

Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie

Dieter Henkel, Uwe Zemlin, Peer Dornbusch

In drei aufeinander folgenden Heften von „Sucht aktuell“ werden Ergebnisse des ARA-Projekts¹ berichtet, das als prospektive Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten (Beginn und Ende der Suchtbehandlung, 6- und 12-Monatskatamnese) rückfallbeeinflussende Bedingungen im therapeutisch-rehabilitativen Prozess der arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Alkoholabhängigen analysiert. Im Teil II werden die Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese und im Teil III die rückfallrelevanten Beziehungen im Kontext aller vier Messzeitpunkte und Schlussfolgerungen für die Praxis dargestellt.

1. Einführung in die Thematik

Im Zuge der Massenarbeitslosigkeit in Deutschland hat sich in den vergangenen 25 Jahren eine höchst problematische Lage herausgebildet: Während der Anteil der arbeitslosen Alkoholabhängigen in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation überproportional stark zunahm, blieb in dieser Gruppe der Erfolg der Rehabilitation überdurchschnittlich niedrig, gemessen an den beiden Kernzielen: Integration in Arbeit und Abstinenz. Im Einzelnen:

1.1 Arbeitslose in medizinischen Reha-Maßnahmen

Unter den Alkoholabhängigen in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen) ist die Arbeitslosenquote von rund 10% in den Jahren 1976-1979 kontinuierlich auf knapp 35% (1990) und schließlich auf über 40% (2001) gestiegen (Henkel 1992; VDR 2002) und damit weitaus stärker als die allgemeine Arbeitslosenquote in der Er-

werbsbevölkerung, die Ende der 1970er Jahre rund 5%, 1990 7% und 2001 10% betrug (BMAS 2002)². Die überproportional starke Zunahme im Bereich der medizinischen Rehabilitation kann verschiedene Ursachen haben:

a) Alkoholabhängige werden überproportional häufig arbeitslos infolge von hohen Fehlzeiten, Leistungsminderungen, disziplinarischen Konflikten u.a.m., so dass die Zahl der arbeitslosen Alkoholabhängigen stärker angewachsen ist als die Gesamtzahl der Arbeitslosen.

b) Zudem sind die Arbeitslosenquoten in jenen Gruppen seit Beginn der 1980er Jahre überdurchschnittlich gestiegen, aus denen sich alkoholabhängige Arbeitslose in Entwöhnungsmaßnahmen häufig rekrutieren (Tabelle 2): Ältere (über 50 Jahre), gering Qualifizierte und gesundheitlich Eingeschränkte (BA, Arbeitslosenstatistik 1980-2002).

c) Auch Kumulationseffekte durch Behandlungswiederholungen spielen eine erhebliche Rolle. Denn arbeitslose Alkoholabhängige nehmen Entwöhnungsbehandlungen infolge hoher Rückfälligkeit häufig wiederholt in Anspruch. Bezöge man die Arbeitslosenquote in der medizinischen Rehabilitation nur auf Erstbehandelte, so würde sie wesentlich niedriger sein, in den letzten Jahren wahrscheinlich um mehr als ein Drittel (Tabelle 1).

d) Vermutlich war auch von Einfluss, dass die Langzeitarbeitslosigkeit seit Mitte der 1980er Jahre stark gestiegen ist (BA, Arbeitslosenstatistik 1980-2002) und infolgedessen wahrscheinlich auch der Anteil der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen in der Gruppe der Arbeitslosen. Denn Längsschnittstudien zeigen, dass sich bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestehende ausgeprägte Alkoholprobleme im Zuge lang anhaltender Arbeitslosigkeit signifikant häufiger intensivieren als während eines gleich langen Zeitraums kontinuierlicher Beschäftigung (Forschungsüberblick bei Henkel 1998a, 1998b). Dieser Zusammenhang ist zumindest für Männer nachgewiesen.

e) Möglicherweise ist die Zunahme der Arbeitslosenquote in der medizinischen Rehabilitation auch auf verstärkte Interventionen der Arbeitsämter zurückzuführen. Denn liegt eine Suchtproblematik vor, kann die Arbeitslosenunterstützung entzogen werden, wenn keine Behandlung aufgenommen wird. Immerhin wurde im Jahre 2001 in 27.500 (8,9%) der insgesamt 310.000 arbeitsamtsärztlichen Gutachten als ICD10-Erstdiagnose eine „psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ festgestellt (Hollenderer 2002). Allerdings fehlen Vergleichszahlen aus früheren Jahren.

Eine überproportional starke Inanspruchnahme suchtspezifischer Gesundheitsleistungen durch Arbeitslose zeigen auch Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse mit bundesweit 1.3 Millionen Versicherten durch Grobe & Schwarz (2003). Sie ergaben für das Jahr 2000, dass 14% aller Krankenhaustage der arbeitslosen Männer (Frauen 2,5%) allein auf die ICD10-Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ entfielen. Die unter dieser Diagnose verbrachte Zahl der Krankenhaustage (Entgiftung in Krankenhäusern, Behandlung in psychiatrischen und Fachkliniken) der arbeitslosen Männer lag um das 10-Fache (Frauen 5-Fache) höher als bei den Erwerbstätigen.

1.2 Arbeitslosigkeit und Rückfall

Mit der gestiegenen Arbeitslosigkeit hat die Effektivität der Suchtbehandlung kaum Schritt halten können. Seit 1994 ist für den stationären Sektor bundesweit dokumentiert, dass 85-90% der zu Beginn der Behandlung arbeitslosen Suchtkranken auch bei Entlassung arbeitslos blieben, höchstens 10% während der Therapiezeit einen Arbeitsplatz fanden und etwa 5% in Ausbildung oder in berufliche Reha-Maßnahmen gingen (SEDOS-Berichtsbände 1994ff). Daten aus westdeutschen Fachkliniken (Alkoholabhängige) zeigen für das Jahr 2001, dass der Anteil der Arbeitslosen an allen Aufnahmen bei 33% lag, und dass innerhalb des einjährigen Katamnesezeitraums 33% aller Ka-

1 Ein Kooperationsprojekt der Fachklinik Wilhelmsheim (Oppenweiler) und dem Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt a.M., University of Applied Sciences. Finanzielle Förderung durch das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst. Laufzeit 2001-2004.

2 Berechnungsmodus für beide Arbeitslosenquoten (Reha-Bereich und Erwerbsbevölkerung): registrierte Arbeitslose in % der Erwerbspersonen

tamneseantworter mindestens einmal und zum Katamnesezeitpunkt 19% arbeitslos waren (Kluger et al. 2003). Da Arbeitslose sich seltener an der Katamnese beteiligten (ebda), liegen die Quoten in Wirklichkeit wahrscheinlich deutlich höher.

Die posttherapeutische Arbeitslosigkeit ist deshalb so problematisch, weil sie in enger Beziehung zum Rückfall steht. Dies belegen alle einschlägigen, auf Alkoholabhängige bezogenen Untersuchungen. Küfner et al. (1986), Waldow & Klinik (1986), Missel et al. (1996), Zemlin et al. (1999) und Kluger et al. (2003) verglichen die Rückfallquoten in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus 12 bzw. 18 Monate nach Behandlung und fanden bei Arbeitslosen eine gegenüber Erwerbstätigen um den Faktor 1.5 bis 2 erhöhte Rückfallrate. Vergleichbar hohe Differenzen stellten auch Untersuchungen aus anderen Ländern fest (z.B. Schweiz: Sieber 1998).

1.3 Reaktion in der Praxis

Als Reaktion auf diese Problematik der hohen Rückfallquoten bei steigender Arbeitslosigkeit wurden in der Praxis der medizinischen Rehabilitation schon seit Anfang der 1990er Jahre verschiedene Initiativen und Programme entwickelt, die zusammenfassend als „arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation“ und aus der Perspektive der Rückfallproblematik als „Rückfallprävention durch Förderung der beruflichen Reintegration“ zu charakterisieren sind (siehe z.B. Schriftenreihe Fachverband Sucht 1996ff). Besonders mit der Adaptionsbehandlung hat die Rentenversicherung eine Behandlungsmöglichkeit etabliert, die die berufliche Integration fokussiert. Sie wird aber nur von einem kleinen Teil der arbeitslosen Absolventen von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch genommen. Diese Ansätze sind bedeutsam und müssen weiter ausgebaut, systematisiert und intensiviert werden. Doch die genannten Zahlen zur Arbeitslosigkeit bei bzw. nach Entlassung zeigen, dass sie nur für einen Teil der Arbeitslosen mit Erfolg umsetzbar waren, wenn man sie am letztendlich entscheidenden Kriterium der tatsächlichen Wiedereingliederung in Arbeit misst.

Fortschritte sind zu erzielen durch eine Stärkung der arbeitsbezogenen Ressourcen und Kompetenzen im Bereich der medizinischen und durch engere Vernetzungen mit der beruflichen Rehabilitation. Doch die Hauptgrenzen setzt der allgemein restriktive Arbeitsmarkt, der für einen relevanten Teil der arbeitslosen Alkoholabhängigen in Behandlung aufgrund des hohen Alters, geringer Qualifikation, gesundheitlicher Einschränkungen und sehr langer Arbeitslosigkeitszeiten besonders hohe Barrieren aufweist

(Tabelle 2). Deshalb ist davon auszugehen, dass die posttherapeutischen Arbeitslosigkeitsrisiken für Alkoholabhängige in Behandlung selbst bei einer günstigeren Entwicklung des Arbeitsmarkts bedeutsam hoch bleiben werden.

2. Projektziele

Die bisherige arbeitsbezogene Praxis der medizinischen Rehabilitation ist daher zu ergänzen durch rückfallpräventive Ansätze, die auf eine Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen zur suchtmittelfreien Bewältigung der mit der Arbeitslosigkeit verbundenen Lebensprobleme hinwirken. Derartige Maßnahmen sind vor allem für jene notwendig, die absehbar für längere Zeit arbeitslos bleiben. Auf die Entwicklung solcher, die arbeitsbezogenen Ansätze in der medizinischen Rehabilitation flankierender Maßnahmen zielt das ARA-Projekt. Anders formuliert: Es sollen wissenschaftliche Grundlagen für eine spezifischere, den psychosozialen Problemlagen der Arbeitslosen besser angepasste Behandlung erarbeitet werden. Dies aber setzt zunächst voraus, die konkreten Rückfallrisikofaktoren für Arbeitslose zu kennen, um entsprechend gezielte Maßnahmen erarbeiten zu können. Bislang ist der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Rückfall noch nicht hinreichend systematisch und differenziert untersucht.

2.1 Forschungsstand, Hauptfragestellungen

Zwar liegen bereits eine Reihe von Studien über die Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall vor (Pkt 1.2), doch sie weisen Defizite auf, vor allem:

a) Die Befunde aller bisherigen Untersuchungen sind nicht eindeutig interpretierbar. Denn der Rückfall wurde während des Katamnesezeitraums, der Erwerbsstatus hingegen nur zum Katamnesezeitpunkt erhoben. Daher ist unklar, ob Arbeitslosigkeit und Rückfall tatsächlich koinzidierten, d.h. ob die Rückfälle in Zeiten von Arbeitslosigkeit auftraten. Deshalb bleibt offen, in welcher Kausalitätsbeziehung Arbeitslosigkeit und Rückfall standen. Auch die intensiven Bemühungen von Waldow (1989), die Kausalitätsfrage empirisch aufzuklären, sind letztlich durch diese Problematik deutlich begrenzt. Grundsätzlich betrachtet, kann der Rückfall Folge oder Ursache der Arbeitslosigkeit sein. Zwar sind aus rehabilitativer Sicht beide Varianten hoch bedeutsam, denn sie tangieren die Hauptziele der Rehabilitation gleichermaßen. Doch die Klärung der Kausalität ist entscheidend für die Frage nach Ziel und Inhalt präventiver Maßnahmen. Daher ist im ARA-Projekt zu untersuchen: Ereignen sich Rückfälle unter Bedingungen von

Arbeitslosigkeit tatsächlich häufiger (möglicherweise auch schneller und folgenreicher) als unter Verhältnissen von Erwerbstätigkeit?

b) Vor allem liegt bislang keine Studie vor, die die Lebenslage der Arbeitslosen ausreichend differenziert erfasste, um darauf aufbauend konkrete Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall identifizieren und somit auch klären zu können, welche gezielten risikofaktoren- bzw. risikogruppenbezogenen Maßnahmen zu entwickeln wären. Erste Hinweise lieferte die Studie von Waldow & Klinik (1986), die nachwies, dass die Rückfälligkeit signifikant korrelierte mit der Häufigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen in der bisherigen Berufsbiographie sowie mit der Arbeitslosigkeitsdauer und dem Ausmaß der sozialen Isolation im Katamnesezeitraum. Zumindest die beiden letztgenannten Faktoren sind prinzipiell durch arbeitsbezogene bzw. therapeutische Interventionen veränderbar. Solche Bedingungen durch Einbeziehung eines umfangreichen Spektrums von Variablen zur Erfassung der materiellen und psychosozialen Lage der Arbeitslosen zu finden, ist das wesentliche Ziel des ARA-Projekts.

c) Abgesehen davon, dass der Erwerbsstatus auch bei Aufnahme und Entlassung erhoben wurde, zog keine Untersuchung die Suchtbehandlung in die Analyse mit ein. Es ist aber notwendig, nicht nur den Katamnesezeitraum zum Gegenstand der Untersuchung zu machen, sondern den gesamten therapeutisch-rehabilitativen Prozess. Denn erst dann lässt sich klären: Bilden sich Rückfallrisikokonstellationen erst im Katamnesezeitraum heraus oder lassen sich schon bei Behandlungsbeginn und im Behandlungsverlauf prognostisch bedeutsame Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen nachweisen? Sind die suchtherapeutischen Effekte zwischen beiden Gruppen unterschiedlich und haben bereits diese Differenzen Einfluss auf die spätere Rückfälligkeit? Dies zu untersuchen, ist ein weiteres Ziel des Projekts, um so die Frage beantworten zu können: Welche spezifischen Therapieangebote für Arbeitslose wären über die bisherige Praxis hinaus notwendig, um mögliche Differenzen in den Behandlungseffekten ausgleichen zu können?

3. Grundlegende Arbeitshypothese

Dem Projekt liegt folgende allgemeine Arbeitshypothese zugrunde: Es wird erwartet, dass sich Arbeitslose von Erwerbstätigen insbesondere in drei Bereichen unterscheiden:

a) im Ausmaß der finanziellen, sozialen, psychischen und somatischen Belastungen

b) im Grad der sozialen Integration und sozialen Unterstützung und

c) im psychischen Gesundheitszustand und damit auch in der Verfügbarkeit eigener Problembewältigungsressourcen.

Dabei ist zu prüfen, zu welchen Zeitpunkten bzw. in welchen Phasen des therapeutisch-rehabilitativen Prozesses diese Differenzen auftreten und das Rückfallrisiko beeinflussen.

3.1 Empirische Begründung

Die genannten Merkmalsbereiche sind in der Rückfallforschung schon seit langem als bedeutsame Moderatoren des Rückfallrisikos beschrieben (Waldow 1989; Körkel 1988, 1996, 1999). Ebenso hat die Arbeitslosenforschung in allen drei Bereichen eindeutige Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen dokumentiert:

Paul & Moser (2001) unterzogen 172 Querschnittstudien aus verschiedenen Ländern (Europa, USA, Kanada, Australien, Neuseeland) einer empirischen Meta-Analyse und fanden bei Arbeitslosen ein konsistent schlechteres psychisches Befinden als bei Erwerbstätigen. Bei Arbeitslosen zeigten sich signifikant mehr psychische und psychosomatische Symptome aus verschiedenen Störungsbereichen, höhere Depressivitäts- und Angstwerte, reduzierte Selbstwirksamkeits- und Lebenszufriedenheitswerte, ein niedrigeres Selbstwertgefühl und emotionales Wohlbefinden. Zudem fand sich keine Untersuchung, bei der Arbeitslose nicht eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit aufwiesen als Erwerbstätige. Gleichwohl variierten die Problem- und Symptombelastungen zwischen verschiedenen Arbeitslosengruppen z.T. deutlich. Sie waren bei Männern höher als bei Frauen, bei Jugendlichen höher als bei Erwachsenen und bei Langzeit- höher als bei Kurzzeitarbeitslosen.

Zudem ist vielfach belegt, dass in den Ursachen der querschnittlich erfassten Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen kausale Effekte der Arbeitslosigkeit eine wesentliche Rolle spielen. Nachweisbar ist dies in Längsschnittstudien, die Veränderungen im Zuge länger andauernder Arbeitslosigkeit bzw. beim Wechsel von der Erwerbstätigkeit zur Arbeitslosigkeit untersuchen:

Besonders stark sind die ökonomischen Folgen. Arbeitslosigkeit führt in Deutschland im Mittel zu einem 50-prozentigem Verlust des früheren Nettoeinkommens, bei rund 15% der Arbeitslosen sogar zur Einkommensarmut (Hanesch et al. 2000), was häufig erhebliche finanzielle Einschränkungen, Sorgen und z.T. auch Verschuldungen nach sich zieht. Die ökonomische Belastung ist eine gewichtige

Ursache auch der psychosozialen Belastung (Brinkmann 1984; Winefield 1995). Chronische finanzielle Probleme sind ein bedeutsamer Stressor, der das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit vermindern und auf diese Weise Depressivität und inadäquates Copingverhalten wie z.B. Konsum von Alkohol begünstigen kann (Pierce et al. 1994).

Eine weitere wesentliche Quelle der negativen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit ist der Verlust der Erwerbsarbeit selbst, d.h. der Verlust der damit oft verbundenen gesellschaftlichen Anerkennung, Selbstwertschätzung, sozialen Beziehungen sowie Tätigkeits-, Zeit- und Sinnstrukturen. Dementsprechend sind die Folgen gravierender, wenn die Arbeit nicht nur als Instrument des Gelderwerbs dient, sondern einen zentralen Lebensinhalt darstellt (Kieselbach 1998).

Zwei Meta-Analysen von Längsschnittstudien aus verschiedenen Ländern (16 Studien: Murphy & Athanasou 1999; 51 Studien: Paul & Moser 2001) belegen, dass sich beim Übergang von der Erwerbstätigkeit in länger anhaltende Arbeitslosigkeit deutliche Verschlechterungen der psychischen Gesundheit einstellen. Als besonders hoch erwiesen sich die Effektstärken für psychische Symptome verschiedener Störungsbereiche und negatives emotionales Befinden, etwas geringer ausgeprägt für Selbstwertverletzungen, Externalisierung bzw. reduzierte Selbstwirksamkeit und Ängstlichkeit.

Ebenso ist nachgewiesen, dass die Problembewältigungsressourcen und auch das Hilfesuchverhalten (Suche nach institutioneller Assistenz, Unterstützung durch andere Personen) im Zuge anhaltender Arbeitslosigkeit schwächer werden (Kieselbach 1990). Daher ist u.a. zu erwarten, dass das Nachsorgeverhalten der Arbeitslosen (Kontakt zu Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen) geringer ist als bei Erwerbstätigen, was sich möglicherweise rückfallrelevant auswirken könnte.

Weitere empirisch dokumentierte Folgen von Arbeitslosigkeit sind reduziertes Aktivitätsniveau (Freizeitgestaltung, soziale und kulturelle Partizipation), soziale Isolation und Verstärkung bereits vorhandener Konflikte in Familie und Partnerschaft (Schindler et al. 1990). Die Verschlechterung bzw. der Verlust sozialer Beziehungen und Kontakte ist ein wesentlicher Grund dafür, dass Arbeitslose im Vergleich zu Berufstätigen ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung durch andere Personen erfahren. Auswertungen des Bundesgesundheits surveys 1998 durch Grobe & Schwarz (2003) zeigten, dass deutlich mehr Arbeitslose als Erwerbstätige nur eine Person kennen, auf

die sie sich im Notfall verlassen können. In diesem Kontext ist der übereinstimmende Befund der Katamnese Forschung relevant, dass Personen, die allein leben, überproportional hohe Rückfallquoten aufweisen (Waldow & Klinik 1986; Kluger et al. 2003).

Darüber hinaus ist der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand der Arbeitslosen in Relation zu Erwerbstätigen wesentlich schlechter (Bammann & Helmer 1995). Doch nicht nur die Gesundheitszufriedenheit verringert sich häufig infolge von Arbeitslosigkeit, sondern oft auch der ärztlich festgestellte Gesundheitszustand, wie die Längsschnittstudie von Harych & Harych (1997) ermittelte. Insgesamt aber sind die negativen somatischen in Relation zu den psychischen und sozialen Effekten weniger stark ausgeprägt (Kieselbach 1998).

Ein weiterer wichtiger Beleg für die negative Kausalwirkung der Arbeitslosigkeit ist der Nachweis durch eine Reihe von Untersuchungen, so auch durch die Meta-Analyse von Paul & Moser (2001), dass sich die psychosoziale Lage nach beruflicher Wiedereingliederung sehr häufig substantiell verbessert. Dem entspricht der Befund von Missel et al. (1996), dass Arbeitslose, die nach der Suchtbehandlung wieder Arbeit hatten, ähnlich niedrige Rückfallquoten aufweisen wie kontinuierlich Erwerbstätige.

Die klar dokumentierten Kausalwirkungen der Arbeitslosigkeit schließen jedoch nicht gleichzeitig vorhandene Selektionseinflüsse aus. Paul & Moser (2001) fanden, dass eine eingeschränkte psychische Gesundheit das Risiko, arbeitslos zu werden, erhöht und auch die Chancen für eine berufliche Reintegration mindert. Allerdings waren die ermittelten Zusammenhänge in Relation zu den Kausaleffekten der Arbeitslosigkeit wesentlich geringer. In Hinblick auf mögliche Interaktions- und Kumulationsprozesse zwischen kausalen und selektiven Faktoren sprechen die Autoren von einem *circulus vitiosus*: Psychisch beeinträchtigte Personen werden, weil sie in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit in der Konkurrenz um Arbeitsplätze oft unterlegen sind, eher arbeitslos, entwickeln infolge der Arbeitslosigkeit eine noch höhere Symptombelastung, was schließlich die Suche nach Arbeit zusätzlich erschwert, so dass die negative Wirkung der Arbeitslosigkeit relativ lange andauert. Man kann davon ausgehen, dass Personen, die bereits vor ihrer Arbeitslosigkeit alkoholabhängig waren, in solche Prozesse vergleichsweise oft geraten. Auch deshalb ist zu erwarten, dass alkoholabhängige Arbeitslose in Behandlung höhere psychosoziale Problem- und Symptomausprägungen aufweisen als Erwerbstätige.

4. Untersuchungsanlage, Stichprobe, Datenerhebung

Das ARA-Projekt ist als prospektive Längsschnittstudie mit 4 Messzeitpunkten angelegt: Therapiebeginn (T1), Therapieende (T2), 6-Monatskatamnese (T3) und 12-Monatskatamnese (T4). Damit können die soziodemographischen, psychosozialen, gesundheitlichen und suchtspezifischen Startbedingungen zu Behandlungsbeginn erhoben, Veränderungen im Verlauf der Behandlung und im Katamnesezeitraum untersucht und jeweils in Hinblick auf ihre Bedeutung für die Rückfallproblematik analysiert werden. Bei einigen der zu T1 erhobenen Merkmalen (z.B. Arbeitslosigkeitsbelastungen, soziale Partizipation) wurden die Probanden aufgefordert, ihre Situation in der Zeit vor Behandlungsbeginn retrospektiv einzuschätzen (nähere Angaben dazu in Pkt 6.).

Einbezogen in die Untersuchung war der gesamte Entlassjahrgang 2002 der Fachklinik Wilhelmsheim, differenziert nach Arbeitslosen und Erwerbstätigen zu den jeweiligen 4 Messzeitpunkten. Verglichen werden je nach Untersuchungszeitpunkt und Fragestellung Arbeitslose mit Erwerbstätigen sowie rückfällige mit abstinenten Arbeitslosen. Die Datenauswertung wurde mit Hilfe des SPSS Version 11.5 vorgenommen.

Als Erhebungsinstrumente dienten die „Basisdokumentation Sucht 2002, Version 1.0“ (AHG-Wissenschaftsrat 2001), eine für das Projekt entwickelte, mit der „Katamnese Sucht 2002, Version 1.0“ (AHG-Wissenschaftsrat 2002) kompatible Forschungskatamnese sowie zahlreiche psychologische und suchtspezifische Testverfahren und Fragebögen, die im Ergebnisteil aufgeführt sind. Deren Auswahl orientierte sich an der genannten grundlegenden Arbeitshypothese des Projekts und den dazugehörigen konkreten empirischen Begründungen.

Die Erhebungen zu T1 und T2 erfolgten durch das therapeutische Personal der Klinik (Basisdokumentation-Datensatz) und im „PC-Diagnostiklabor“, in dem die Patienten/innen die Fragebögen am PC unter fachlicher Assistenz beantworteten (Forschungsdatensatz). Die katamnestischen Untersuchungen zu T3 und T4 wurden postalisch durchgeführt, ergänzt durch telefonische Katamnesen durch das therapeutische Personal der Klinik, um eine hohe Katamneseausschöpfung zu gewährleisten.

5. T1-Stichprobe

Der Entlassjahrgang 2002 umfasste insgesamt 929 Patienten/Innen, von denen 98% die Erstdiagnose „Alkoholabhängigkeit“ (ICD10-F10.2) erhielten. Bei den übrigen standen andere Suchtdiagnosen im Vordergrund³ (ausgenommen Nikotinabhängigkeit s. Pkt 6.1). Von den 929 waren 97 Nicht-Erwerbspersonen (Schüler/innen, Studierende, Hausfrauen, Rentner/innen) und 832 Erwerbspersonen: 397 Arbeitslose und 435 Erwerbstätige. Die Zuordnung zur Gruppe der Arbeitslosen und der Erwerbstätigen erfolgte zum Zeitpunkt T1 anhand folgender Kriterien: Als arbeitslos galt, wer unmittelbar vor Behandlungsbeginn mindestens 1 Monat durchgehend arbeitslos war (n=397). Als erwerbstätig wurde gezählt, wer in den letzten 6 Monaten vor Behandlungsbeginn erwerbstätig war (n=435). Für beide Gruppen galt zudem, dass sie bei Behandlungsbeginn nicht beren-

tet oder in einem Berentungsverfahren waren. Während Basisdokumentation-Datensätze für alle 397 Arbeitslosen und 435 Erwerbstätigen vorliegen, variiert die Beteiligungsrate innerhalb des eigenständigen Forschungsdatensatzes teilweise, da die Teilnahme am Projekt freiwillig war.

Die Arbeitslosen und Erwerbstätigen setzten sich im Verhältnis von rund 78 zu 22 bzw. 74 zu 26% aus Männern und Frauen zusammen (Tabelle 2). Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Rückfall- und der Arbeitslosenforschung (niedrigere Rückfallquote und in der Regel geringere arbeitslosigkeitsbedingte Belastungswerte bei Frauen, Kluger et al. 2003; Paul & Moser 2001) wäre es aufschlussreich gewesen, die Projektdaten geschlechterdifferenzierend auszuwerten. Doch der Anteil der Frauen ist bereits zum Messzeitpunkt T3 zu klein, um eine noch aussagekräftige geschlechterdifferenzierende Analyse

Merkmal	N A/E	A	E	Test	p
Alkoholabhängigkeit	397/435				
ICD10-F10.2 Erstdiagnose der Klinik %		98.7	97.6	(1)	ns.
ICD10-F10.2 Selbstdiagnose %		95.2	95.3	(1)	ns.
Alkoholabhängigkeitsdauer	392/425				
Mittelwert in Jahren		12.9	11.3	(2)	***
bis 5 Jahre %		13.9	20.5	(1)	***
6-10 Jahre		23.3	29.8		
11-15 Jahre		19.7	21.9		
über 15 Jahre		35.1	23.5		
Unbekannt		7.9	4.2		
Alkohol pro Tag letzte Trinkphase vor Aufnahme	392/425				
Mittelwert in g		165	115	(2)	***
bis100g %		36.6	54.2	(1)	***
101-150g		20.5	18.4		
151-200g		16.5	16.0		
über 200g		26.4	11.3		
stationäre Entwöhnungsbehandlung	397/435				
noch keine %		58.2	78.2	(1)	***
bereits 1		27.2	16.3		
bereits 2 oder mehr		14.7	5.5		
Abschluss der letzten Entwöhnungsbehandlung	161/81				
Unplanmäßig %		19.3	10.0	(1)	***
Tabakrauchen	374/410				
Rauchen täglich %		84.5	73.7	(1)	**
Gelegenheitsrauchen		1.9	4.6		
Extrauchen		2.4	5.9		
Nichtrauchen		11.2	15.9		
Nikotinabhängigkeit nur Raucher/innen	323/323				
keine/sehr geringe %		13.0	22.0	(1)	**
Geringe		42.4	41.8		
mittlere bis hohe		44.6	36.2		
ICD10-Nebendiagnosen	397/435				
Mittelwert Anzahl		5.6	5.0	(2)	***
0 Diagnosen		1.8	2.3	(1)	**
1-4 Diagnosen		30.0	42.3		
5-7 Diagnosen		45.3	39.1		
>7 Diagnosen		23.0	16.3		

N Gruppengröße, (1) chi-Test, (2) t-Test, ** p <0.01, *** p <0.001, ns. nicht signifikant

³ Sie verblieben in der T1-Stichprobe, da auch bei dieser Gruppe eine Alkoholproblematik im Katamnesezeitraum von Bedeutung sein kann.

Tab. 1: T1-Messung – Suchtspezifische Merkmale und ICD10-Nebendiagnosen der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

der Aufnahme- und Entlassdaten im Verbund mit den Katamnesedaten durchzuführen. Daher bleiben in den nachfolgenden Ergebnissen Männer und Frauen zusammengefasst (Ausnahme Pkt 6.4).

6. T1-Ergebnisse

Die Ergebnisse gliedern sich in 7 Bereiche: (1) suchtspezifische Merkmale und ICD10-Nebendiagnosen, (2) Alter, Qualifikation, Arbeitslosigkeit, (3) finanzielle Lage und Belastungen, (4) psychische Belastungen durch Arbeitslosigkeit, (5) soziale Lage: Integration und Partizipation, soziale Konflikte und Unterstützung (6) psychische Befindlichkeit und Gesundheit und (7) Abstinenzwartungen. Die dazu gehörigen Tabellen umfassen stets die Probanden, von denen für die einzelnen untersuchten Merkmale die jeweils erforderlichen vollständigen Angaben vorlagen („valid cases“).

6.1 Suchtspezifische Merkmale und ICD10-Nebendiagnosen

Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass der Anteil der Alkoholabhängigen (ICD10-F10.2 Erstdiagnose der Klinik) in beiden Gruppen mit 98.7 bzw. 97.6% annähernd gleich hoch war, und sich jeweils rund 95% der Arbeitslosen und Erwerbstätigen anhand der ICD10-Kriterien auch selbst als alkoholabhängig einstufen. In allen weiteren untersuchten Merkmalen fanden sich signifikante Differenzen zwischen den beiden Gruppen; die zusammengefasst belegen: Die Suchtproblematik der Arbeitslosen war stärker ausgeprägt und chronifizierter. Im Einzelnen:

Die Arbeitslosen mit Erstdiagnose ICD10-F10.2 waren länger alkoholabhängig, im Mittel 12.9 Jahre (Erwerbstätige 11.3), und sie konsumierten in ihrer letzten aktiven Trinkphase vor Behandlungsbeginn deutlich mehr Alkohol als die Erwerbstätigen. Dazu wurden die einzelnen, an einem Trinktag gewöhnlich konsumierten Getränkemengen (Bier, Wein, Sekt, diverse Spirituosen) nach den Standards der DGSS⁴ in Reinalkohol umgerechnet und durch die Anzahl der Trinktage pro Woche dividiert. Daraus ergab sich bei den Arbeitslosen im Mittel eine durchschnittlich tägliche Konsummenge von 165g und bei den Erwerbstätigen von 115g⁵. Besonders auffällig ist die Differenz von 26.4 zu 11.3% in der Extremkategorie von über 200g Alkohol pro Tag. Sie könnte auf Effekte der Arbeitslosigkeit zurückgehen, wengleich auch selektive Prozesse nicht auszuschließen sind: Stark ausgeprägte Alkoholprobleme erhöhen das Risiko, arbeitslos zu werden.

4 1 Liter Bier =40g, 1 Liter Wein, Sekt, Obstwein =86g, 1 Liter Spirituosen =250g.

5 Zum Vergleich: Ein Konsum von mehr als 20 bzw. 30g Alkohol täglich gilt für Frauen bzw. Männer als gesundheitlich riskant.

Rund 42% der Arbeitslosen, hingegen nur 22% der Erwerbstätigen hatten bereits mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung hinter sich. Auch dieser Befund ist bedeutsam, weil die Abstinenzprognose für Behandlungswiederholer im Vergleich zu Erstbehandelten erheblich ungünstiger ist. In der Untersuchung von Kluger et al. (2003) betrug die Abstinenzraten 37% (Wiederholer) zu 53% (Erstbehandelte). Zudem beendeten mehr Arbeitslose als Erwerbstätige ihre letzte Entwöhnungsbehandlung unplanmäßig, d.h. vorzeitig (Tabelle 1: 19.3 zu 10.0%). Darin liegt sicherlich einer der Gründe für die höhere Quote an Behandlungswiederholern in der Gruppe der Arbeitslosen, denn Therapieabbrücker weisen im Vergleich zu Personen mit planmäßigem Behandlungsabschluss weitaus niedrigere Abstinenzraten auf: 19.4 zu 53.1% (Kluger et al. 2003).

Ebenso fällt auf, dass die Arbeitslosen häufiger rauchten und ebenso signifikant häufiger als Erwerbstätige mittel bis stark nikotinabhängig waren (Fagerström-Test, Tabelle 1). Demnach waren mehr Arbeitslose als Erwerbstätige von einer zweifachen Abhängigkeit betroffen, d.h. von Alkohol und Nikotin. In beiden Gruppen lagen die Quoten der täglich Rauchenden mit 84.5 bzw. 73.7% beträchtlich über den Prävalenzraten, die aus bevölkerungsweiten Erhebungen bekannt sind. Nach Auswertungen des Mikrozensus 1995 durch Helmert (1999) betrug die Quoten der täglich Rauchenden unter den 18- bis 64-Jährigen bei den Arbeitslosen 48% bzw. 29% (Männer bzw. Frauen) und bei den Erwerbstätigen 34% bzw. 25%.

Darüber hinaus zeigte sich, dass auch die Zahl der ICD10-Nebendiagnosen (neben der Suchtdiagnose) bei den Arbeitslosen signifikant höher war (Tabelle 1). Dabei handelte es sich nahezu durchgehend um somatische Krankheitsbilder, so dass davon auszugehen ist, dass die körperliche Gesundheit der Arbeitslosen im Vergleich zu den Erwerbstätigen durchschnittlich schlechter war.

6.2 Alter, Qualifikation, Arbeitslosigkeit

Tabelle 2 zeigt, dass die Arbeitslosen in Relation zu den Erwerbstätigen insgesamt über schwächere Bildungsressourcen und Arbeitsmarktchancen verfügten. Sie waren schulisch und beruflich weniger qualifiziert (höchstens Hauptschulabschluss 70.3 zu 58.2%, ohne abgeschlossene Berufsausbildung 23.4 zu 13.5%) und in ihrer letzten beruflichen Position häufiger un- bzw. angelernte Arbeiter/innen gewesen (37.8 zu 21.1%). Ergänzt man noch den Befund, dass 18.4% der Arbeitslosen älter als 50 Jahre waren, so zeigt sich, dass ein bedeutsam

hoher Anteil der Arbeitslosen sehr ungünstige Arbeitsmarktperspektiven hatte. Das betraf insbesondere jene rund 13% aller Arbeitslosen, die höchstens einen Hauptschulabschluss hatten und zudem über 50 Jahre alt waren.

Es kommt hinzu, dass jede(r) Zweite bis zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme länger als 1 Jahr ununterbrochen arbeitslos war. Zum Vergleich: In der Gesamtheit aller registrierten Arbeitslosen ist derzeit etwa jede(r) Dritte langzeitarbeitslos (BA, Arbeitslosenstatistik 2002). Im Einzelnen waren 20.2% 1-2 Jahre bis Behandlungsbeginn arbeitslos, 16.1% 2-3 Jahre und 14.1% sogar länger als 3 Jahre. Derart lange Zeiten erschweren die Reintegration in Arbeit erheblich (MittAB 1999). Dabei spielen Vorbehalte der Arbeitsgeber ebenso eine Rolle wie Demotivations- und Demoralisierungseffekte bei den Arbeitslosen.

Aber auch für einen Teil der Erwerbstätigen bestanden relativ hohe Arbeitslosigkeitsrisiken, wenn man auf die Altersverteilung und den beruflichen Qualifikationsgrad blickt. Gleichwohl waren die Erwerbstätigen von solchen Risiken in den letzten drei Jahren bis Behandlungsbeginn mit einem Mittelwert von lediglich 0.4 Monaten Arbeitslosigkeit weitestgehend verschont geblieben.

6.3 Finanzielle Lage und Belastungen

Erwartungsgemäß waren die Arbeitslosen finanziell wesentlich schlechter gestellt (Tabelle 2). 66.5% der Arbeitslosen bestritten ihren Lebensunterhalt überwiegend durch Arbeitslosenunterstützung und 8.3% durch Sozialhilfe. Das monatlich verfügbare, d.h. nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben verbleibende Haushaltsnettoeinkommen lag bei den Arbeitslosen im Mittel um etwas mehr als 50% unter dem der Erwerbstätigen: 1.024 zu 2.106 EURO. Bezogen auf das Pro-Kopf-Einkommen (Haushaltsnettoeinkommen dividiert durch die Zahl der Haushaltsmitglieder) fällt der Abstand aufgrund des höheren Anteils der Alleinlebenden unter den Arbeitslosen etwas geringer aus (630 zu 1.085 EURO). Angesichts dieser starken Einkommensdifferenzen verwundert es nicht, dass die Arbeitslosen in der von Brinkmann (1984) entwickelten Skala „Finanzielle Probleme“ (z.B. Schulden gemacht, mit der Miete in Verzug gekommen) signifikant höhere Werte als die Erwerbstätigen zeigten (Tabelle 4).

6.4 Psychische Belastungen durch Arbeitslosigkeit

Befragt nach typischen negativen Erfahrungen der Arbeitslosigkeit, gab ein Großteil der Erwerbslosen an, die Arbeitslosigkeit vor Behandlungsbeginn als sehr belastend erlebt zu haben (Tabelle 3.1: Skala

Merkmal	N A/E	A	E	Test	p
Männer/Frauen %	397/435	78.3/21.7	73.6/26.4	(1)	ns.
Alter Mittelwert in Jahren	397/435	43.6	44.9	(2)	*
Altersgruppen					
bis 30 Jahre %		4.0	1.8	(1)	*
31-50 Jahre		77.6	72.9		
über 50 Jahre		18.4	25.3		
Familienstand	397/435				
ledig %		33.8	22.5	(1)	***
verheiratet zusammenlebend		19.9	43.2		
verheiratet getrennt lebend		10.1	9.0		
geschieden		35.0	22.3		
verwitwet		1.3	3.0		
Partnerbeziehung	397/435				
allein lebend %		52.4	35.9	(1)	***
Schulabschluss	397/435				
höchstens Hauptschulabschluss %		70.3	58.2	(1)	***
Realschule/polytechnische Oberschule		18.1	29.0		
Abitur		6.8	6.4		
Hochschulabschluss		4.3	6.0		
Sonstiges		0.6	0.5		
Berufsausbildung	397/435				
ohne abgeschlossene Ausbildung %		23.4	13.5	(1)	**
In Ausbildung/Umschulung		1.0	2.8		
abgeschlossene Ausbildung		74.8	84.8		
Sonstiges		0.9	0.9		
Beruflicher Status (letzter)	397/435				
Arbeiter/In %		37.8	21.1	(1)	***
Facharbeiter/In/Lernberuf		23.2	24.8		
Angestellte/Beamte		30.4	49.9		
selbständig, freiberuflich		3.5	4.1		
Sonstige		3.4	0.0		
Überwiegender Lebensunterhalt letzte 6 Monate	397/435				
Arbeitslosengeld/-hilfe %		65.5	0.0	(1)	***
Sozialhilfe		8.3	0.0		
Erwerbstätigkeit		0.0	88.0		
Kranken-/Übergangsgeld		14.9	12.0		
Sonstiges		4.9	0.0		
Monatliches verfügbares Haushaltsnettoeinkommen	317/332				
Mittelwert in EURO		1024	2108	(2)	***
Monatliches verfügbares Pro-Kopf-Nettoeinkommen	208/242				
Mittelwert in EURO		630	1085	(2)	***
Arbeitslosigkeitsdauer bis Aufnahme	397				
Mittelwert in Monaten		23.5	-		
unter 6 Monaten %		28.2	-		
6 Monate bis 1 Jahr		21.4	-		
1-2 Jahre		20.2	-		
2-3 Jahre		16.1	-		
über 3 Jahre		14.1	-		
Arbeitslosigkeit Summe letzte 3 Jahre bis Aufnahme	397/435				
Mittelwert in Monaten		19.3	0.4	(2)	***

N Gruppengröße, (1) chi-Test, (2) t-Test, * p < 0.05, ** < 0.01, *** < 0.001, ns. nicht signifikant

Tab. 2: T1-Messung – Soziodemographische und Arbeitslosigkeitsmerkmale der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

„Belastung durch Arbeitslosigkeit“ von Brinkmann 1984). So fühlten sich z.B. rund 76% sehr beunruhigt, nicht zu wissen, ob sie wieder eine Arbeit bekommen. Etwa zwei Drittel vermissten die arbeitsvermittelten sozialen Kontakte und rund 40% konstatierten eingeschränkte soziale Beziehungen zu Freunden und Bekannten. Wie in der allgemeinen Arbeitslosenforschung zeigte sich auch hier, dass die psychischen Belastungen durch die Arbeitslosigkeit mit den finan-

ziellen Belastungen (Skala „Finanzielle Probleme“) signifikant korrelierten, allerdings nur schwach (r 0.12, p<0.05). Der Zugewinn an Zeit durch die Freisetzung aus der Erwerbsarbeit, der sich in der Arbeitslosenforschung immer wieder als „tragisches Geschenk“ (Jahoda et al. 1975, S. 83) erwies, zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung als bedeutsamer Belastungsfaktor (Tabelle 3.2: Skala „Wegfall der Strukturierung der Zeit“ von Badura et al. 1987 zit. n. Puls,

Ulbrich & Wienold 2000, S. 210). Rund 40 bis 60% stimmten Aussagen zu, die auf ein häufiges „Leiden unter der Zeit“ hinweisen: Zeitstrukturverlust, Untätigkeit und Langeweile. Hier wie auch in der Skala „Belastung durch Arbeitslosigkeit“ bestanden zwischen Männern und Frauen keine bedeutsamen Unterschiede (Tabelle 3.1 und 3.2).

6.5 Soziale Lage

Verschiedene Merkmale verweisen darauf, dass der Grad der sozialen Integration und Partizipation der Arbeitslosen deutlich niedriger war als bei Erwerbstätigen. Sie waren häufiger ledig, geschieden und allein lebend (Tabelle 2). Die Quote der Alleinlebenden überstieg mit 52.4% nicht nur die der Erwerbstätigen (35.9%), sondern auch den Prozentsatz der allein lebenden Arbeitslosen insgesamt, der repräsentativen Erhebungen zufolge bei knapp 20% liegt (BMAS 2001). Auch die Werte in dem von Zemlin, Dornbusch & Henkel (2001) entwickelten Fragebogen „Soziale Partizipation“ belegen, dass die Arbeitslosen in der Zeit vor Klinikaufnahme schwächer sozial integriert waren bzw. stärker zurückgezogen lebten (Tabelle 5.1). Sie hatten erwartungsgemäß, d.h. aufgrund des höheren Anteils an Ledigen, Geschiedenen und Alleinlebenden, viel häufiger keine Kontakte zu Lebenspartnern/Innen und eigenen Kindern, aber auch zu Verwandten und Nachbarn, trafen sich seltener in Interessen- bzw. Gleichgesinntengruppen und nahmen ebenso deutlich weniger an ausserhäuslichen Fortbildungs-, Kultur- und Sportveranstaltungen teil.

Tabelle 5.2 zeigt, dass die Arbeitslosen in der Zeit vor Klinikaufnahme auch weniger soziale Unterstützung durch andere Personen erfuhren (Skala „Soziale Unterstützung“ von Puls et al. 2000), und dies, obwohl gerade sie solche Formen des sozialen Rückhalts vergleichsweise oft benötigten, da sie signifikant häufiger als Erwerbstätige von persönlichen Problemen bzw. kritischen Lebensereignissen betroffen waren: Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen oder Lebenspartner/In, Todesfall in der Familie bzw. im Freundeskreis, erste finanzielle Probleme und anhängige Rechtsstreitigkeiten (Tabelle 4: Liste „Lebensprobleme“).

Nur hinsichtlich sozialer Konflikte, Streitigkeiten und Ärger in der Familie, Partnerschaft und mit anderen nahe stehenden Personen (Skala „Soziale Konflikte“ von Schwarzer & Leppin 1989) unterschieden sich die Arbeitslosen nicht von den Erwerbstätigen (Tabelle 5.2), auch dann nicht, wenn man nur die in Partnerschaft lebenden Personen mit einander vergleicht.

Skala/Item	N A	%
Belastung durch Arbeitslosigkeit		
Es beunruhigt sehr, wenn man nicht weiß, ob man wieder Arbeit bekommt	397	75.6
Das viele Zuhause sein geht einem einfach auf die Nerven	397	79.4
Man kommt sich manchmal richtig überflüssig vor	397	64.9
Man fragt sich oft „warum bin gerade ich arbeitslos geworden“	397	43.1
Es fällt nicht leicht, Freunden/Bekanntem von der Arbeitslosigkeit zu erzählen	397	39.4
Es fehlt der gewohnte Kontakt mit den Kollegen (Kunden, Mitarbeitern usw.)	397	66.4
In der Partnerschaft und Familie gibt es häufiger als sonst Ärger	397	33.4
Man geht nicht mehr so oft zu Freunden und Bekannten wie früher	397	40.3
Skalenmittelwerte Männer/Frauen	311/86	2.6/2.6 ns.

N Gruppengröße, Antwortkategorien insgesamt „traf gar nicht, wenig, ziemlich, völlig zu“, % der Arbeitslosen mit Antworten „traf ziemlich bzw. völlig zu“, ns. nicht signifikant (t-Test)

Depressivität, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit und Aggressivität/Feindseligkeit sowie, allerdings weniger stark ausgeprägt, in der Unsicherheit in Sozialkontakten, der phobischen Angst und im paranoiden Denken.

Nur schwach signifikant zu Ungunsten der Arbeitslosen fielen die Differenzen aus im Wertlosigkeitsgefühl (Skala SWG „Selbstwertgefühl“⁷, Badura et al. 1987) und dem emotionalen Coping, in dem ein Verdrängen von Problemen zum Ausdruck kommt (Skala „Coping“, Schwarzer & Jerusalem

Tab. 3.1:

T1-Messung – Belastungen durch Arbeitslosigkeit vor Klinikaufnahme

Tab. 3.2:

T1-Messung – Zeiterleben während der Arbeitslosigkeit vor Klinikaufnahme

Tab. 4:

T1-Messung – Finanzielle und psychosoziale Lebensprobleme der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

Skala/Item	N A	%
Enstrukturierung der Zeit/Langeweile		
Ich wusste nicht, was ich mit meiner Zeit anfangen sollte	397	51.8
Ich saß untätig zu Hause herum	397	39.3
Ein Tag verging wie jeder andere	397	59.6
Mir fiel die Decke auf den Kopf	397	51.3
Skalenmittelwert Männer/Frauen	311/86	2.5/2.6 ns.

N Gruppengröße, Antwortkategorien insgesamt „traf so gut wie gar nicht, selten, häufig, sehr häufig zu“, % der Arbeitslosen mit Antworten „traf häufig bzw. sehr häufig zu“, ns. nicht signifikant (t-Test)

Skala/Einzelprobleme	N A/E	A	E	Test	p	Eta
Finanzielle Probleme, Skalenmittelwert	352/376	1.5	1.1	(2)	***	.05
Psychosoziale Lebensprobleme %						
Krankheit eines Familienangehörigen, des Lebenspartners	397/435	24.7	26.5	(1)	ns.	
eigene gesundheitliche Beschwerden/Krankheiten	397/435	56.8	52.6	(1)	ns.	
Trennung oder Scheidung vom Lebenspartner/in	397/435	22.3	18.7	(1)	ns.	
Todesfall in Familie, Freundeskreis	397/435	18.8	13.6	(1)	*	
Arbeitslosigkeit eines Familienangehörigen, des Lebenspartners/in	397/435	12.1	6.4	(1)	**	
ernste finanzielle Probleme	397/435	52.7	21.8	(1)	***	
Anhängiger Rechtsstreit, Gerichtsverfahren	397/435	17.2	11.7	(1)	*	

N Gruppengröße, % der Ja-Antworten, (1) chi-Test, (2) t-Test, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns. nicht signifikant, Eta: Effektstärke

1990). Lediglich im „Unsicherheitsfragebogen“ (UFB) von Ullrich & Ullrich de Muynck (1977) und der Skala „Selbstwirksamkeit“ (SWS) von Schwarzer & Jerusalem (1989) traten keine nennenswerten Unterschiede auf.

6.6 Psychische Befindlichkeit und Gesundheit

In Relation zu den Erwerbstätigen war die psychische Gesundheit bzw. Befindlichkeit der Arbeitslosen bei Behandlungsbeginn in vielerlei Hinsicht signifikant schlechter (Tabelle 6). Sie waren unzufriedener mit ihrer Lebenslage im Allgemeinen, insbesondere mit der Arbeits- und finanziellen Situation, aber auch mit ihrer Wohnsituation, Gesundheit, sozialen Partizipation und den Familien- und Partnerschaftsverhältnissen (Skala „Lebenszufriedenheit“⁶, AHG-Wissenschaftsrat 1997).

Auch wiesen die Arbeitslosen in der „Symptom-Check-Liste SCL-90-R“ (Franke et al. 1995) häufiger psychische Symptome in verschiedenen Störungsbereichen auf. Das zeigte sich in allen drei Gesamt- bzw. Summenscores (GSI: Global Severity Index, PST: Positive Symptom Total und PSDI: Positive Symptom Distress Index) und in fast allen einzelnen Symptombildern, besonders bei der Somatisierung,

6 Niedrige Werte bedeuten hohe Zufriedenheit.

7 Hohe Werte bedeuten niedriges Selbstwertgefühl bzw. niedriges Wertlosigkeitsgefühl.

Soziale Partizipation	N A/E	A %	E %	p
gar keine Kontakte zu/Besuche von Lebenspartner/in	377/407	30.5	20.6	***
Eltern	376/408	26.3	25.0	ns.
eigenen Kindern	373/408	46.6	35.8	***
Geschwistern	376/409	26.3	18.6	ns.
Verwandten	377/408	27.1	14.0	***
Freunden	375/409	7.5	4.2	ns.
Nachbarn	372/408	9.3	4.4	**
Interessen-/Gleichgesinntengruppen	370/408	83.8	75.2	**
Fortbildungsveranstaltungen	371/405	70.7	50.0	***
Kultur- und Sportveranstaltungen	372/408	34.4	22.0	***

N Gruppengröße, chi-Test, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns. nicht signifikant, von den insgesamt 5 Antwortkategorien („täglich“, „mehrmals wöchentlich“ ...) aus Platzgründen nur die %-Angaben für „gar keine Kontakte zu bzw. Besuche von“ wiedergegeben.

Tab. 5.1: T1-Messung – Soziale Partizipation der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

Skala	N A/E	M A	M E	p	Eta
Soziale Unterstützung	353/378	2.5	2.8	**	.02
Soziale Konflikte	354/378	1.9	2.0	ns.	.00

N Gruppengröße, M Skalenmittelwert, t-Test, ** p < 0.01, ns. nicht signifikant

Tab. 5.2: T1-Messung – Soziale Unterstützung und soziale Konflikte der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

Skala/Subskala	N A/E	M A	M E	p	Eta
Zufriedenheit mit...					
Im allgemeinen	278/351	3.5	2.9	***	.04
der Gesundheit	277/351	3.1	2.7	***	.02
der Arbeitssituation	278/351	5.1	2.7	***	.40
der Wohnsituation	276/354	2.8	2.0	***	.05
der finanziellen Situation	277/352	4.2	2.9	***	.17
der sozialen Partizipation	277/354	3.6	2.9	***	.05
der Partnersituation	278/351	3.4	2.9	***	.02
der Familiensituation	276/349	3.0	2.7	**	.01
dem Freundes- und Bekanntenkreis	278/353	2.8	2.6	*	.01
der Freizeitgestaltung	277/354	3.2	3.1	ns.	.00
dem Umgang mit Suchtmitteln	277/353	3.1	3.1	ns.	.00
UFB					
Fehlschlag- und Kritikangst	381/423	30.1	28.9	ns.	.00
Kontaktangst	381/423	27.9	27.4	ns.	.00
Fördern können	381/423	43.2	42.4	ns.	.00
Nicht-nein-sagen-können	381/423	23.0	23.6	ns.	.00
Schuldgefühle	381/423	5.3	5.6	ns.	.00
Anständigkeit („Angepasstheit“)	381/423	11.6	11.9	ns.	.00
SWS					
Selbstwirksamkeit	377/411	2.8	2.8	ns.	.00
SWG					
Selbstwertgefühl	377/410	2.2	2.2	ns.	.00
Wertlosigkeitsgefühl	377/411	2.5	2.6	*	.01
Coping					
Aktives Coping	377/410	3.4	3.4	ns.	.00
Soziales Coping	377/410	2.7	2.8	ns.	.00
Emotionales Coping	377/410	1.9	1.8	*	.01
SCL-90-R					
GSI	378/412	0.6	0.4	***	.02
PST	378/421	32.2	27.3	***	.02
PSDI	378/419	1.4	1.2	**	.01
Somatisierung	378/421	6.7	5.0	***	.03
Zwanghaftigkeit	378/412	6.8	5.5	**	.01
Unsicherheit im Sozialkontakt	378/420	5.2	4.3	*	.01
Depressivität	378/422	9.7	7.9	***	.02
Angstlichkeit	378/421	5.2	4.1	**	.01
Aggressivität/Feindseligkeit	378/421	2.2	1.6	***	.01
Phobische Angst	378/421	1.7	1.2	*	.01
Paranoides Denken	378/421	3.1	2.6	*	.01
Psychotizismus	378/421	4.3	3.7	ns.	.00

N Gruppengröße, M Skalenmittelwert, t-Test, * p <0.05, ** p <0.01, *** p <0.001, ns. nicht signifikant, Eta: Effektstärke

Tab. 6: T1-Messung – Psychische Befindlichkeit und Gesundheit der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

6.7 Abstinenzserwartungen

Fasst man die Ergebnisse aus dem „Abstinenzserwartungs-Fragebogen“ (ABER) von Ackermann & Munkes (1998) und der Skala „Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale“ (AASE) von DiClemente et al. (1994) zusammen (Tabelle 7), so zeigt sich, dass Arbeitslose zu Behandlungsbeginn insgesamt weniger positive Effekte der Abstinenz auf ihre Lebenssituation nach Abschluss der Behandlung erwarteten und auch ihre Abstinenzchancen skeptischer einschätzten: Sie antizipierten eine stärkere Versuchung, in kritischen Situationen zum Alkohol zu greifen und beur-

8 Statistisch betrachtet gibt Eta² den Anteil der Gesamtvarianz des untersuchten Merkmals an, der auf die Variation zwischen den Gruppen zurückgeht.

teilten sich weniger zuversichtlich, solche Situationen zu meistern. Allerdings sind die Differenzen zwischen den Arbeitslosen und den Erwerbstätigen in der subjektiven Einschätzung der Abstinenzzuversicht weitaus geringer als die objektiven Unterschiede in den bisher ermittelten Abstinenz- bzw. Rückfallquoten beider Gruppen (vgl. Pkt 1.2). Das bedeutet, dass die Arbeitslosen zwar pessimistischer als die Erwerbstätigen waren, ihr tatsächliches Rückfallrisiko dennoch vergleichsweise stark unterschätzten.

7. Zusammenfassung und Bewertung

Zusammengefasst zeigt sich, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen ungünstigere Ausgangsbedingungen zu Beginn der Behandlung hatten, vor allem geringere Bildungs-, ökonomische und soziale Ressourcen, ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtprobleme, niedrigere Lebenszufriedenheitswerte, eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit und skeptischere, weniger zuversichtliche Einstellungen zur Abstinenz nach Behandlung.

Diese Bilanz orientiert sich am Kriterium der statistischen Signifikanz der Gruppenunterschiede. Betrachtet man jedoch jene Ergebnisse, bei denen Effektstärken (Eta²) berechnet wurden, so sind die Differenzen oft nicht sonderlich substantiell. Effektstärken zeigen die Größe und damit die Bedeutsamkeit der Gruppenunterschiede an⁸. In der sozialwissenschaftlichen und ebenso in der Arbeitslosenforschung werden Eta²-Werte unter 0.05 in der Regel als klein, von 0.05 bis 0.15 als mittel und über 0.15 als hoch bewertet (Bortz & Doring 1995; Paul & Moser 2001). Daran gemessen sind die Unterschiede in der Zufriedenheit mit der Arbeits- und der finanziellen Situation (Tabelle 6) als hochbedeutsam und in den finanziellen

Skala/Subskala	N A/E	M A	M E	p	Eta
ABER					
psychisches Gleichgewicht	373/415	5.8	5.7	*	.01
psychosoziales Funktionsniveau	373/414	5.3	5.2	*	.01
negative Abstinenzserwartungen	374/416	3.4	3.2	**	.01
AASE Versuchung...					
in Situationen des negativen Affekts	368/406	2.4	2.2	**	.01
in sozialen u. positiven Affektsituationen	368/407	2.0	1.8	**	.01
bei körperlichen u. anderen Beschwerden	368/407	1.7	1.5	**	.01
bei craving/Substanzverlangen	368/407	2.1	2.0	*	.01
AASE Zuversicht...					
in Situationen des negativen Affekts	367/406	3.7	3.9	**	.01
in sozialen u. positiven Affektsituationen	367/406	4.0	4.2	**	.01
bei körperlichen u. anderen Beschwerden	367/406	4.1	4.3	**	.01
bei craving/Substanzverlangen	368/406	3.9	4.1	**	.01

N Gruppengröße, M Skalenmittelwerte, t-Test, * p <0.05, ** p <0.01, Eta: Effektstärke

Tab. 7: T1-Messung – Abstinenzserwartungen der Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

Belastungen (Tabelle 4) und der Zufriedenheit mit der sozialen Partizipation (Tabelle 6) als mittel stark einzustufen. Alle anderen in Tabelle 5.2, 6 und 7 aufgelisteten Differenzen sind hinsichtlich der Effektstärken so klein, dass sie wahrscheinlich keinen substantiellen Beitrag zur Aufklärung der Rückfalldifferenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen leisten werden. Allerdings bleibt abzuwarten, ob und wie sich diese bei T1 nur schwachen Gruppendifferenzen im Verlauf der Behandlung und vor allem im Katamnesezeitraum veränderten.

Zu Therapiebeginn sind aber bereits zwei Unterschiede klar erkennbar, die aus der bisherigen Katamneseforschung als rückfallrelevant einzustufen sind: Die Arbeitslosen lebten häufiger allein und hatten schon häufiger mindestens eine Entwöhnungsbehandlung ohne nachhaltigen Abstinenzserfolg absolviert. Beide Kriterien zusammen, allein lebend und Behandlungswiederholung, trafen auf 21% der Arbeitslosen, hingegen nur auf rund 8% der Erwerbstätigen zu.

Soweit vergleichbar fallen die Effektstärken im Bereich der psychischen Gesundheit deutlich niedriger aus als in Untersuchungen aus der allgemeinen Arbeitslosenforschung. Das gilt insbesondere für Depressivität, negatives Selbstwertgefühl und psychische Symptome aus verschiedenen Störungsbereichen (vgl. Paul & Moser 2001). Allerdings muss man sehen, dass sich die Probanden des ARA-Projekts in zwei wesentlichen Merkmalen vom Gesamt der Arbeitslosen und Erwerbstätigen unterschieden: Sie waren alkoholabhängig und zur Zeit der Datenerhebung in Behandlung. Deshalb können sich folgende Bedingungen differenzreduzierend ausgewirkt haben:

a) die Suchtproblematik, da diese häufig mit ähnlichen psychischen Problemen assoziiert ist wie die Arbeitslosigkeit (z.B. niedrige Selbstwirksamkeit, negatives Selbstwertgefühl, Depressivität, häufige soziale Konflikte), und vor deren Hintergrund sich die spezifischen Probleme der Arbeitslosen daher wenig prägnant abheben, und

b) der wahrscheinlich als entlastend erfahrene Rollen- bzw. Statuswechsel vom Arbeitslosen zum Patienten bzw. das Herauslösen aus dem Arbeitslosenalltag und der Eintritt in das als entlastend erlebte Klinikmilieu.

Daher sind größere Differenzen zwischen beiden Gruppen im Katamnesezeitraum zu erwarten, der Gegenstand des Teils II des Forschungsberichts sein wird. Darin wird zudem berichtet, ob sich in den veränderungssensiblen Merkmalen (z.B. psychische Gesundheit, Abstinenzserwartungen) verschieden starke Behandlungseffekte zwischen Arbeitslo-

sen und Erwerbstätigen zeigen, und ob diese Differenzen bedeutsame Beziehungen zur Rückfälligkeit aufweisen.

Literatur:

AHG-Wissenschaftsrat (2001). Basisdokumentation Sucht 2002, Version 1.0, Fachausschuss Sucht. Hilden.

AHG-Wissenschaftsrat (2002). Katamnese Sucht 2002, Version 1.0, Nachbefragungsbogen zur stationären Entwöhnungsbehandlung. Fachausschuss Sucht. Hilden.

AHG-Wissenschaftsrat (1997). Skala Lebenszufriedenheit in Katamnese Sucht 1997 Version 1.0, Fachausschuss Sucht. Hilden.

Ackermann, K. & Munckes, P. (1998). Abstinenzserwartungs-Fragebogen. Tübingen: Universitätsklinikum, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

BA Bundesanstalt für Arbeit (2002). Arbeitslosenstatistik, Jahrgänge 1980-2002. Nürnberg.

Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987). Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin: Springer.

Bammann, K. & Helmert, U. (1995). Gesundheitliche Risiken und Arbeitslosigkeit. In H. Kunath (Hrsg.), Medizin und Informatik (S. 611-615). München: Münchner Medizin Verlag.

BMAS Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001). Lebenslagen in Deutschland. 1. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

BMAS Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2002). Statistisches Taschenbuch 2002: Arbeits- und Sozialstatistik. Berlin.

Brinkmann, C. (1984). Die individuellen Folgen langfristiger Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 4, 454-473.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.

DiClemente, C., Carbonari, J., Montgomery, R. & Hughes, S. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. Journal of Studies on Alcohol, 55, 141-148.

Franke, G., Jäger, H. & Stäcker, K. (1995). Die Symptom-Check-Liste SCL-90-R im Einsatz bei HIV-infizierten Patienten. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 16, 195-208.

Grobe, T. & Schwartz, F. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13.

Hanesch, W., Krause, P., Bäcker, G., Maschke, M. & Otto, B. (2000). Armut und Ungleichheit in Deutschland. Reinbek: Rowohlt.

Harych, H. & Harych, P. (1997). Der subjektive und objektive Gesundheitszustand von Arbeitslosen – eine Studie in Sachsen. IAB-Werkstattbericht 8 vom 20.5.1997. Nürnberg.

Helmert, U. (1999). Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundäranalyse der Daten des Mikrozensus 1995. Gesundheitswesen; 61: 31-37.

Henkel, D. (1992). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Henkel, D. (1998a). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: Forschungsergebnisse, Defizite, Hypothesen. Abhängigkeiten, 4, 3, 9-29.

Henkel, D. (1998b). Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse. In D. Henkel (Hrsg.), Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen (S. 101-136). Opladen. Leske + Budrich.

Hollederer, 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.

Jahoda, M., Lazarsfeld, P. & Zeisel, H. (1975, orig. 1933). Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Jerusalem, M. (1993). Coping. In: G. Westhoff (Hrsg.), Handbuch psychosozialer Messinstrumente (S. 187-188). Göttingen: Hogrefe.

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.

Kieselbach, Th. (1998). Arbeitslosigkeit. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheitsbericht für Deutschland (S. 116-121). Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Kluger, H., Funke, W., Bachmeier, R., Brünger, M., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weisinger, V. & Wüst, G. (2003). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2000 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 10, 1, 14-23.

Körkel, J. (1999). Rückfälle Drogenabhängiger: Eine Übersicht. Abhängigkeiten 5, 1, 24-43.

Körkel, J. (Hrsg.). (1988). Der Rückfall des Suchtkranken. Heidelberg: Springer.

Körkel, J. (1996). Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung. Abhängigkeiten, 2, 3, 39-60.

Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (Hrsg.). (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. Themenheft der Zeitschrift Suchtgefahren, 32, 1.

Missel, P., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jarreis, R., Ott, E.S., Quinten, C., Schneider, B., Zemlin, U. (1998). Effektivität und Kosten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) Suchttherapie unter Kostendruck (S. 41-66), Geesthacht: Neuland.

MittAB Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (1999), Heft 2. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Murphy, G. & Athanasou, J. (1999). The effect of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72, 83-99.

Paul, K. & Moser, K. (2001). Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In J. Zempel, J. Bacher & K. Moser (Hrsg.), Erwerbslosigkeit (S. 83-110). Leske + Budrich.

Peirce, R.S., Frone, M.R., Russel, M. & Cooper, M.L. (1994). Relationship of financial strain and psychosocial resources to alcohol use and abuse: The mediating role of negative affect and

Fachbeiträge

drinking motives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 291-308.

Puls, W., Ulbrich, T. & Wienold, H. (2000). *Skalen zur Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Münster: Institut für Soziologie der Universität Münster.

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

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1989). Anxiety and Self-Concept as Antecedents of Stress and Coping. A longitudinal Study with German and Turkish Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10, 785-792.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen, Hogrefe.

SEDOS-Berichte (1994ff). Jahresstatistik der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren.

Sieber, M. (1998). Arbeitslosigkeit und Alkoholprobleme: Fünf Belege für die Verknüpfung. *Abhängigkeiten*, 4, 3, 4-8.

Ullrich, R. & Ullrich de Muynck, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen*. München: Pfeiffer.

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

Waldow, M. & Klink, M. (1986). *Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung*. Marburg: Elwert-Verlag.

Waldow, M. (1989). *Theorie und Empirie des poststationären Rehabilitationsverlaufs Alkoholabhängiger*. Marburg: Elwert-Verlag.

Winefield, A. (1995). Unemployment: Its psychological costs. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 10, 169-212.

Zemlin, U., Dornbusch, P. & Henkel, D. (2001). Fragebogen „Soziale Partizipation“. *Fachklinik Wilhelmsheim*.

Zemlin, U., Schneider, B., Braukmann, W., Buschmann, H., Dehmlow, A., Herder, F., Jarreis, R., Missel, P., Ott, E., Quinten, C. & Roeb, R. (1999). *Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergrei-*

fenden 1-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 47, 60-73.

Die Autoren:

Prof. Dr. phil. Dieter Henkel, Dipl. Psych. Fachhochschule Frankfurt a.M., University of Applied Sciences FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit, Institut für Suchtforschung Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt a.M. e-mail: henk@fb4.fh-frankfurt.de

Dr. phil. Uwe Zemlin, leitender Psychologe der Fachklinik Wilhelmsheim 71570 Oppenweiler-Wilhelmsheim e-mail: uzemlin@ahg.de

Peer Dornbusch, Dipl. Psych. Fachklinik Wilhelmsheim e-mail: pdornbus@ahg.de

Literaturhinweise . . .

Stelngass, H.-P. (Hrsg.): Chronisch mehrfach Beeinträchtigte – Erfahrungen aus der Soziotherapie, Remschelder Gespräche 1, Geesthacht 2003, ISBN-3-87581-228-X, 24,90 Euro

Die Behandlung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen galt lange Zeit als hoffnungslos. Die Autoren/innen korrigieren in diesem Buch solche Sichtweisen. Die Beiträge befassen sich darüber hinaus mit unterschiedlichen Themen wie

- Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit
- Neurologische und psychopharmakologische Aspekte in der Behandlung Abhängigkeitskranker
- Sucht und Psychose
- Betreuungsgesetz
- Borderline – Persönlichkeitsstörungen
- Motivierungsstrategien in der Behandlung Alkoholabhängiger

Bossong, H.: Die Szene und die Stadt – Innerstädtische Randgruppenszenen als kommunale und staatliche Aufgaben, Geesthacht 2003, ISBN-3-87581-235-2, 19,90 Euro

Der Autor untersucht kommunalpolitische Strategien im Umgang mit offenen innerstädtischen Szenen. Im Mittelpunkt steht der Prozess der Planung und Umsetzung einer nachhaltigen Dislozierung der offenen Szene in Essen. In die Arbeit gehen aber auch eine Vielzahl von Erfahrungen in verschiedenen in- und ausländischen Städten ein. Umfassend werden kommunalpolitische Strategien im Umgang mit offenen innerstädtischen Szenen untersucht und diskutiert.

Müller-Spahn, F., Margraf, J.: Wenn Spielen pathologisch wird, Freiburg und Basel 2003, ISBN-3-8055-7517-3, 28,50 Euro

Im Zusammenhang mit der Zulassung von Spielcasinos in der Schweiz muss auch die Frage der Sozialverträglichkeit bzw. angemessener Maßnahmen zur Prävention und zur Bewältigung pathologischen Spielens behandelt werden. Für ein Casino in Basel erfolgte dies mit dem vorliegenden Sozialkonzept. Das Konzept gliedert sich in zwei Teile, den aktuellen Stand der Wissenschaft und den vorgeschlagenen Maßnahmenkatalog zur Vorbeugung und Behandlung pathologischen Spielens.

Die präventiven Strategien umfassen fünf Dimensionen:

- Infrastruktur und Lage des Casinos
 - Umfassende Aufklärung des Publikums und Schulung des Casinopersonals
 - Früherkennung
 - Verfügbarkeitseinschränkungen
 - Beratungs- und Hilfsangebote.
- Darüber hinaus sind Selbsterhebungsbögen zur Suchtgefährdung enthalten.*

Janßen, H.-J., Körtel, K. (Hrsg.): Der Rückfall – Eine Handreichung für Suchtbetroffene und Helfer, Freiburg 2002, ISBN-3-7841-1451-2

Das Buch basiert auf Ergebnissen eines Projektes der Selbsthilfeverbände Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe e.V. und Kreuzbund e.V.. Es wurde vom BMGS finanziert und fachlich von Frau Dr. Funke und Frau Frilling unterstützt. Die Handreichung soll Hilfestellung für den Umgang

mit Rückfällen in Selbsthilfegruppen geben. Sie gliedert sich in einen theoretischen Teil u. a. mit Beiträgen zur Rückfallvorsorge, Rückfallerkennung und -vermeidung sowie zur Gesprächsführung und einem praktischen Teil mit Arbeitshilfen und Materialien, die im konkreten Einzelfall wie auch in der Gruppenarbeit eingesetzt werden können.

Gaber, H.-J.: An der Spitze aller Provinzen und Länder – Trinkerversorgung und Suchtkrankenhilfe in Westfalen 1820-1995, Bonn 2002, ISBN-3-88414-328-X, 36,00 Euro

Für die vorliegende Aufarbeitung der Geschichte der Suchtversorgung in Westfalen wurden vor allem Quellenarchive des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, der Stadt Bielefeld, des Kreises Herfords sowie einige Klinikarchive genutzt. Die medizinisch-historische Arbeit gibt einen Einblick in die geschichtlichen Wurzeln der Behandlung suchtkrank Menschen und basiert auf einer Vielzahl von Dokumenten über den Entwicklungsverlauf der Trinkerversorgung zur Suchtkrankenhilfe.

Jacob, F.: Ess-Störungen – Lösungsorientiert überwinden, Dortmund 2003, ISBN 3-86145254-5, 17,90 Euro

Die Autorin beschreibt, wie lösungsorientierte Ansätze sich bei Ess-Störungen nutzen lassen. Sie erläutert den Ansatz der lösungsorientierten Therapie, beschreibt die verschiedenen Formen der Ess-Störungen und stellt an 5 Fallstudien das konkrete therapeutische Vorgehen dar. Abschließend gibt sie Antworten auf häufig gestellte Fragen.