

# Arbeitsbezogene Leistungen in der Sucht-Rehabilitation

## Konzept des Fachverbandes Sucht (Stand: 10.05.2004)

### 1. Einleitung

Im § 1 SGB IX wird die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen als grundlegendes Ziel des SGB IX hervorgehoben. Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind Schutzgüter, die der Gesetzgeber mit dem SGB IX zum wesentlichen Gegenstand des Leistungsrechtes gemacht hat. Gesundheitsdienstleistungen, insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sind daher vor dem Hintergrund und mit der Zielsetzung dieses Güterschutzes zu erbringen.

Eine möglichst kontinuierliche Teilhabe am Arbeitsleben ist für den einzelnen Betroffenen eine bedeutsame Ressource, die die Voraussetzungen zur Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechtes und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auch über den beruflichen Bereich hinaus maßgeblich erhöht. Erwerbsarbeit wird als identitätsstiftendes Element der Gesellschaft angesehen (Irle 2003).

Eine Wechselwirkung zwischen einer Beeinträchtigung bzw. Minderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der Entwicklung einer ‚psychischen und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen‘ ist durch zahlreiche Studien belegt und entspricht den Erfahrungen der im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätigen Berufsgruppen. Die von einer suchtmittelbedingten Gesundheitsstörung betroffenen Personen zählen zu denjenigen, deren Chancen sich im beruflichen Wettbewerb gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich vermindert haben; umgekehrt entwickeln die Personen, die im beruflichen Wettbewerb die schlechteren

Chancen haben, überproportional häufig suchtmittelbezogene Störungen. Deshalb ist neben der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eine zentrale Zielsetzung und Aufgabe der medizinischen Rehabilitation von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, die Chancen des Einzelnen auf Teilhabe am Arbeitsleben mit allen der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mitteln zu optimieren. Berufliche Integration ist aus Sicht des Betroffenen und aus ökonomischen Gründen der erfolgversprechendste Ansatz, langfristig und wirksam die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung im Beruf zu beeinflussen (Irle 2003).

Die mittel- und langfristig zu erwartende demografische Entwicklung ist eine Herausforderung an alle Sozialleistungsträger und Leistungserbringer, die ihnen anvertrauten Personen zu motivieren und zu befähigen, mittel- und langfristig ihr individuelles Wertschöpfungspotential voll auszuschöpfen. Die Rürup-Kommission geht davon aus, dass mittelfristig die Verlängerung der Lebensarbeitszeit erforderlich sein wird und dass der Prävention und der Rehabilitation in einer immer älter werdenden Gesellschaft ein größeres Gewicht zukommen wird (vgl. Schilling 2004). Der Erhalt und die Entwicklung des (betrieblichen) Humanvermögens haben nicht nur eine ökonomische sondern auch ethische Dimension (Hartz 2004). Im gegebenen Gesamtsystem sind Effizienzsteigerungen möglich, wenn die Akteure vor Ort ihre Verantwortlichkeit klar erkennen und festlegen (Heipertz 2004). Die aus dem Generationenvertrag erwachsende Verpflichtung lässt sich nur erfüllen, wenn alle Beteiligten die Chance wahrnehmen, die in Ihrem Verantwortungsbereich nutzbaren Mittel und Mög-

lichkeiten konsequent, koordiniert und auf den Einzelfall abgestimmt im Sinne der gemeinsamen Zielsetzung einzusetzen.

Die Entwicklung der Erwerbsbiografie einer Person ist ein objektiv feststellbares Kriterium zur Feststellung des Erfolgs von Maßnahmen zur beruflichen Reintegration. Der konsequenten Überprüfung dieses Kriteriums sollten sich alle hierfür verantwortlichen Institutionen unterwerfen. In der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker sollte in den Nachuntersuchungen deshalb neben der Feststellung der Abstinenz die Feststellung des Erwerbsstatus und dessen Entwicklung in den Vordergrund gestellt werden.

### 2. Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Abhängigkeit

Der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit ist ein gesellschaftspolitisches Thema von erstrangiger Bedeutung (Siegrist 1996). Die Wechselwirkung zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit lässt sich anhand folgender Befunde nachweisen (Grobe & Schwartz 2003):

- 23% der arbeitslosen und nur 11% der berufstätigen Männer bezeichnen ihren Gesundheitszustand „weniger gut“ oder „schlecht“.
- 4,9% der arbeitslosen und nur 1,1% der berufstätigen Männer sind untergewichtig.
- 26% der arbeitslosen und nur 14% der berufstätigen Männer nehmen mehr als 12 mal im Jahr ambulante ärztliche Behandlung in Anspruch.
- Arbeitslose Männer nehmen 2,3 mal so viele Krankenhausbehandlungstage im

Jahr in Anspruch wie berufstätige Männer.

- Arbeitslose Männer nehmen nahezu 7 mal so viele Krankenhausbehandlungstage im Jahr wegen psychischer Störungen in Anspruch wie berufstätige Männer.
- Arbeitslose Männer nehmen mehr als 10 mal so viele Krankenhausbehandlungstage im Jahr wegen ‚Verhaltensstörungen durch Alkohol‘ in Anspruch wie berufstätige Männer.
- Das Mortalitätsrisiko von Personen mit mindestens 2-jähriger Arbeitslosigkeit ist gegenüber durchgängig Berufstätigen 3,4fach erhöht.
- Das Risiko des Eintretens von längerfristiger Arbeitslosigkeit von berufstätigen Männern ist bei einer Krankschreibungsdauer von mehr als 12 Wochen gegenüber ‚Gesunden‘ um den Faktor 4 erhöht.

Die Befundlage für arbeitslose Frauen ist weniger deutlich ausgeprägt, weist aber in die gleiche Richtung.

Die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit wird durch folgende Befunde gestützt:

- Alkoholabhängige werden überproportional häufig arbeitslos infolge von hohen Fehlzeiten, Leistungsmininderungen, disziplinarischen Konflikten u.a.m., so dass die Zahl der arbeitslosen Alkoholabhängigen stärker angewachsen ist, als die Gesamtzahl der Arbeitslosen (Henkel et al. 2003).
- Bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestehende ausgeprägte Alkoholprobleme intensivieren sich im Zuge lang anhaltender Arbeitslosigkeit signifikant häufiger, als während eines gleich langen Zeitraums kontinuierlicher Beschäftigung (Henkel et al. 2003).
- Bei 8,9% der arbeitsamtsärztlichen Gutachten im Jahre 2001 wurde als ICD-10-Erstdiagnose eine ‚psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen‘ festgestellt (Hollederer 2002).

Anhaltende Arbeitslosigkeit mindert die Problembewältigungsressourcen und das Hilfesuchverhalten des Betroffenen (Kieselbach 1990). Die Folgen von Arbeitslosigkeit sind u.a. reduziertes Aktivitätsniveau, soziale Isolation und Verstärkung bereits vorhandener Konflikte in Familie und Partnerschaft (Schindler et al. 1990).

Arbeitslosigkeit spielt im Bereich der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung eine entscheidende Rolle:

- Unter den Alkoholabhängigen in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen) ist die Arbeitslosenquote von rund 10% in

den Jahren 1976 bis 1979 kontinuierlich auf knapp 35% (1990) und schließlich auf über 40% (2002) gestiegen (vgl. Henkel 1992; VDR 2002). Sie ist damit weitaus stärker als die allgemeine Arbeitslosenquote in der Erwerbsbevölkerung angestiegen.

Personen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen nehmen überproportional häufig Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch:

- Die Ausgaben für Krankenhaus und Krankengeld liegen bei Versicherten vor der RehaMaßnahme (Entwöhnungsbehandlung) in der Summe fast 9 mal höher als bei Durchschnittsversicherten (Schupeta 2004).
- Die monetäre Belastung des Gesundheitswesens durch stationäre Behandlungen alkoholassoziierter Erkrankter wird für Deutschland auf 3,8 Mrd. DM im Jahr 1994 geschätzt. Für die ambulante Inanspruchnahme infolge alkoholassoziierter Erkrankungen wurden 1994 3,14 Mrd. DM ausgegeben (Bergmann, E. & Horch, K. 2002).

Insgesamt wird die Volkswirtschaft durch alkoholassozierte Krankheiten mit fast 40 Mrd. DM (ca. 20 Mrd. Euro) belastet (Bergmann, E. & Horch, K. 2002).

Die medizinische Rehabilitation ist im Bereich der Entwöhnungsbehandlung sowohl im Hinblick auf die Reintegration ins Erwerbsleben bzw. den Erhalt der Erwerbstätigkeit als auch bezüglich der Minderung der individuellen Gesundheitsausgaben außerordentlich erfolgreich:

- Von 6.881 durchgeführten Suchtrehabilitationen (1999) mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren verblieben 61% in den zwei Jahren nach der Rehabilitationsmaßnahme lückenlos im Erwerbsleben. Weitere 27% waren immerhin lückenhaft erwerbstätig, so dass insgesamt 88% nach zwei Jahren noch im Erwerbsleben verblieben. Bei 7% endete das Erwerbsleben mit einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, 2% gingen in Altersrente und 3% verstarben (Egner, U. & Grünbeck, P. 2003).
- Bei suchtbedingten Erkrankungen reduzierten sich nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung innerhalb eines 5-Jahres Zeitraumes die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1%, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3%, die Krankenhausfälle um 63,4% und die Krankenhausstage um 76,7% (Klein, W., Missel, P. & Brauckmann, W. 1997).

### 3. Hypothesen

Aufgrund der engen Wechselwirkung zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit ist davon auszugehen, dass sich so-

wohl die Erwerbssituation als auch die konkreten Umstände der Erwerbstätigkeit günstig oder ungünstig auf den Gesundheitszustand auswirken können. Im Hinblick auf den Erhalt bzw. die Besserung des Gesundheitszustandes ist von folgenden Hypothesen auszugehen:

Erwerbstätigkeit beeinträchtigt die Gesundheit („Arbeit macht krank“)

- wenn der Arbeitsplatz bedroht ist
- wenn die berufliche Leistungsfähigkeit gefährdet oder gemindert ist
- wenn der Betroffene keine Chance im Wettbewerb der Arbeitswelt hat
- wenn die beruflichen Anforderungen nicht zum beruflichen Leistungsvermögen, der Qualifikation und den Neigungen des Betroffenen passen (Über- oder Unterforderung)
- wenn Leistungsanreize nicht wirksam sind
- wenn der berufliche Erfolg ausbleibt
- wenn die Teilhabe am Arbeitsleben gestört ist.

Erwerbstätigkeit fördert die Gesundheit („Arbeit macht gesund“)

- wenn der Arbeitsplatz sicher ist
- wenn die berufliche Leistungsfähigkeit ausgeschöpft werden kann
- wenn der Betroffene realistische Chancen im Wettbewerb der Arbeitswelt hat
- wenn die beruflichen Anforderungen zum beruflichen Leistungsvermögen, der Qualifikation und den Neigungen des Betroffenen passen
- wenn Leistungsanreize wirksam sind
- wenn der berufliche Erfolg eintreten kann.

Erfolgreiche Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

- erhöht die Lebenserwartung
- verbessert die Gesundheit
- verbessert die subjektive und objektive Lebensqualität (Reduzierung der ‚gewichteten verlorenen Lebenszeit‘ („disability adjusted life years‘ DALYs)) (vgl.: Murray, C.J.L. & Lopez, A. 1996).

### 4. Rehabilitationsziele

Mit dem Ziel der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe des Versicherten am Erwerbsleben ergeben sich für die medizinische Rehabilitation folgende Zielbereiche:

- Erhöhung der Chancen am Arbeitsmarkt für den Versicherten, insbesondere unter schwierigen Arbeitsmarktbedingungen
- Verhinderung des Eintretens von Arbeitslosigkeit
- Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit

im bestehenden Arbeitsverhältnis unter gleichen Bedingungen, wenn der Fortbestand dieses Arbeitsverhältnisses aussichtsreich ist

- Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber, ggf. mit Anpassung der Arbeitsbedingungen oder Qualifizierungsmaßnahmen
- Entwicklung einer realistischen und langfristig tragfähigen beruflichen Perspektive unter Berücksichtigung der Bedingungen des Arbeitsmarktes
- Vermeidung von verminderter Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben durch Einbußen der Arbeitsqualität und Arbeitsunfälle
- Abgleich der Differenz zwischen Fähigkeitsprofil und Anforderungsprofil (Irle 2003).

Mit dem Ziel der Wirtschaftlichkeit für die Solidargemeinschaft ergeben sich folgende Zielbereiche der medizinischen Rehabilitation:

- Begrenzung der Kosten für Behandlungen zu Lasten sämtlicher Sozialleistungsträger
- Minderung der Inanspruchnahme unwirtschaftlicher und ineffektiver Behandlungsszenarien
- Minderung der Arbeitsunfähigkeitsquote
- Erreichen einer dauerhaften beitragspflichtigen Erwerbstätigkeit für möglichst viele Versicherte
- Reintegration von Rehabilitanden mit besonderen Teilhabeproblemen (Leistungsgewandelte Versicherte) in geschützte Beschäftigungsverhältnisse (zweiter Arbeitsmarkt)
- Gewährung von flankierenden Maßnahmen zum Erhalt gefährdeter Arbeitsverhältnisse.

Der zentrale Schlüssel für den Rehabilitationsprozess liegt in der Motivation und Motivierung des Rehabilitanden, der häufig zu einer primär beschwerdebezogenen Sichtweise tendiert und Lösungs- sowie Bewältigungsstrategien hinsichtlich Arbeit und Beruf ausklammert (Irle 2003). Viele Patienten neigen sogar zu einer ausgeprägten resignativen Haltung bezüglich ihrer beruflichen Zukunft.

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden im interdisziplinären Team im Hinblick auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben folgende Ziele mit dem Rehabilitanden verfolgt:

- Motivierung des Patienten, sich (wieder) als „aktiver Marktteilnehmer“ am Arbeitsmarkt zu verstehen und zu verhalten.
- Förderung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Erfolgsoptimismus
- Rollenidentifikation mit der beruflichen

Aufgabe

- Kooperationsbereitschaft im Arbeitsleben
- Kooperatives Verhalten im beruflichen Wettbewerb
- Unsicherheitstoleranz und Durchsetzungsfähigkeit
- Verantwortungsbereitschaft und Rollenklarheit
- Abgrenzungsfähigkeit und konstruktives Konkurrenzverhalten
- Perspektivenübernahme, insbesondere gegenüber Partnern in der Arbeitswelt

Je nach den individuellen Voraussetzungen des Patienten ist es notwendig, die Grundtugenden für eine Erwerbstätigkeit wie z.B. Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit und Regeltreue durch geeignete Trainingsmaßnahmen zu vermitteln und einzuüben. Bei vorliegenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit ist die Belastbarkeit mit geeigneten Instrumenten und Untersuchungsmethoden zu objektivieren und durch spezifische arbeits- bzw. ergotherapeutische Maßnahmen zu fördern. Eine Belastungserprobung unter tätigkeitsspezifischen Bedingungen kann im Einzelfall indiziert sein. Den besonderen Anforderungen der Drogenrehabilitation ist beim Einsatz arbeitstherapeutischer Maßnahmen Rechnung zu tragen.

### 5. Angewandte Mittel der Rehabilitation

Ein wesentliches Merkmal der medizinischen Rehabilitation ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen. Der Erfolg ist maßgeblich davon abhängig, inwieweit die Teilziele sowie die angewandten Maßnahmen und Methoden im Hinblick auf die mit dem Patienten vereinbarten Rehabilitationsziele zusammenpassen. Nicht die Menge der Maßnahmen, sondern die Qualität der Koordinierung der angewandten Mittel entscheiden über den Erfolg der Gesamtmaßnahme. Eine zentrale Leistung im Hinblick auf das Erreichen des Rehabilitationsziels ist ein auf den einzelnen Rehabilitanden bezogenes Fallmanagement. Gegenstand des Fallmanagement ist die konsequente Verfolgung der mit dem Patienten vereinbarten individuellen Rehabilitationsziele. Das Ineinandergreifen und die mit dem Patienten abgestimmte Auswahl der Einzelmaßnahmen führen zu einer optimalen Nutzung der verfügbaren Ressourcen. Sowohl die von den MitarbeiterInnen der Rehabilitationseinrichtung als auch von den Patienten aufgewendete Zeit sollte mit großer Sorgfalt genutzt

werden.

Die medizinische Rehabilitation zeichnet sich dadurch aus, dass sie bei der Verfolgung der Rehabilitationsziele verschiedene Mittel anwendet. Zu diesen Mitteln gehören

- Information und Aufklärung
- Motivierung
- Diagnostik
- medizinische Behandlung
- psychotherapeutische Behandlung
- Beratung
- Vermittlung
- Training
- Spezifische arbeits- bzw. ergotherapeutische Maßnahmen
- Arbeitsbelastungserprobung
- Organisation und Planung
- Informationsmanagement zwischen den Beteiligten
- Begutachtung.

Wie in der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung sollten die Maßnahmen zur beruflichen Reintegration auf der Grundlage einer geeigneten prozessbegleitenden Diagnostik (systematische Ausbildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese; Erstellung von Qualifikations- und Fähigkeitsprofilen; Anwendung von geeigneten Erhebungsinstrumenten) erfolgen. Bereits bei der Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation sollten die Teilhabeprobleme des Versicherten anhand geeigneter Erhebungsinstrumente erfasst werden, damit eine spezifische Zuweisung zu Behandlungseinrichtungen erfolgen kann, die über die konzeptuellen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zur beruflichen Wiedereingliederung verfügen.

### 6. Vernetzung

Die Grundsätze der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der Rehabilitationseinrichtung sind auch auf die Zusammenarbeit mit vorbehandelnden und nachbehandelnden bzw. betreuenden Personen und Institutionen anzuwenden. Ein optimaler Informationsfluss unter Berücksichtigung des informellen Selbstbestimmungsrechtes des Betroffenen fördert die Zusammenarbeit. Ziele, Rehabilitationspläne und Ergebnisse sind zwischen den Beteiligten auf der Grundlage eines gemeinsamen Rehabilitationsverständnisses so zu kommunizieren, dass sie von allen Beteiligten verstanden werden, so dass die Aktivitäten der weiter betreuenden Personen bzw. Institutionen auf den Erfolgen der Vorbehandler aufbauen können. Partner in der Zusammenarbeit zur beruflichen Reintegration sind die Suchtberatungsstellen, ambulan-

te, teilstationäre und stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, Arbeitgeber und deren Werksärzte und Sozialdienste, Gesundheitsämter, Rehabilitationsberater der Renten- und Krankenversicherungen, Sozialmediziner der Rentenversicherung, Berater der Arbeitsverwaltung, Berater weiterer Sozialleistungsträger (Berufsgenossenschaften, Integrationsämter, Träger der Sozialhilfe etc.), private Arbeitsvermittler, Aus-, Fort- und Weiterbildungsträger, Berufsförderungswerke sowie Träger des betreuten Wohnens.

### 7. Entwicklungsperspektiven

Um die Tragfähigkeit der Maßnahmen zur beruflichen Reintegration zu fördern, ist die Zusammenarbeit der Kooperationspartner von entscheidender Bedeutung. Entwicklungsperspektiven liegen in folgenden Bereichen:

- Früherkennung von Abhängigkeitserkrankungen und Einleitung von geeigneten Maßnahmen insbesondere durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser
- Früherkennung von Abhängigkeitserkrankungen und Einleitung von geeigneten Maßnahmen durch die Arbeitsverwaltung
- Frühzeitige Einleitung von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation durch die Arbeitsverwaltung bereits während der medizinischen Rehabilitation und nahtlose Durchführung nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation (ohne Wartezeiten)
- Einsatz von privaten Arbeitsvermittlern und Jobcentern während bzw. im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung
- Berücksichtigung beruflicher Aspekte im Rahmen poststationärer Rehabilitationsmaßnahmen und weiterführender ambulanter Psychotherapie
- Verstärkte Umsetzung von gestuften beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen
- Verstärkte Berücksichtigung von Maßnahmen für leistungsgewandelte Versicherte.

### 8. Schlussfolgerungen

Die berufliche Wiedereingliederung ist eine Zielsetzung im Sinne der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe, die sämtliche Personen und Institutionen verpflichtet, die an der Rehabilitation behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen beteiligt sind. Diese Verpflichtung besteht sowohl gegenüber dem einzelnen Versicherten als auch gegenüber der Solidargemeinschaft. Die besondere Herausforderung liegt in der Gemeinsamkeit der Zielset-

zung und der Qualität der wechselseitigen Abstimmung aller Beteiligten. Gerade unter den Bedingungen der strukturellen Arbeitslosigkeit, der zukünftigen demographischen Entwicklung, dem steigenden Qualifizierungsbedarf und der Notwendigkeit der Sinnstiftung innerhalb der Arbeitswelt, sind verstärkte Bemühungen erforderlich, um dem im SGB IX formulierten Anspruch gerecht zu werden. Der Fachverband Sucht setzt sich deshalb verstärkt ein für:

- Integration des Ziels ‚Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben‘ in den sozialpolitischen Diskurs auf allen Ebenen
- Überwindung der Zuständigkeitsbarrieren zwischen den verschiedenen Sozialleistungsträgern bei der Verfolgung des Ziels ‚Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben‘
- Integration von Maßnahmen zur ‚Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben‘ in die Rehabilitationskonzepte der Behandlungseinrichtungen
- Berücksichtigung des Aufwandes von Maßnahmen zur ‚Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben‘ in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei der Bemessung der Vergütungshöhe
- Integration von Aus- und Weiterbildungsinhalten zur ‚Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben‘ in die Weiterbildungscurricula geeigneter Berufsgruppen.

#### Literatur:

- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Robert-Koch-Institut: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Egner, U. & Grünbeck, P. (2003). Analyse der Rehaverlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. Sucht aktuell, 2, 29-32.
- Grobe, T. & Schwartz, F. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13.
- Hartz, P. (2004). Begrüßung – Wolfsburger Fachtagung. Sucht aktuell, 1, 52.
- Heipertz, W. (2004). Frühintervention und Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der (Sucht-)Rehabilitation aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit. Sucht aktuell, 1, 65-66.
- Henkel, D. (1992). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen – Teil 1. Sucht aktuell, 2, 5-14.
- Hollereder, A. (2002). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 35, 3, 411-428.

Irle, H. (2003). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Berlin.

Kieselbach, Th. (1990). Help seeking and coping with unemployment. In R.A. Young & W.A. Borgen (Eds.), Methodological approaches to the study of career (pp. 163-184). New York: Praeger.

Klein, W., Missel, P. & Braukmann, W. (1997). Effizient stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg. Verhaltensmedizin Heute, 7, 47-58.

Murray, C.J.L. & Lopez, A. (1996). The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.

Schillinger, H. (2004). Effektive (Sucht)Rehabilitation unter schwierigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Entwicklungspotentiale aus Sicht der Rentenversicherung. Sucht aktuell, 1, 53-58.

Schupeta, E. (2004). Sucht macht krank – Zur Bedeutung der Frühintervention und Behandlung von Suchterkrankungen aus Sicht der Krankenversicherung. Sucht aktuell, 1, 58-64.

Siegrist, J. (1996). Gesundheit und Arbeit – neue Herausforderungen und neue Antworten.

Sucht und Erwerbsfähigkeit, 32-42. Geesthacht: Neuland-Verlag.

Schindler, H., Wacker, A. & Wetzels, P. (Hrsg.) (1990). Familienleben in der Arbeitslosigkeit. Heidelberg: Asanger.

VDR Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2002). Statistik Rehabilitation 2001. Frankfurt a. M.

---

### Literaturhinweis . . .

**Knuf, A., Tilly, Ch.: Borderline: Das Selbsthilfebuch, Bonn 2004, ISBN 3-88414-374-3, 12,90 Euro**

*Der Ratgeber bietet Anregungen und Empfehlungen mit zentralen Bereichen der Borderline-Störung angemessener umzugehen. Hierbei kann es um selbstverletzendes Verhalten, das Empfinden innerer Leere oder die Bewältigung traumatischer Erfahrungen gehen. Zielsetzung der Autoren ist es, das eigene Selbsthilfepotential zu entdecken und zu nutzen und damit auch unabhängiger von der Hilfe anderer zu werden. Das Buch basiert auf den Erfahrungen vieler Menschen, die an der Borderline-Erkrankung leiden sowie auf dem Wissen erfahrener Borderline-Therapeuten. Die Anregungen und Empfehlungen werden im Anhang ergänzt durch Tips zur Durchführung von Selbsthilfegruppen, einem Verhaltensanalyse-Bogen, Anregungen für die persönliche Selbsthilfe, Internetadressen etc.*