

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Brigitte Gross

Direktorin
der Deutschen Rentenversicherung Bund

15. Aktuelles Presseseminar
13. und 14. November 2019
in Würzburg

Folie 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch ich begrüße Sie ganz herzlich und freue mich, dass Sie alle unserer Einladung ins schöne Würzburg gefolgt sind.

Mein Thema für Sie ist:

Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen!

Folie 2

Ich beginne mit der Rolle der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger in diesem Bereich. Dann gehe ich auf die Abstinenzorientierung ein, denn sie ist unser Rehabilitationsziel. Ich werde den Begriff „Abhängigkeitserkrankung“ definieren und Ihnen anschließend den Weg von der Erkenntnis der Erkrankung bis zur Wiedereingliederung darstellen. Zu guter Letzt zeige ich Ihnen, dass sich die Rehabilitation Abhängigkeitskranker lohnt – sowohl für die Betroffenen als auch für die Volkswirtschaft.

Folie 3

Die Deutsche Rentenversicherung spielt in der Rehabilitation in Deutschland eine wichtige Rolle. Es liegt wohl hauptsächlich an unserem Namen, dass dies oft nicht ausreichend wahrgenommen wird.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken sind wir die wichtigste Leistungsträgerin. Deutlich wird das am Beispiel der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Hier übernimmt die Deutsche Rentenversicherung mit Abstand den größten Anteil, nämlich 84,7 % der medizinischen Rehabilitationen.

(Grundlage: Daten des Deutschen Kerndatensatzes 2017 mit über 13.000 entlassenen Rehabilitand*innen – vom Fachverband Sucht)

Folie 4

Selbstverständlich kostet ein derartiges Engagement auch Geld. Aus der Grafik sehen Sie:

Im Jahr 2018 haben wir insgesamt 6,8 Milliarden Euro für alle Teilhabeleistungen ausgegeben.

Für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wurden im selben Jahr rund 590 Millionen Euro aufgewendet.

Folie 5

Welche Bereiche umfassen nun die Leistungen beim Thema „Abhängigkeitserkrankungen“?

Wie Sie in der ersten Zeile sehen können, hat die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2018 insgesamt mehr als eine Million medizinische Rehabilitationen erbracht - im Bereich der medizinischen Reha Abhängigkeitskranker sind es rund 43.000 Leistungen. Aufgeteilt auf die einzelnen Suchtmittel ergibt sich Folgendes:

Rund 30.000 Leistungen für Alkoholabhängige, gut 13.000 für Abhängige von illegalen Drogen und nur sehr wenige Leistungen für Medikamentenabhängige (knapp 500).

Das pathologische Glücksspielen und der pathologische PC- und Internetgebrauch zählen bisher zu den Verhaltensstörungen, deshalb haben wir diese rund 2.000 Rehabilitationen hier gesondert aufgeführt.

Folie 6

Meine Damen und Herren,
die Rehabilitation hat grundsätzlich das gesetzlich definierte Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Speziellen zielt darauf ab, dass die Betroffenen abstinent wieder am Leben in der Gesellschaft teilhaben. Diese Teilhabe ist nach unserer Auffassung im Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ primär durch Abstinenz möglich.

So sollen die über Jahre hinweg entstandenen körperlichen und seelischen Störungen behoben und ausgeglichen sowie die Wiedereingliederung erreicht werden.

Warum die Abstinenz für uns ein so wichtiges Ziel ist, möchte ich mit Hilfe eines Fallbeispiels zeigen.

Melina K. wird uns ab jetzt durch die Präsentation begleiten, auch um die Thematik insgesamt leichter nachvollziehbar zu machen:

Melina K. ist jetzt 34 Jahre alt. Bereits ab dem 13. Lebensjahr hat sie Alkohol und Marihuana konsumiert. Mit 18 Jahren trank sie schon morgens vier Flaschen Bier. Nur mit Mühe hat sie die zehnte

Klasse geschafft und konnte danach keine Ausbildung beginnen. Sie hielt sich mit verschiedenen Gelegenheitsjobs über Wasser.

Mit Mitte 20 erkannte sie ihre Abhängigkeit. Sie hat versucht mit Hilfe von Medikamenten abstinenter vom Alkohol zu werden, was jedoch nicht gelang. Immer wieder kam es zu Rückfällen. Zwei Mal wurde sie in Diskotheken wegen Vergiftung durch Alkohol und Drogen reanimiert, sie konsumierte dennoch weiter.

Erst über eine Selbsthilfegruppe bekam sie Zugang zum Hilfesystem und führte dann über 26 Wochen eine Rehabilitation mit anschließender Adaption durch. Heute hat Melina K. eine Ausbildung begonnen und sagt: „Es fehlt mir nicht, betrunken oder zugeprügelt zu sein. Ich spüre wie ich mich jeden Tag geistig, körperlich und gesellschaftlich weiterentwickle. Für mich ist Klarheit im Kopf die größte Belohnung, die es gibt.“

Folie 7

Die junge Frau hat hier sehr schön beschrieben, was es bedeuten kann, nach einer so langen Krankheit, endlich abstinent zu sein. Das Abstinenzgebot wird seit langem kontrovers diskutiert. Insbesondere wird immer wieder befürchtet, dass es die Betroffenen davon abhält, sich in Behandlung zu begeben. Natürlich ist es beim riskanten oder schädlichen Konsum einer Substanz durchaus eine

Option, den Konsum einzuschränken – also den sogenannten „kontrollierten Konsum“ zu erreichen.

Die Menschen, die sich jedoch wegen einer Abhängigkeitserkrankung in eine medizinische Rehabilitation begeben, sind oft schwer krank und haben meist schon einen langen Leidensweg hinter sich. Das Rehabilitationsziel ist dann die Abstinenz.

Zahlreiche psychosoziale Faktoren bedingen die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung, es kommt zu psychischen und körperlichen Schäden. Auf neurobiologischer Ebene werden Strukturen des Gehirns genutzt und geschädigt.

Der menschliche Körper hat ein großes Potential, Schäden zu reparieren. Dazu ist es aber wichtig, die Substanzzufuhr zu stoppen. Insbesondere Hirnstrukturen können nicht wiederhergestellt werden, wenn die Substanz weiter konsumiert wird.

Viele Abläufe sind noch nicht vollständig erforscht, die Praxis zeigt jedoch, dass nur wenige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zum kontrollierten Konsum fähig sind. Die meisten von ihnen steigern die Trinkmenge wieder sukzessive.

Unser Postulat der Abstinenz wird auch von den Leitlinien der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften** gestützt. Die AWMF prüft nationale und internationale Studien und verbindet die Ergebnisse mit den klinischen Erfahrungen der Experten.

In der S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ wird die Abstinenz als primäres Therapieziel empfohlen.

Die Betroffenen selbst können sich in der Regel erst mit „klarem Kopf“ für die Abstinenz entscheiden. Es ist somit eine Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen, die Betroffenen bis zu diesem Punkt zu begleiten.

Auch ein Rückfall ist heutzutage kein Grund, jemanden vorzeitig aus der Rehabilitation zu entlassen. Er kann sogar zur Vorbeugung genutzt werden, denn sobald man die Gefahrenmomente kennt, weiß man, welche Strategien trainiert werden müssen, um Rückfälle zu vermeiden.

Übrigens ist das Ziel der Abstinenz auch gesellschaftlich en vogue:

Zum Beispiel ist die New Yorker Nüchternheitsbewegung „Sober-Curious“ („nüchtern aber neugierig“) inzwischen auch in Deutschland angekommen. Sie setzt nicht mehr auf den kontrollierten Konsum von Alkohol, sondern klar auf die Abstinenz – für eine wache, neugierige Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Folie 8

„Abhängigkeit“ ist für die Deutsche Rentenversicherung eine relevante Diagnose. Liegt diese vor, gehen wir von einer Gefährdung oder auch schon von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit aus.

Aber, wann spricht man überhaupt von einer Abhängigkeitserkrankung?

Laut der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD 10, ist dies der Fall, wenn gleichzeitig mindestens drei der Merkmale auf dieser Folie während der vergangenen zwölf Monate festgestellt werden.

Bleiben wir beim Beispiel „Alkohol“: Erleidet man einen Kontrollverlust, muss man immer mehr trinken, um den gewünschten Effekt zu erzielen und spürt man beim Absetzen körperliche Entzugerscheinungen, dann liegt eine Abhängigkeitserkrankung vor.

Folie 9

Ich habe neben all den möglichen Substanzen, von denen man abhängig werden kann, beispielhaft den Alkohol herausgegriffen. Die Alkoholabhängigkeit hat in unserer Gesellschaft neben den Medikamenten weiterhin die höchste Prävalenz. Laut aktueller Untersuchungen der World Health Organisation trinkt in Europa jeder Bürger ab dem Alter von 15 Jahren durchschnittlich 170 Gramm Alkohol pro Woche. Das entspricht ungefähr zwei Flaschen Wein.

Wie Sie auf dieser Folie sehen, sind in Deutschland 1,6 Millionen Menschen alkoholabhängig (aktuelles epidemiologischen Suchtsurvey). Die Häufigkeit der Medikamentenabhängigkeit liegt sogar noch höher, wenn man die Schmerzmittel und Beruhigungsmittel zusammenzählt, und das sind legale, häufig sogar ärztlich verschriebene Substanzen.

Trotzdem dürfen wir die illegalen Drogen nicht außer Acht lassen, und auch die sogenannten „neuen Süchte“, wie der pathologische PC- und Internetgebrauch, zeigen Prävalenzen, die nachdenklich stimmen.

Folie 10

Aber auch, wenn eine Abhängigkeitserkrankung klar vorliegt, dauert es oft sehr lange bis Hilfe in Anspruch genommen wird. Das haben Sie auch am Beispiel von

Melina K. gesehen. Leider dauert es im Durchschnitt immer noch mehr als 10 Jahre.

Überhaupt nehmen nur etwa 10 % der Erkrankten jemals das Hilfesystem in Anspruch. Dies mag an einem mangelnden Krankheitsbewusstsein liegen, aber auch an äußeren Faktoren, wie der Sorge um den Arbeitsplatz. In den Haus- und Facharztpraxen, in Krankenhäusern und im familiären Umfeld wird die Problematik oft übersehen, verdrängt oder versteckt.

Melina K. wurde von einem Freund, der ebenfalls eine Suchtproblematik hatte, in eine Selbsthilfegruppe mitgenommen. So hat sie Zugang zum Suchthilfesystem gefunden. Sie wurde hier durch Menschen unterstützt, die die Problematik am eigenen Leibe erfahren haben. Sie nahm Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle auf, hier wurde ihr zunächst ein qualifizierter Entzug empfohlen. Mit Hilfe ihrer Hausärztin gelang es relativ schnell, einen Klinik-Platz zu finden.

Nach der Entzugsbehandlung wurde Melina K. weiter von ihrer Beraterin bei der Suchtberatungsstelle unterstützt. Sie hatte regelmäßige Gespräche, mit deren Hilfe sie in der sensiblen Phase nach dem Krankenhausaufenthalt unterstützt worden ist. So meisterte sie auch einen Rückfall. Zudem wurde ihr hier

bei der Antragstellung zur medizinischen Rehabilitation geholfen.

Bevor ich auf dieses Thema näher eingehe, möchte ich zunächst noch erläutern wie und wo die Betroffenen Hilfe bekommen können:

Folie 11

Die inneren und äußeren Hürden, eine Abhängigkeitserkrankung zu erkennen und zu behandeln, habe ich bereits angesprochen. Die betroffenen Menschen bewegen sich oft in einem sozialen Umfeld, das ebenfalls konsumiert.

Wie ist es möglich diese Barrieren zu überwinden? Einfache und direkte Hilfe gibt es in den Suchtberatungsstellen, in Selbsthilfegruppen, bei den innerbetrieblichen Suchtbeauftragten oder inzwischen auch bei Online-Initiativen, beispielsweise bei „Online Selbsthilfe Alkohol“, oder bei „Online-Ambulanz-Service OASIS“ zum Thema Internetsucht.

Eine Suchtberatungsstelle ist meist der erste Kontakt, so war es auch bei Melina K.

In größeren Betrieben gibt es Suchtbeauftragte und auch entsprechende betriebliche Leitlinien. Und auch wenn hier die Hürden leider oft noch höher sind, können

Betriebsärzt*innen, Hausärzt*innen oder andere Fachärzt*innen angesprochen werden.

Wird im Krankenhaus ein qualifizierter Entzug durchgeführt, kann über das sogenannte Nahtlosverfahren eine direkte Verlegung in die medizinische Rehabilitation erfolgen.

Die Rentenversicherung hat gemeinsam mit den Suchtfachverbänden und der Gesetzlichen Krankenversicherung dafür gesorgt, dass die Betroffenen bereits während des qualifizierten Entzugs für die Rehabilitation motiviert werden, um dann anschließend direkt in die Reha zu gehen.

Diese nahtlose Verlegung ermöglichen seit August 2017 gemeinsame Handlungsempfehlungen mit der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Und erste Erfahrungen zeigen: Die Versorgung Abhängigkeitskranker wird dadurch bundesweit optimiert.

Folie 12

Auch ohne das Nahtlosverfahren kann natürlich ein Antrag auf Rehabilitation gestellt werden.

Welche Unterlagen benötigte Melina K. dafür?

Zunächst musste sie den Antrag auf Rehabilitation (Formular G0100) ausfüllen. Dieser Antrag gilt für alle Erkrankungen und kann auch online gestellt werden. Darüber hinaus hat sie einen medizinischen Befundbericht von ihrer Hausärztin beigefügt.

Vorher hat sich Melina K. über die Vorgehensweise auf unserer Internetseite informiert. Über die Seite www.deutsche-rentenversicherung.de kann sich jede und jeder unsere Broschüre „Entwöhnungsbehandlung - ein Weg aus der Sucht“ bestellen bzw. herunterladen.

Für die Rentenversicherung ist es wichtig, genaue Informationen über die Abhängigkeitserkrankung zu erhalten. Deshalb gibt es hier die Besonderheit, den sogenannten Sozialbericht beizufügen, der in der Regel von einer Suchtberatungsstelle erstellt wird. Das war auch bei Melina K. der Fall. Der Sozialbericht informiert unter anderem über Vorbehandlungen, Suchtmittelanamnese, Verlauf der bisherigen Beratung sowie über die Behandlungsbereitschaft.

Auf Basis des Berichts kann auch entschieden werden, welche Leistungsform die jeweils richtige ist. So kann die Rehabilitation individuell ausgerichtet werden.

Die Reha für Abhängigkeitskranke kann stationär, ganztägig-ambulant oder ambulant durchgeführt werden. Es gibt sie auch als eine Kombination von stationären und ambulanten Phasen.

Bei Melina K. kam aus medizinischer Sicht nur eine stationäre medizinische Reha in Betracht.

Folie 13

Damit Sie einen Eindruck erhalten, was Melina K. in der Rehabilitation gemacht hat, habe ich Ihnen einen Auszug aus den Reha-Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit (RTS) mitgebracht. Die RTS gehören zur Reha-Qualitätssicherung und fördern die Transparenz.

Im Fokus steht die Gesamtheit aller Rehabilitanden einer Indikation in einer Reha-Einrichtung.

Es wurden evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) gebildet, die eine Mindestdauer und ggf. die Mindesthäufigkeit von Leistungen festlegen – durchschnittlich pro Woche oder pro Rehabilitation.

Im Bereich der Alkoholabhängigkeit beinhalten beispielsweise die ETM 01 und 02 die Sucht- und Psychotherapie als Einzel- oder Gruppenleistung.

Mindestens 90 % der Rehabilitanden sollen demnach vier Stunden Gruppentherapie in der Woche erhalten.

Auf dem Therapieplan von Melina K. standen jeden Tag Sucht- oder Psychotherapie-Angebote in der Gruppe oder als Einzelleistung. Hier werden auf verhaltenstherapeutischer oder tiefenpsychologisch fundierter Basis die Ursachen herausgearbeitet, es werden Strategien zum Umgang mit der Erkrankung erarbeitet und neue Lebensperspektiven entwickelt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt bei Leistungen, die der Wiedereingliederung dienen (hier: ETM 05a und 12). Diese Leistungen werden ebenfalls nach Bedarf zusammengestellt.

Da Melina K. ja noch keine Ausbildung absolviert hatte, erhielt sie zunächst eine Einzelberatung zu beruflichen Perspektiven. Es stellte sich heraus, dass sie ein sehr gutes Sprachgefühl hat und sich auch mit Computerprogrammen auskennt. Melina K. wünschte sich eine Ausbildung in einem Büro.

Zunächst war es wichtig, ihre Grundfertigkeiten herzustellen. Das bedeutet, Melina K. musste in der Arbeitstherapie wieder lernen, jeden Tag um 7.00 Uhr aufzustehen und pünktlich im klinikeigenen Betrieb zu

erscheinen. Auch ihre Konzentrationsfähigkeit wurde gebessert.

Andere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die noch einen Arbeitsplatz innehaben, benötigen hier ganz andere Interventionen - zum Beispiel die Teilnahme an einer arbeitsbezogenen Gruppe, um künftig besser mit beruflichen Belastungen umgehen zu können.

Zurück zu Melina K.: Wir haben ihren Wunsch nach einer Ausbildung unterstützt und ihr nach der Rehabilitation eine Adaption ermöglicht. In der Adaption hat sie ein Praktikum in der Stadtverwaltung absolviert und sich gut eingegliedert. Mittlerweile konnte sie dort eine Ausbildung zur Kauffrau zum Büromanagement beginnen.

Auch wie es nach der Rehabilitation weitergeht, ist uns sehr wichtig. Das ETM 13 (von 13) fordert, dass mindestens 90 % aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mindestens 30 Minuten auf nachgehende Leistungen vorbereitet werden. Bei Abhängigkeitskranken ist das der anschließende Kontakt mit der Suchtberatungsstelle oder der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe.

Melina K. hat auch während der Reha, den Kontakt zu ihrer Selbsthilfegruppe gehalten. Die Klinik hat sie dabei unterstützt.

Jetzt besucht sie die Gruppe wöchentlich und sagt: „Die Selbsthilfegruppe ist wie eine zweite Familie für mich. Sie stärkt mich und hilft mir, auch in kritischen Situationen nicht mehr zum Alkohol zu greifen.“

Sie ist dankbar für die Chance, die sie durch die Rentenversicherung erhalten hat.

Folie 14

Nicht nur Melina K., sondern auch die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden insgesamt sind mit der Reha Abhängigkeitskranker sehr zufrieden.

Im Rahmen unserer Reha-Qualitätssicherung werden die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden regelmäßig befragt wie zufrieden sie mit der Reha und dem Behandlungsergebnis sind.

Die aktuellen Auswertungen basieren auf 4.084 Fragebögen zur stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker und zeigen unter anderem, dass sich 69 % der Befragten in der Lage sehen, voraussichtlich langfristig abstinent zu leben. 78 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beurteilten ihre

Reha als erfolgreich. Sie sind somit zufrieden und fühlen sich für die Zeit nach der Reha gut vorbereitet.

Folie 15

Die Leistungsfähigkeit von Melina K. konnte so weit gesteigert werden, dass sie heute eine Ausbildung absolviert.

Diese positive Sicht gilt auch für die meisten der anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen.

Die Deutsche Rentenversicherung erhebt im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung auch die sozialmedizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation.

Sie haben es heute schon mehrfach gehört: Der vorrangige Auftrag besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Diese Zielsetzung gelingt im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen bereits in einem hohen Maße. Knapp 75 % aller Rehabilitand*innen verließen 2018 die Rehabilitation Abhängigkeitskranker mit einem Leistungsvermögen von sechs und mehr Stunden für die letzte Beschäftigung.

Folie 16

Die spannende Frage ist, ob sich das wiedergewonnene Leistungsvermögen auch in einer Erwerbstätigkeit ausdrückt.

Bei den Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf betrachten wir während der zwei Jahre nach der Rehabilitation den Erwerbsverlauf der pflichtversicherten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anhand der Pflichtbeitragszahlung. Die Betroffenen können im Erwerbsleben verbleiben oder aus dem Erwerbsleben heraus versterben, Altersrente oder eine Erwerbsminderungsrente beziehen.

Wie Sie sehen sind 2015 nach der Reha 91 % der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen „im Erwerbsleben“ verblieben. Nur 9 % sind ausgeschieden. Die Personen, die im Erwerbsleben verblieben sind, haben Ihre Pflicht-Beiträge überwiegend lückenlos gezahlt (rund 63 %). Nur bei 27,7 % waren die Zahlungen lückenhaft. Auch bemerkenswert ist, dass nicht einmal 6 % der aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen eine Erwerbsminderungsrente erhielten bzw. erhalten.

Sie sehen: Reha lohnt sich!

Folie 17

Werfen wir abschließend einen Blick auf die Kosten der Rehabilitation. Eine Rehabilitation Abhängigkeitskranker

kostet im Durchschnitt rund 10.000 Euro. Das ist im Vergleich zu einer Rehabilitation mit einer anderen Indikation das Dreifache. Und dafür gibt es auch einen guten Grund: Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist mindestens dreimal so lang wie eine Reha in einer anderen Indikation.

Das Geld ist fraglos gut investiert: Denn, wenn die oder der Betroffene in seiner Erwerbstätigkeit bleibt oder eine andere Tätigkeit ausüben kann, dann haben sich die Kosten bereits ab dem achten Monat nach der Rehabilitation amortisiert - einerseits durch Beitragszahlungen, andererseits durch nicht gezahlte Erwerbsminderungsrenten.

Dass es sich lohnt, Geld für Teilhabeleistungen auszugeben, belegen auch verschiedene Studien:

Dazu gehört eine Kosten-Nutzen-Studie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) aus dem Jahr 2017 mit dem Titel: „Berufliche Wiedereingliederung zahlt sich aus“. Demnach lohnen sich Investitionen in die Reha nachweislich für alle Beteiligten - für die Arbeitgeber, für die Sozialversicherungsträger und für die Gesellschaft.

Auch eine Studie der Prognos AG aus dem Jahr 2009 kommt zu dem Ergebnis: Die Volkswirtschaft erhält für jeden in die medizinische Reha investierten Euro 5 Euro zurück.

Insofern sind unsere Mittel für die Leistungen zur Teilhabe gut investiert!

Folie 18

Meine Damen und Herren,
die Deutsche Rentenversicherung bietet für Abhängigkeitskranke passende Leistungen. In unserem Portfolio sind die unterschiedlichsten und individuell passgerechten Angebote für Abhängigkeitskranke. Mit der Abstinenzorientierung können gesundheitliche Hürden überwunden werden.

Die Deutsche Rentenversicherung sorgt damit erfolgreich dafür, dass Abhängigkeitskranke wieder dauerhaft beruflich integriert werden.

Die Rehabilitation von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung lohnt sich – für die Betroffenen und für die Volkswirtschaft!

Sie schafft einen Mehrwert, der nicht unterschätzt werden darf!

Folie 19

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Folie 20

Meine Damen und Herren,
falls Sie sich jetzt selbst einmal testen wollen, können Sie sich gerne noch mit dieser Folie beschäftigen. Außerdem finden Sie in Ihrer Pressemappe neben weiteren Informationen auch den Selbsttest der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen.