

Alexander Flüthmann
LVA Westfalen

**Vortrag anlässlich der Tagung
„Neue Wege zur beruflichen Integration
- Arbeitsprojekte im suchttherapeutischen Setting“
am 11.05.2005**

Stellenwert der Arbeitstherapie aus Sicht der Rentenversicherungsträger

Meine sehr verehrten Damen, meine Herren,

Als die LVA Westfalen die Anfrage erhielt, hier und heute über den Stellenwert der Arbeitstherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung zu referieren, haben wir selbstverständlich unsere Zusage erteilt. Wir halten die Arbeitstherapie für einen wesentlichen Therapiebaustein in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Als Vertreter der LVA Westfalen und der gesetzlichen Rentenversicherung komme ich nicht umhin, am Anfang meines Referats unseren gesetzlichen Auftrag in Erinnerung zu rufen.

Die gesetzliche Rentenversicherung erbringt letztendlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um eine vorzeitige Berentung zu vermeiden. Wir wollen dem behinderten Versicherten durch Reha-Leistungen ermöglichen, dauerhaft im Erwerbsleben verbleiben zu können bzw. dauerhaft wieder eingegliedert zu werden. Es gilt der allseits bekannte Grundsatz "Reha vor Rente".

So wichtig auch die medizinische Behandlung eines Klienten ist, der Erfolg der Rehabilitation ist nicht ausschließlich am Erreichen der Abstinenz zu messen, sondern ebenso am Erreichen bzw. Wiedererreichen der Erwerbsfähigkeit. Der Versicherte muss fähig sein, nach der Reha seine bisherige oder eine andere berufliche Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder aufnehmen zu können, jedenfalls wenn der Rentenversicherungsträger die Rehabilitation finanziert.

Andere Sozialleistungsträger haben andere Ziele.

Für mein Verständnis wird den Themen "Arbeitslosigkeit" und "berufliche Eingliederung bzw. Wiedereingliederung" aber immer noch viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Anspruch und Realität klaffen noch weit auseinander.

Die Anzahl derjenigen Klienten, die die Rehabilitation aus dem Arbeitslosenstand antreten, wächst von Jahr zu Jahr beängstigend:

Hinzu kommen Versicherte, deren Arbeitsplatz wegen der Suchtproblematik gefährdet ist oder diejenigen, die am Arbeitsplatz weiter besonderen Belastungen durch den Umgang mit Suchtmitteln ausgesetzt sind.

Aus Untersuchungen wissen wir, dass Abhängige, die bei der Klinikaufnahme arbeitslos sind und auch bei Abschluss der Rehabilitation nicht in Arbeit vermittelt werden können, die höchste Rückfallquote haben.

Zunächst müsste sich der Stellenwert der Arbeitstherapie bereits in den Therapiekonzepten der Rehabilitationseinrichtung niederlegen. Dieses ist jedoch nicht immer der Fall.

Es gibt noch immer Konzepte, die ganz eindeutig auf die psychotherapeutische Betreuung und Behandlung ausgerichtet sind. Die Arbeitstherapie ist oft gerade mal mit einer halben Seite bei insgesamt 30 oder 40 Seiten Konzept erwähnt. Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit steht ganz offensichtlich als Ziel nicht in direktem Einklang mit dem therapeutischen Selbstverständnis dieser Einrichtungen, die als vorrangiges Therapieziel die Abstinenz sehen.

Zugegeben, das Suchtmittel diente dem Klienten lange Zeit als Mittel zur Lebensbewältigung und zur Kompensation von psychischen Defiziten - und auch von körperlichen Störungen. Die Behandlung der Suchterkrankung ist ohne eine adäquate Behandlung dieser psychischen, sozialen und körperlichen Störungen nicht möglich. Neben der Erreichung des Abstinenzzieles geht es aber darum - wie bereits mehrfach ausgeführt -, die Wieder-

eingliederung in das Erwerbsleben vorzubereiten, zu betreiben und letztendlich auch zu erreichen.

Tatsächlich umfasst die Arbeitstherapie in Rehabilitationseinrichtungen oft 50 % des Therapiealltags. Dieses ist jedoch kein Garant für eine erfolgreiche Arbeit, denn Masse bedeutet nicht gleich Klasse.

Meine Damen und Herren,

Ich höre in Kliniken immer wieder den Begriff "Arbeitstherapie" für verschiedene Begriffe, wenn es um arbeitsbezogene medizinische Rehabilitationselemente dienende Therapiebausteine geht.

Deshalb jetzt einige Ausführungen zu den Begrifflichkeiten:

Die Belastungsproberprobung dient der Ermittlung der körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsbereitschaft des Patienten, umfasst die soziale Anpassungsfähigkeit seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschancen und die Dauerbelastung im Arbeitsleben.

In der **Beschäftigungs-/ bzw. Gestaltungstherapie** steht der spielerische, kreative Umgang mit Material im Vordergrund, um den persönlichen Ausdruck mit symbolischen Mitteln anzuregen. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden.

Die Aufgabenstellung setzt sich der Klient meist selbst. Trotzdem ist mit Beschäftigungstherapie nicht bloßes „Zeitverbringen“ gemeint, vielmehr sollen unter therapeutischer Anleitung die meist verschütteten, teilweise auch noch nicht entdeckten kreativen Fähigkeiten des Klienten geweckt und gefördert werden, so dass er dabei Freude und Erfolgserlebnisse erfährt. In der Gestalttherapie werden mit bildnerischen Mitteln wie Malen und Modellieren Möglichkeiten des Ausdrucks und der Selbstdarstellung gefunden. Der gestalterische Prozess fördert Selbstheilungskräfte und kann Zugang zu unbewussten Inhalten schaffen.

In der Suchtrehabilitation hat diese Therapie mehr eine freizeitpädagogische Funktion, indem sie Anregungen vermittelt und Vorteile selbstorganisierter Zeitstruktur aufzeigt.

Im Gegensatz dazu soll die **Arbeitstherapie** durch gegenständliches und zweckgebundenes Tun zum Erreichen der Rehabilitationsziele beitragen und ein alternatives Vorgehen zu den stark **reflexiven** und verbal ausgerichteten psychotherapeutischen Verfahren anbieten. Die Arbeitstherapie stellt den Klienten vor Aufgaben mit "Ernstcharakter". Sie fordert ihn z.B. heraus, sich auf neue und für ihn eventuell schwierige Aufgaben einzulassen und dient auch zur Strukturierung.

Bei der Arbeitstherapie sind sehr gut Arbeitsmotivation, die Einstellung des Klienten zur Arbeit, seine Belastbarkeit und seine Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben (Arbeitsqualität und Arbeitstempo) zu erkennen.

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse sind zunächst konkrete arbeitstherapeutische Zielsetzungen für jeden einzelnen Klienten unter Berücksichtigung seiner beruflichen Anamnese und des beruflichen Hintergrundes zu entwickeln.

Nächster Schritt in der Arbeitstherapie ist es dann, die entsprechenden Handlungsprogramme zu entwerfen und gemeinsam mit dem Patienten umzusetzen, die darauf ausgerichtet sind, die Fähigkeiten des Patienten im Bereich der Arbeitshandlungen zu erweitern und zu verbessern.

Die Arbeitstherapie darf sich nicht darauf beschränken, Dienstleistungen für die Klinik zu erbringen, z.B. Einsatz in der Küche, im Speisesaal, in der Hauswirtschaft oder ähnliches. Vielmehr ist sie an der heutigen Berufsarbeit und deren Erfordernissen auszurichten, so dass auch besondere aktuelle Arbeitsbereiche (z.B. EDV-Techniken, büropraktisches Training, CNC-Ausbildung) vorhanden sein müssen. Auch Teamarbeiten muss beispielsweise vermittelt und erlernt werden. Und schließlich sind für mich Anleitung zur Stellensuche, Bewerbungsberatung, Beratung im Umgang mit Arbeitgebern, Behörden usw. selbstverständlich.

Meine Damen und Herren,
ich gehe noch einen Schritt weiter:

Wenn wirklich das Therapiekonzept einer Klinik bzgl. der Arbeitstherapie vielleicht nicht zu beanstanden ist, wie sieht dann aber die Realität aus?

Wo die Arbeitstherapie in einer Garage oder einem feuchten, engen Kellerraum untergebracht ist, kann keine adäquate Vorbereitung auf die Arbeitswelt draußen erfolgen. Wenn immer noch Maschinen und Werkzeuge aus den **50er Jahren** eingesetzt werden, kann man keinem Arbeitgeber, der sich einmal in einer Klinik über die Arbeitstherapie ein Bild verschaffen will, klarmachen, dass der Klient für bestimmte Berufsfelder wirklich vorbereitet wurde. Dabei verlange ich keine hochmodernen Betriebsstätten für die Arbeitstherapie in der Einrichtung, das würde auch unsere finanziellen Möglichkeiten im Jahre 2005 übersteigen. Was ich mir wünsche, ist ein angemessener Arbeitstherapiebereich für schwerer gestörte Klienten im Klinikbereich selbst, darüber hinaus aber die arbeitstherapeutisch begleitete Kooperation mit Bildungsstätten oder Fremdfirmen verschiedenster Arbeits- und Berufsfelder für die übrigen Klienten. Letzteres ergibt zudem die große Chance, dass ein Arbeitgeber, der einen Klienten in einem Praktikum kennenlernt, diesen im Berufsalltag selbst beobachten und abschließend hinsichtlich seiner Einsatzfähigkeit beurteilen kann - und das, ohne dafür selbst Kosten aufwenden zu müssen. Ich freue mich immer wieder, wenn aus solchen Praktika Dauerarbeitsverhältnisse werden.

Meine Damen und Herren,

damit ich nicht missverstanden werde, ich habe nichts dagegen, wenn es der Leitung einer Rehabilitationseinrichtung gelingen sollte, einen besonderen Arbeitstherapiebereich einzurichten, der auch reguläre Instandhaltungsaufgaben für das Haus übernimmt. Für besonders ausgewählte Klienten könnte ich mir nach Absprache auch den Betrieb eines verantwortungsvollen Arbeitstherapiebereichs vorstellen, der sich über Fremdaufträge wenigstens zum Teil selbst finanziert (Partyservice, Pferdepenion, Verkaufsladen, Gärtnerei etc.).

Bei steigender Arbeitslosigkeit haben die uns anvertrauten Klienten immer schlechtere Vermittlungschancen. Das ist Realität, das müssen wir sehen und deshalb müssen wir sehr kreativ sein, um die Vermittlungsquote weiter zu verbessern.

Es darf nicht so sein, dass es vom Engagement der einzelnen Fachkraft in den Einrichtungen oder vielleicht auch vom Zufall(?) abhängt, was bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung während der medizinischen Rehabilitation geschieht.

Deshalb muss die medizinische Rehabilitation in besonderer Weise auf die Bedürfnisse dieser Personengruppen eingehen - und zwar so früh, so schnell und so effektiv wie eben möglich.

Dabei geht es um Fragen wie: Hat der Klient einen schulischen oder beruflichen Abschluss, welche Tätigkeiten hat er bisher verrichtet, welche Fähigkeiten besitzt er intellektuell noch, wie sind seine körperlichen Einschränkungen hinsichtlich der tatsächlichen Berufsausübung, welchen Berufswunsch hat der Klient selbst, wie sind dafür die Möglichkeiten des Arbeitsmarktes, welche Vorstrafen hindern den Versicherten, bestimmte Berufe auszuüben, bearbeitet der Klient lieber Holz oder Metall, beschäftigt er sich lieber in einem Betriebsgebäude oder hält er sich bei der Arbeit lieber in der freien Natur auf, geht es ihm um eine ästhetisch saubere Arbeit (Büro) oder um eine weniger saubere Arbeit - im Garten oder in der Werkstatt. Die Antworten auf diese Fragen geben wertvolle Aufschlüsse für die Vorbereitung auf den beruflichen Einsatz nach der Rehabilitation, ja sie sind hilfreich zur Aufdeckung Schwierigkeiten und Probleme und können dann gleichzeitig als Trainingsfeld für den Erwerb neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten genutzt werden.

In einem solch strukturierten Bemühen der Fachleute in den Reha-Kliniken sehe ich eine zukunftsorientierte Handlungsweise.

Wegen der Komplexität der Problematik bei den oft jahrelang erwerbslosen Versicherten können wir nicht bis zur Adaptionsphase warten. Wir müssen themenzentrierte Gruppen- und Einzelgespräche von Anfang an in den Reha-Plan einstellen, wir müssen eine qualifizierte "Arbeitstherapie" - (zu der Begrifflichkeit später mehr) - in oder über die Einrichtungen anbieten und wir müssen auch externe Fachdienste und diejenigen der Rentenversicherungsträger in diesen Baustein der Rehabilitation schon frühzeitig mit einbeziehen.

Meine Damen und Herren,

nach diesen Ausführungen ist es m.E. schon fast überfällig, dass ich das Verhältnis Entwöhnungsphase und Adaptionsphase anspreche. Die von mir beschriebenen Therapiebe-

reiche benötigen wir nicht in den Fachkliniken **und** in den separaten Adaptionseinrichtungen. Ich wünsche mir, dass es künftig noch mehr Abstimmung zwischen den Kliniken und den Adaptionseinrichtungen gibt. Abstimmung untereinander zur Vermeidung von Doppelleistungen, ist hier die Forderung der Stunde.

Meine Damen und Herren,

die Vorbereitung und Durchführung der individuellen beruflichen Integration setzt in einigen Fällen Spezialkenntnisse voraus, die nicht immer in den Reha-Einrichtungen vorhanden sein können. Ich denke an arbeitsmedizinische oder arbeitspsychologische Untersuchungen und Tests, deren Ergebnisse erst ein gezieltes Tätigwerden der Therapeuten in den Reha-Einrichtungen ermöglichen.

Die Berufsförderungswerke als Spezialeinrichtungen für berufsfördernde Maßnahmen verfügen über das entsprechende "know how" und das entsprechende Fachpersonal und wir dachten uns, diese Fachlichkeit bereits während der medizinischen Rehabilitation zu nutzen, falls dies sinnvoll und notwendig ist.

Im Rahmen eines Modellprojektes hatte die LVA Westfalen zunächst mit einigen Adaptionseinrichtungen und dem Berufsförderungswerk in Dortmund Absprachen getroffen, um entsprechende Vorgänge schnell und unbürokratisch abzuwickeln.

Ich möchte Ihnen dieses Modell kurz vorstellen und sage sofort dabei, dass es meines Erachtens in die richtige Richtung geht, dass es aber für einen Teil der Versicherten leider immer noch zu spät greift.

Seitens des Berufsförderungswerkes wurden 4 Module angeboten, die eine Verbesserung der beruflichen Integration der Klienten zum Ziel hatten:

Modul 1: Umfassende Berufsberatung zur Erarbeitung konkreter Berufsvorschläge unter Berücksichtigung der Ergebnisse standardisierter eignungspsychologischer Testverfahren, des aktuellen Schulkenntnisstandes, der Neigungen, der beruflichen Vorerfahrungen, der psychophysischen Belastbarkeit und der persönlichen Situation des Rehabilitanden.

- Modul 2: Feststellung beruflich relevanter gesundheitlicher Einschränkungen mit Beratung zur weiteren beruflichen Leistungsfähigkeit und zur beruflichen Reintegration.
- Modul 3: Erprobung der körperlichen Leistungsfähigkeit unter typischen Belastungen eines spezifizierten Berufsbildes mit arbeitsmedizinischer Überwachung. Empfehlungen und Ermutigung zur beruflichen Reintegration bzw. Rehabilitation.
- Modul 4: Information über gewünschte Berufsfelder/-bilder und den Ablauf der Ausbildung. Hilfestellung bei der Berufswahl durch praxisbezogene Erprobung.

Die Dauer der Module war unterschiedlich und wurde individuell festgelegt. Der Versicherte nahm daran als Pendler (aus der Adaptionseinrichtung) teil.

Leider wurde dieses Modellprojekt von den Beteiligten nicht in der gewünschten Weise genutzt.

Ich stelle mir für die Zukunft folgendes Verfahren vor und damit komme ich zum Resümee:

1. Die Beratung über aktuelle berufliche Eingliederungsmöglichkeiten der Leistungsträger sollte in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen intensiviert werden. Hierbei ist auch das „know how“ von Externen einzubinden.
2. Die Reha-Einrichtung sollte selbst über entsprechend qualifizierte Sozialarbeiter verfügen.
3. Diese Reha-Beratung sollte sich schwerpunktmäßig auf Beratungen zur beruflichen Eingliederung / Wiedereingliederung sowie die unverzügliche Einleitung weiterer erforderlicher Maßnahmen beziehen.

4. Rechtzeitige Einbindung nachfolgender Leistungsträger.

Meine Damen und Herren,

für mich steht die Praxis der beruflichen Integration in einer Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen einfach noch in einem krassen Widerspruch zu dem Stellenwert, den ich diesem Bereich im Rahmen der heutigen Rehabilitation Abhängigkeitskranker beimessen möchte.

Viel zu viel werden heute immer noch nur die Psycho- und die Sozialtherapie gesehen und weiterentwickelt. Die deutliche Verbesserung des Stellenwertes der beruflichen Reintegration muss unsere Aufgabe für die nächste Zeit sein. Wir müssen dabei noch kräftig zulegen und auch Barrieren überwinden.

Ich fordere Sie auf, mit uns, den Leistungserbringern, gemeinsam weitere erfolgversprechende Projekte und Modelle zu vereinbaren und durchzuführen.

Nachdem wir die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker in den letzten Jahren differenzierter und individueller gemacht haben, muss uns bald auch die optimale Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration gelingen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.