Integration und Teilhabe
Suchtkranke Menschen sozial und beruflich fördern

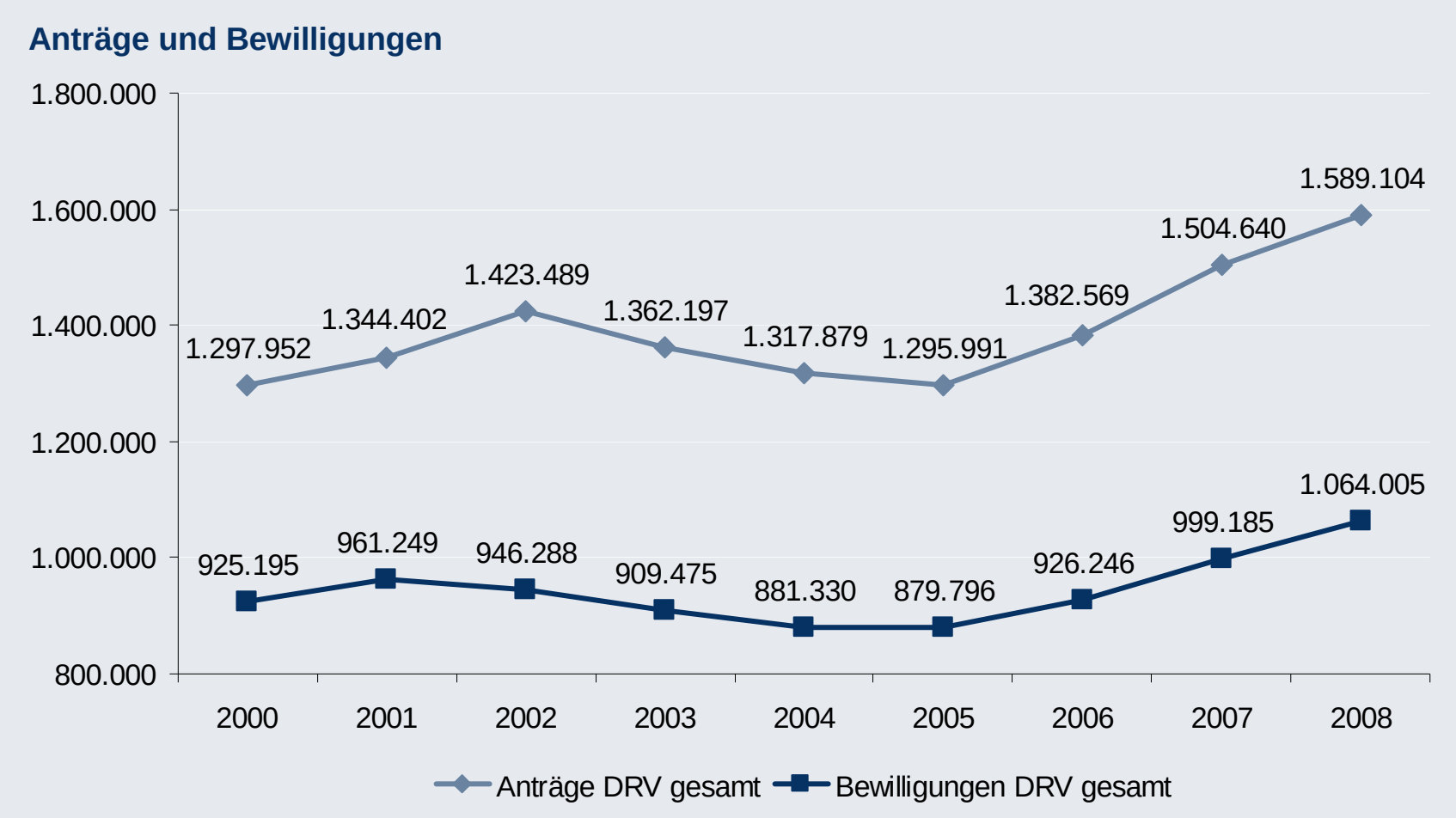
Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben:

Was bremst, was fördert ?

Fachtagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen am 24.11.2010

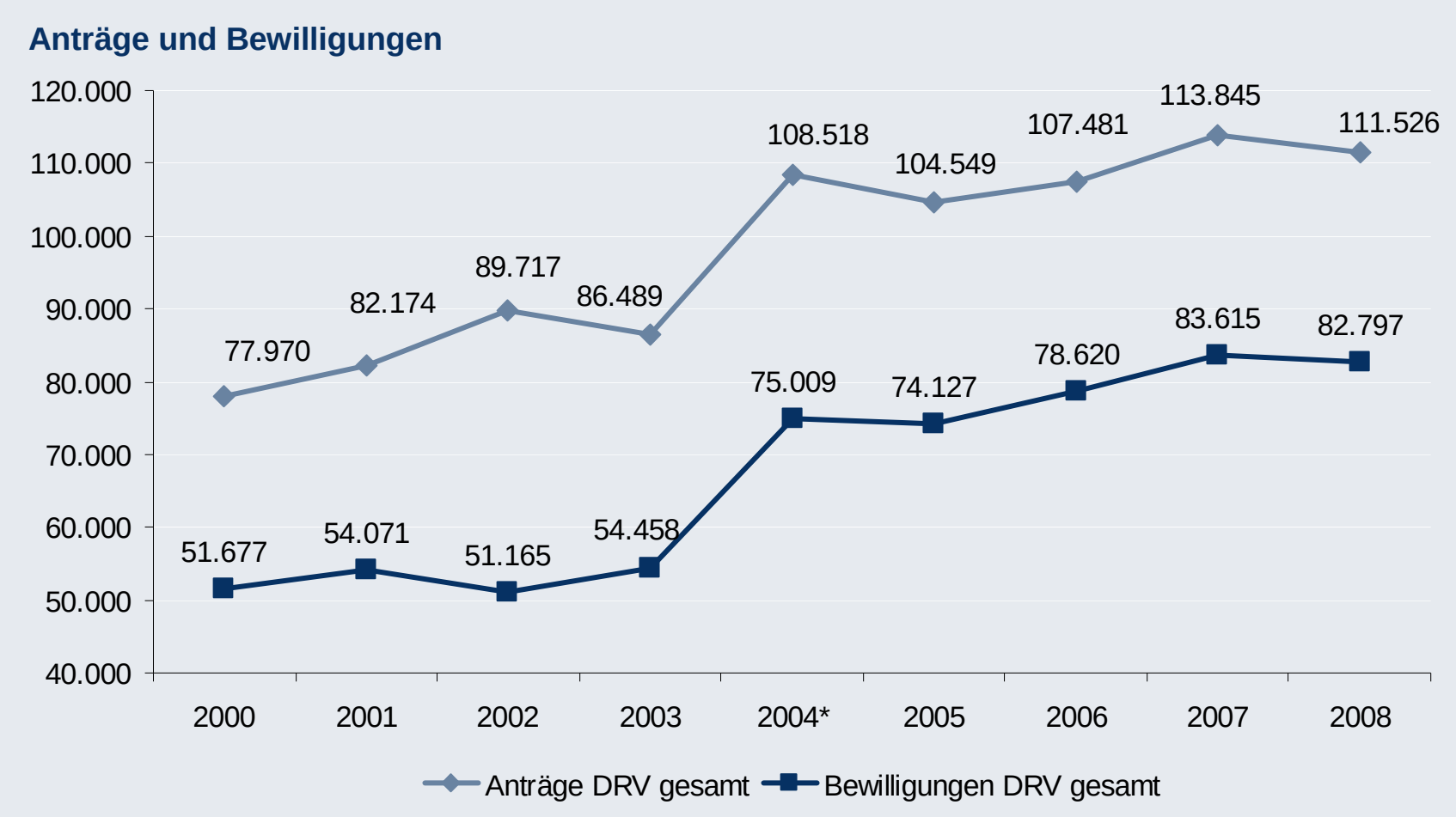
G.Wiegand, Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover

Deutsche Rentenversicherung
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



Quelle: ISRV Reha-Anträge Tab.: 1.0 RV

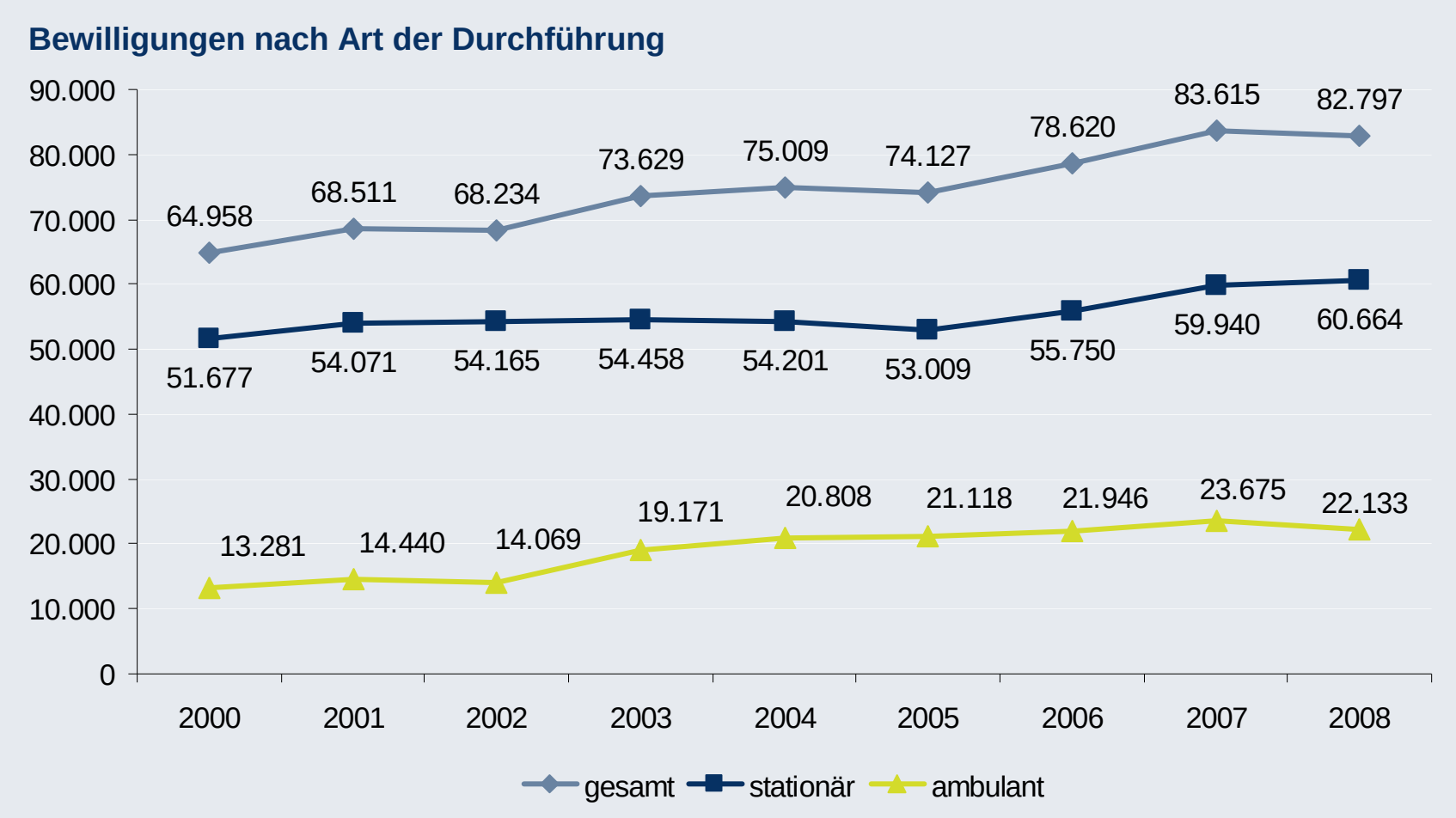
Deutsche Rentenversicherung
Leistungen zur Suchtrehabilitation



* seit 2004 incl. Ambulate Rehabilitation

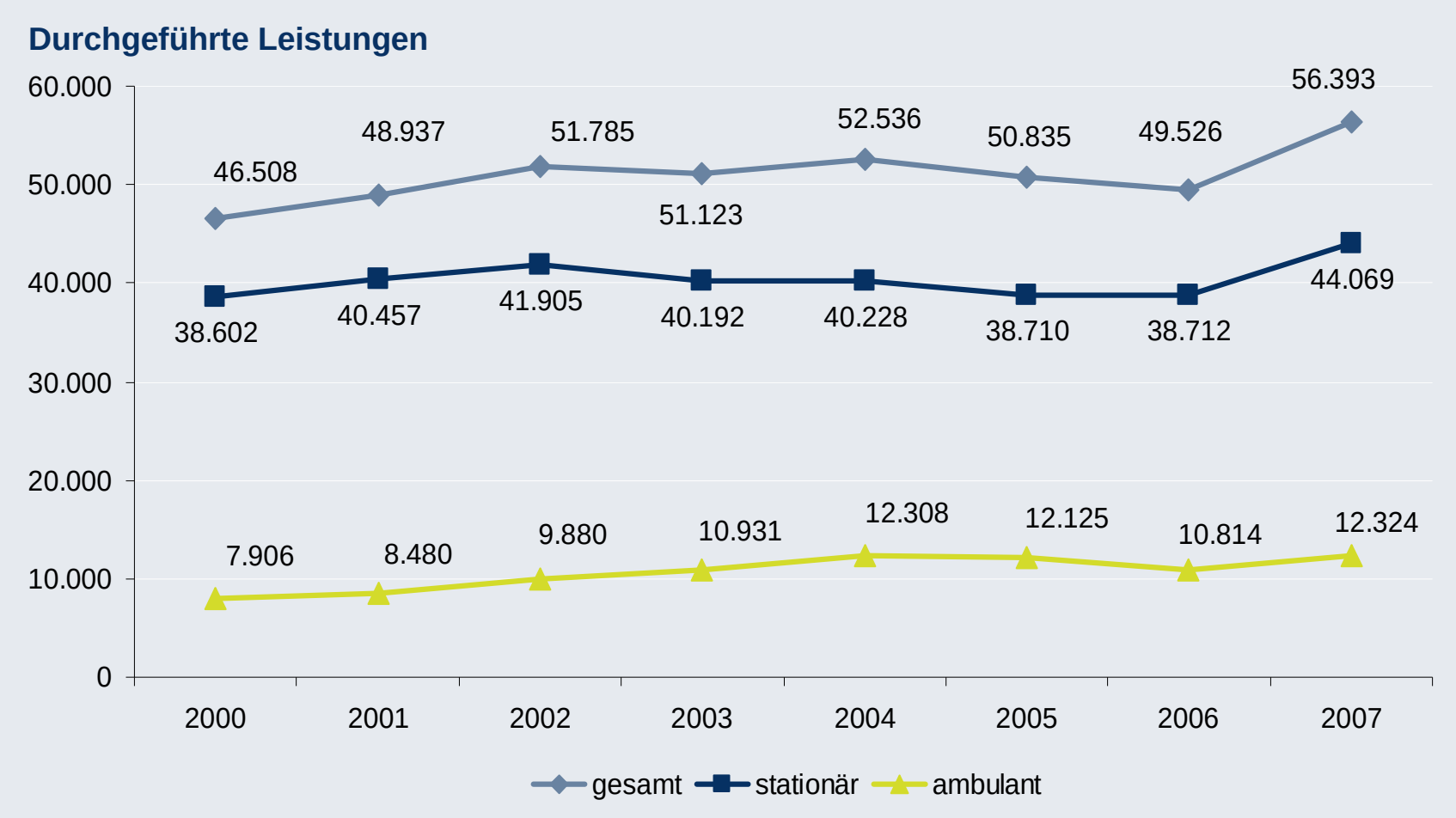
Quelle: ISRV Reha-Anträge Tab.: 31.0 RV

Deutsche Rentenversicherung
Leistungen zur Suchtrehabilitation



Quelle: ISRV Reha-Anträge Tab.: 74.0 RV

Deutsche Rentenversicherung
Leistungen zur Suchtrehabilitation



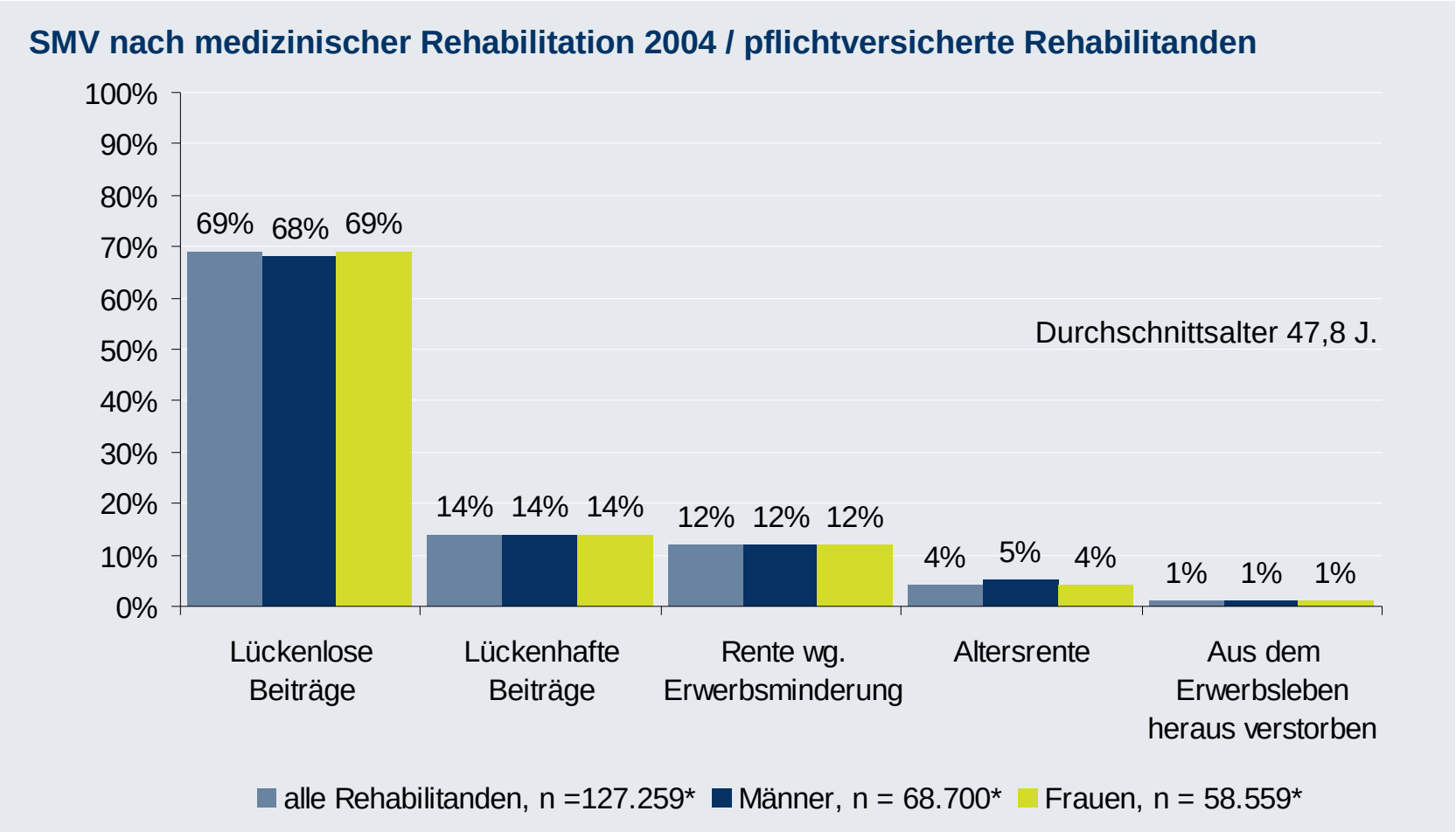
Quelle: ISRV Reha Tab: 1.00 M RV

Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe

§ 9 SGB VI : Die RV erbringt ***Leistungen zur Rehabilitation****, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen,* ***um***

1. ***den Auswirkungen einer Krankheit*** *oder einer ... Behinderung* ***auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden*** *und*
2. *dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder* ***sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.***

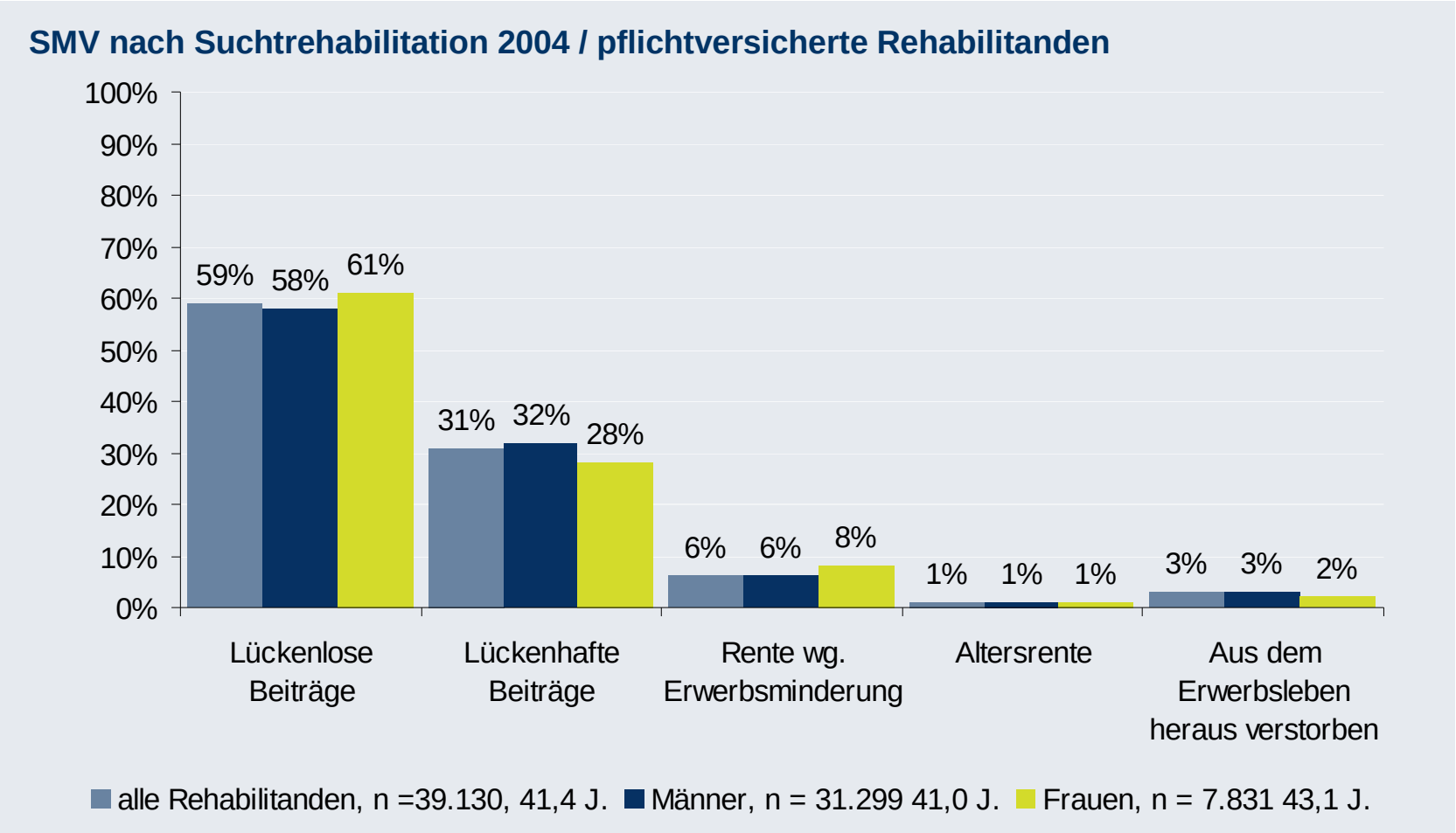
Deutsche Rentenversicherung
Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf



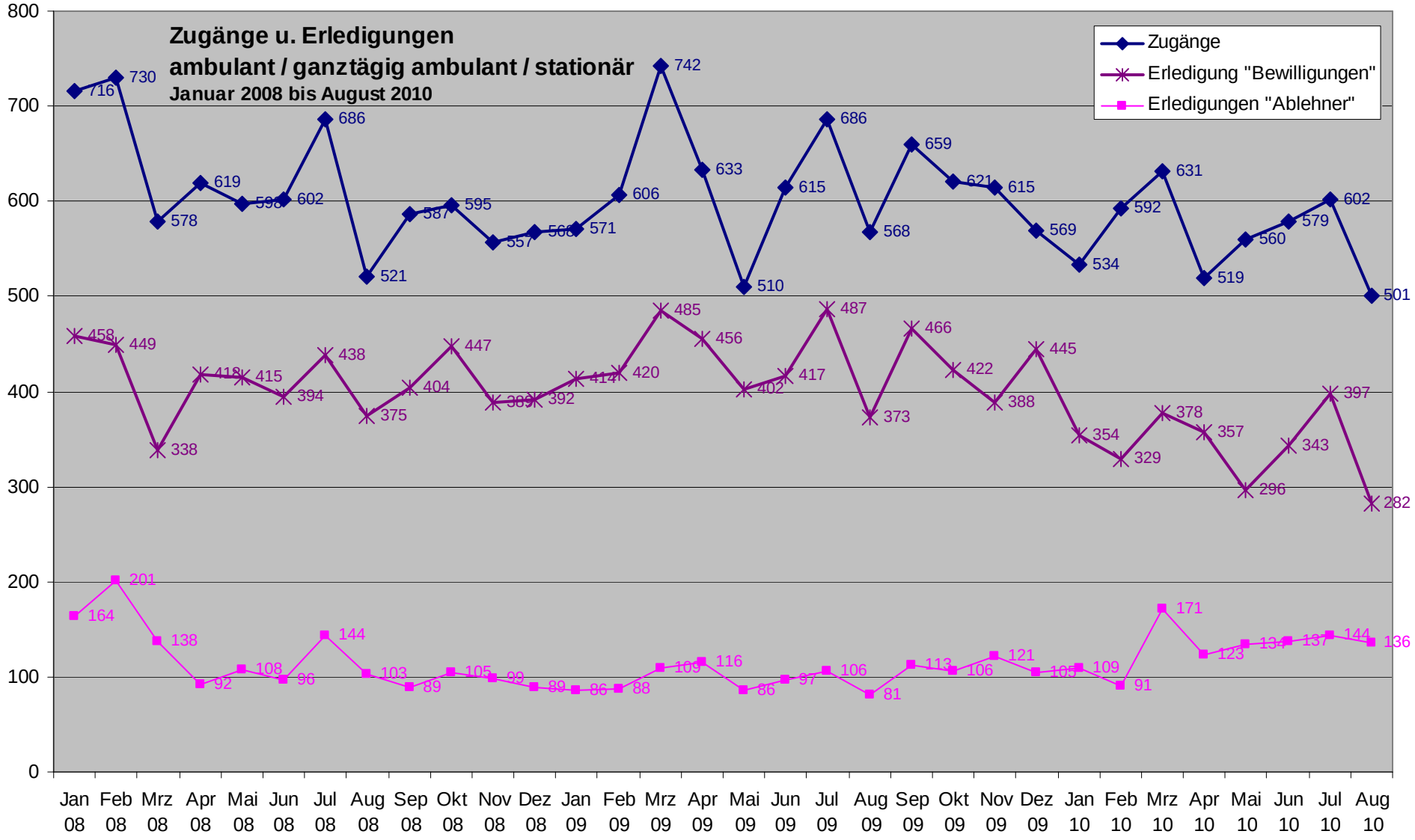
Quelle: Bereich 0430 / RSD 1999 bis 2006 (Reha 2004)

* 20 % Stichprobe

Deutsche Rentenversicherung
Sozialmedizinischer 2-Jahres-Verlauf



Quelle: Bereich 0430 / RSD 1999 bis 2006 (Reha 2004)


Zugänge u. Erledigungen
ambulant / ganztägig ambulant / stationär
Januar 2008 bis August 2010
Zugänge
Erledigung "Bewilligungen"
Erledigungen "Ablehner"
800
700
600
500
400
300
200
100
0
Jan 08
Feb 08
Mrz 08
Apr 08
Mai 08
Jun 08
Jul 08
Aug 08
Sep 08
Okt 08
Nov 08
Dez 08
Jan 09
Feb 09
Mrz 09
Apr 09
Mai 09
Jun 09
Jul 09
Aug 09
Sep 09
Okt 09
Nov 09
Dez 09
Jan 10
Feb 10
Mrz 10
Apr 10
Mai 10
Jun 10
Jul 10
Aug 10
716
730
578
619
598
602
686
521
587
595
557
566
571
606
742
633
510
615
686
568
659
621
615
569
534
592
631
519
560
579
602
501
458
449
338
418
415
394
438
375
404
447
389
392
414
420
485
456
402
417
487
373
466
422
388
445
354
329
378
357
296
343
397
282
164
201
138
92
108
96
144
103
89
105
99
89
86
88
109
116
86
97
106
81
113
106
121
105
109
91
171
123
134
137
144
136

Einige Grunddaten der Rehabilitation Abhängigkeits-kranker der DRV Braunschweig -Hannover

Bewilligungen: ~ 5000 Leistungen p.a. kumuliert

durchgef. Lstg.: ~ 4500 p.a.

Kosten : 23 Mio. EUR. p.a.

Altersgruppen: 24,0 % >30-<40 Jahre, 45,6 % >40-<50 Jahre

21,4 % >50-<60 Jahre

Erwerbstatus: ca. 60 % arbeitslos, 45 % langzeitarbeitslos

Geschlechter-Verteilung: 18 % Frauen, 82 % Männer

Erkrankungsdauer vor Antritt einer Reha-Leistung: 11,6 J:

Hohe komorbide Belastungen: Depressionen, Ängste,
PTBS etc.

EM-Renten wg. Abhängigkeitserkrankungen: ~ 50 p.a.

...was bremst, was fördert ?

- das System der rehabilitativen Suchtkranken- hilfe selbst hat, nach unserer Wahrnehmung, eine Orientierung ihres Handelns auf den Focus der Teilhabe noch nicht hinreichend verinnerlicht

---

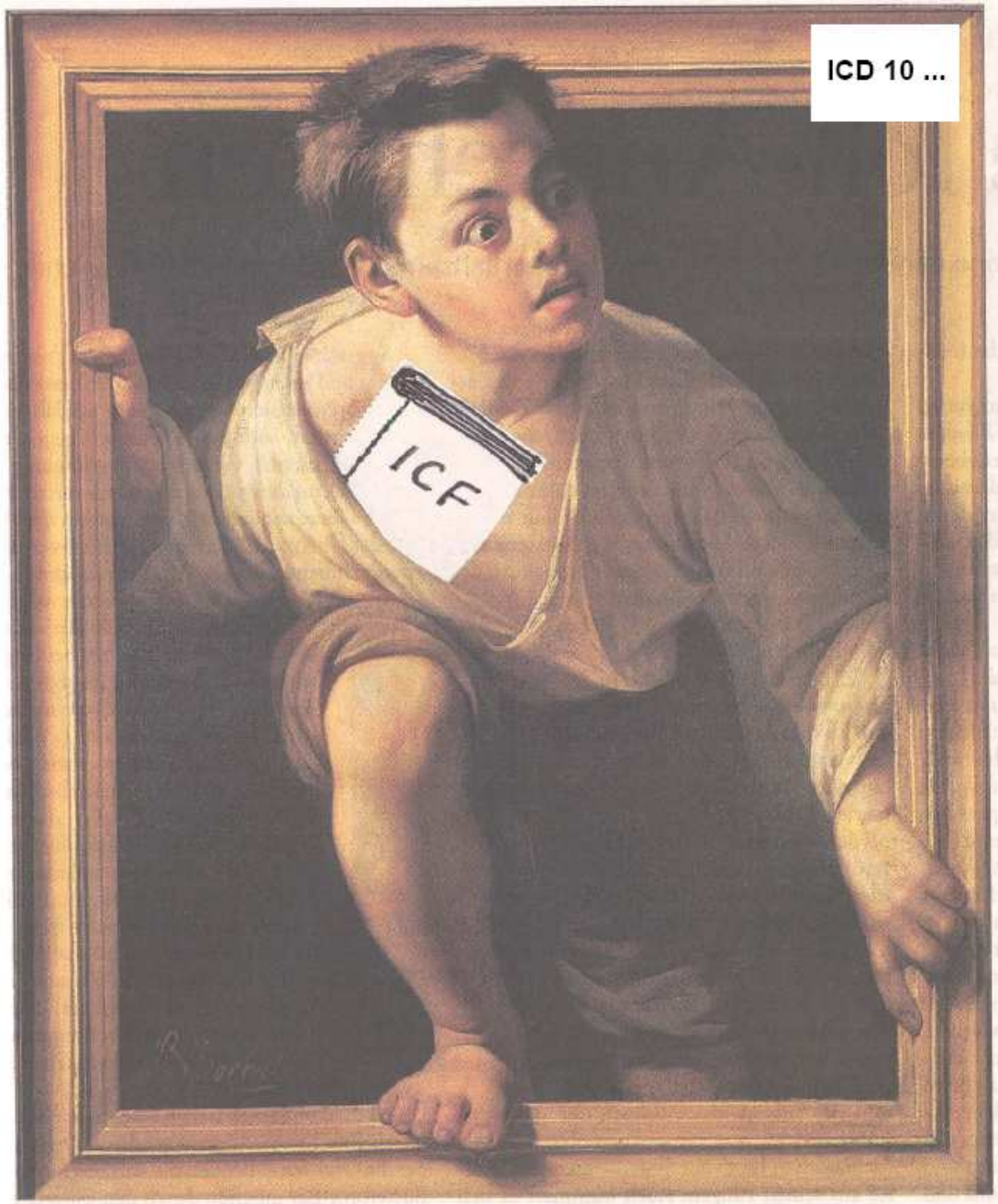
- den Focus des rehabilitativen Handelns von der Beratung, Unterstützung bei der Antragstellung, und bei allen Formen der Rehabilitation von vorneherein auf die Aufnahme oder Wiederaufnahme einer Erwerbs-tätigkeit setzen.

...was bremst, was fördert ?

sich ausschließlich auf, wie auch immer wissenschaftlich erhobene, Methoden der Behandlung beziehen ohne den realen Lebenshintergrund, die außerhalb der Klinik wirksamen Kontextfaktoren zu beachten

---

das bio-psycho-soziale Modell als Matrix des Handelns in der Rehabilitation zu Grunde legen



UND WEG! Ins Leben gesprungen kommt dieser Junge, gemalt von Pere Borrell del Caso, 1874

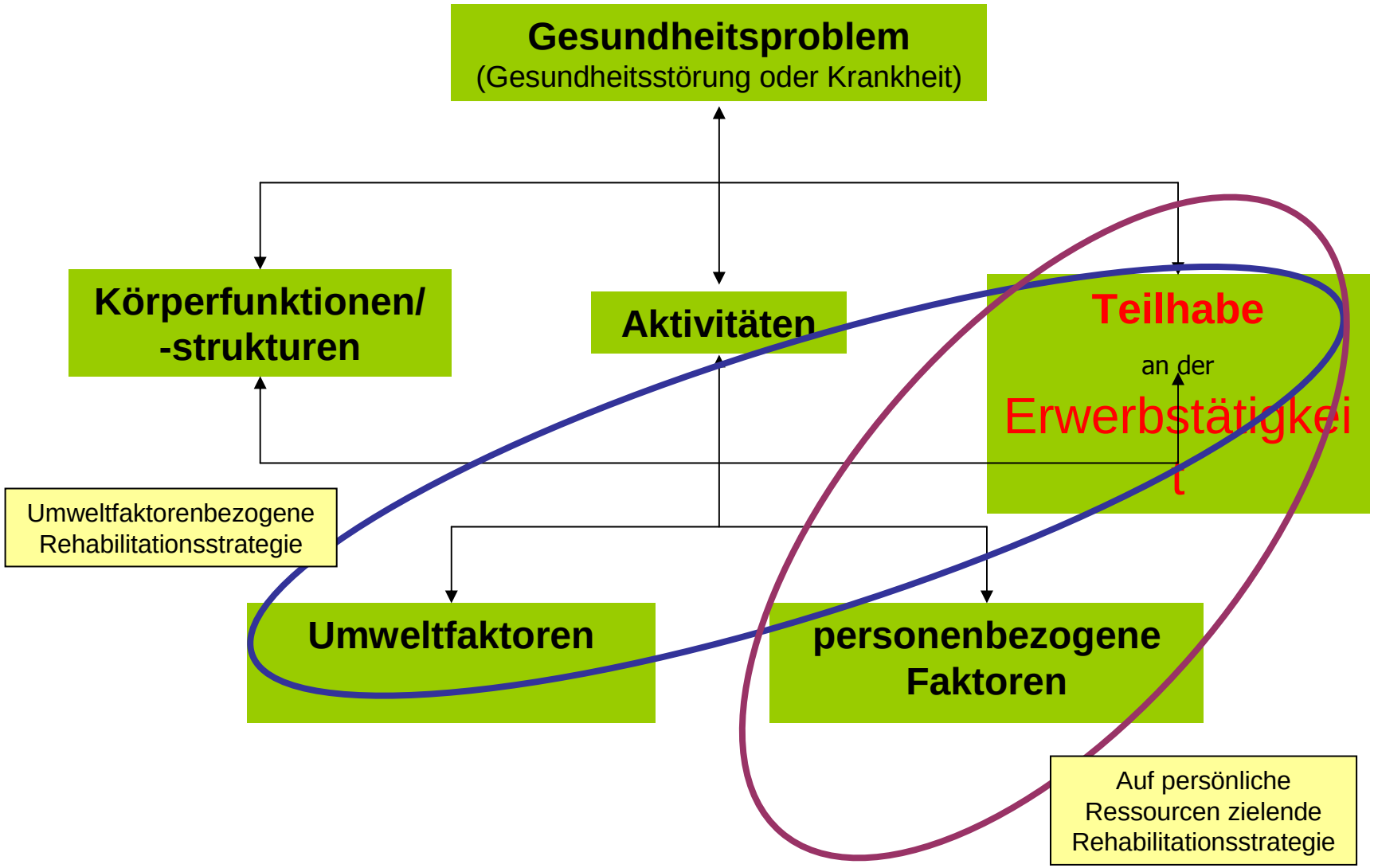
Bio-psycho-soziales Modell der ICF

Gesundheitsproblem
(Gesundheitsstörung oder Krankheit nach ICD - 10)

Körperfunktionen und Strukturen ↔ Aktivitäten ↔ Teilhabe

Umweltfaktoren
- materiell
- sozial
- verhaltensbezogen

persönliche Faktoren
- Alter, Geschlecht
- Motivation
- Lebensstil


Gesundheitsproblem
(Gesundheitsstörung oder Krankheit)
Körperfunktionen/
-strukturen
Aktivitäten
Teilhabe
an der
Erwerbstätigkeit
Umweltfaktorenbezogene
Rehabilitationsstrategie
Umweltfaktoren
personenbezogene
Faktoren
Auf persönliche
Ressourcen zielende
Rehabilitationsstrategie

...steuern und auf den Focus konzentrieren...

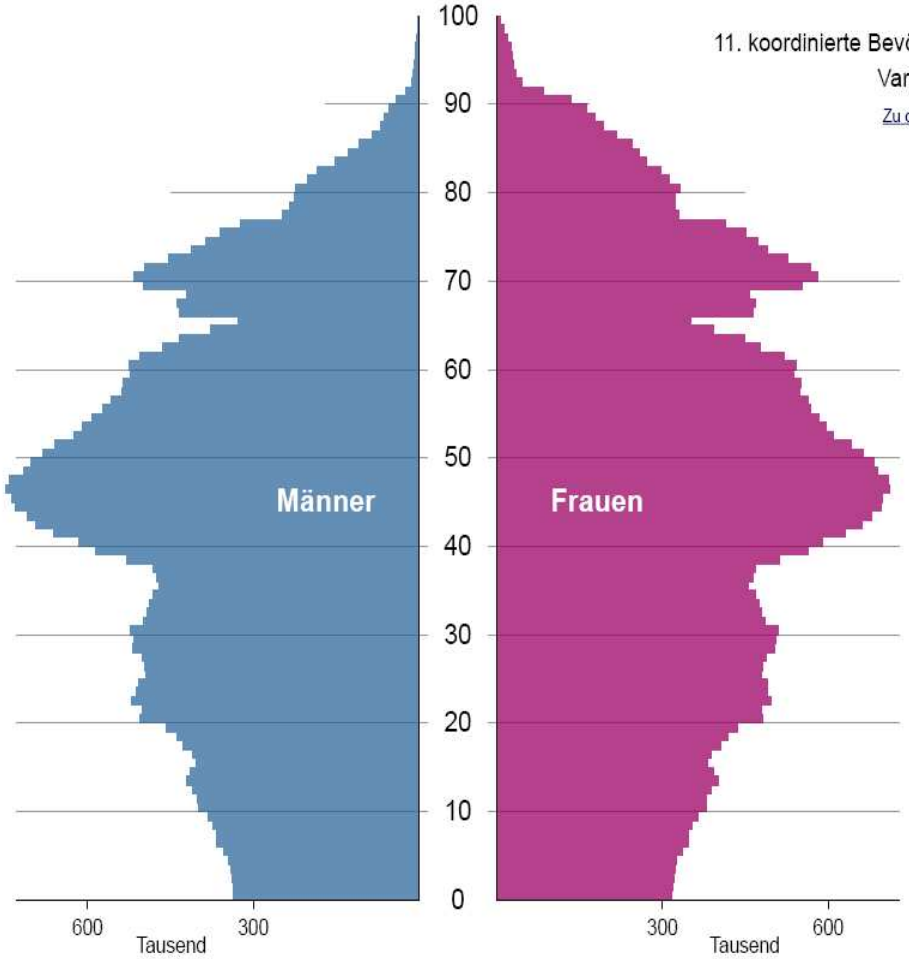
- Kosten für Leistungen sind Investitionen,
- an die die RV eine Amortisierungserwartung in Form von künftigen Beiträgen hat, d. h.
- wir werden ambulante -, ganztägig ambulante- und Kombitherapie-Leistungen bevorzugen
- und insgesamt im Antragsverfahren, in den Berichten, vor allem bei Verlängerungen etc. sehr kritisch darauf achten ob damit eine **konkrete Erwerbsperspektive** erwartet werden kann

Altersaufbau: 2010

Deutschland

DESTATIS
wissen.nutzen.

de
en
fr
es
ru



11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
Variante 1-W1

Zu den Annahmen

Insgesamt: 81.9 Mill.

Altersgruppen (Mill.)

65+	16.8	21%
20-64	50.0	61%
0-19	15.0	18%

☐ Altersgruppen ändern

☐ Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

Animation

Start

© Statistisches Bundesamt 2006

...was bremst, was fördert ?

- sich katamnestisch ausschließlich auf die Abstinenz zu konzentrieren
- anzunehmen, dass Erwerbstätigkeit, Arbeit etc. eine stabile Abstinenz fördert und unterstützt

---

Erwerbstätigkeit ist nur abstinent möglich.

Abstinenz dient der Erwerbstätigkeit ! Sie hat

- ohne Teilhabe - wenig Wert

... was fördert ?

- Vernetzung mit den Agenturen für Arbeit vor Ort, ausgehend von den Einrichtungen der Suchtreha
- Realistische Vorbereitungen in den Einrichtungen
- Reha-Teams (bestehend aus Reha-Fachberater/in. MA/ in der der Arbeitsverwaltung, Therapeuten) bilden und praktizieren
- Fachausschuss Reha
- Image- Beratung
- Fallmanagement ?

Fallmanagement

1. Anschreiben an den Patienten mit Hinweisen auf Zwecke und Absichten des Fallmanagements verbunden mit der Bitte um Einverständnis, an einem Fallmanagement mitzumachen; zusätzlich soll die Bitte und die Aufforderung formuliert werden, sämtliche Unterlagen, die für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit wichtig sind, zusammenzustellen und bereitzuhalten.

2. Der Fallmanager/die Fallmanagerin stellt sich nach Absprache mit dem Therapeuten und dem Patienten in der Klinik vor. Es wird ein Gespräch mit dem Versicherten und dem Bezugstherapeuten einberaumt und weitere Absprachen getroffen.

3. Es wird gemeinsam der Status und die Problemlage erarbeitet, das heißt definiert, was im Erwerbsleben bisher war und wie der jetzige Stand ist.

4. Es werden Ressourcen geprüft, das heißt alles, was zur Teilhabe am Erwerbsleben gut, brauchbar und hilfreich ist, herausgearbeitet.

5. Gemeinsam mit dem Patienten finden und beschreiben der Ziele, die es teilhabebezogen zu erreichen gilt. Diese Ziele sollen eindeutig, konkret, überschaubar und kleinschrittig sein. Die Folgen und Auswirkungen dieser Ziele sind ebenfalls zu besprechen. Ferner sollen die Ziele operationalisiert werden, das heißt, es sollen konkrete Verhaltensweisen benannt werden, die von den Versicherten in einem bestimmten Zeitrahmen gegangen werden sollen und die überprüfbar formuliert sind. Das bedeutet auch, der Fallmanager handelt nicht selbst, das heißt, er geht nicht zur RV oder zum Arbeitgeber, sondern bleibt so in Distanz, dass der Versicherte nicht abhängig von seiner Hilfe wird.

6. Die bisher inadäquaten Lösungsversuche des Versicherten sollten durchgesprochen und geprüft werden. In diesem Wissen sollen dann Arbeitsschritte, die vor allem der Versicherte selbst geht, vereinbart und operationalisiert werden. Diese Arbeitsschritte können durchaus von linearen Erwartungen abweichen und müssen dann nachjustiert werden, wenn es die Situation erfordert.

7. Der Grad der Zielerreichung ist zu dokumentieren, einerseits auf der Ebene der Effektivität, nämlich ob die Ziele tatsächlich erreicht worden sind und in welchem Grad, andererseits auf der Ebene der Effizienz, welcher Aufwand wurde betrieben im Vergleich zum Nutzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !