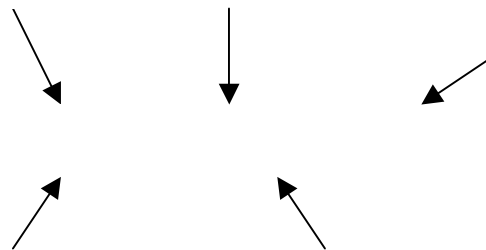


Wann ist ein Suchtkranker erwerbsfähig?

„Jetzt sollen sogar die Suchtabhängigen und Aidskranken arbeitsfähig sein?“, sagte **Minister Clemens** entrüstet beim Anstieg der Arbeitslosenzahlen im Rahmen der Harz-Reform. Jeder Insider oder der weitergebildete Laie weiß, dass Suchtkranke sehr wohl arbeiten können. Wenn auch nicht alle so doch sehr viel mehr als allgemein angenommen. Das Problem muss also differenzierter betrachtet werden. Ein bloßer Organmedizinischer Ansatz kommt dabei ebenso wenig in Betracht, wie ein rein psychodynamischer. Die hohe Quote der Rückfälle und auch tödliche Verläufe belegen die Banalität, dass es keinen Königsweg gibt. Personen, die in der Materie stecken, wissen, dass gerade in der **Suchterkrankung multifaktorielle Ansätze** am besten zum Tragen kommen, so auch bei der Frage der Arbeitsfähigkeit. Es muss also eine allumfassende, sozialmedizinische Herangehensweise praktiziert werden.

Die ICF (**International Classification of Functioning, disability and health**, Mai 2001) der WHO bietet hier für gute praktikable Ansätze. Sie sieht den Menschen im Spannungsfeld von Körperfunktion und –strukturen, der Partizipation in seiner Lebenssituation mit den sozialen Strukturen in Abhängigkeit der individuellen personenbezogenen Faktoren, neben den weiteren Umweltfaktoren. Es wird als **bio-psycho-soziales Modell** gesehen und erfasst umfassend verschiedene Funktionen die auf Menschen einwirken.



Körperfunktionen sind die physischen Funktionen.

Körperstrukturen sind die anatomischen Gegebenheiten des Körpers

Schädigungen sind die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder der –struktur

Partizipation ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Personenbezogene Faktoren sind der individuelle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person. Sie umfassen Alter, Geschlecht, Charakter, Lebensstil, Coping, sozialer Hintergrund, Bildung/Ausbildung, Beruf, Erfahrung.

Derartige Schemata dürfen nicht sklavisch übertragen werden. Bereits ich habe gegenüber der ICF schon eine Vereinfachung vorgenommen, um es praktikabler zu gestalten. Es soll hierbei als wesentliches herausgehoben werden, dass sich Gesundheit aus verschiedenen Elementen zusammensetzt. Wichtig sind bei den Beurteilungen entgifteter in der Reha befindlicher die Aspekte der Partizipation und Umweltfaktoren in der Wechselwirkung mit der körperlich psychischen Situation. Zumal die meisten Personen in diesem Stadium der Reha meist nicht schwer krank sind. Ich sehe hier die wesentlichen Faktoren, die sowohl über eine gute Entwöhnungstherapie als auch berufliche Integration entscheiden, denn erst wenn die berufliche Wiedereingliederung gelungen ist, kann man anfangen von einem positiven Behandlungsverlauf zu sprechen. Daher möchte ich die Aspekte der **Partizipation und Umweltfaktoren** noch einmal näher herausstellen und um die **sozialen Kontextfaktoren** erweitern. Sie stellen für mich aus psychiatrischer Sicht ein wesentliches Element dar, von denen die meisten Störfaktoren auf dem Weg zur Gesundheit insbesondere bei Suchtkranken hervorgehen. Biometrisch orientierten Organmedizinern ist dies oft nur vordergründig zu vermitteln. Sie selber leben sozial abgesichert und man möchte nicht auf sich sitzen lassen, dass man nur schwer in der Lage ist, Patienten ganzheitlich zu sehen.

Partizipation

Lernen und Wissensanwendung
 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
 Kommunikation
 Mobilität
 Selbstversorgungsfähigkeit
 Häusliches Leben
 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
 Bedeutende Lebensbereiche
 Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Umweltfaktoren

Produkte und Technologien
 Vom Menschen veränderte Umwelt im Arbeitsbereich
 Unterstützung und Beziehungen am Arbeitsplatz
 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze in der Produktion

Soziale Kontextfaktoren

Fertigkeiten aneignen
 Entscheidungen treffen
 Einzelaufgabenübernehmen
 Mehrfachaufgaben übernehmen
 Mit Stress umgehen
 Kommunizieren
 Kommunikationsgeräte benutzen
 Interpersonale Aktivitäten
 Entscheidungen treffen

Die ICF stellt somit ein nützliches, theoretische Konzept für die Begutachtung dar. Mit den Kategorien, Funktionen, Partizipation und Kontext lassen sich Krankheit und Gesundheit umfassend in ihren sozialen Bezügen beschreiben. Die Gesamtliste der ICF ist sehr umfangreich und daher für die gutachterliche Routine nicht geeignet. Es werden daher zur Zeit Kurzformen erarbeitet. Der Vorteil der ICF liegt darin, dem Gutachter Hinweise für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu geben. Für die Erstellung eines positiven bzw. negativen Leistungsbildes sind die Begrifflichkeiten der ICF gut anwendbar. Sie eignen sich für die Erstellung des psychischen und neuropsychologischen Befundes. Ein Vorteil ist auch, dass die Begriffe der ICF neutral formuliert sind. Man kann also Stärken und Schwächen gleichermaßen herausstellen. Bei der Anwendung von sozialen Kontextfaktoren können **soziale und psychische Bedingungen von Arbeitsplätzen** abgebildet werden. Die Beachtung und Beschreibung von Kontext Faktoren im Gutachten ist vor allem für die Beurteilung der konkreten Leistungsfähigkeit in einer bestimmten Tätigkeit von Bedeutung, weniger für die Beurteilung des abstrakten Leistungsvermögens. Man sieht sich besser in der Lage, zwischen tatsächlich beobachteter Leistung in einer realen Umgebung (Performanz) und der Kapazität, der Leistung in einer nicht eindeutig festgelegten Idealwelt zu unterscheiden.

Soweit die grundlegende Einbettung aus der Sicht des bio-psycho-sozio-Modells der ICF. Dennoch kommt man nicht herum, eine Beurteilung, **ein Gutachten nach gewissen standardisierten Kriterien** zu erstellen, so dass wir auch auf „übliche Bestandteile“ eines Gutachtens zurückgreifen müssen, was den eigentlichen Gutachtenaufbau angeht.

Bestandteile eines Gutachtens

Neurologische Untersuchung
 Psychischer Befund
 Anamnese, Fremdanamnese
 Beurteilung der Leistungsfähigkeit
 Beurteilung der Teilhabe am Arbeitsleben
 Rehabilitationsmöglichkeiten

Die Bestandteile sollten sich durchaus an den oben genannten Kriterien und Formulierungshilfen orientieren. Ich persönlich benutze Tests nur äußerst selten, daher mögen Sie diese Sparte in der obigen Auflistung vermissen. Manchmal wird das Argument vorgebracht, ein Gutachten ohne **Testpsychologische Befunde**, sei qualitativ schlecht. Ich meine, diese Auffassung ist sicherlich falsch. Es besteht eher die Gefahr, testpsychologische Befunde unkritisch überzuberwerten und zu übernehmen. Für die meisten klinischen Testverfahren liegen keine klinischen Untersuchungen vor, in wie weit die Tests im Stande sind, Alltagsleistungen zu prognostizieren. Die „**ökologische Validität**“ der Verfahren ist also unbekannt. Die meisten Tests messen auf der Ebene der Funktion. Die Korrelation zu Kategorien, Kontextfaktoren und Partizipation ist unklar. Wir stehen also vor dem grundsätzlichen Problem, dass wir zwar sehr detailliert einzelne psychische Funktionen prüfen können, dass wir aber nicht vorhersagen können, wie sich diese im Praktischen, besonders beruflichen Handeln, auswirken. Sternberg und Swerling fanden, dass die Korrelation zwischen Testergebnis und Verhalten im Alltag in den meisten Studien nicht über 0,3 liege. Die Prognosen liegen also etwas besser als die von Wahrsagern. Lezak betont, dass Testwerte wenig Information über Patienten geben, wie sie Probleme lösen oder an eine Aufgabe heran gehen. Testwerte sind keine Daten wie Laborwerte.

- Testdaten werden als wichtiger genommen als klinische Anamnese und Befund
- Defizite können unterschiedliche Ursachen haben, sie werden aber durch die Testdaten selbst nicht erklärt
- Der Proband wird unter anderen Bedingungen getestet als er sie im Alltag vorfindet. Seine Schwierigkeiten treten oft erst unter Belastungsbedingungen „draußen“ auf.
- Die Breite der Funktionen, die durch Tests erhoben wird, ist nicht so groß, wie es auf den ersten Blick erscheint.

Somit ist ein „**guter psychischer Befund**“ eine wichtige Herausforderung literarischer Art. Er beschreibt plastischer als ein Testergebnis die Person, welche im Idealfall vor dem Auge des Lesers entsteht.

Um zu einer „**ökologischen Einschätzung**“ zu kommen, sind in der Beurteilung verschiedene Variablen am besten im Rahmen einer angenehmen Gesprächsatmosphäre, für den Probanden quasi im Vorbeigehen, zu erheben. Es ließen sich daher Variablen ohne eigentliche Testung gewinnen.

Welche Aspekte sollten in einem psychischen und neuropsychologischen Befund berücksichtigt werden?

1. *Situation der Begutachtung, Interaktion Gutachter-Begutachter:* Kam der Begutachtete allein? Mit wem in Begleitung? Habitus, Auftreten? Soziale Atmosphäre
2. *Kommunikation:* Wie sind die pragmatischen und sprachlichen Fähigkeiten des Begutachteten? Geht er auf die Fragen ein? Ist die Darstellung kohärent? Werden Nebensächliches und wichtiges unterschieden?
3. *Dynamik der Persönlichkeit:* Wie spontan, lebhaft ist der Begutachtete? Wieviel psychische Energie-Antriebskraft lässt er erkennen? Mutlosigkeit? Resignation?
4. *Regulation des eigenen Verhaltens:* Impulsivität? Aggressive Äußerungen? Reizbarkeit?
5. *Stimmungslage:* In welcher Stimmung befindet sich der Begutachtete? Bedrückt? Ängstlich? Euphorisch? Wichtige Frage: liegt eine Depression vor?
6. *Einstellungen, Auffassungen, Erwartungen:* Wie sieht der Begutachtete seine eigene Person? Was erwartet er von der Zukunft? Ist er der Auffassung zukünftige Ziele erreichen zu können? Erlebt er sich als krank? Welche Hilfen erwartet er? Wie ist sein Vertrauen in sich selbst und seine eigenen Fähigkeiten?
7. *Orientierung und Gedächtnis,* dazu gehören u. a.
 - a) Zeitliche, örtliche und personale Orientierung
 - b) Arbeitsgedächtnis, es handelt sich um einen Kurzzeitspeicher, um Handlungen oder Mitteilungen zu Ende bringen zu können, Dauer höchstens in Minuten.
 - c) Langzeitgedächtnis, dazu gehören die unterschiedlichen Gedächtnisinhalte, wie autobiographisches, semantisches (Wissen), episodisches (Erlebtes)
 - d) Prospektives Gedächtnis, Fähigkeit sich zukünftige Aufgaben, Termine zu merken

- e) **Prozedurales Gedächtnis**, Fähigkeit sich nonverbal Handlungsabläufe einzuprägen.
8. **Aufmerksamkeit**: Dazu gehören u. a. Konzentration, Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit, Ermüdbarkeit
9. **Visuell-räumliche Fähigkeiten**: Dazu gehören u. a. die Fähigkeit der räumlichen Vorstellung, des visuellen Überblicks, der Abschätzung von Geschwindigkeiten und andere visuelle Leistungen, die wir beispielsweise beim Autofahren einsetzen.
10. **Exekutive Funktionen**: Der für die berufliche Prognose wohl wichtigste Funktionsbereich. Dazu gehöre die Fähigkeit, die eigenen Schwächen zu kompensieren und auf die eigenen Stärken zu bauen, weiterhin Handlungsplanung, eigener Kräfteinsatz, Fehlerkontrolle.
11. **Umstellungsfähigkeit**: Neuropsychologisch entspricht der Begriff der Umstellungsfähigkeit am ehesten dem der exekutiven Fähigkeiten. Darunter wird u. a. die Fähigkeit verstanden, bei neuen Aufgaben die eigenen Kräfte richtig einzuschätzen und die jeweiligen Handlungsschritte zu kontrollieren und anzupassen.

Die **Fremdanamnese** hat einen besonderen Stellenwert in der Beurteilung von Kranken. Es geht dabei nicht um eine objektive Schilderung, die es nicht gibt. Der Wert liegt vielmehr in dem Blitzlicht auf Details, in den Facetten des Alltags und in der biografischen Skizierung. Durch die befragte Person entsteht zusätzlich ein Bild der Interaktion zum Kranken hin. Hierbei ist wichtig, dass der Gutachter den Kranken lediglich über eine kurze Zeitspanne kennen lernt, die Person, die die Fremdanamnese abgibt, mit den Kranken in der Regel über einen langen Zeitraum zusammen gelebt hat.

In einem **Ergebnis einer Gutachtung** oder Beurteilung sind letztendlich meist die psychischen und sozialen Folgen einer Suchterkrankung die entscheidenden Determinanten für die berufliche Reintegration. Dabei haben das Arbeitsklima, die Einstellung der Vorgesetzten und Kollegen am zukünftigen Arbeitsplatz einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg am zukünftigen Arbeitsplatz „durchhalten zu können“. Allerdings sollten vorher **Basisqualifikationen** zur zukünftigen Arbeitstätigkeit erreicht sein:

- Kognitive Flexibilität
- Zeitmanagement
- Organisieren und Planen
- Sich Fertigkeiten aneignen
- Mehrfachaufgaben oder Einzelaufgaben übernehmen
- Die Fähigkeit, Zeitstrukturen einzuhalten, z.B. Pünktlichkeit
- Die Fähigkeit, Instruktionen zu verstehen und umzusetzen
- Die Fähigkeit zur Kooperation mit Kollegen
- Eine basale soziale Kompetenz
- Ein Mindestmaß an Eigeninitiative
- Eine Mindestfähigkeit zur Arbeitsorganisation
- Ein Durchhaltevermögen

In sofern haben wir jetzt die Grundbegriffe zur Erfassung von suchtmmedizinischen Problemen in der Erfassung der Arbeitsfähigkeit angerissen. Der Vortrag zielt nicht darauf ab, einzelne Aspekte akribisch zu zerlegen, denn gerade in der Rehabilitation Suchterkrankter ist die emotionale Einbettung unter professioneller, kritischer Reflektion der Teilschritte wichtiger, als das Erfüllen von aufgelisteten Variablen einer Zielvorgabe. Kommen wir daher jetzt zu spezielleren, suchtspezifischen Aspekten.

Die bisherige Gewichtung meines Vortrages lag in der Beschreibung der Kontextfaktoren. Für mich ein Bereich der bei Rehaökonomern und Organmedizinern oft vernachlässigt wird, demnach müssen zwei weitere Aspekte der Leistungsminderung in der Beurteilung Berücksichtigung finden.

Das **Ausmaß der Sucht selber** und die **Begleiterkrankungen** (Komorbidität).

Ein besonderes Problem stellen hierbei Personen dar, bei denen die **Diagnose Sucht** noch nicht hinreichend sicher gestellt ist. In den meisten Fällen unser Patienten in der Rehaabehandlung dürfte die Diagnose allerdings bestätigt sein. Die ICD 10 sieht die Unterscheidung zwischen schädlichem Gebrauch und einem Abhängigkeitssyndrom vor, eine nicht immer leichte Differenzierung. Der erfahrene Suchttherapeut braucht diese Unterscheidung, meine ich nicht. Es handelt sich um eine etwas andere Position auf der Leiter der Suchterkrankung, die sich nur durch den Standort unterscheidet und nicht durch die Erkrankung an sich. Hierbei spielen die Faktoren wie aktueller Gebrauch des Suchtmittels, Fähigkeit zur Selbstreflektion, Ehrlichkeit, und Motivationslage zur Abstinenz eine Rolle.

Die Abhängigkeit an und für sich, das heißt ohne leistungsrelevante Folgeschäden, kann zwar je nach Art des Suchtmittels bei **akuter Intoxikation** so wie bei **aktuellem Entzugssyndrom eine Arbeitsunfähigkeit bedingen**. Sie begründet aber in der Regel keine dauerhafte Leistungsminderung, da von einem Abhängigen erwartet werden kann, dass er sich mit oder ohne professionelle Hilfe in die Lage versetzen könnte Abstinenz einzuhalten, um dadurch seine Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen zu können. Die Annahme professioneller Hilfe kann von dem Versicherten mit Hinweis auf seine **Mitwirkungspflicht (§ 63 SGB I, § 51 SGB V) verlangt werden** und zwar von der **Rentenversicherung** im Hinblick auf drohende oder eingetretene Erwerbsminderung und von der **Krankenkasse** bei längerer oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit als Folge von Suchtmittelkonsum. Hier sehe ich einen wichtigen sozialmedizinischen und gesellschaftlichen Diskussionsbedarf unter dem Aspekt des co-mäßigen Suchtverhaltens einerseits und der eingeschränkten Arbeitsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt andererseits.

Eine **dauerhafte Leistungsminderung** entwickelt sich meist erst zusammen mit Folgeerkrankungen und –störungen. Die Behandlung führt dann nur noch zu einer Besserung der Leistungsfähigkeit aber oft zu keiner vollständigen Wiederherstellung.

Ich verzichte heute bewusst auf die Darstellung einzelner Erkrankungen. Es seien kurz die Polyneuropathie, die verschiedenen Formen der Hepatitis und die HIV-Infektion erwähnt. Die speziellen Therapien sind manchmal etwas aufwändig, aber gerade bei der HIV-Behandlung ist sehr häufig Arbeitsfähigkeit für leichte und oft auch für mittelschwere Tätigkeiten erhalten. Hier ist enge Zusammenarbeit mit den Organmedizinern gefordert. Die Schwere der Erkrankung wird häufig überschätzt. Oft versuchen Patienten Unsicherheiten bei Therapeuten und auch Unstimmigkeiten zwischen Organmedizinern und Psychotherapeuten auszunutzen. Eine Therapieeinrichtung ist gut beraten sich in diesen Fällen an kritische Organmediziner zu wenden.

Nach einer „erfolgreichen“ Therapie ist bei fehlender Komorbidität daher zunächst einmal von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszugehen. Erfolgreich sind alle regulär abgeschlossenen Therapiemaßnahmen. Andere Erfolgskriterien sind unsicher und von der Therapieeinrichtung abhängig. Auch bei irregulärem Therapieabschluss kann Abstinenzfähigkeit erzielt worden sein, was individuell abzuschätzen ist.

In einigen besonderen Fällen, die durch **spezielle Bedingungen der Berufstätigkeit** charakterisiert sind, stellt die Suchterkrankung selber bereits eine Leistungsminderung in einem bestimmten Berufsfeld als Sicherheitsrisiko für die Allgemeinheit dar, auch bei einer Rückfallgefahr durch die Arbeitsbedingungen im Allgemeinen, Griffnähe zum Suchtmittel in der Gastronomie oder bei, Arbeitsplatzbedingte Überforderung und bei besondere Formen der Arbeitsorganisation, -anforderungen, -beziehungen. Kommen wir zu diesen Aspekten im Einzelnen.

In einigen Berufen ist eine Abhängigkeit unabhängig davon, ob aktuell konsumiert wird oder nicht, als Sicherheitsrisiko anzusehen, und zwar schon wegen der bestehenden Rückfallgefahr und der damit verbundenen verminderten Steuerungsfähigkeit. So beispielsweise bei Berufskraftfahrern, Lokomotivführern oder Piloten. Wir müssen hierbei das **berufsbedingte Sicherheitsrisiko** der Allgemeinheit gegen das Risiko des Abhängigen abwägen. Für die sozialmedizinische Beurteilung ist das Risiko der Berufsausübung führend. Es ist die Abstinenzfähigkeit einzuschätzen. Auch hier ist nach erfolgreicher Therapie davon auszugehen, dass Suchtkranke fähig sind zum Beispiel ein Kraftfahrzeug zu führen und den Beruf als Kraftfahrer auszuüben. Es ist lediglich das qualitative und quantitative Leistungsvermögen im Erwerbsleben einzuschätzen. Die Prüfung der Eignung und das Risiko für die Allgemeinheit obliegt anderen Institutionen zum Beispiel Arbeitgeber, Straßenverkehrsamt, Bahnarzt. Bei der Deutschen Bundesbahn wird ein trockener Alkoholiker beispielsweise für ein Jahr nicht als Lokomotivfahrer eingesetzt. Er gilt aber als dienstfähig. Vergleichbares gilt in anderen Berufssparten in Verbindung mit Kraftfahrzeugen.

Oft sind die **Arbeitsplatzbedingungen** rückfallgefährdend. Auch hier stellt sich die Frage der Arbeits- und Berufsfähigkeit. Eine Rückfallgefährdung entsteht beispielsweise dadurch, dass eine Tätigkeit mit der Einnahme von Suchtmitteln verbunden sein kann oder zumindest eine besondere „Griffnähe“ besteht. Hier muss nach individuellen Gegebenheiten die Möglichkeit der Veränderung der Arbeitsbedingung, die Verweisbarkeit in eine andere Tätigkeit oder gar der Berufswechsel durch berufsfördernde Maßnahmen geprüft werden.

Eine erhöhte Rückfallgefahr entsteht auch durch besondere **psychomentele Belastungen** und den Arbeitsanforderungen. Suchtkranke weisen oft eine weniger elastische psychische und vegetative Reaktionsbereitschaft bei Stress auf. Oft bestehen bei ihnen gleichzeitig erhöhte Leistungsanforderungen an sich selbst und eine geringere Frustrationstoleranz. Sie können sich eigene Fehler schlecht verzeihen und Kritik bei ausbleibender Anerkennung oder Belohnung schlecht aushalten. Gelegentlich versuchen sie ihr eigenes Versagensgefühl über eine konstruierte Mobbingssituation zu kaschieren. Eine Reha-Institution ist bereits im Vorfeld und auch beim auftretenden Konflikt gefordert bei Problemen zu unterstützen. Es ist auch zu prüfen in wie weit mit dem Arbeitgeber Einfluss auf die Arbeitsbedingungen genommen werden kann, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu erleichtern.

Arbeitsorganisation

Bei langjährigem Konsum ist von einer längerfristigen Störung der vegetativen Regulation zwischen Spannung und Entspannung im zirkadianen Rhythmus auszugehen. Bei Arbeitsstrukturen mit Wechselschicht, einschließlich Nachtdienst, beinhaltet dies eine erhöhte

Rückfallgefahr, die oft für Suchtkranke nicht zumutbar ist. Ähnliches trifft für Tätigkeiten mit ständig wechselndem Einsatzort und häufige Abwesenheit von Zuhause, wie bei Montagetätigkeit, zu.

Arbeitsanforderungen

Aus vergleichbaren Gründen ist individuell zu prüfen in wie weit beispielsweise Anforderungen unter besonderem Zeitdruck oder hoher emotionaler Belastung oder im Umgang mit Aggressivität einen Suchtkranken überfordern können und nach Möglichkeit zu mildern wären.

Kritisch zu sehen ist der häufige Wunsch arbeitsloser Suchtkranker **in einen sozialen Beruf umzuschulen**. Einerseits ist das Bestreben sich zum Fachmann oder Helfer zu machen nachvollziehbar und im geeigneten Fall auch unterstützenswert. Andererseits ist zu prüfen in wie weit Suchtkranke mit der Schwierigkeit der Grenzziehung überfordert sind und sich einer erhöhten Rückfallgefahr aussetzen.

Beziehungen am Arbeitsplatz

Vermeintliche Mobbing-Situationen resultieren häufig nicht nur aus Fehlleistungen der Vergangenheit, sondern aus gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen für die zum einen die Beziehungsschwierigkeiten vieler Suchtkranker, zum anderen auch Vorurteile der Kollegen verantwortlich sind. Hier ist oft professionelle Hilfe von außen gefordert.

Mit **Rückfällen** muss in jedem Stadium der Krankheit gerechnet werden. Dennoch ist davon auszugehen, dass ein Abhängiger durch **wiederholte Behandlungsmaßnahmen** in die Lage versetzt werden kann Abstinenz einzuhalten und seine Leistungsfähigkeit zu erhalten. Insofern ist aus sozialmedizinischer Sicht, solange keine gravierende Folge- oder Begleiterkrankungen eingetreten sind, davon auszugehen, dass Abstinenz erreicht werden kann. Viele Fachkliniken verfügen über spezielle Angebote für Therapiewiederholer. Der Balanceakt zwischen weiterer Chance und übermäßigem Therapieangebot ist oft schwer zu ziehen.

Personen mit **fortgeschrittenen hirnorganischen Veränderungen**, die die mentalen Fähigkeiten Abstinenz einzuhalten einschränken, oder Personen mit bestimmten **schweren Persönlichkeitsstörungen** bei denen trotz erhaltener intellektueller Leistungsfähigkeit die Frustrationstoleranz eingeschränkt ist, stellen Seltenheiten dar, wenn man die Gesamtzahl der Suchtkranken zugrunde legt. Erst in solchen und vergleichbaren Fällen ist eine Leistungsminderung bzw. **Leistungsunfähigkeit** zu erwarten und somit Therapieunfähigkeit.

Noch ein paar Worte, auch wenn es nicht zum direkten Thema gehört zum **Behandlungssetting**. Es entscheidet wesentlich über den Erfolg in wie weit eine Person wieder arbeitsfähig wird. Die intensivste und differenzierteste Behandlung erfolgt im Rahmen einer stationären Rehabilitation in einer Fachklinik. Unter begrenzten finanziellen Mitteln und der im Vergleich zur hohen Prävalenz eingeschränkten Inanspruchnahme durch Versicherte wurden **ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten** ausgebaut. Mit der Diagnose einer Sucht ist zugleich die Indikation zur Entwöhnungsbehandlung gegeben auch ohne das konkrete, bereits eingetretene Erwerbsminderung nachgewiesen sein muss. Allerdings ist bei festgestellten Schäden neben der Beurteilung der Motivation und der sozialen Begleitumstände die Wahl zwischen ambulanter, teilstationärer oder stationärer Rehabilitation wichtig.

Für eine *ambulante* Rehabilitation sprechen:

- ein guter Gesundheitszustand,
- der Nachweis einer Abstinenzfähigkeit,
- eine gute Behandlungsdisziplin,
- ein stabilisierender sozialer Rahmen am Heimatort

Für eine *stationäre* Rehabilitation sprechen:

- gravierende Folge- und Begleiterkrankungen
- fortbestehende Arbeitsunfähigkeit
- geringe Abstinenz Erfahrung bzw. vergebliche Abstinenzversuche
- eine noch mangelhaft ausgeprägte Krankheitseinsicht und Behandlungsdisziplin
- ein destruktiver sozialer Hintergrund

Der **Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme** hängt im Wesentlichen davon ab, ob es bereits während der Maßnahme gelingt, konkrete Schritte zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben einzuleiten. Hierzu dient eine auf die berufliche Rehabilitation ausgerichtete Arbeitstherapie, die Möglichkeiten von Belastungserprobungen, die Ableistung berufsbezogener Praktika so wie die Vermittlung in eine sogenannte Adaption. Hierdurch wird das Rückfallrisiko wesentlich reduziert.

Die Beurteilung ob eine Person **voll erwerbsfähig, teilweise erwerbsfähig oder erwerbsunfähig** ist, hängt von der Einschätzung nach oben gesagtem ab, ob drei, sechs oder mehr Arbeitsstunden täglich geleistet werden können.

Der Referent verzichtet darauf ausdrücklich die männliche und weibliche Form der besseren Lesbarkeit wegen anzuwenden. Er bittet höflichst um Verständnis.

Dr. Helgo Grabke, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie ,
Sozialpsychiatrischer Dienst, Kreis Recklinghausen