

Sonderdruck aus:

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Hendrik Faßmann

Probleme der beruflichen Wiedereingliederung
von Suchtkranken

30. Jg./1997

2

Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB)

Die MittAB verstehen sich als Forum der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Es werden Arbeiten aus all den Wissenschaftsdisziplinen veröffentlicht, die sich mit den Themen Arbeit, Arbeitsmarkt, Beruf und Qualifikation befassen. Die Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift sollen methodisch, theoretisch und insbesondere auch empirisch zum Erkenntnisgewinn sowie zur Beratung von Öffentlichkeit und Politik beitragen. Etwa einmal jährlich erscheint ein „Schwerpunkt-heft“, bei dem Herausgeber und Redaktion zu einem ausgewählten Themenbereich gezielt Beiträge akquirieren.

Hinweise für Autorinnen und Autoren

Das Manuskript ist in dreifacher Ausfertigung an die federführende Herausgeberin Frau Prof. Jutta Allmendinger, Ph. D.
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
90478 Nürnberg, Regensburger Straße 104
zu senden.

Die Manuskripte können in deutscher oder englischer Sprache eingereicht werden, sie werden durch mindestens zwei Referees begutachtet und dürfen nicht bereits an anderer Stelle veröffentlicht oder zur Veröffentlichung vorgesehen sein.

Autorenhinweise und Angaben zur formalen Gestaltung der Manuskripte können im Internet abgerufen werden unter http://doku.iab.de/mittab/hinweise_mittab.pdf. Im IAB kann ein entsprechendes Merkblatt angefordert werden (Tel.: 09 11/1 79 30 23, Fax: 09 11/1 79 59 99; E-Mail: ursula.wagner@iab.de).

Herausgeber

Jutta Allmendinger, Ph. D., Direktorin des IAB, Professorin für Soziologie, München (federführende Herausgeberin)
Dr. Friedrich Buttler, Professor, International Labour Office, Regionaldirektor für Europa und Zentralasien, Genf, ehem. Direktor des IAB
Dr. Wolfgang Franz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Mannheim
Dr. Knut Gerlach, Professor für Politische Wirtschaftslehre und Arbeitsökonomie, Hannover
Florian Gerster, Vorstandsvorsitzender der Bundesanstalt für Arbeit
Dr. Christof Helberger, Professor für Volkswirtschaftslehre, TU Berlin
Dr. Reinhard Hujer, Professor für Statistik und Ökonometrie (Empirische Wirtschaftsforschung), Frankfurt/M.
Dr. Gerhard Kleinhenz, Professor für Volkswirtschaftslehre, Passau
Bernhard Jagoda, Präsident a.D. der Bundesanstalt für Arbeit
Dr. Dieter Sadowski, Professor für Betriebswirtschaftslehre, Trier

Begründer und frühere Mitherausgeber

Prof. Dr. Dieter Mertens, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Karl Martin Bolte, Dr. Hans Büttner, Prof. Dr. Dr. Theodor Ellinger, Heinrich Franke, Prof. Dr. Harald Gerfin, Prof. Dr. Hans Kettner, Prof. Dr. Karl-August Schäffer, Dr. h.c. Josef Stingl

Redaktion

Ulrike Kress, Gerd Peters, Ursula Wagner, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB), 90478 Nürnberg, Regensburger Str. 104, Telefon (09 11) 1 79 30 19, E-Mail: ulrike.kress@iab.de; (09 11) 1 79 30 16, E-Mail: gerd.peters@iab.de; (09 11) 1 79 30 23, E-Mail: ursula.wagner@iab.de; Telefax (09 11) 1 79 59 99.

Rechte

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und unter genauer Quellenangabe gestattet. Es ist ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages nicht gestattet, fotografische Vervielfältigungen, Mikrofilme, Mikrofotos u.ä. von den Zeitschriftenheften, von einzelnen Beiträgen oder von Teilen daraus herzustellen.

Herstellung

Satz und Druck: Tümmels Buchdruckerei und Verlag GmbH, Gundelfinger Straße 20, 90451 Nürnberg

Verlag

W. Kohlhammer GmbH, Postanschrift: 70549 Stuttgart; Lieferanschrift: Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart; Telefon 07 11/78 63-0; Telefax 07 11/78 63-84 30; E-Mail: waltraud.metzger@kohlhammer.de, Postscheckkonto Stuttgart 163 30. Girokonto Städtische Girokasse Stuttgart 2 022 309. ISSN 0340-3254

Bezugsbedingungen

Die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ erscheinen viermal jährlich. Bezugspreis: Jahresabonnement 52,- € inklusive Versandkosten; Einzelheft 14,- € zuzüglich Versandkosten. Für Studenten, Wehr- und Ersatzdienstleistende wird der Preis um 20 % ermäßigt. Bestellungen durch den Buchhandel oder direkt beim Verlag. Abbestellungen sind nur bis 3 Monate vor Jahresende möglich.

Zitierweise:

MittAB = „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ (ab 1970)
Mitt(IAB) = „Mitteilungen“ (1968 und 1969)
In den Jahren 1968 und 1969 erschienen die „Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung“ unter dem Titel „Mitteilungen“, herausgegeben vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.

Internet: <http://www.iab.de>

Probleme der beruflichen Wiedereingliederung von Suchtkranken

Hendrik Faßmann, Nürnberg*

Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses von Suchtkranken sind viele Möglichkeiten gegeben, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig einzuleiten und durchzuführen. Allerdings vermittelt die verfügbare Literatur den Eindruck, daß diese Chancen bisher noch zu selten genutzt werden. Dies wird im wesentlichen auf das vorwiegend medizinisch-psychologisch ausgerichtete Behandlungskonzept, die unzureichende Sensibilisierung der eingebundenen Akteure für berufliche Bedarfslagen und Möglichkeiten der Klienten sowie die defizitäre Kooperation zwischen Therapeuten und Leistungsträgern (insbesondere Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung) zurückgeführt, die wiederum durch die institutionelle und rechtliche Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation bedingt werden. Bemängelt wird in diesem Zusammenhang insbesondere die unzureichende Berufsförderung von arbeitslosen und in der Psychiatrie behandelten Suchtkranken.

Die zur Verfügung stehenden Informationen signalisieren, daß Berufsförderungsmaßnahmen bei Abhängigen verhältnismäßig selten durchgeführt werden. Zudem wird deutlich, daß weder über die Zahl, noch über die Erfolge der betreffenden Aktivitäten Daten in quantitativ und qualitativ ausreichendem Maße vorhanden sind, um diese adäquat beurteilen zu können. Aufgrund der immensen volkswirtschaftlichen Schäden, die sich infolge nicht, zu spät oder unzureichend erfolgter Rehabilitation Suchtkranker ergeben können, erscheint die Kontrolle der Bemühungen um berufliche Rehabilitation aber besonders dringlich, auch wenn dies wegen der Vielfalt potentieller Aktivitäten und Akteure mit erheblichen Schwierigkeiten bei Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen verbunden sein dürfte.

Vor diesem Hintergrund wird dafür plädiert, die wissenschaftlich fundierte Evaluationsforschung auch auf das Gebiet der beruflichen Rehabilitation Suchtkranker auszudehnen. Voraussetzung ist allerdings ein verbesserter Zugang zu Informationen über die verschiedenen Aktivitäten von Leistungsträgern und Leistungserbringern in diesem Bereich. Diese Daten wären dann vorzugsweise von neutralen Dritten – und nicht wie bisher vorwiegend von den Rehabilitationseinrichtungen – auszuwerten, um so zu verlässlichen Aussagen über die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Maßnahmen kommen zu können. Ansatzpunkte böten Qualitätssicherungssysteme, wie sie in jüngerer Zeit etwa im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt wurden.

Gliederung

1 Dimensionen der Suchtproblematik

- 1.1 Ausmaß des Suchtproblems in Deutschland
- 1.2 Zur wirtschaftlichen Relevanz des Suchtproblems
- 1.3 Individuelle Probleme Suchtmittelabhängiger
- 1.4 Zusammenhänge zwischen Sucht und sozialen Risiken

2 Ziele der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger

3 Besonderheiten der beruflichen Rehabilitation von Suchtmittelabhängigen

- 3.1 Aktivitäten zur beruflichen Rehabilitation in der Kontaktphase
- 3.2 Aktivitäten zur beruflichen Rehabilitation in der Behandlungsphase
 - 3.2.1 Entgiftungsphase
 - 3.2.2 Entwöhnungsphase
 - 3.2.3 Adaptionsphase
- 3.3 Nachsorgephase

4 Erfolgsbeurteilung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen

5 Resümee

Literaturverzeichnis

1 Dimensionen der Suchtproblematik

1.1 Ausmaß des Suchtproblems in Deutschland

Auf Grundlage von Repräsentativerhebungen sowie Beratungs- und Behandlungsstatistiken kann die Zahl der als behandlungsbedürftig anzusehenden Abhängigen¹ in Deutschland nur geschätzt werden. Genauere epidemiologische Informationen fehlen aufgrund methodologischer Probleme sowie des schwierigen Datenzugangs.² Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) geht derzeit von folgenden Schätzungen aus: Demnach gibt es in der Bundesrepublik derzeit

* Dr. Hendrik Faßmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für empirische Soziologie Nürnberg (Direktor: Prof. Dr. Günter Büschges). Der Beitrag liegt in der alleinigen Verantwortung des Autors.

¹ Unter *Abhängigkeit* versteht man einen Zustand von Mißbehagen bzw. von Beschwerden, der durch den Entzug bestimmter Substanzen (z.B. Drogen, Medikamente, Alkohol, Tabak) bei einem Individuum hervorgerufen wird, das ein solches (oder ähnliches) Suchtmittel längere Zeit („chronisch“) konsumiert hat. Dieses Mißbehagen kann durch die erneute Zufuhr der betreffenden Substanz gebessert oder aufgehoben werden.

Man unterscheidet physische (körperliche) und psychische Abhängigkeit. *Physische Abhängigkeit* ist gekennzeichnet durch eine Reihe körperlicher Erscheinungen, die nach Entziehung eines Suchtmittels auftreten (z.B. Alkoholentzugssyndrom). Die *psychische Abhängigkeit* äußert sich durch unwillkürliches Verlangen („*craving*“) nach weiterer periodischer Einnahme des Suchtmittels, um Lust zu erzeugen oder Mißbehagen zu vermeiden. Eine *Behandlungsbedürftigkeit* wegen chronischem Suchtmittel-Abusus ist in der Regel bei *Unfähigkeit zur Abstinenz* oder bei *Kontrollverlust* oder bei *periodischem Auftreten* eines dieser beiden Symptome anzunehmen. Nach diesen Kriterien wurde (Trunk-)Sucht auch vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt.

² Methodologisch problematisch erscheint insbesondere die Definition des Merkmals „Abhängigkeit“ sowie die zweifelsfreie Operationalisierung von Kriterien wie „Kontrollverlust“ und „Unfähigkeit zur Abstinenz“, die dieses Merkmal konstituieren. Damit verbunden sind Fragen der Messung der betreffenden Sachverhalte. Schließlich ist der Datenzugang insofern überaus schwierig einzuschätzen, als die Suchtproblematik von den Betroffenen weithin als tabuisiert angesehen und daher möglichst verheimlicht wird.

- 2.500.000 Alkoholranke,
- 1.400.000 Medikamentenabhängige,
- 120.000 Drogenabhängige (Heroin, Kokain),
- 6.000.000 Raucher/-innen,

die als behandlungsbedürftig krank anzusehen sind. Seriöse Angaben über den Umfang nicht stoffgebundenen Suchtverhaltens („Neue Süchte“) wie pathologisches Glücksspiel oder Eßstörungen mit Suchtcharakter (Adipositas, Bulimia nervosa) lassen sich derzeit nicht machen (vgl. Hüllinghorst 1996: 128).

Nach Schätzungen von Experten ist davon auszugehen, daß (in den alten Bundesländern) mindestens 5 Prozent (das sind 1,25 Mio.) der Beschäftigten alkoholabhängig und weitere 10 Prozent (2,5 Mio.) so stark gefährdet sind, daß Gesundheits- und Verhaltensstörungen auftreten. Diese Personen fehlen nicht nur 16mal häufiger, sondern sind auch 2,5mal öfter krank und 3,5mal öfter in Betriebsunfälle verwickelt als die übrige Belegschaft (vgl. Rußland 1991: 24; Rummel 1995: 258). Im Hinblick auf die neuen Bundesländer wird nach ersten Analysen, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Arbeitslosigkeit, auf ein überproportional großes Ausmaß der Alkoholproblematik geschlossen (vgl. BAR 1994: 215; Henkel 1993: 200 f.).

1.2 Zur wirtschaftlichen Relevanz des Suchtproblems

Schon Rommelspacher und Kollegen (1989: 2197) wiesen auf die Unmöglichkeit hin, die durch Suchterkrankungen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten annähernd präzise anzugeben, da weder genaue Informationen über die Gesamtzahl der Betroffenen noch über die vielen Teilkosten vorhanden seien, die im Rahmen akuter Behandlung, Therapie von Folgeschäden, aufgrund von alkoholbedingtem Produktionsausfall, vorzeitiger Berentung, Straffälligkeit, Inanspruchnahme von Sozialhilfe und anderen Unterstützungen entstehen. Unberücksichtigt müßten zudem die indirekten Kosten bleiben, die häufig für die Behandlung der körperlichen und psychischen Schäden von Familienangehörigen anfallen. Seither hat sich die Datenlage kaum verbessert, so daß wir im folgenden auf die zur Verfügung stehenden relativ alten Informationen zurückgreifen müssen.

Allein die durch Suchtprobleme in der Arbeitswelt bedingten betriebswirtschaftlichen Kosten sind erheblich. Untersuchungen in einer bundesdeutschen Behörde zufolge liegt z.B. der Gesamtschaden durch nicht erbrachte Lohngegenleistungen infolge von ausschließlich alkoholbedingten, über den „üblichen“ Krankenstand hinausgehenden Fehlzeiten bei ca. 10.000 DM pro Jahr und Fall (vgl. Rummel 1995: 258 f.).

Darüber hinaus schlagen die Kosten für Leistungen, die von den Sozialversicherungsträgern für die Behandlung und Rehabilitation von Abhängigkeitskranken zu erbringen sind, erheblich zu Buche: So gibt Glaeske (1992: 78) für das Jahr 1989 Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante Leistungen für Suchtkranke³ pro Fall und Jahr in Höhe von 2.500 DM bis 6.250 DM an. Für die Betreuung von Alkoholkranken durch Beratungsstellen waren im Jahre 1988

³ Es handelt sich hier ausschließlich um Personen mit den Diagnosen Alkoholabhängigkeit (ICD 303), Medikamenten- / Drogenabhängigkeit (ICD 304) und Drogen- / Medikamentenmißbrauch ohne Abhängigkeit (ICD 305).

⁴ Siehe dazu das ICIDH-Konzept der Weltgesundheitsorganisation zur näheren Bestimmung von Behinderungen und des erforderlichen Rehabilitationsbedarfs (WHO 1995: 241 ff.).

pro Fall und Jahr 1.831 DM aufzuwenden. Dabei kommt die Rehabilitation für Drogenabhängige besonders teuer, wurden für diese Gruppe doch Kosten pro Patient und Jahr von rund 50.000 DM ermittelt (vgl. Rommelspacher et al. 1989: 2200).

Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung errechnete Glaeske (1992: 77 f.), daß im Jahre 1989 allein für gängige Leistungen der ambulanten Versorgung von 250.000 bis 300.000 Suchtkranken 1 bis 1,2 Mrd. DM aufgewendet werden mußten. Die Träger der Gesetzlichen Rentenversicherung gaben im Jahre 1995 909,1 Mio. DM für die Rehabilitation von Abhängigkeitskranken aus (VDR 1996: 24). Hinzu kommt, daß Abhängigkeitsranke, sofern sie vorzeitig berentet werden müssen, im Durchschnitt einige Jahre früher aus dem Erwerbsleben ausscheiden als der Durchschnitt der Frührentner (vgl. Müller-Fahrnow / Beckmann / Pallenberg 1992: 288).

Nach einer Hochrechnung von Witkowsky (1988, zit in: Rußland 1991: 140 f.) verursachten im Jahre 1983 1,8 Millionen Alkoholiker in den alten Bundesländern sogar jährliche Sozialkosten in Höhe von 162 Milliarden DM, die durch Einnahmen für Werbung, Alkoholverkauf und Steuern im Wert von 48,6 Milliarden lediglich um weniger als ein Drittel reduziert wurden. Demgegenüber schätzten Rommelspacher und Mitarbeiter (1989: 2202) den durch Suchtmittelabhängige verursachten volkswirtschaftlichen Schaden insgesamt „lediglich“ auf 20 Milliarden DM pro Jahr, wobei nur 3 Prozent der Gesamtsumme (600 Mio. DM) auf direkte Kosten für ambulante oder stationäre Therapie entfielen.

Auch wenn den referierten Zahlen aufgrund der unzureichenden Datenlage viel Spekulatives anhaften mag, so vermitteln sie nicht nur einen Eindruck über Ausmaß und ökonomische Relevanz der Suchtproblematik in der Öffentlichkeit, sondern lassen auch wirtschaftlichen Potentiale erfolgreicher Rehabilitation von Abhängigen erkennen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es gelingt, die Betroffenen wieder in die Arbeitswelt zu integrieren. Dazu ist es jedoch notwendig, jene „Teufelskreise“ zu durchbrechen, die sich häufig aufgrund der Wechselwirkungen zwischen Sucht und Arbeitslosigkeit ergeben und die Rehabilitationsbemühungen der Abhängigen scheitern lassen.

1.3 Individuelle Probleme Suchtmittelabhängiger

Suchtmittelabhängige können lange Zeit unauffällig bleiben. Gleichwohl ergeben sich längerfristig gesundheitliche physische und psychische Schädigungen (impairments)⁴. Die somatischen Folgeerkrankungen betreffen am häufigsten den Verdauungsapparat und – oft im Zusammenwirken verschiedener Suchtmittel – das Herz-Kreislauf-System. Darüber hinaus können Knochenmarkschädigungen, Stoffwechsel- und hormonelle Störungen auftreten; das Krebsrisiko ist erhöht. Besondere Bedeutung kommt hirnräumlichen Störungen zu, da herabgesetzte Kritikfähigkeit, affektive Nivellierung sowie die mangelnde Fähigkeit, sich auf neue Situationen einzustellen, der Entwicklung von Krankheitseinsicht entgegenwirken, die schon an sich als krankheitsimmanent angesehen wird. Drogenabhängigkeit geht nicht nur häufig mit psychiatrischen Komplikationen einher, sondern führt auch zu Verwahrlosung, körperlicher Verelendung und hoher Mortalität. Ca. 20 % der Drogensüchtigen sind darüber hinaus HIV-positiv.

Zwar ist eine Remission vieler der Folgeerkrankungen unter dauerhafter Abstinenz möglich. Soweit Schäden zurückbleiben, stellen diese jedoch zusätzliche Fähigkeitsstörungen und

Beeinträchtigungen dar, die den Suchtprozeß „teufelskreisartig“ verstärken können.

Aufgrund der organischen und psychischen Schädigungen können sich bei langjährigem Suchtmittelkonsum – in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten – Fähigkeitsstörungen (disabilities) ergeben im Hinblick auf

- das Verhalten in Beruf und Alltag,
- die Kommunikation mit anderen Menschen,
- die Selbstversorgung,
- die Fortbewegung, körperliche Beweglichkeit und Geschicklichkeit,
- die Ausfüllung sozialer Rollen und andere Aktivitätseinschränkungen.

Diese Fähigkeitsstörungen führen wiederum zu erheblichen Beeinträchtigungen (handicaps) in Beruf und Alltag, im Zusammenleben mit anderen Menschen und der gesellschaftlichen Integration. Häufig sind Verlust familiärer Bindungen, Abbruch von Schul- und Berufsausbildung, gehäufte Arbeitsplatzwechsel, Arbeitslosigkeit, abweichendes Verhalten in Form von Verkehrs-, Enthemmungs- und Gewalttätsdelikten. Aufgrund des Verlusts sozialer Bindungen, hoher Verschuldung und (Beschaffungs-)Kriminalität kann es zum Abgleiten in das Obdachlosenmilieu kommen. (Vgl. BAR 1994: 215 f.; dies. 1996: 13).

Als besonders gravierend ist auch zu werten, daß das engere soziale Umfeld eines Abhängigen, vor allem die Familie, häufig unmittelbar (z.B. durch sexuelle Probleme, Gewalttätigkeit, Schulden, Zerrüttung der Ehe) von der Suchtproblematik in Mitleidenschaft gezogen wird. Bei Kindern Süchtiger zeigen sich vermehrt Schulprobleme, Konzentrationsstörungen, Angst, Depressionen und Entwicklungsstörungen.

1.4 Zusammenhänge zwischen Sucht und sozialen Risiken

Insbesondere im Rahmen der Alkoholismusforschung wird auf die Zusammenhänge zwischen sozialen Risiken (vor allem Arbeitslosigkeit, aber auch Frühberentung, Armut, Wohnungslosigkeit usw.) und Suchtproblematik hingewiesen. Dabei stehen sich zwei Auffassungen gegenüber: Die eine begreift solche Risiken als Folge von Sucht(mittel)abhängigkeit (finale Perspektive), die andere sieht gerade in den Risiken einiger Bevölkerungsgruppen (z.B. Arbeitslose, sozial Schwache, Entwurzelte, bestimmten problematischen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzte Personen) die Ursache für abweichendes Verhalten wie Suchtmittelkonsum, pathologisches Glücksspiel usw. und die sich daraus ergebende Abhängigkeit (siehe dazu: Henkel 1990). Die unterschiedlichen Perspektiven, aus denen die Verursachungszusammenhänge

innerhalb individueller Suchtkarrieren betrachtet werden, sind nicht nur bedeutsam für die wissenschaftliche Analyse der Suchtproblematik, sondern bestimmen vor allem auch die Strategien zur Prävention und Rehabilitation in diesem Bereich.

So konnte in den letzten Jahren in zunehmendem Maße Übereinstimmung dahingehend erzielt werden, die Suchtkrankheit nicht ausschließlich als individuelles Problem, sondern als Ergebnis eines auch ökonomisch und sozial bedingten Prozesses zu betrachten. Demnach reicht es nicht aus, Rehabilitation auf die Therapie von Verhaltensstörungen und somatischen Folgeschäden des Suchtmittelkonsums zu reduzieren. Vielmehr sollen die Bedingungen, die den Patienten etwa in Familie und Arbeitswelt beeinflussen, nicht nur mitberücksichtigt, sondern zentral in den sozialen Lernprozeß der Rehabilitation (z.B. durch systemische Therapieansätze) sowie in die Präventionsstrategien (z. B. zur Vorbeugung des Suchtmittelkonsums im Betrieb) einbezogen werden (vgl. Bönner 1996: 27).

2 Ziele der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger

Wie oben gezeigt, müssen die Probleme Suchtstoffabhängiger nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch im sozialen und ökonomischen Kontext als so gravierend angesehen werden, daß es im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegt, dem (zumindest pathologischen) Suchtmittelkonsum durch Präventionsmaßnahmen frühestmöglich vorzubeugen und bereits abhängig gewordene Menschen medizinisch, beruflich und sozial zu rehabilitieren.

Der Rehabilitationsprozeß zielt daher auch bei diesem Personenkreis⁵ darauf ab, mit geeigneten, auf den individuellen Bedarf abgestimmten Hilfen, die zeitlich parallel oder in Folge geleistet werden,

- die krankheitsbedingte Fähigkeitsstörung bzw. Beeinträchtigung des Betroffenen zu überwinden oder, wenn dies nicht möglich ist,

- den Rehabilitanden in den Stand zu versetzen, seine vorhandenen Fähigkeiten so zu nutzen, daß ein höchstmöglicher Grad an eigenständiger Lebensführung und Integration in die Gesellschaft erreicht werden kann. Dazu gehört auch die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß.

In der Vergangenheit konzentrierten sich die entsprechenden Bemühungen allerdings vorwiegend auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Ausgehend von einem individuell verursachten Krankheitsbild standen dabei ärztliche und psychologische Interventionen (Beratung, Therapie, Nachsorge) im Vordergrund. Dieses Konzept impliziert die Annahme, der Vollzug lebenspraktischer Fähigkeiten – zu denen es auch gehört, den eigenen Lebensunterhalt bestreiten zu können – stelle sich quasi von selbst wieder ein, wenn das Primärziel erreicht sei, das zugrunde liegende Krankheitsbild, d.h. die Suchtmittelabhängigkeit, zu heilen bzw. weitgehend zu bewältigen. Da sich gerade dies vor allem bei langen Krankheitsverläufen in einer Vielzahl von Fällen als Irrtum erwiesen hat, wird die bisherige Konzeption der Rehabilitation Suchtmittelabhängiger heute überaus kritisch betrachtet. So beklagt Knauf (1996: 189 f.), daß die Verbindung von medizinischen mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen in der Praxis nach wie vor nicht nur durch administrative Hindernisse, sondern vor allem durch eine zu große medizinische und psychotherapeutische Dominanz erschwert oder gar verhindert werde. Demgegenüber würden die sozio-therapeuti-

⁵ Es ist darauf hinzuweisen, daß die Meinungen darüber auseinandergehen, inwieweit die Behinderungsbild (disablement) und Rehabilitationschancen der Abhängigen suchstoffspezifisch variieren. Zwar wird weithin die Auffassung vertreten, es handle sich bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen und bei den „Neuen Süchten“ grundsätzlich um das gleiche Syndrom. Bekannt ist jedoch, daß der Konsum bestimmter Suchtmittel mit Variablen wie Alter, Geschlecht, beruflich-sozialer Einbindung u.a.m. assoziiert ist. Von diesen werden häufig spezifische Rehabilitationsstrategien (z.B. für beruflich noch eingegliederte Alkoholiker, medikamentenabhängige Frauen, Drogenabhängige mit krimineller Vergangenheit oder schulisch-beruflicher Abbruchkarriere) abgeleitet. Gleichwohl existieren auch Behandlungskonzepte, nach denen alle diese Personengruppen gemeinsam nach einem Therapiekonzept behandelt werden. – An dieser Stelle können diese Probleme nur angedeutet werden, da eine eingehendere Erörterung den hier gegebenen Rahmen sprengen würde.

schen und berufspädagogischen Arbeitsansätze offenbar stark vernachlässigt. Obwohl die Thematik der Arbeitslosigkeit im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung häufig zwar sehr präsent sei, bildeten spezifische Maßnahmen der Problembearbeitung die Ausnahme. Auch würden externe Beratungsdienste von Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung zu selten verbindlich einbezogen. Insofern hinge es heute mehr oder minder vom Zufall bzw. vom Engagement einzelner Fachkräfte ab, ob Suchtmittelabhängige auch beruflich so gefördert würden, wie es notwendig erschiene, um die vom Gesetzgeber geforderte (z.B. § 10 SGB I, § 1 RehaAnglG) dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erreichen.

Aufgrund dessen wird nunmehr nicht nur für arbeitstherapeutische Maßnahmen im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation sowie für eine weitere Berufsförderung zur Vorbereitung auf spezifische berufliche Anforderungen plädiert (vgl. Funke / Zielke 1996: 4). Vielmehr wird auch darauf verwiesen, daß Abhängigkeitskranke leichter arbeitslos werden und daß Arbeitslosigkeit zur Sucht führen kann und den größten rückfallfördernden Faktor im Rehabilitationsverlauf Abhängiger darstellt. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit müsse daher zum eigenständigen Ziel auch im Rahmen der Rehabilitation von Suchtkranken werden (vgl. Bönner 1996: 25 f.).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation wird jedoch angemerkt, daß sich Bemühungen um berufliche Rehabilitation ohne Aussicht auf eine tatsächliche Erwerbstätigkeit für die Betroffenen ad absurdum führen können (vgl. Funke / Zielke 1996: 4).

3 Besonderheiten der beruflichen Rehabilitation von Suchtmittelabhängigen

Im folgenden sollen die Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation weniger leistungsträger- als rehabilitationsprozeßorientiert betrachtet werden. Demnach spielen die sozialrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen für die betreffenden Maßnahmen an dieser Stelle eher eine untergeordnete Rolle: Anderenfalls würden hier etwa Leistungen wie Belastungserprobung und Arbeitstherapie, die traditionell der medizinischen Rehabilitation zugerechnet werden (§ 10 RehaAnglG), oder die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß (§ 74 SGB V) sowie Maßnahmen (etwa auf betrieblicher Ebene), die nicht von Sozialversicherungsträgern organisiert und finanziert werden, unberücksichtigt bleiben müssen. Gleichwohl zielen solche Aktivitäten sicherlich nicht nur ebenfalls darauf ab, die Erwerbsfähigkeit des Behinderten wiederherzustellen und ihn hierdurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern. Vielmehr werden sie oftmals auch als Voraussetzung für das gerade für Suchtmittelabhängige besonders bedeutsame Anliegen angesehen, den bisherigen Arbeitsplatz während und nach dem Rehabilitationsprozeß zu erhalten.

Da Rehabilitation als einheitlicher Vorgang aufzufassen ist, dürfen einzelne Phasen dieses Prozesses nicht als voneinander getrennt angesehen werden. Vielmehr verlaufen medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen vielfach parallel bzw. greifen ineinander (vgl. BAR 1995: 7). Vor dem Hintergrund dieser Handlungsprinzipien sind berufs-(förderungs-)relevante Aktivitäten in allen Phasen der mehrstufigen Behandlungskette denkbar und notwendig (vgl. Beyer 1996:

Abbildung 1: Übersicht über die Behandlungskette für Suchtabhängige

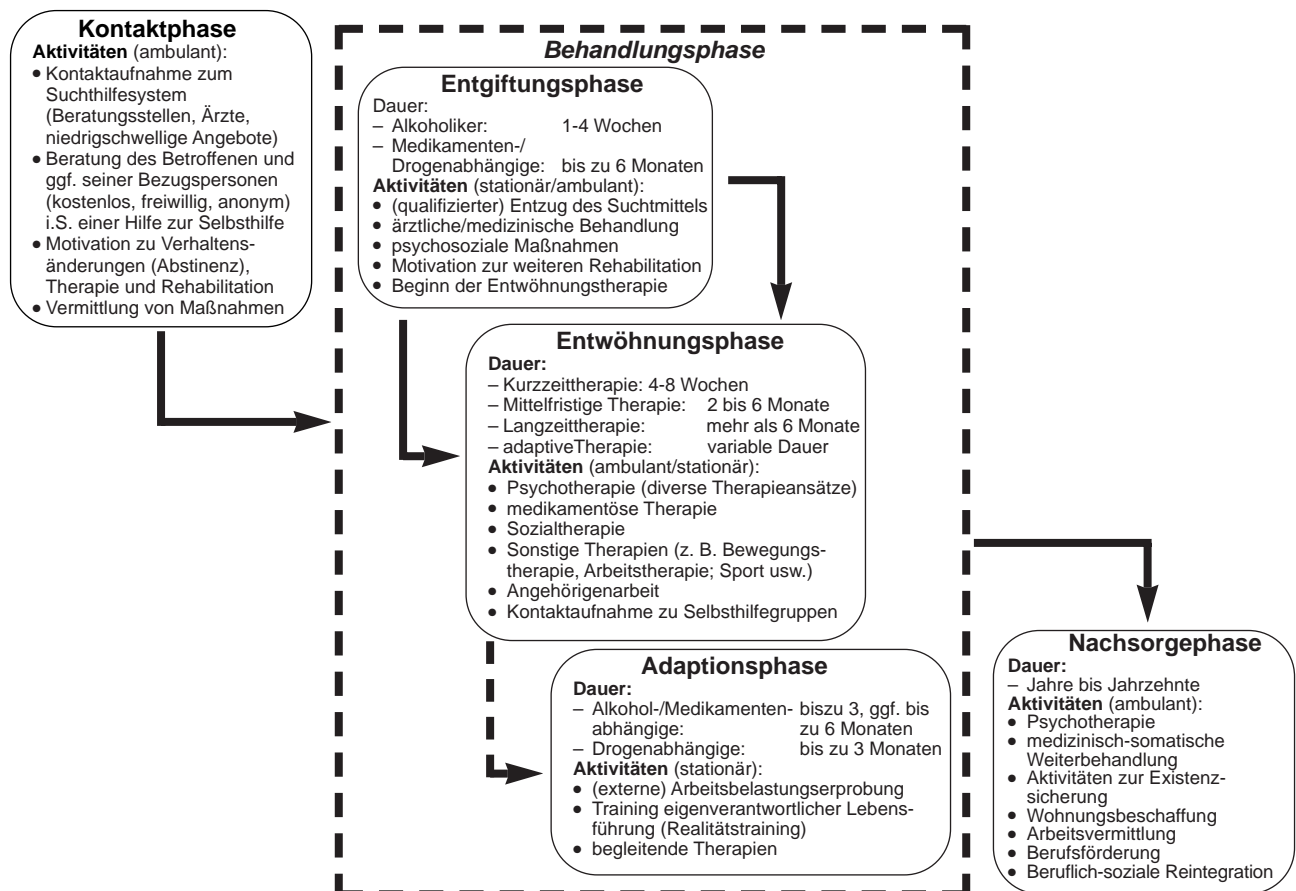
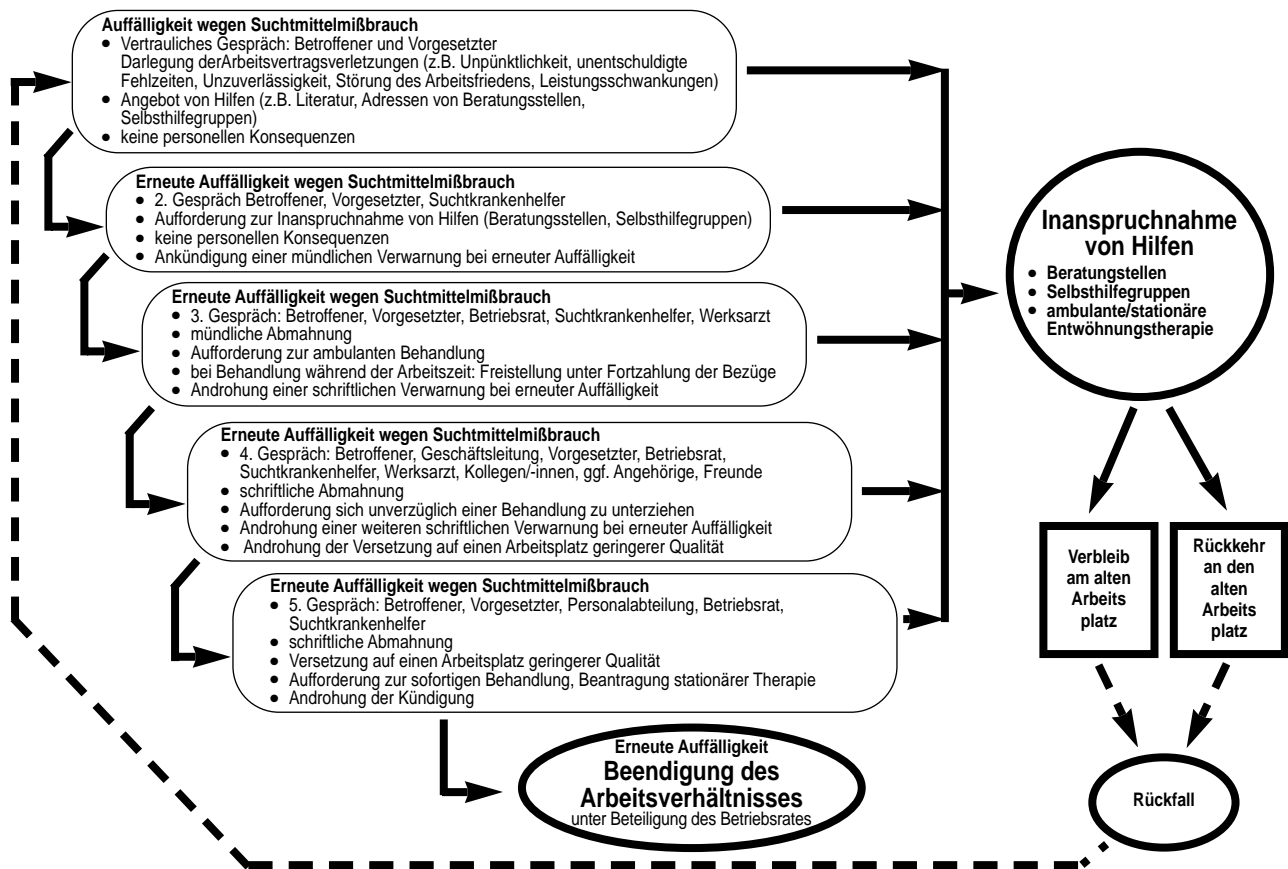


Abbildung 2: Gestuftes Vorgehen bei Suchtproblemen von Mitarbeitern im Betrieb



103), die im allgemeinen der Rehabilitation von Suchtmittelabhängigen zugrunde gelegt wird (siehe dazu Abbildung 1. Vgl. BAR 1996: 60 ff.). Dazu gehört auch die Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (siehe dazu Faßmann et al. 1988: 27 ff.). So fordert Beyer (1996: 103), die Berufsanamnese an den Anfang der Gesamtrehabilitation zu stellen und gleichzeitig mit der Krankheits- und Sozialanamnese zu erheben.

3.1 Aktivitäten zur beruflichen Rehabilitation in der Kontaktphase

Berufliche Gesichtspunkte werden im Rahmen der Beratung (durch Ärzte, (Sucht-)Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.) in der Kontaktphase – zumindest bei (noch) Erwerbstätigen und Arbeitslosen – sicherlich immer thematisiert werden. Dabei werden nicht nur die drohenden Konsequenzen des Suchtmittelmißbrauchs, sondern auch berufsbezogene Aspekte (Belastungen am Arbeitsplatz wie Schichtarbeit, „Griffnähe“ und berufsspezifische Konsummuster, z.B. im Gastgewerbe) zur Sprache kommen, die möglicherweise als Ursache für den Abusus angesehen werden (vgl. Renn 1989: 17 ff.) und Hinweise für sekundärpräventive Maßnahmen (z.B. Arbeitsplatzwechsel) geben können.

Wesentliche Bedeutung kommt in dieser Phase allerdings integrierten Programmen zur betrieblichen Suchtkrankenhilfe zu, die – zumindest in größeren Betrieben und Verwaltungen – bereits vielerorts entwickelt wurden und zur Schaffung besonderer innerbetrieblicher Strukturen (Arbeitskreise,

Beratungsangebote, Interventionsketten, Handlungsprotokolle, Schulungen u.ä.) geführt haben (siehe dazu z.B. Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen 1994: 26 ff.). Hier zielen spezielle Aktivitäten darauf ab, eine frühe Erkennung von Suchtproblemen zu erleichtern und suchtgefährdete bzw. bereits abhängige Mitarbeiter zu motivieren, möglichst frühzeitig eine Beratung und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zudem erfolgen präventive Maßnahmen zur Sensibilisierung der Belegschaft für Suchtprobleme (am Arbeitsplatz) im allgemeinen, zur Reduktion der innerbetrieblichen Zugriffsmöglichkeiten (vor allem auf Alkohol), zur Veränderung der betrieblichen Trinkkultur, insbesondere aber auch im Hinblick auf das persönliche Suchtmittelkonsumverhalten der Mitarbeiter. Alle diese Bemühungen dienen letzten Endes dazu, die Integration suchtgefährdeter und bereits abhängiger Beschäftigter in Arbeit und Beruf weiterhin zu erhalten.

Besondere Bedeutung wird in diesem Kontext (häufig durch Betriebsvereinbarungen normierten) abgestuften Handlungsprotokollen (siehe dazu beispielhaft Abbildung 2) beigemessen, die mittels konstruktivem Leistungsdruck die Betroffenen dazu veranlassen sollen, etwas gegen ihre Abhängigkeit zu tun.⁶ Im Rahmen ggf. wiederholter Gespräche wird dem Mitarbeiter deutlich vor Augen geführt, welche Konsequenzen (bis hin zur Entlassung) drohen, wenn er nicht bereit ist, die Hilfeangebote anzunehmen. Andererseits wird ihm die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bzw. die Rückkehr an den alten Arbeitsplatz in Aussicht gestellt, falls er sich mit Erfolg um eine abstinenten Lebensweise bemüht.

Über die quantitative Bedeutung der berufsrelevanten Aktivitäten in der Kontaktphase ist wenig bekannt. So werden in einer Broschüre des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen

⁶ Vorschläge für entsprechende Regelungen auf betrieblicher Ebene in Form von Betriebsvereinbarungen finden sich etwa bei Rußland (1991: 230 ff.).

kassen Nordrhein-Westfalen (1994: 37 ff.) knapp dreißig Großbetriebe genannt, in denen Suchtprogramme durchgeführt werden, sowie 7 überbetriebliche Anbieter von betrieblichen Suchtpräventions- und -hilfeprogrammen aufgelistet. Die Zahl der betreffenden Einzelaktivitäten ist jedoch unbekannt.

Im Jahre 1996 fanden sich ca. 1.280 Suchtberatungsstellen in der Bundesrepublik (vgl. Hüllinghorst 1996: 131). Auch aus diesem Bereich gibt es keine Informationen über Aktivitäten zur Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen. Eine Erhebung in 609 solcher Stellen erbrachte allerdings, daß in 26 % der Fälle „Arbeitssituation und Ausbildung“ als Hauptproblem der Klienten angesehen wurde (vgl. Kufner / Hallmaier 1992: 21). Es ist zu vermuten, daß sich hier in erheblichem Maße Ansatzpunkte zur Erörterung (berufs-) rehabilitationsrelevanter Möglichkeiten bieten.

3.2 Aktivitäten zur beruflichen Rehabilitation in der Behandlungsphase

3.2.1 Entgiftungsphase

Insbesondere dort, wo Entzugsbehandlung als „qualifizierte“ Maßnahme (vgl. Mann et al. 1995; Kresula 1996) erfolgt, d.h. durch psychosoziale Maßnahmen begleitet wird, lassen sich in vielen Fällen bereits in der Entgiftungsphase Probleme erörtern, die sich aufgrund der Arbeitssituation bzw. Arbeitslosigkeit eines Abhängigen ergeben und möglicherweise (auch) mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen angehen lassen. Dabei wird es hier – gelegentlich in Zusammenarbeit mit innerbetrieblicher Sozial- bzw. Suchtkrankenbetreuung – sicherlich zunächst nur darum gehen (können), dem Betroffenen auf der Basis einer eingehenden Sozialanamnese, zu der auch die Erfassung von Art und Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, des subjektiven Erlebens der Arbeitsvollzüge sowie der Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten gehört, Perspektiven aufzuzeigen, die nach erfolgreicher Entwöhnung realisierbar erscheinen. Gleichwohl kann dies auch zu seiner Motivierung beitragen, eigene Verantwortung für den Gesundheitsprozeß zu übernehmen und das Abstinenzziel als wesentliche Voraussetzung für die berufliche (Wieder-) Eingliederung zu erreichen.

3.2.2 Entwöhnungsphase

Die während der Entgiftung begonnene *Motivierungsarbeit* wird in dieser Phase fortgesetzt. Soweit eine stationäre Entwöhnung notwendig ist, kommt vor allem dort berufsorientierten Aktivitäten besondere Bedeutung zu, wo Rehabilitanden arbeitslos oder von Arbeitslosigkeit gefährdet sind. Demgegenüber treten sie in den Hintergrund, wo Patienten lediglich kurzfristige Behandlungsmaßnahmen absolvieren oder hohe soziale und berufliche Stabilität aufweisen, bereits berentet sind oder gesundheitlich bzw. psychisch so stark beeinträchtigt sind, daß entsprechende Maßnahmen (noch) nicht angebracht erscheinen.

Die *Arbeitstherapie* gehört heute zum Alltag der Fachkliniken. Allerdings ist die Qualität solcher Veranstaltungen recht unterschiedlich (vgl. zum folgenden Missel / Schüller / Altmaier 1996: 240 f.): Erfolgt sie selbsthilfebezogen (z.B. Zimmerreinigung) oder als Dienstleistung für die Klinik (z.B. in Küche, Hauswirtschaft usw.), so mag sie zwar der Aktivierung und dem Training lebenspraktischer Fertigkeiten dienen. Gleichwohl kann ihr dann kaum eine primäre therapeutische Funktion zugeschrieben werden. Soweit sie als Standardthe-

rapie (z.B. in Gärtnerei, Schreinerei) durchgeführt wird, bietet sie zwar die Vorteile einer funktionellen Behandlung und routinemäßigen Belastungserprobung, schließt jedoch in der Regel eine individuelle Behandlungs- und berufliche Perspektivplanung aus. Anders muß die Arbeitstherapie beurteilt werden, wo sie auf der Basis spezifischer Programme indikativ, d.h. auf den Einzelfall abgestimmt, erfolgt. Maßnahmen wie Berufsplanung, Bewerbungstraining oder Umgang mit Arbeitslosigkeit gestatten hier eine Indikationsstellung für eine berufliche Perspektivplanung oder den Erwerb von Kompetenzen zur Bewältigung von Arbeitslosigkeit. Wird Belastungserprobung als therapeutisches Element einbezogen, so lassen sich belastende Arbeitslosigkeitserfahrungen aufarbeiten und die Motivation zur Eigeninitiative fördern. Aufgrund dieses „Trockentrainings“ werden die Möglichkeiten allerdings als begrenzt beurteilt, dabei zu einer möglichst realistischen Einschätzung von eigener Leistungsfähigkeit und Bewerbungschancen zu gelangen.

Vor diesem Hintergrund wird gelegentlich versucht, durch eine „integrierte Arbeitsbelastungserprobung“ eine möglichst konkrete Differenzierung der beruflichen Perspektive für (insbesondere langzeitarbeitslose) Teilnehmer zu erreichen. Auf der Basis von spezifischer beruflicher Anamnese, leistungs- und berufsspezifischer Diagnostik sowie Beratungsgesprächen mit Fachberatungen des Arbeitsamts und der Rentenversicherungsträger erfolgt eine ein- bis vierwöchige soziotherapeutisch begleitete Arbeitsbelastungserprobung in einem individuell ausgesuchten klinikexternen Arbeitsbereich. Nach einer Auswertung der Maßnahme mit dem Rehabilitanden und dem Behandlungsteam erfolgt schließlich eine berufliche Perspektivplanung.

Im Rahmen von Modellprojekten (vgl. Knauf 1996: 190 ff.) wird auch versucht, mittels verbindlich vereinbarter Kooperation zwischen Behandlungsteam, Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung bereits während des stationären Aufenthalts des Suchtpatienten in der Fachklinik, medizinische und berufliche Rehabilitation zu verbinden, Verfahrenslücken zu schließen und Reibungsverluste zu verhindern. Durch regelmäßige gemeinsame Beratungsgespräche, in die auch Patient und ggf. der behandelnde Arzt einbezogen sind, sollen beruflördernde Leistungen für Suchtkranke zugänglich und optimal nutzbar gemacht werden. Dabei wird der Abhängige über die Förderpalette zur beruflichen Rehabilitation informiert und bei der Durchsetzung seiner Ansprüche unterstützt. Im Rahmen der kooperativen Beratung werden Zuständigkeiten und Rentensituation geklärt und ein individueller beruflicher Eingliederungsvorschlag erarbeitet. Integration und Feinabstimmung beruflicher und medizinischer Maßnahmen in der stationären Phase werden durch zeitnahe Begutachtung sowie schnelle Bearbeitung und Entscheidung von Anträgen unterstützt. Reflexion, Klärung und Erprobung von Interessen, Eignung und Leistungsfähigkeit tragen zur Entwicklung einer individuellen beruflichen Perspektive unter Berücksichtigung der Situation auf dem Arbeitsmarkt bei. Schließlich wird der Rehabilitand bei der Realisierung seines Eingliederungsvorschlages durch Information des Heimatarbeitsamtes, die Vorbereitung von Behörden- und Beratungsgesprächen u.a.m. unterstützt.

Insgesamt gesehen sind solche berufsorientierten Modelle in der Entwöhnungsphase allerdings noch nicht allzu verbreitet. Da diese Aktivitäten Teil der medizinischen Rehabilitation sind, kommen dafür die betreffenden Träger, also die Kranken- und die Rentenversicherung sowie ggf. die Sozialhilfe in Frage.

3.2.3 Adaptionphase

Während der Adaptionphase treten die therapeutischen Behandlungsangebote zugunsten der Erprobung der Therapieergebnisse und Übung einer eigenverantwortlichen Lebensführung sowie von Anforderungen des Erwerbslebens unter realen Alltagsbedingungen zurück. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung erscheinen berufsorientierte (Modell-)Programme sinnvoll, wie sie verschiedentlich erprobt werden. So erhalten die Teilnehmer im Rahmen einer Maßnahme zur beruflichen Qualifizierung und Integration von Drogenabhängigen (vgl. Filor 1996) so weit notwendig eine Berufsorientierung. Darüber hinaus werden berufstheoretische Kenntnisse – u.U. mit der Perspektive einer Umschulung – vermittelt bzw. aufgefrischt. Im Rahmen eines einjährigen⁷ betrieblichen Praktikums werden sie an die im normalen Berufsleben gestellten Leistungserfordernisse herangeführt. Begleitet werden die Maßnahmen durch vorbereitende Gespräche mit Betriebsleitung und Kontakte während des Praktikums sowie durch sozialtherapeutische und -pädagogische Betreuung zur Krisenbewältigung und der Entwicklung einer individuellen sozialen Perspektive. Rink und Jörg (1996: 284 ff.) berichten über ein Sozialtrainingsprogramm zur beruflichen Integration von Doppeldiagnosepatienten (Psychose und Sucht). Nach Arbeitsanamnese, Arbeitstherapie und Beratung durch den Arbeitstherapeuten werden berufliche Integrationsziele erarbeitet. Das sich anschließende Praktikum, dessen Suche durch ein Bewerbungstraining vorbereitet wird, kann sowohl einrichtungsintern (z.B. Kunstgewerbeladen der Fachklinik) oder extern in Wirtschaftsbetrieben oder sozialen Einrichtungen absolviert werden. Die Arbeitsversuche werden durch Soziotherapeuten begleitet. Die Maßnahmen sollen dazu beitragen, den Teilnehmern zu einer realistischen Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit und der beruflich-sozialen Perspektiven zu verhelfen.

Maßnahmeträger dieser Aktivitäten sind die Träger der medizinischen Rehabilitation, also die Kranken- und die Rentenversicherung sowie ggf. die Sozialhilfe. Über die Zahl der bisher durchgeführten Maßnahmen stehen keine Daten zur Verfügung.

3.3 Nachsorgephase

In die Nachsorgephase können insbesondere berufsfördernde Maßnahmen (im engeren Sinne) fallen, wie sie nach § 11 RehaAnglG vorgesehen sind und für die als Träger in erster Linie die Gesetzliche Rentenversicherung (nach den Bestimmungen von SGB VI) sowie subsidiär die Arbeitsverwaltung⁸

(nach AFG bzw. A Reha) in Frage kommen. Darüber hinaus können gelegentlich die Gesetzliche Unfallversicherung⁹ sowie subsidiär auch die Sozialhilfe (§ 40 Abs. 1 BSHG) Träger berufsfördernder Leistungen sein. Zur Orientierung sollen hier nur die wichtigsten Förderungsmöglichkeiten nach SGB VI und AFG im Überblick vorgestellt werden (siehe Tabelle 1).¹⁰

Tabelle 1: Übersicht über Arten der Berufsförderung und Anspruchsvoraussetzungen

Arten der Berufsförderung	SGB VI	AFG
<ul style="list-style-type: none"> • Verfahren zur Auswahl der Leistungen • Berufsfindung und Arbeitserprobung 	§ 16 Abs. 2 Satz 2 SGB VI	§ 56 Abs. 1 Satz 3 AFG
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung des Arbeitsplatzes, u.a. <ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsplatzumsetzung im bisherigen Betrieb – Arbeitsplatzvermittlung in einen anderen Betrieb / Eingliederungshilfe dem Grunde nach 	§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI	§ 58 Abs. 1 AFG §§ 37-55a A Reha
<ul style="list-style-type: none"> • Berufsvorbereitung einschl. einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung 	§ 16 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI	§ 40 i.V.m. § 58 Abs. 1 AFG § 19 A Reha
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen zur beruflichen Bildung <ul style="list-style-type: none"> – Berufliche Anpassung – Ausbildung – Fortbildung – Umschulung einschl. eines zur Teilnahme an diesen Maßnahmen erforderlichen Abschlusses 	§ 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI	§ 40 i.V.m. § 58 Abs. 1 AFG § 41 AFG § 15 A Reha § 16 A Reha § 17 A Reha
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeits- und Berufsförderung in einer Werkstatt für Behinderte im <ul style="list-style-type: none"> – Eingangsverfahren – Arbeitstrainingsbereich 	§ 16 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI § 18 Nr. 1 SGB VI § 18 Nr. 2 SGB VI	§ 19 Abs. 1 Nr. 3 A Reha § 58 Abs. 1a Nr. 1 AFG § 58 Abs. 1a Nr. 2 AFG
<ul style="list-style-type: none"> • Kfz-Hilfe 	§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI i.V.m. KfzHV	§ 45 A Reha
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungen an Arbeitgeber <ul style="list-style-type: none"> – Eingliederungshilfe – Zuschuß für befristete Probebeschäftigung – Zuschuß für Ausbildung oder Umschulung im Betrieb – Zuschuß für Arbeitshilfen / Einrichtungen im Betrieb 	§ 17 Satz 1 Nr. 1 SGB VI § 17 Satz 1 Nr. 2 SGB VI § 17 Satz 1 Nr. 3 SGB VI § 21 Vereinbarung '93	§ 58 Abs. 1b AFG § 54 A Reha § 55a A Reha § 53 A Reha § 55 A Reha

Beier (1996: 142) weist darauf hin, daß neben den Maßnahmen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (§ 56 Abs. 3a AFG; § 21 Abs. 1 Nr. 1a A Reha) und sonstigen behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen (§ 56 Abs. 3 AFG; § 21 Abs. 1 Nr. 1 A Reha) auch nicht behinderungsspezifische Bildungsmaßnahmen (§ 56 Abs. 2 AFG; § 21 Abs. 2 A Reha) in Anspruch genommen werden können. Daneben ist die individuelle Förderung der beruflichen Bildung (§§ 33 ff. AFG, A FuU) möglich. Darüber hinaus erbringt die Bundesanstalt für Arbeit Leistungen zur Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung (§§ 13 ff. AFG) auch bei Zuständigkeit eines anderen Rehabilitationsträgers in eigener Zuständigkeit.

Die den berufsfördernden Leistungen zugrunde liegenden Anspruchsvoraussetzungen sind wenig übersichtlich und un-

⁷ Diese Maßnahme wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) finanziert. Insofern unterliegt ihre Dauer nicht den restriktiveren Bedingungen (bis zu 3 Monate), die die Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionphase bei Abhängigkeitskranken vom 8. März 1994 vorsieht. Siehe dazu auch: Verstege (1995: 18 f.).

⁸ Soweit eine Förderung nach den Bestimmungen der A Reha erfolgen soll, ist zu beachten, daß dies nur dann möglich ist, wenn es sich um einen Behinderten handelt. Nach § 2 Abs. 3 A Reha zählen Alkohol- oder Drogenabhängige per se nicht zu diesem Personenkreis, sondern erst dann, wenn auch ein Gesundheitsschaden vorliegt, der eine funktionelle Einschränkung nach sich zieht (vgl. Beier 1995: 20).

⁹ Denkbar wäre etwa, daß ein Versicherter durch einen Unfall stark entsetzt, damit nicht fertig und deshalb suchtmittelabhängig wird. Entsprechend ist vorstellbar, daß ein schwer Verunfallter lange Zeit mit starken schmerzstillenden Mitteln behandelt und dadurch abhängig wird. In Frage kommen dann auch berufsfördernde Leistungen nach §§ 35 bis 38 SGB VII. (Vgl. BAR 1996: 92)

¹⁰ Beier (1996); Beyer (1996) und Knauf (1996) geben einen guten Überblick über Besonderheiten der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation bei Suchtkranken.

terliegen erfahrungsgemäß raschen Änderungen. Aus diesen Gründen wird nicht nur dafür plädiert, im Bedarfsfalle möglichst frühzeitig mit den Arbeitsämtern in Kontakt zu treten, um mögliche Lösungswege abzuklären, sondern auch auf lokaler Ebene zwischen Krankenhäusern, Suchtkliniken, Rentenversicherungsträgern, Sozialhilfeträgern, Beratungsdiensten, Arbeitsämtern und ggf. anderen Stellen eng zusammenzuarbeiten, um zu tragfähigen Lösungen zu gelangen (vgl. Beier 1996: 151).

In der Nachsorgephase kann u.U. auch eine stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V zur beruflichen Reintegration des Rehabilitanden beitragen. Dabei wird der Betroffene im Rahmen eines Stufenplans schrittweise an die Belastungen des alten Arbeitsplatzes herangeführt. Damit bietet sich die Chance, mißglückte Versuche der Arbeitsaufnahme, vorzeitiges Rentendenken oder kostenintensive berufsfördernde Maßnahmen zu vermeiden (siehe dazu: Faßmann / Oertel 1990; BAR 1992; dies. 1996: 88 f.).

Leider ist über die Zahl der Berufsförderungsleistungen für Suchtmittelabhängige wenig bekannt. In der amtlichen Statistik der Bundesanstalt für Arbeit zur Arbeits- und Berufsförderung Behinderter werden Abhängigkeitserkrankungen nicht ausgewiesen, weil – wie oben gezeigt wurde – Alkohol- oder Drogenabhängige nach § 2 Abs. 3 A Reha nicht zu den Behinderten gehören. Auch die Statistik zur Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung ist wenig aufschlußreich: So wird für das Jahr 1995 berichtet, daß lediglich bei 3,3 % der 34.029 Teilnehmer an stationären Entwöhnungsbehandlungen am Maßnahmeende Berufsförderungsleistungen geprüft werden sollten (vgl. VDR 1996: 202).

Vor diesem Hintergrund ist zu vermuten, daß die Bemühungen um berufliche Rehabilitation Suchtmittelabhängiger bisher eher dürftig ausfallen. Das belegen auch Studien zum Bedarf beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei stationär psychiatrisch behandelten Suchtpatienten¹¹ (vgl. Wedekind / Kuhnt 1991: S. 112 ff.): Demnach erscheinen aus Therapeuten-sicht gezielte berufliche Maßnahmen bei etwa einem Fünftel der Abhängigen angebracht, von denen wiederum zwei Fünftel eine Ausbildung oder Umschulung unter regulären Bedingungen, ein Drittel eine Tätigkeit unter geschützten Bedingungen und ein Drittel ambulante Arbeits-therapie und sonstige berufliche Rehabilitationsmaßnahmen benötigen. In der Praxis wird jedoch nach der Entlassung aus dem Landes-krankenhaus lediglich jeder zehnte Patient einer Rehabilitationsmaßnahme zugeführt, wobei aber nicht die berufliche Qualifizierung, sondern die beschützte Beschäftigung im Vordergrund steht.¹² Als Ursachen für diese Defizite werden lückenhafte gesetzliche Bestimmungen und Finanzierungs-

möglichkeiten von Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke, Vorurteile sowie die mangelnde Bereitschaft zur Beschäftigung solcher Personen in der Industrie vermutet (vgl. ebd. 165 f.).

4 Erfolgsbeurteilung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen

Die Maßnahmenevaluation hat im Bereich der *medizinischen* Suchtrehabilitation eine lange Tradition. Gerade weil Ziele, Methoden und Ergebnisse hier (auch aus ideologischen Gründen) bis zum heutigen Tage umstritten sind, bemüht sich die Suchtforschung seit vielen Jahren, die Prozesse im Vorfeld, während und nach therapeutischen Interventionen bei Suchtkranken zu dokumentieren, zu analysieren und auf ihre kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit hin zu überprüfen. Kennzeichnend ist dabei der hohe Grad an kritischer Reflexion der zur Anwendung gelangenden Forschungsmethoden und der erarbeiteten Ergebnisse. So hat man sich nicht allein mit Forschungsartefakten, etwa mit den Wirkungen der Patientenselektion, der spontanen Remission oder der Panel-Sterblichkeit, befaßt (siehe dazu etwa: Sobell / Sobell / Ward 1980; John 1985). Vielmehr wurde auf den Ebenen von Grundlagenforschung und therapeutischer Praxis auch versucht, zu einheitlichen, wissenschaftlich fundierten Dokumentations- und Evaluationsstandards zu gelangen (siehe dazu: DGSS 1992; Missel 1993; vgl. Faßmann 1996: 15)¹³.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, daß heute – anders als in manchen anderen Rehabilitationsbereichen – eine nahezu unüberschaubare Menge an empirischem Datenmaterial zur Beurteilung der Effektivität von *medizinischen* Rehabilitationsmaßnahmen bei Suchtpatienten vorliegt. Belegt wird eine breite Streuung der Erfolgsquoten, die offenbar auf nicht miteinander vergleichbare Probandenstichproben, variierende Beurteilungsprogramme und -zeiträume sowie differierende Erhebungs- und Auswertungsmethoden zurückzuführen sind. Als realistischer Mittelwert wird heute in der einschlägigen Literatur die „Ein-Drittel-Faustregel“ angesehen, nach der längerfristig (d.h. 5 und mehr Jahre) etwa 33 % der (stationär) therapierten Alkoholabhängigen abstinent leben (vgl. Scheller / Klein / Zimm 1995: 9)¹⁴. Ungeklärt ist allerdings weiterhin, ob behandelte Suchtkranke günstigere Rehabilitationsergebnisse aufweisen als unbehandelte Patienten (vgl. Körkel / Lauer 1995: 171): Untersuchungen aus der Suchtforschung Heroinabhängiger etwa erbrachten, daß der Ausstieg aus dem Drogenkonsum in Form von Selbstheilung ähnlich häufig war wie der Ausstieg mit professioneller Hilfe (Schneider 1987: 374 ff.). Emrick (1975) berichtete nach Durchsicht von mehr als 30 Studien über unspezifisch bewirkte Besserungen bei durchschnittlich 42 % der untersuchten Alkoholiker. Neuere Studien ermittelten jährliche Spontanremissionsraten von etwa 19 % (vgl. Feuerlein 1990: 71, 80).

Geht man davon aus, daß Abstinenz eine wichtige Voraussetzung für die berufliche Rehabilitation darstellt, so liegt der Schluß nahe, daß lediglich eine Teilmenge der medizinisch Rehabilitierten die beruflichen Maßnahmenziele erreichen würde. Allerdings wird dabei übersehen, daß vielen Abhängigen eine berufliche Reintegration auch dann gelingt, wenn sie das Ziel dauerhafter Abstinenz verfehlen. Gleichwohl konnten Küfner, Feuerlein und Huber (1988: 207 ff.) im Rahmen einer 4-Jahres-Katamnese nachweisen, daß sich Abstinenz unabhängig vom Ausgangszustand (d.h. berufstätig bzw. arbeitslos) positiv auf die spätere Berufstätigkeit auswirkt. Umgekehrt ist vielfach empirisch belegt worden, daß

¹¹ 30 % bis 50 % aller Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung entfallen auf Suchtkranke (vgl. Wienberg et al. 1992: 83). Darüber hinaus weist eine Vielzahl der Patienten mit einer psychiatrischen Erst-diagnose zusätzlich Abhängigkeitsprobleme auf (vgl. Wedekind / Kuhnt 1991: 30 f.).

¹² In der Praxis wurde in keinem einzigen Fall eine berufsqualifizierende Maßnahme durchgeführt, jedoch in zwei Dritteln der Fälle wurden die Patienten unter beschützten Bedingungen beschäftigt (vgl. Wedekind / Kuhnt 1991: 117).

¹³ Um entsprechende wissenschaftlich fundierte Konzepte und Methoden zur Evaluation von beruflichen Bildungsmaßnahmen scheint man sich demgegenüber erst in den letzten Jahren verstärkt zu bemühen (siehe dazu etwa: Kasperek / Koop 1991; Blaschke / Plath / Nagel 1992).

¹⁴ Auch wir konnten im Rahmen einer auf fünf Jahre angelegten Langzeitstudie zur Effektivität von Kurzzeitheilbehandlungen für Abhängigkeitskranke bei „konservativer Betrachtungsweise“ (Drop-out-Fälle werden dabei als rückfällig eingestuft) eine Erfolgsquote von 34 % der behandelten Rehabilitanden feststellen (siehe dazu: Faßmann / Oertel / Engelhardt 1995: 167 f.).

sich Rückfälle nach einer Entwöhnungsbehandlung unter den Verhältnissen von Arbeitslosigkeit wesentlich häufiger und nach kürzerer Zeit einstellen. Besonders in der Massenarbeitslosigkeit wird daher eine der häufigsten Ursachen für das Scheitern von Rehabilitationsprozessen gesehen. Hinzu treten institutionelle Probleme: Arbeitslose werden häufiger in dem gegenüber den (Sucht-)Fachkliniken rehabilitativ weit aus schwächeren Psychiatriesektor behandelt und somit in ihren Rehabilitationschancen beeinträchtigt (siehe dazu: Wienberg 1992b), obwohl Lebenslage und die in der Regel schwereren, komplexeren Suchtprobleme der Arbeitslosen intensivere Anstrengungen erfordern. Aber auch in den Fachkliniken wird (etwa durch gezielte Berufsberatung) zu wenig auf die qualitativ besondere Lebenslage Arbeitsloser eingegangen. Darüber hinaus wird in der institutionellen und rechtlichen Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ein wesentlicher Hinderungsgrund dafür gesehen, daß integrative Konzepte vor, während und nach der Entwöhnung von Süchtigen zur Anwendung kommen. Damit werden jedoch die Chancen insbesondere auch der Arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit Bedrohten entscheidend gemindert, dauerhaft abstinent und beruflich-sozial wieder eingliedert zu leben (vgl. Henkel 1990: 44 f.).

Über die Erfolge *beruflicher* Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke, unabhängig davon, ob es sich um berufsfördernde Maßnahmen im engeren Sinne (nach SGB VI bzw. AFG) handelt oder ob auch andere Aktivitäten in die Betrachtung einbezogen werden, ist allerdings wenig bekannt. So wissen wir praktisch nichts über die Erfolge von Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen bei Suchtkranken, obwohl verschiedentlich Untersuchungen zur Wirksamkeit solcher Maßnahmen durchgeführt wurden (siehe dazu etwa: Hofbauer 1977; Oyen 1989; Blaschke / Nagel 1995).

Dies dürfte nicht nur darin begründet liegen, daß für diesen Personenkreis – zumindest bisher – relativ wenig Anstrengungen in Richtung beruflicher Rehabilitation unternommen wurden, sondern auch darin, daß der statistische Zugang zu den betreffenden Informationen über erbrachte berufsfördernde Leistungen nur begrenzt möglich ist (siehe dazu Abschnitt 3.3). Wenn es schon mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, Daten über Maßnahmen und ihre Erfolge von den zuständigen Rehabilitationsträgern zu erhalten, so ist dies noch weitaus problematischer, wo Aktivitäten beurteilt werden sollen, die eher in „grauen“ Bereichen von Kontakt- und Nachsorgephase angesiedelt sind und vielfach auf informeller, intrainstitutioneller oder innerbetrieblicher Ebene ablaufen, wobei u.U. bewußt auf Öffentlichkeit (auch in Form publizierter Dokumentationen) verzichtet wird.

Vor diesem Hintergrund finden sich nur wenige Studien, in denen über Maßnahmeerfolge berichtet wird. Zumeist handelt es sich um Begleituntersuchungen zu Modellprojekten, die im Rahmen von „Hausforschung“, d.h. durch Mitarbeiter der betreffenden Einrichtungen, durchgeführt wurden. Die Vermutung liegt nahe, daß dabei das Bestreben im Vordergrund stand, tatsächlich Erfolge zu belegen. Hinzu kommt, daß bisher keine Resultate zur Verfügung stehen, die nach längeren Katamnesezeiträumen ermittelt werden konnten, so daß fraglich bleibt, inwieweit die berufsfördernden Maßnahmen langfristig tatsächlich wirksam sind. Beispielhaft seien die folgenden Ergebnisse vorgestellt, über die in jüngerer Zeit berichtet wurde:

Murk und Knauf (1996) referieren über die Evaluation des oben skizzierten integrierten Modells zur Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen, in dessen Rahmen die Ko-

operation zwischen Fachklinik, Rentenversicherung und Arbeitsamt verbindlich vereinbart wurde. Belegt werden kann, daß Programm-Teilnehmer gegenüber Nichtteilnehmern signifikant häufiger (20 % vs. 2 %) tatsächlich an Berufsförderungsmaßnahmen teilnahmen. Demgegenüber unterscheiden sich die Rückfallquoten von Prüf- und Kontrollgruppe weder 1 Jahr (19 % vs. 25 %) noch 30 Monate nach Programmende (25 % vs. 28 %) signifikant. Unterschiedliche Eingliederungsstrategien (Umschulung / Fortbildung, Wiedereingliederungshilfe, Reintegrationsseminar, keine bzw. WfB) führten nicht zu spezifischen Abstinenzquoten.

Das „Sozialtrainingsprogramm“ für „Doppeldiagnose-Patienten“ zur Integration ins Erwerbsleben wird von Rink und Jörg (1996: 285 f.) positiv beurteilt, da die Teilnehmer lernen konnten, ihren Wiedereingliederungsprozeß längerfristig anzulegen, in ihrer Berufsplanung bestätigt und teilweise nach ihrem Praktikum in ein festes Arbeitsverhältnis übernommen wurden. Statistische Informationen zu diesen Erfolgen werden nicht mitgeteilt.

Die „Arbeitsbelastungserprobung“ im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung, über die Missel und Kollegen (1996: 248 ff.) berichten, belegt zwar eine überwiegend positive Bewertung des Programms durch die 37 Teilnehmer. Aufgrund eines sehr kurzen Katamnesezeitraums (4 Monate) sowie einer fehlenden Kontrollgruppe sind die berichteten Erfolgsquoten (40 % erwerbstätig, 53 % erwerbslos, 58 % abstinent) kaum aussagekräftig.

5 Resümee

Insgesamt gesehen zeigt sich, daß im Rahmen des Rehabilitationsprozesses von Suchtkranken eine Fülle von Möglichkeiten gegeben ist, schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung zu erörtern und bei Bedarf auch einzuleiten. Allerdings wird durch die verfügbare Literatur der Eindruck vermittelt, daß diese Chancen bisher noch zu selten genutzt werden. Dies wird im wesentlichen auf das vorwiegend medizinisch-psychologisch ausgerichtete Behandlungskonzept, die mangelhafte Sensibilisierung der eingebundenen Akteure für berufliche Bedarfslagen und Möglichkeiten der Klienten sowie die unzureichende Kooperation zwischen Therapeuten und Leistungsträgern (insbesondere Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung) zurückgeführt, die wiederum durch die institutionelle und rechtliche Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation bedingt werden. Bemängelt wird in diesem Zusammenhang insbesondere die unzureichende Berufsförderung von arbeitslosen und in der Psychiatrie behandelten Suchtkranken.

Die zur Verfügung stehenden Informationen signalisieren nicht nur, daß Berufsförderungsmaßnahmen bei Abhängigen verhältnismäßig selten durchgeführt werden. Vielmehr wird auch deutlich, daß weder über die Zahl der betreffenden Aktivitäten, noch über die Erfolge dieser Bemühungen Daten in quantitativer und qualitativer ausreichendem Maße vorhanden sind, um beurteilen zu können, ob auch für diese Behindertengruppe genug getan wird, um ihre dauerhafte Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst rasch voranzutreiben und der Forderung „Vorrang der Rehabilitation vor Rente“ (§ 7 Abs. 1 RehaAnglG) gerecht zu werden. Aufgrund der immensen volkswirtschaftlichen Schäden, die sich aufgrund nicht, zu spät oder unzureichender Rehabilitation Suchtkranker ergeben können, erscheint die Kontrolle der betreffenden Bemühungen aber besonders dringlich, auch

wenn dies wegen der Vielfalt potentieller Aktivitäten und Akteure sicherlich mit erheblichen Schwierigkeiten bei Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen verbunden sein dürfte.

Vor diesem Hintergrund ist dafür zu plädieren, die wissenschaftlich fundierte Evaluationsforschung auch auf das Gebiet der beruflichen Rehabilitation Suchtkranker auszudehnen. Voraussetzung dazu ist allerdings zunächst ein verbesserter Zugang zu Informationen über die verschiedenen Aktivitäten in diesem Bereich sowohl auf Seiten der Leistungsträger als auch auf Seiten der Leistungserbringer. Diese Daten wären dann vorzugsweise von neutralen Dritten, ansonsten aber von Forschungseinrichtungen der Rehabilitationsträger und nicht wie bisher vorwiegend von den Rehabilitationseinrichtungen auszuwerten, um so zu verlässlichen Aussagen über die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Maßnahmen kommen zu können. Ansatzpunkte böten Qualitätssicherungssysteme, wie sie etwa in jüngerer Zeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt wurden.

Literaturverzeichnis

- Beier, K. (1996): Überlegungen zur Förderung der beruflichen Eingliederung durch das Arbeitsamt. In: Sucht aktuell, 2. Jg., Heft 1-2, S. 20-22.
- Beyer, H. (1996): Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In: Fachverband Sucht, S. 100-112.
- Blaschke, D./ Nagel, E. (1995): Beschäftigungssituation von Teilnehmern an AFG-finanzierter beruflicher Weiterbildung. In: MittAB 2, S. 195-213.
- Blaschke, D./ Plath, H.-E./ Nagel, E. (1992): Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel Fortbildung und Umschulung. In: MittAB 3, S. 381-405.
- Böninger, K. H. (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit. In: Fachverband Sucht, S. 21-31.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1992): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 8, Frankfurt/M.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1994): Rehabilitation Behinderter - Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1995): Wegweiser Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. 9. Auflage. Frankfurt/M.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (1996): Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken Alkohol - Drogen - Medikamente. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12, Frankfurt/M.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (Hrsg.) (1992): Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Emrick, C. D. (1975): A review of psychologically oriented treatment of alcoholism II: The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. In: Journal of Studies on Alcohol, 36. Jg., S. 88-108.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) (1996): Sucht und Erwerbsfähigkeit - Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, Band 17. Geesthacht: Neuland.
- Faßmann, H. (1996): Methodische Probleme der Qualitätssicherung ganzheitlich angelegter Rehabilitationskonzepte im Bereich der Suchtentwöhnung. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 19. Jg., Heft 1, S. 15-24.
- Faßmann, H./ Oertel, M. (1990): Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung Behinderter in den Arbeitsprozeß. Forschungsbericht Gesundheitsforschung, Band 204, hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.
- Faßmann, H./ Oertel, M./ Engelhardt, A. (1995): Langzeituntersuchungen über die Effektivität von Kurzzeithilfbehandlungen für Abhängigkeitskranke. Forschungsbericht des Instituts für empirische Soziologie Nürnberg.
- Faßmann, H./ Passenberger, J./ Schneider, N./ Wintergerst-Gaasch, I. (1988): Die Einleitung beruflicher Rehabilitation. Forschungsbericht Sozialforschung, Band 175, hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.
- Feuerlein, W. (1990): Langzeitverläufe des Alkoholismus. In: Schwoon / Krausz, S. 69-80
- Filor, H. (1996): Berufliche Qualifizierung und Integration im Rahmen der Nachbetreuung Drogenabhängiger. In: Fachverband Sucht, S. 253-266.
- Funke, W./ Zielke, M. (1996): Erwerbsfähigkeit - Heilige Kuh, gesellschaftliche Forderung oder sinnstiftende menschliche Qualität? In: PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 9. Jg., Heft 33, S. 4-5.
- Glaeske, G. (1992): Auf Heller und Pfennig - Kosten und Nutzen der Suchtkrankenversorgung. In: Wienberg (1992a), S. 69-80.
- Henkel, D. (1990): Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. In: Schwoon / Krausz, S. 35-49.
- Henkel, D. (1993): Thesen zur Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus in den neuen Bundesländern. In: Sucht, 39. Jg., Heft 3, S. 200-204.
- Hofbauer, H. (1977): Verlauf und Erfolg der beruflichen Umschulung bei Rehabilitanden. In: MittAB 1, S. 47-73.
- Hüllinghorst, R. (1996): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht '97. Geesthacht: Neuland, S. 128-142.
- John, U. (1985): Rehabilitation Alkoholabhängiger. Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kasperek, P./ Koop, W. (1991): Zur Wirksamkeit von Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen. In: MittAB 2, S. 317-332.
- Knauf, W. (1996): Berufsfördernde Leistungen in der Rehabilitation Substanzabhängiger. In: Sucht 42, Heft 2, S. 188-195.
- Körkel, J./ Lauer, G. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick. In: Körkel / Lauer / Scheller, S. 158-185.
- Körkel, J./ Lauer, G./ Scheller, R. (Hrsg.) (1995): Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart: Enke.
- Kresula, A. (1996): Erhaltung und Sicherung der Arbeits- bzw. Erwerbstätigkeit im Rahmen betrieblicher Suchtkrankenhilfe: „BKK-Pilotprojekt zur qualifizierten Entgiftung in der Fachklinik Brilon-Wald“. In: Fachverband Sucht, S. 153-158.
- Küfner, H./ Feuerlein, W./ Huber, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. In: Suchtgefahren, 34. Jg., Heft 3, S. 157-270.
- Küfner, H./ Hallmaier, R. (1992): Zeitlicher Aufwand von psychosozialen Maßnahmen bei der ambulanten Therapie von Suchtmittelabhängigen. In: Sucht, 38. Jg., Heft 1, S. 18-26.
- Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (1994): Sucht und Betrieb. 5., überarbeitete Auflage. Essen.
- Mann, K./ Stetter, F./ Günthner, A./ Buchkremer, G. (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. In: Deutsches Ärzteblatt, 92. Jg., Heft 45, S. A-3052-3059.
- Missel, P. (1993): Basisdokumentation und Katamnese in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: PRAXIS der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 24, S. 227-248.

- Missel, P./ Schüller, W./ Altmaier, M. (1996): Arbeitstherapie - gestern, heute, zukünftig? Ein zeitgemäßes Programm zur indikationsgeleiteten beruflichen Reintegration Abhängigkeitskranker. In: Fachverband Sucht, S. 237-252.
- Müller-Fahrnow, W./ Beckmann, U./ Pallenberg, C. (1992): Erwerbstätigkeit und Frühberentung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In: Häussler, B. et al. (Hrsg.), Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen. Band 2: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und medizinischen Rehabilitation. Berlin: Springer, 384-393.
- Murk, B./ Knauf, W. (1996): Berufsfördernde Maßnahmen in einem integrierten Behandlungsmodell - eine vergleichende Evaluationsstudie bei Alkoholabhängigen. In: PRAXIS der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 9. Jg., Heft 33, S. 23-30.
- Oyen, R. (1989): Berufsbildung, Arbeitsmarktchancen und betriebliche Integration Behinderter. In: MittAB 4, S. 507-522.
- Renn, H. (1989): Arbeitssituation und Suchtmittelmißbrauch - Stand der empirischen Forschung. In: Prävention, 12. Jg., Heft 1, S. 16-19.
- Rink, J./ Jörg, R. (1996): (Re-)Integration ins Arbeitsleben: Programm für Patient/innen mit Comorbiditätsdiagnosen. In: Fachverband Sucht, S. 267-290.
- Rommelspacher, H. et al. (1989): Alkoholismusforschung im internationalen Vergleich. In: Deutsches Ärzteblatt, 86. Jg., Heft 43, S. B-2197-2204.
- Rummel, M. (1995): Arbeit, Alkohol, Arbeitslosigkeit. In: Jahrbuch Sucht ,96. Geesthacht: Neuland, S. 257-266.
- Rußland, R. (1991): Das Suchtbuch für die Arbeitswelt, hrsg. v. Industriegewerkschaft Metall. Frankfurt/M.
- Scheller, R./ Klein, M./ Zimm, S. (1995): Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In: Körkel / Lauer / Scheller, S. 3-13.
- Schneider W. (1987): Ausstiegschancen und Entwicklungsmöglichkeiten Heroinabhängiger und Polytoxikomaner. In: Soziale Arbeit, 36. Jg., Heft 10, S. 370-376.
- Schwoon, D. R./ Krausz, M. (Hrsg.) (1990): Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.
- Sobell, L. C./ Sobell, M. B./ Ward, E. (Hrsg.) (1980): Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness. New York: Pergamon Press.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) (1996): VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 1995. Band 118. Frankfurt/M.: VDR.
- Verstege, R. (1995): Aktuelle Rahmenbedingungen adaptiver Maßnahmen. In: Sucht aktuell, 2. Jg., Heft 1-2, S. 17-19.
- Wedekind, R./ Kuhnt, S. (1991): Psychisch krank - ohne Arbeit, ohne Ausweg? Zur beruflichen und sozialen Lage entlassener psychiatrischer Krankenhauspatienten und zum Bedarf an Arbeit und beruflicher Rehabilitation. Stuttgart: Enke.
- Wienberg, G. (Hrsg.) (1992a): Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (1992b): Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg (1992a), S. 12-60.
- Wienberg, G./ Pörksen, N./ Wessel, T./ Zechert, C. (1992): Die Behandlung Abhängigkeitskranker in der Psychiatrischen Klinik. In: Wienberg (1992a), S. 82-113.
- World Health Organization (Hrsg.) (1995): Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. In: ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Berlin: Ullstein Mosby, S. 213-413

Abkürzungen

AFG	Arbeitsförderungsgesetz
A FuU	Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit
A Reha	Anordnung der Bundesanstalt für Arbeit über die Berufsförderung Behinderter
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie
ICD	International Classification of Diseases
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps
RehaAnglG	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation
SGB	Sozialgesetzbuch
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Vereinbarung ,93	Vereinbarung über berufliche Rehabilitation zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeit
WfB	Werkstatt für Behinderte
WHO	World Health Organization