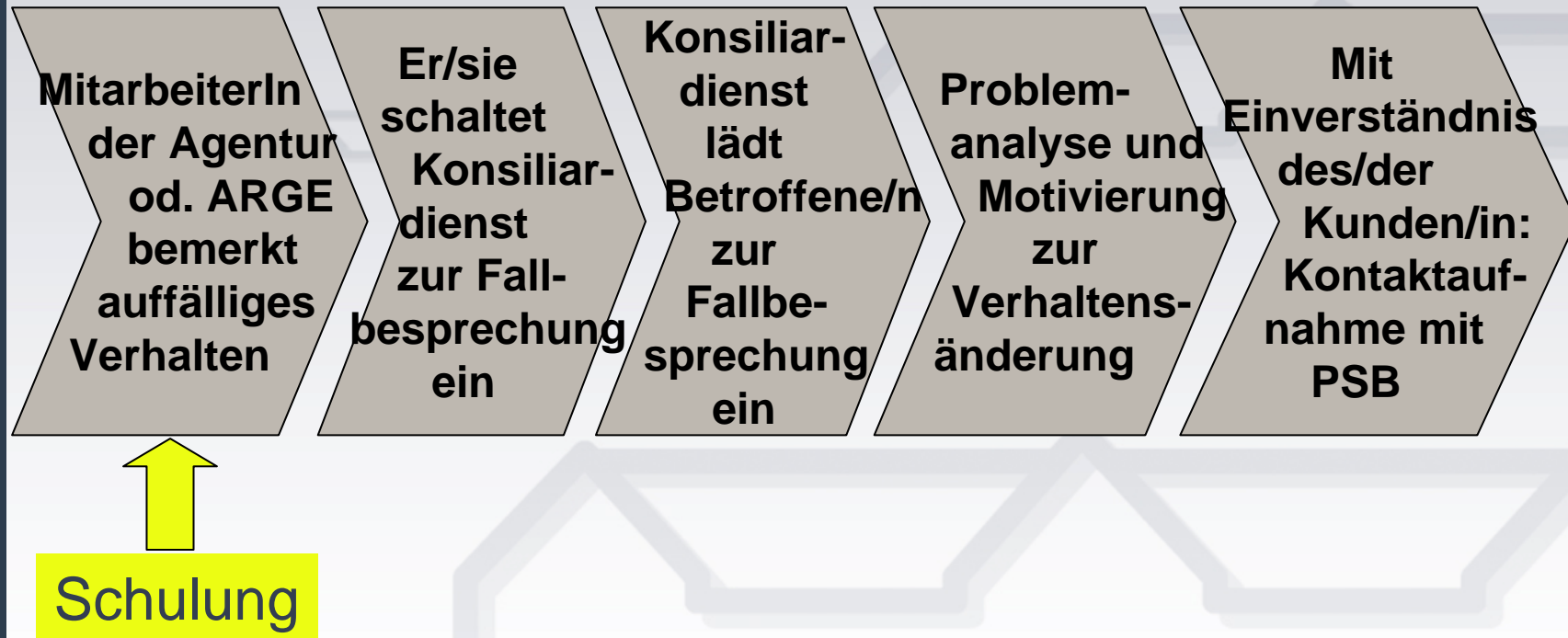
Schnittstellenoptimierung !!!



Projekt 2: Konsiliardienst der Suchthilfe für die Arbeitsverwaltung: Ziele, Aufträge (vgl. Zemlin und Gnamm, 2008)



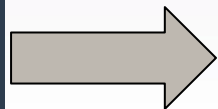
... Konsiliardienst: Exemplarischer Ablauf eines Konsils



- **Enttabuisierung:** Suchtprobleme offen thematisieren
- **Akzeptanz in der Arbeitsverwaltung:** viele suchtkranke Kunden der Arbeitsverwaltung erreichen und unterstützen
- **Niedrige Schwelle:** Menschen mit geringer Eigenmotivation erreichen
- **Erweiterte Handlungsspielräume:** neue Wege im Umgang mit Sucht aufzeigen
- **Erfolgreiche Vernetzung:** Kontakte zwischen Arbeitsverwaltung und Suchthilfe aufbauen

Ergebnisse der ARA-Studie: Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen (Henkel, Zemlin u. Dornbusch, 2008):

- **niedrigere Zufriedenheit in allen Lebensbereichen**
- **gravierende finanzielle Probleme**
- **geringere soziale Unterstützung**
- **geringere Selbstwirksamkeit**
- **schwächere soziale Integration**
- **stärkere Wertlosigkeitsgefühle**
- **seltener regelmäßiger Kontakt zu Selbsthilfegruppen**
- **höhere Depressivitätswerte**



Patienten / Kunden brauchen spezifische Hilfen an der Schnittstelle Reha-Arbeitsmarkt

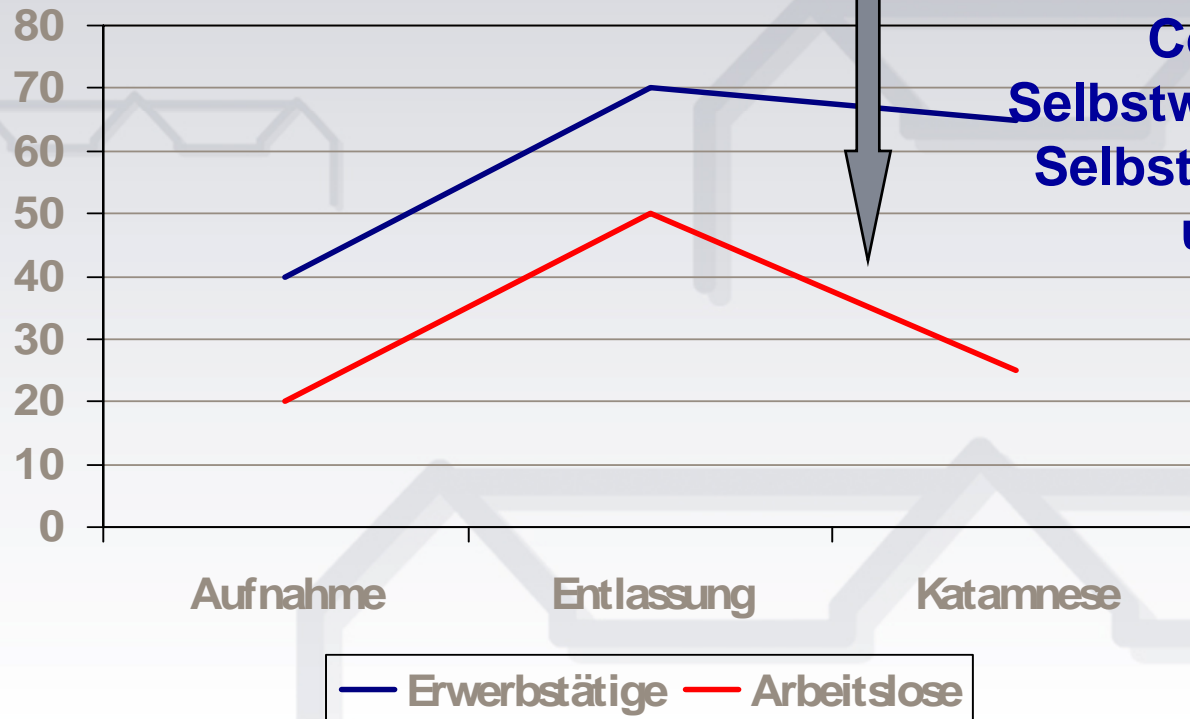
Die Arbeitslosen und Erwerbstätigen mit regulärer Therapiebeendigung:

- zeigen zwar gleich starke therapeutische Veränderungen in allen untersuchten Merkmalsbereichen
- aber die Arbeitslosen erreichen in vielerlei Hinsicht nicht das Entlassniveau der Erwerbstätigen

... Ergebnisse der ARA Studie

Therapie

Stabilisierende
Nachsorge nötig!



z.B.
Lebenszufriedenheit
Coping
Selbstwirksamkeit
Selbstsicherheit
usw.

... Ergebnisse der ARA-Studie: Rückfälligkeit (1)

Aufgrund der verwendeten Stichproben der konstant Arbeitslosen und konstant Erwerbstätigen ist mit den ARA-Daten erstmals zweifelsfrei nachgewiesen,

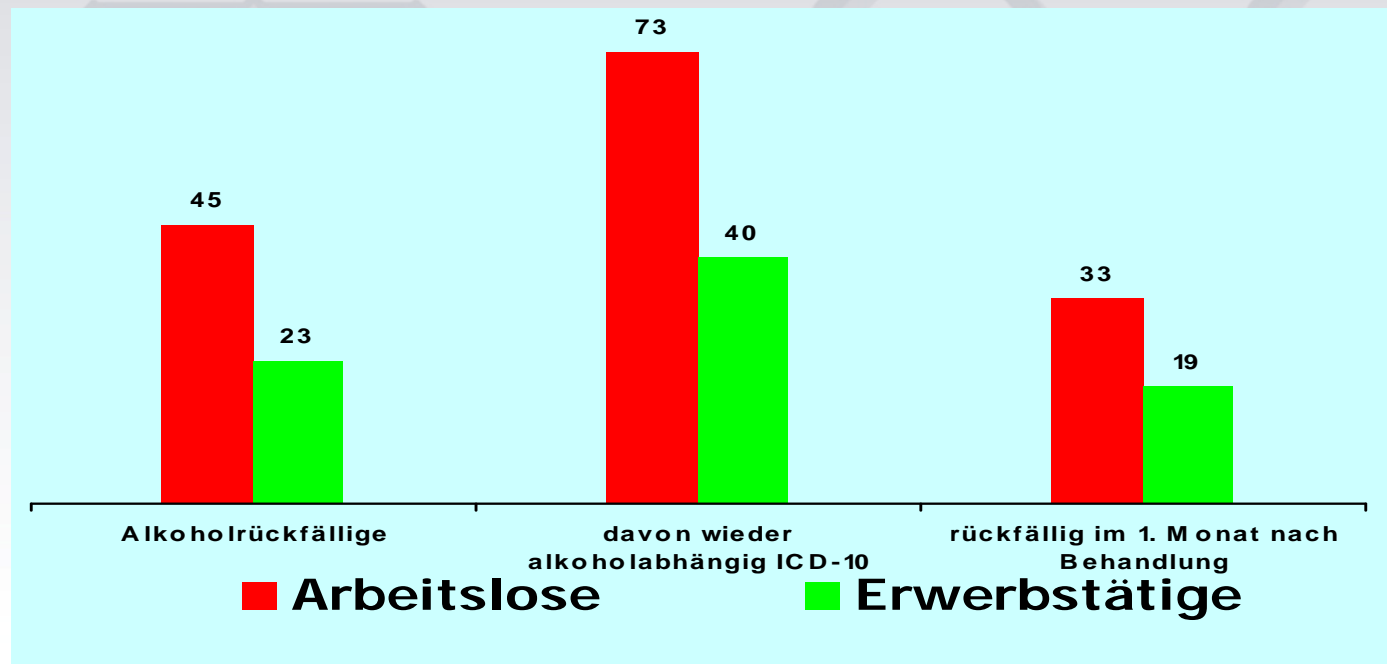
dass sich Rückfälle in Zeiten bzw. unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit vs. Erwerbstätigkeit wesentlich häufiger ereignen und zwar:

- mit Alkohol, Alkohol+Medikamenten und Alkohol+Drogen**
- schneller, d.h. in kürzerer Zeit nach Behandlungsende (Alkohol) und**
- in exzessiveren und gravierenderen Formen (Alkohol)**

... Ergebnisse der ARA-Studie: Rückfälligkeit (2)

Rückfallquoten (%) der konstant Arbeitslosen (N=181) und Erwerbstätigen (N=314) 6 Monate nach stationärer Suchtrehabilitation

Henkel et al. 2005 (ARA-Studie: Alkoholabhängige)



... Ergebnisse der ARA-Studie: Schlussfolgerungen

Es erscheint notwendig, das gegenwärtige Vorgehen bei der Rückfallprävention mit Bezug auf die Risikofaktoren arbeitsloser Patienten weiter zu entwickeln

Das bedeutet: beträchtlich intensiveres Fördern von:

- aktivem Coping
- Freizeitaktivitäten
- bessere soziale Integration in und Unterstützung durch Nachsorgeeinrichtungen und Selbsthilfegruppen

Diese Maßnahmen müssen speziell intensiviert werden für:

- Patienten, die während der Behandlung rückfällig werden
- Patienten mit höherer Anzahl von vorhergegangenen Entgiftungsbehandlungen
- langzeitarbeitslose Patienten

Die weitere Datenanalyse erlaubt die Schlussfolgerung, dass die Reintegration in den Arbeitsmarkt einen starken Rückfall protektiven Faktor darstellt.

Das setzt eine gut funktionierende Überbrückung der Schnittstelle zwischen Reha und Arbeitsverwaltung voraus

Projekt 3: Interdisziplinärer Arbeitskreis „Arbeitslosigkeit und Sucht“

Ca. 25 ständige Teilnehmer:

MitarbeiterInnen (ÄD, Vermittler, Fallmanager) der regionalen Arbeitsverwaltung (Agenturen / ARGEn)

DRV-Baden-Württemberg

MitarbeiterInnen der regionalen ambulanten Suchthilfe

MitarbeiterInnen der Fachklinik Wilhelmsheim

MitarbeiterInnen regionaler Adaptionseinrichtungen

Einzugsgebiet:

Nord-Württemberg

AK „Arbeitslosigkeit und Sucht“: Themen

Themen:

- Identifizieren von Kunden mit Suchtproblemen
- Nahtlose Anschlussbetreuung durch die Arbeitsverwaltung nach med. Reha
- Intensivierung der Nachsorge/Nachbehandlung für arbeitslose Suchtkranke nach med. Reha
- Vernetzung von Arbeitsverwaltung, regionaler Suchthilfe und Reha durch persönliches Kennenlernen

AK „Arbeitslosigkeit und Sucht“ Erfahrungen

- Interdisziplinärer Austausch zwischen Suchthilfe und Arbeitsverwaltung trägt zu gegenseitigem Verständnis bei
- Zahlreiche Initiativen wurden vorgestellt und diskutiert
- Schnittstellenprobleme wurden diskutiert und Lösungsansätze erarbeitet
- Informationsroutinen von der Suchthilfe zur Arbeitsverwaltung wurden abgestimmt und implementiert
- Notwendigkeit der Schulung wurde deutlich
aber
- Die Teilnehmer hatten aber keine echte Multiplikatorenfunktion
- Die Teilnehmer hatten keine übergreifende Entscheidungskompetenz

Projekt 4: Schulungen der Suchthilfe für die Arbeitsverwaltung

Zielsetzung: Sensibilisierung und Orientierung für MitarbeiterInnen mit Kontakt zu suchtkranken Arbeitslosen

Zielgruppe: Alle MitarbeiterInnen mit regelmäßigem Kundenkontakt

Gruppengröße: max. 60 Personen

Zeitraumen: 3 halbe Tage (3 mal 4 Std.)

Ort: AHG Klinik Wilhelmsheim, regionale Arbeitsverwaltung, regionale PSB

1. Schulungsabschnitt - Fachklinik

- **Einführung in das Schulungskonzept**
- **Information zur Prävalenz von Suchtproblemen bei Arbeitslosen**
- **Ausgewählte Ergebnisse der ARA-Studie**
- **Abwehrmechanismen / zirkuläres Phasenmodell von Prochaska und DiClemente**
- **Übersicht über stationäre Rehabilitation und Behandlungskette**
- **Spezifische Behandlungsangebote für arbeitslose Suchtkranke**
- **Hausführung und Gesprächsrunde mit Patienten**
- **Abschlussrunde**

2. Schulungsabschnitt - Agentur

- **Wie identifiziere ich Kunden mit Suchtproblemen**
- **Screeningverfahren**
- **Konsultation des ÄD**
- **Sucht und Arbeitslosen-, Rehabilitations- und Teilhaberecht**
- **Vermittlungshemmnis Sucht**
- **Schnittstellenmanagement: Wie vermittele ich Kunden in die Suchthilfe**
- **Schnittstellenmanagement: Wiederaufnahme der Betreuung nach Rehabilitation**

3. Schulungsabschnitt - PSB

- **Angebotsspektrum der PSB**
- **Nahtlose Wiederaufnahme der Betreuung nach Reha**
- **Fallbeispiele/Fallkonstellationen**
- **Prinzipien des Fallmanagements**
- **Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung**
- **Was tun?: Diskussion exemplarischerer Fälle**
- **Abschlussrunde und Feedback**

Erfahrungen mit den Schulungen

- **Geschult wurden die Vermittler und Fallmanager der Arbeitsverwaltungen in 3 Landkreisen.**
- **In den Rückmeldungen wurde das Programm gewürdigt.**
- **Die Veranstaltungen waren vom interdisziplinären Austausch geprägt.**
- **Die Fortbildung in der Beurteilung von Suchtkrankheiten erwies sich als notwendig.**
- **Weitere Arbeitsverwaltungen äußerten zwar Interesse, es kam aber bisher zu keiner weiteren Schulung.**

Projekt 5: Schnittstellenmanagement i.e.S. von der Reha zur Arbeitsverwaltung

Während es mit dem Konsiliardienst für Suchtmittelabhängige Arbeitslose bereits ein erprobtes Modell gibt, das die Vernetzung von Arbeitsverwaltung und Suchthilfe auch im Sinne von Nahtlosigkeit gewährleistet (vgl. Zemlin und Gnam, 2008) **ist der nahtlose Übergang aus der med. Reha in die Anschlussbetreuung durch Agenturen und ARGEn bzw. Jobcenter in aller Regel noch nicht gelöst.**



Die Bedingungen an der Schnittstelle von Suchtreha und Arbeitsmarktintegration waren u.a. Gegenstand der sog SGB-II-Studie (Henke, Nägele, Pagels und Henkel, 2009)

SGB-II-Studie: Datentransfer nötig

Henke, Nägele, Pagels und Henkel, 2009

Hinsichtlich der Gewährleistung der Maßnahme bezogenen Abstimmung bzw. Verzahnung betont die Studie die Notwendigkeit eines Transfer arbeits- bzw. berufsbezogener Daten seitens der Reha-Einrichtung an die zuständige GSS z.B. über Ergebnisse des Profilings, der Ergo- / Arbeitstherapie, des berufspraktischen Trainings, Zeugnisse über Praktika in externen Betrieben und Empfehlungen der Reha-Einrichtung hinsichtlich weiterer Vorgehensweisen.

Hierzu Praxiserfahrungen aus der AHG Klinik Wilhelmsheim:

Durch einen in einem interdisziplinären Arbeitskreis abgestimmten Formularsatz werden wesentliche Ergebnisse der medizinischen Rehabilitation, insbesondere der Tätigkeit des mit Fragen der beruflichen Reintegration befassten „Jobinitiative-Teams“ an die Arbeitsverwaltung weiter geleitet.

Unklar bleibt, inwieweit diese Ergebnisse dort rezipiert werden und ob sie eine nahtlose Anschlussbetreuung begünstigen.

SGB-II-Studie: Bereichsüberbrückende, einzelfallbezogene Betreuung

Die SGB-II-Studie zeigt, dass es sich hier um **Kunden mit gravierenden Problembereichen** handelt, die einer besonderen – und zwischen Arbeitsverwaltung und Suchthilfe koordinierten - Betreuung bedürfen.

Daraus ergibt sich notwendig, dass es besonderer Anstrengungen bedarf um diese Koordination – einzelfallbezogen – herzustellen. Es müssen persönliche Informationsbrücken aus der med. Reha zu den Agenturen und den GSS hergestellt werden, die die nahtlose Anschlussbetreuung durch die Arbeitsverwaltung möglich machen.

Informationsbrücke: Inhalte der berufsbiografische Potentialanalyse

1. Berufsbiografie auswerten
 - Stärken und Schwächen analysieren
 - fachliche Interessen und Kenntnisse sammeln
2. Auseinandersetzung mit persönlichen Bewerbungshemmnissen:
 - fehlende od. unzureichende Bewerbungsmappe
 - Stellensuchmöglichkeiten nicht bekannt
 - Schwierigkeiten bei Vorstellungsgesprächen
 - unzureichende Qualifikation
 - Einschränkung durch Wohnort oder Verpflichtungen
 - unrealistische Verdiensterwartungen
 - Ablehnung von Zeitarbeit
 - wenig Flexibilität (beruflich, räumlich od. zeitlich)

Inhalte der berufsbiografischen Potentialanalyse:

3. Suche nach beruflichen Alternativen:

- Alternativen suchen, wenn bisherige Tätigkeit aus beruflichen Gründen nicht mehr möglich ist
- bei eingeschränkter Vermittelbarkeit nach beruflichen Alternativen suchen und so die Chancen erhöhen

4. Vorbereitung auf „schwierige“ Themen in Vorstellungsgesprächen

- z.B. Langzeitarbeitslosigkeit erklären, zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Haftstrafen, beruflichem Abstieg, Abhängigkeitserkrankung Stellung nehmen können
- Erproben in Rollenspielen

Inhalte der berufsbiografischen Potentialanalyse:

5. Über Eingliederungsunterstützungsmöglichkeiten der Arbeitsverwaltung informieren
6. Zusammenfassung relevanter Ergebnisse für die Arbeitsverwaltung

Sonderthemen:

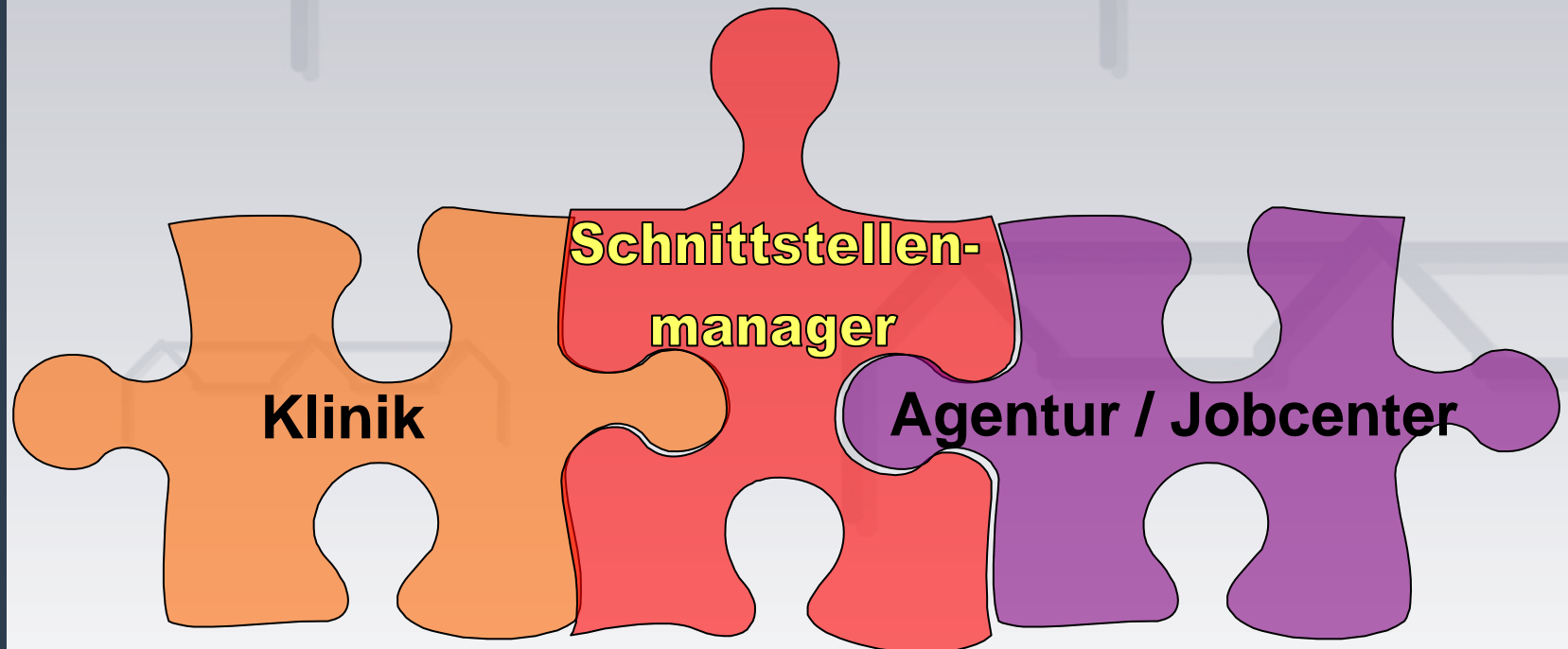
- Weiterbildungsmöglichkeiten recherchieren
- Entscheidungsfindung bei Ausbildung unterstützen
- Vorbereitung auf Rehaberatung durch den Rentenversicherungsträger

Ergebnisse der berufsbiografischen Potentialanalyse müssten grundsätzlich für die Arbeitsverwaltung interessant sein, wir haben aber bislang keine Rückmeldung erhalten.

Unser Eindruck: Die „Zuarbeit“ der Reha wird von der Arbeitsverwaltung nicht (ausreichend) genutzt, so dass hier die Chance auf Nahtlosigkeit vergeben wird.

Formulare sind zur Überbrückung der Schnittstelle zur Arbeitsverwaltung nicht das (allein) geeignete Medium. Vielmehr müssen diese Informationsbrücken – wie auch die SGB-II-Studie betont - **persönlich und einzelfallbezogen** durch spezialisierte Mitarbeiter der med. Reha, im Folgenden „**Schnittstellenmanager**“ hergestellt werden.

Unsere Meinung: Diese Mitarbeiter der Klinik müssen den Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung mit ihren Aufgaben bekannt gemacht werden (z.B. im Rahmen eines interdisziplinären AK oder durch bilaterale Kontakte zu regionalen Agenturen und Jobcentern). Ergänzend dazu könnte eine schriftliche Information an die Leitungen der entsprechenden regionalen Arbeitsverwaltungen mit der Bitte um Weiterleitung an die Vermittler, Fallmanager, pAPs etc. erfolgen.



Schnittstellenmanagement: Erfordernisse spezifischer Gruppen:

Eine notwendige Differenzierung des Aufgabenspektrums ergibt sich aus der Differenzierung der Personengruppen:

- 1. Junge arbeitslose Erwachsene**, für die Bemühungen um eine (Re-)Integration ins Erwerbsleben besonders lohnenswert erscheinen.
- 2. Arbeitslose im Bereich des SGB III**, bei denen die Hilfestellung zur konkreten Arbeitssuche im Vordergrund steht.
- 3. Langzeitarbeitslose im Bereich des SGB II**, bei denen es insbesondere um die Vermittlung in Maßnahmen der GSS geht.

Programmrevision: Fallmanagement statt Arbeitsteilung

Wir sind dazu übergegangen, anstatt einer Programmabfolge in den beschriebenen Indikativgruppen stärker auf Einzelberatung im Sinne eines Fallmanagements zu setzen. Dazu wird die Indikativgruppe „berufsbiografische Potentialanalyse“ aufgelöst und in ein individuell angepasstes Verfahren der Einzelbetreuung überführt. 3 Kolleginnen betreuen alle arbeitslosen Patienten über den gesamten Behandlungszeitraum und koordinieren die Maßnahmen im Sinne eines Fallmanagements.

Neukonzeptualisierung des Jobinitiative-Programms: Fallmanagement und Schnittstellenmanagement

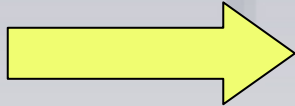


**30-45% arbeitslose Patienten, d.h. 60-90 Patienten,
Das sind simultan pro Mitarbeiterin max. ca. 20 bis 30 Patienten
im Fallmanagement**

Einer meiner früheren Vorträge endete noch „hoffnungsvoll“ mit folgenden Vorschlägen auf die Frage „**was können wir tun?**“

- **Den Boden bereiten** (interdisziplinäre Fachtagungen, Workshops)
- **Alle ins Boot nehmen** (Reha-Klinik, DRV, regionale Arbeitsverwaltungen, regionale PSBen, Adaptionseinrichtungen)
- **Die Hand reichen** (Schulungsangebote...)
- **Am Ball bleiben** (Kontinuität durch ständigen AK)
- **Evidenz schaffen** (evaluieren, publizieren)

reicht das aus?



Nein!

Wir brauchen eine **Rahmenvereinbarung** zwischen Reha, regionaler Suchthilfe und Arbeitsverwaltung mit **verbindlichen Zielabsprachen** zur Überbrückung der Schnittstelle und zur **frühzeitigen intensiven Betreuung** der Rehabilitanden nach der Reha

Ausblick: die jüngste Stellungnahme des Drogen- und Suchtrates (Weissinger, 2012)

Der Drogen- und Suchtrat hat 2012 unter Federführung von Dr. Weissinger nach 2007 eine weitere Stellungnahme zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben abgegeben, die u.a. fokussiert auf

- Frühzeitiges Einbeziehen der Suchtberatung** durch die Arbeitsverwaltung
- Beratung** durch die Agenturen für Arbeit / Jobcenter bereits **während der medizinischen Reha**
- Verlässliche Kommunikation** zwischen Agenturen für Arbeit, Jobcentern und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation
- Integrationsleistungen bei vorübergehendem Trägerwechsel** von SGB II ins SGB XII
- Vorhalten von geeigneten **arbeitsmarktpolitischen Instrumenten** für Personen ohne realistische Reintegrationsperspektive

Wir kennen die Zusammenhänge, wir kennen die Notwendigkeiten und haben konkrete Forderungen zur Thematik „Reintegration Arbeitsloser ins Erwerbsleben“,

aber es gibt noch keinen Durchbruch... woran liegt das?

-Ist die Reintegration Langzeitarbeitsloser in einer Zeit, in der selbst die Politik sich auf eine dauerhafte Alimentierung Langzeitarbeitsloser einrichtet, noch eine realistische Zielperspektive für die Suchtreha?

Ist die grundsätzliche Kooperation von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung leistbar und wenn ja, welche Voraussetzungen können wir dazu (noch) schaffen?

-Können regionale Initiativen weiterhelfen oder müssen wir auf grundsätzliche Regelungen setzen (d.h. warten)?

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**