

Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese

Dieter Henkel, Uwe Zemlin, Peer Dornbusch

Einleitung

Das ARA-Projekt¹ analysiert rückfallbeeinflussende Bedingungen im therapeutisch-rehabilitativen Prozess der arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Alkoholabhängigen, um wissenschaftliche Grundlagen für eine verbesserte Rückfallprävention für Arbeitslose zu schaffen. Die Untersuchung ist als prospektive Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten angelegt: Beginn und Ende der Suchtbehandlung (T1 und T2) sowie 6- und 12-Monatskatamnese (T3 und T4). Teil I des Projektberichts (Sucht aktuell, 2/2003, im folgenden kurz ARA-I) umfasste eine ausführliche Einführung in die Thematik, die Darstellung der Zielsetzungen und der Untersuchungsanlage des Projekts sowie die Ergebnisse zu Beginn der Behandlung. Gegenstand des vorliegenden ARA-II-Berichts ist der Therapieverlauf (Behandlungsabbruch, Veränderungsmessung von Beginn bis Ende der Behandlung und Ausgangsmessung) sowie die 6-Monatskatamnese. Im Teil III (Sucht aktuell 2/2004) werden die rückfallrelevanten Beziehungen im Kontext aller Messzeitpunkte unter der Frage analysiert, welche Bedingungen bedeutsame Prädiktoren der Rückfälligkeit der Arbeitslosen darstellen, und untersucht, welche Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen werden können.

ARA-I-Zusammenfassung

Einbezogen in die Untersuchung war der gesamte Entlassjahrgang 2002 der Fachklinik Wilhelmsheim (N=929). Darunter waren bei Aufnahme 397 Arbeitslose und 435 Erwerbstätige, die jeweils zu rund 98% alkoholabhängig waren (ICD10-F10.2 Erstdiagnose). Die ARA-I-Ergebnisse zeigten zum einen, dass die Arbeitslosen ihre überwiegend lang andauernde Arbeitslosigkeit vor Behandlungsbeginn häufig finanziell und psychisch als sehr belastend erfahren haben und zum anderen, dass sie im Vergleich zu den Erwerbstätigen

über deutlich geringere Bildungs- und ökonomische Ressourcen verfügten, weniger sozial integriert waren und unzufriedener mit verschiedenen Aspekten ihrer Lebenssituation, besonders mit der Arbeits- und Wohnsituation, der finanziellen Lage, der Lebenspartnerschaft und der sozialen Situation. Auch ihr körperlicher Gesundheitszustand war durchschnittlich schlechter. Sie hatten ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtprobleme, waren häufiger nikotinabhängig und bereits mehrmals suchtkrankheitsbehandelt und schätzten ihre Abstinenzchancen nach Behandlung zwar pessimistischer ein als die Erwerbstätigen, unterschätzten jedoch ihr tatsächliches Rückfallrisiko in Relation zu den Erwerbstätigen erheblich.

Darüber hinaus wiesen die Arbeitslosen in verschiedenen Verhaltensbereichen und Indikatoren der psychischen Gesundheit hochsignifikant schlechtere Werte auf, die sich jedoch von denen der Erwerbstätigen in Hinblick auf die gemessenen Effektstärken (η^2) nur wenig unterschieden. Dazu wurde vor dem Hintergrund der allgemeinen psychosozialen Arbeitslosenforschung, die besonders im Bereich der psychischen Befindlichkeit und Gesundheit regelhaft substantielle Differenzen nachwies (Paul & Moser 2001; Brähler et al. 2002), als mögliche Erklärung genannt, dass der Rollenwechsel vom Arbeitslosen bzw. Erwerbstätigen zum Patienten, das Herauslösen aus dem Alltag und der Eintritt in das als entlastend erlebte Klinikmilieu bei den Arbeitslosen zu einer stärkeren Verbesserung der psychischen Befindlichkeit führten und daher differenzmindernd wirkten.

1. Fragestellungen, Messinstrumente, Statistik

In ARA-II sind die Hauptfragestellungen: (1) Unterschieden sich die Arbeitslosen von den Erwerbstätigen in der Häufigkeit des Therapieabbruchs und besteht ein Zusammenhang zwischen Abbruch und Rückfall? (2) Zeigten sich bei den Arbeitslosen und Erwerbstätigen zwischen Beginn und Ende der Behandlung gleich oder verschieden starke Veränderungen in den untersuchten Indikatoren der psy-

chischen Befindlichkeit und Gesundheit, der Lebenszufriedenheit und der Abstinenzenerwartungen? (3) Welche Differenzen bestanden in der Ausgangsdiagnostik, d.h. zum Zeitpunkt der Entlassung? (4) Traten zwischen Beginn und Ende der Behandlung Wechsel im Erwerbsstatus auf? (5) Wie verlief der Rehabilitationsprozess während der 6-Monatskatamnese in Hinblick auf die beiden Hauptziele der Suchtrehabilitation: Abstinenz und Integration in Arbeit? (6) Ereigneten sich Rückfälle unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit versus Erwerbstätigkeit häufiger und auch schneller, folgenreicher und in exzessiveren Formen? (7) In welchen soziodemographischen, finanziellen, psychosozialen und suchtspezifischen Merkmalen unterschieden sich die Arbeitslosen von den Erwerbstätigen und die rückfälligen von den abstinenten Arbeitslosen im Katamnesezeitraum? (8) Darüber hinaus wurde untersucht, ob von T1 (Behandlungsbeginn) nach T2 (Behandlungsende) und T3 (6-Monatskatamnese) systematische Stichprobenausfälle zu verzeichnen waren (Drop-out-Analyse).

Zur Untersuchung des Behandlungsabbruchs und für die Drop-out-Analysen wurde das gesamte diagnostische Instrumentarium der T1-Messung eingesetzt, das sich auf soziodemographische, sucht- und arbeitslosigkeitsspezifische Merkmale bezog und darüber hinaus folgende Skalen umfasste: finanzielle Probleme, psychische Belastungen durch Arbeitslosigkeit, Entstrukturierung der Zeit/Langeweile, soziale Konflikte, soziale Unterstützung, soziale Partizipation (SSP), Lebenszufriedenheit, Unsicherheitsfragebogen (UFB), Selbstwirksamkeit (SWS), Selbstwertgefühl (SWG), Coping, Symptomcheckliste (SCL90-R), Fagerstroemtest (Rauchen, Nikotinabhängigkeit), Abstinenzenerwartungen (ABER) und Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE). Zu den einzelnen Skalen mit Autoren und Literaturangaben siehe ARA-I. Das daraus für die T1-T2-Veränderungs- und T2-Ausgangsmessung ausgewählte diagnostische Instrumentarium ist in Punkt 2.2 beschrieben.

Die 6-Monatskatamnese bestand aus einem für das ARA-Projekt eigenständig entwickelten Fragebogen. Dieser beinhaltete

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

tete weitgehend die Katamnese Sucht 2002, Version 1.0 (AHG-Wissenschaftsrat 2002), ergänzt durch zahlreiche weitere Items zur näheren Beschreibung des Rehabilitationsverlaufs in Hinblick auf Rückfall und Abstinenz, Arbeitslosigkeit und Arbeit. Darüber hinaus wurden folgende Skalen aus der T1-Messung eingesetzt: soziale Konflikte, soziale Unterstützung, soziale Partizipation (SSP), psychische Belastung durch Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Entstrukturierung der Zeit/Langeweile, Lebenszufriedenheit, SWS, SWG, Coping und die SCL90-R-Subskalen Depressivität und Somatisierung. Hinzu kamen eine neue Skala zur subjektiven Bedeutung der Erwerbsarbeit (Henkel, Zemlin, Dornbusch 2002) sowie Fragen zu belastenden Lebensproblemen, zur Freizeitgestaltung und zu Problemen, die die Wiedergewinnung von Arbeit erschweren.

Wie in ARA-I erfolgten die statistischen Auswertungen mit SPSS Version 11.5. Bei kategorialen Variablen wurde der chi²-Test verwendet, bei numerischen und normalverteilten der t-Test (Mittelwertvergleiche, Effektstärken Eta²). Eta² ist ein Maß für die Stärke des Zusammenhangs zweier Variablen, z.B. Erwerbsstatus und Depressivität, und gibt den Anteil an der Gesamtvarianz des untersuchten Merkmals (Depressivität) an, der auf die Variation zwischen den Gruppen (Arbeitslose, Erwerbstätige), zurückgeht. Der Wert kann zwischen 0 und 1 variieren. In Anlehnung an die sozialwissenschaftliche und die psychosoziale Arbeitslosenforschung werden Eta²-Werte unter 0.05 als klein, von 0.05 bis 0.14 als mittel und ab 0.15 als hoch bewertet (Bortz & Doring 1995; Paul & Moser 2001).

Wie in ARA-I beziehen sich die präsentierten Ergebnisse stets auf alle Probanden, von denen für die einzelnen Merkmale die jeweils erforderlichen vollständigen

Angaben vorlagen. Diese Vorgehensweise führt dazu, dass die Stichprobenumfänge zwischen den Merkmalen/Skalen partiell variieren. Doch sie hat den Vorteil einer möglichst großen Ausschöpfung der Untersuchungsstichprobe. Eine Begrenzung der Auswertung auf Probanden mit vollständigem Datensatz hätte angesichts der zu erwartenden Ausfälle von T1 nach T3 zu einer erheblichen Reduktion der Stichprobe geführt. Bei den Drop-out-Analysen, teilweise auch beim Behandlungsabbruch, wurde aus Platzgründen auf eine detaillierte Ergebnisdarstellung in Tabellenform verzichtet.

2. Ergebnisse des Therapieverlaufs

2.1 Behandlungsabbruch

Bezogen auf den gesamten Entlassjahrgang 2002 (N=929) beendeten 156 Personen die Behandlung vorzeitig, darunter 85 Arbeitslose und 50 Erwerbstätige (Tabelle 1). Differenziert man zwischen den verschiedenen Formen vorzeitiger Entlassung, so zeigt sich, dass überproportional viele Arbeitslose die Therapie selbst abbrechen oder auf Veranlassung der Klinik aufgrund wiederholter Rückfälligkeit bzw. anderer Formen unzureichender Compliance entlassen wurden. Diese Formen vorzeitiger Therapiebeendigung werden nachfolgend zusammengefasst als Behandlungsabbruch (durch Patient/In oder Klinik) bezeichnet. Davon betroffen waren 70 der insgesamt 397 Arbeitslosen und 36 der 435 Erwerbstätigen. Somit erfolgte ein Therapieabbruch bei 17.6% der Arbeitslosen, d.h. bei etwa jedem Sechsten, hingegen nur bei 8.3% der Erwerbstätigen. Diese Differenz ist statistisch hochsignifikant und, wie sich noch zeigen wird, von hoher therapeutischer Relevanz.

Die übrigen vorzeitigen, aber mit den Therapiezielen vertretbaren, daher unproblematischen Behandlungsbeendigungen erfolgten mit Einverständnis der Klinik oder aufgrund von Vermittlung bzw. Verlegung in andere, z.B. ambulante oder teilstationäre Einrichtungen der Suchtrehabilitation. Die so vorzeitig entlassenen 15 Arbeitslosen und 14 Erwerbstätigen wurden bei den nachfolgenden Auswertungen der Gruppe mit unproblematischem Therapieabschluss zugeordnet, so dass diese insgesamt 327 Arbeitslose und 399 Erwerbstätige umfasste.

2.1.1 Behandlungsabbruch und Rückfall

Jeweils rund zwei Drittel der Therapieabrecher wurden von den Therapeuten/Therapeutinnen bei Entlassung als „unverändert“ eingestuft, hingegen nur 3.4% bzw. 4.3% der Arbeitslosen bzw. Erwerbstätigen mit unproblematischem Behandlungsabschluss (Tabelle 2). Vor diesem Hintergrund ist der Befund von Kluger et al. (2003) nachvollziehbar, wonach bei irregulärer Behandlungsbeendigung ein erheblich erhöhtes Rückfallrisiko in der posttherapeutischen Zeit besteht. Die vorliegende Untersuchung zeigt jedoch, dass dies in eindeutiger Weise nur für die Arbeitslosen gilt (Tabelle 2). Hier lagen die Rückfallquoten in der Gruppe der Abrecher im Vergleich zur Gruppe mit unproblematischer Therapiebeendigung mit 81.1% zu 46.4% erheblich, bei den Erwerbstätigen hingegen mit 36.0% zu 29.1% nur leicht und nicht signifikant auseinander (Rückfallquote 1, zur Rückfalldefinition s. Pkt 3.3). Der gleiche Befund zeigt sich bei der Rückfallquote 2, in der die Katamnese-Nichtantworter als rückfällig definiert sind, und bei der Rückfallquote 3, die sich auf jene Behandlungsabrecher bezieht, die während des gesamten 6-monatigen Katamnesezeitraums konstant arbeitslos bzw. konstant erwerbstätig waren. Auch die Prognosen der Therapeuten/Therapeutinnen differieren entsprechend, allerdings nur bei den Arbeitslosen. Ganz offensichtlich wurde dem Behandlungsabbruch eine wesentlich gewichtigere Rückfallbedeutung beigemessen als der Erwerbstätigkeit.

Die extrem hohen Rückfallquoten der arbeitslosen Behandlungsabrecher weisen darauf, dass in weitaus stärkerem Maße als bisher anzustreben ist, die Haltequote in der Gruppe der Arbeitslosen zu erhöhen, d.h. dem Behandlungsabbruch durch frühzeitige therapeutische Interventionen vorzubeugen. Das aber setzt voraus, den Kreis der Betroffenen und die konkreten Gründe der Therapieabbrüche zu kennen.

	A	E
N zu T1	397	435
mit Klinikeinverständnis vorzeitig entlassen	15 (3.8%)	14 (3.2%)
Behandlungsabbruch	70 (17.6%)	36 (8.3%)
davon:		
Abbruch durch Patient/In	45	26
Abbruch durch Klinik	25	10
Insgesamt vorzeitig entlassen	85 (21.4%)	50 (11.5%)
Therapie in FKWH vollständig absolviert *)	312 (78.6%)	385 (88.5%)
davon zu T2:		
arbeitslos geblieben	245 (78.5%)	
erwerbstätig geworden	44 (14.1%)	
erwerbstätig geblieben		353 (91.7%)
arbeitslos geworden		24 (6.2%)
Nicht-Erwerbsperson geworden	23 (7.4%)	8 (2.1%)

FKWH = Fachklinik Wilhelmsheim

Tab. 1: Art der Behandlungsbeendigung: Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

	A 1	A 2	p	E 1	E 2	p
N	70	327		36	399	
Gesamturteil der Therapeut/Innen						
unverändert %	70.0	3.4	***	63.9	4.3	***
Prognose der Therapeut/Innen						
ungünstig/eher ungünstig %	79.7	40.5	***	79.5	22.3	***
Katamneseantworter						
davon rückfällig	30	102		9	95	
Rückfallquote 1	81.1	46.4	***	36.0	29.1	ns.
Rückfallquote 2	90.0	63.9	***	55.5	42.1	ns.
Erwerbsstatus in T3:						
konstant arbeitslos	31	181				
konstant erwerbstätig				20	314	
davon rückfällig	27	91		6	84	
Rückfallquote 3	87.1	50.3	***	30.0	26.8	ns.

A 1 bzw. E 1 =Behandlungsabbruch, A 2 bzw. E 2 =unproblematische Behandlungsbeendigung, rückfällig =Konsum von Alkohol, Suchtmedikamenten und/oder illegalen Drogen, Rückfallquote 1 bis 3 s. Text, chi-Test, *** p<0.001, ns. nicht signifikant

Tab. 2: Behandlungsabbruch, unproblematische Behandlungsbeendigung und Rückfall: Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

2.1.2 Charakteristika der Behandlungsabbrecher

Es wurde untersucht, ob sich die Patienten/Patientinnen mit Behandlungsabbruch in der T1-Aufnahmediagnostik von den unproblematisch Entlassenen unterschieden. Dieser Vergleich wurde für Arbeitslose und Erwerbstätige getrennt durchgeführt. Dabei konnten bei den Arbeitslosen keine Differenzen in den arbeitslosigkeitsspezifischen Skalen „psychische Belastung durch Arbeitslosigkeit“ und „Entstrukturierung der Zeit/Langeweile“ festgestellt werden, auch nicht in der Arbeitslosigkeitsdauer bis Behandlungsbeginn. In soziodemographischer Hinsicht fanden sich nur drei signifikante Unterschiede: Die Therapieabbrecher waren jünger (Arbeitslose und Erwerbstätige), häufiger Sozialhilfeempfänger (Arbeitslose 14% zu 7%) bzw. Bezieher von Krankengeld (Erwerbstätige 28% zu 11%). Hier wie auch nachfolgend bezieht sich die erste Prozentangabe stets auf die Abbrecher, die zweite auf die Personen mit unproblematischer Therapiebeendigung

In suchtspezifischer Hinsicht zeigte sich, dass diejenigen Arbeitslosen und Erwerbstätigen mit Behandlungsabbruch, die bereits eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten, auch diese weitaus häufiger mit Abbruch beendet hatten (Arbeitslose 43% zu 15%, Erwerbstätige 50% zu 2%). Sie waren auch häufiger nicht suchtmittelfrei bei Aufnahme (Arbeitslose 19% zu 8%, Erwerbstätige 19% zu 7%) und wurden erheblich häufiger während der Behandlung rückfällig (Arbeitslose 37% zu 6%, Erwerbstätige 38% zu 3%). Zudem waren sowohl die Arbeitslosen als auch die Erwerbstätigen

mit Behandlungsabbruch signifikant weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit. Zwischen den Erwerbstätigen mit und ohne Abbruch fanden sich keine weiteren auffälligen Differenzen.

Hingegen zeigten sich bei den Arbeitslosen zahlreiche weitere Unterschiede. Im Vergleich zu den unproblematisch Entlassenen wiesen die Arbeitslosen mit Behandlungsabbruch signifikant schlechtere Werte auf (1) im emotionalen Coping (Verdrängen bzw. sich Ablenken von Problemen, u.a. durch Rauchen, Trinken, Fernsehen), (2) in der Abstinenzzuversicht (AASE) sowie (3) im gesamten Spektrum des SCL90-R (außer PSDI), was auf eine deutlich eingeschränktere psychische Gesundheit hinweist.

Genau diese drei Differenzen resultierten auch beim Vergleich der arbeitslosen und erwerbstätigen Behandlungsabbrecher (außer in den Subskalen phobische Angst und Psychotizismus und dem PSDI des SCL90-R). In Relation zu den Erwerbstätigen hatten die Arbeitslosen zudem signifikant seltener positive Abstinenzwartungen (ABER), schlechtere Werte in mehreren Subskalen des UFB (Unsicherheitsfragebogen) und verschiedenen Dimensionen der Lebenszufriedenheit, aber nicht nur, wie zu erwarten war, hinsichtlich der Arbeits- und der finanziellen Situation, sondern auch in Hinblick auf die soziale Situation und Partizipation. In Relation zu den Erwerbstätigen lebten die Arbeitslosen mit Therapieabbruch häufiger allein (49% zu 28%) und hatten zudem etwa zweimal häufiger bereits mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung hinter sich (34% zu 18%).

Zusammengefasst heben sich die Arbeitslosen mit Behandlungsabbruch wesentlich prägnanter als die Erwerbstätigen als eine spezifische Gruppe ab. Doch inwieweit die dokumentierten Charakteristika den Behandlungsabbruch der Arbeitslosen mitbeeinflusst haben, muss offen bleiben. Dazu wären komplexere Untersuchungen erforderlich, in die auch Interaktionseffekte zwischen Patienten/Patientinnen, Therapeuten/Therapeutinnen und Behandlungsprogramm einbezogen werden müssten.

2.2 Veränderungs- und Ausgangsmessung (T1-T2)

An der Veränderungs- und Ausgangsmessung nahmen diejenigen teil, die ihre Behandlung vollständig in der Fachklinik Wilhelmsheim absolvierten: 312 der T1-Arbeitslosen und 385 der T1-Erwerbstätigen (Tabelle 1). Die Messungen bezogen sich auf folgende veränderungssensiblen und therapeutisch beeinflussbaren Merkmalsbereiche aus der T1-Diagnostik: Lebenszufriedenheit, Unsicherheit, Angst, Schuldgefühle u.a.m. (UFB), Coping, Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Symptome psychische Störungen (SCL90-R), Abstinenzwartungen (ABER) sowie subjektive Einschätzung der Rückfallrisiken und der Abstinenzzuversicht nach Behandlung (AASE). Zudem wurden die Einschätzungen der therapeutischen Veränderungen und die Prognosen der Therapeuten/Therapeutinnen berücksichtigt.

2.2.1 Drop-out-Analyse

Stichprobenausfälle von T1 nach T2 entstanden durch die vorzeitigen Behandlungsbeendigungen und zu einem geringen Prozentsatz durch Nicht-Beteiligungen an der T2-Messung, woraus teilweise unterschiedlich hohe Beteiligungsrate im ARA-Forschungsdatensatz resultierten. Daher war zu prüfen, ob systematische Stichprobenausfälle aufgetreten waren. Für die dazu durchgeführte Drop-out-Analyse wurden der UFB und der AASE ausgewählt, da diese beiden Skalen in der T1-T2-Messung die höchsten bzw. niedrigsten Beteiligungsrate aufwiesen. Es wurde untersucht, ob sich die Personen, für die in diesen beiden Skalen T1- und T2-Werte vorlagen, in ihren T1-Werten von der T1-Gesamtstichprobe signifikant unterschieden. Diese für Arbeitslose und Erwerbstätige getrennt durchgeführte Analyse umfasste alle untersuchten Merkmale der T1-Diagnostik.

Bei den Erwerbstätigen ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Differenzen. Demgegenüber zeigten sich bei den Arbeitslosen zahlreiche Unterschiede. In beiden, d.h. anhand des UFB und des AASE durchgeführten Drop-out-Analysen hatte die T1-T2-Stichprobe der Arbeitslo-

sen in Relation zur T1-Ausgangstichprobe signifikant bessere T1-Werte in folgenden Skalen bzw. Subskalen: Zufriedenheit mit der Gesundheit, emotionales Coping, in allen vier Abstinenzversichtsskalen des AASE sowie in allen Global- bzw. Summenscores des SCL90-R und den Subskalen Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität und paranoides Denken. Daher ist bei den Arbeitslosen von systematischen Stichprobenausfällen auszugehen. Sie führten zusammengefasst

a) in der Gruppe der Arbeitslosen zu einem überproportional hohen Drop-out von Patienten/PatientInnen mit vergleichsweise ungünstigem Coping-Verhalten, niedriger Abstinenzversicht und eingeschränkter psychischer Gesundheit und damit

b) in diesen Merkmalsbereichen zu einer Annäherung der Werte der Arbeitslosen an die der Erwerbstätigen, die wesentlich auf das Ausscheiden der Arbeitslosen mit Therapieabbruch zurückging (vgl. PKT 2.1.2).

2.2.2 Konstanz und Wechsel des Erwerbsstatus

Von denen, die ihre Behandlung in Wilhelmshem vollständig absolvierten (Tabelle 1), waren 245 Patienten/Patientinnen sowohl bei Aufnahme als auch bei Behandlungsende arbeitslos und 353 erwerbstätig. Im Folgenden als „konstant Arbeitslose bzw. Erwerbstätige“ bezeichnet. Bei insgesamt 99 hatte sich ein Wechsel im Erwerbsstatus ergeben. 44 Arbeitslose hatten am Ende der Behandlung wieder einen Arbeitsplatz („erwerbstätig Gewordene“). Von den zu T1 Erwerbstätigen wurden 24 arbeitslos, die jedoch in den weiteren Analysen aufgrund zu kleiner Fallzahl nicht mehr berücksichtigt wurden. 31 Erwerbspersonen (23 Arbeitslose, 8 Erwerbstätige) wechselten zu T2 zu den Nicht-Erwerbspersonen (Tabelle 1).

2.2.3 T1-T2-konstant Arbeitslose und Erwerbstätige

Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass die Veränderungen von T1 nach T2 sowohl bei den konstant Arbeitslosen als auch den konstant Erwerbstätigen überwiegend hochsignifikant positiv und häufig auch substantiell ausfielen, d.h. Effektstärken von über 0.15 erreichten (Eta² HE). Sie waren in beiden Gruppen überwiegend gleich stark, da nur in folgenden Subskalen signifikante Wechselwirkungseffekte (p WE) zwischen den Gruppen und der

Behandlungszeit auftraten: in vier Subskalen des UFB (Fehlschlag- und Kritikangst, Kontaktangst, Nicht-nein-sagen-können und Schuldgefühle) und einer Subskala des AASE (Versuchung in sozialen und positiven Affektsituationen). Nur dort hatten sich die Werte der Erwerbstätigen in statistisch signifikanter Weise stärker positiv verändert als die der Arbeitslosen, jedoch nicht substantiell, wenn man die Größe der Wechselwirkungseffekte betrachtet (Eta² WE).

Im Einzelnen verbesserte sich die Lebenszufriedenheit² in vielerlei Hinsicht, ebenfalls die Selbstwirksamkeit, das Selbstwertgefühl³ und das Copingverhalten (ausgenommen soziales Coping). Fehl-

schlag-, Kritik- und Kontaktängste u.a.m. (UFB) veränderten sich ebenfalls überwiegend stark positiv, und es reduzierten sich die meisten Symptomausprägungen psychischer Störungen im SCL90-R, besonders markant bei der Depressivität. Auch die Erwartung, was sich durch die Abstinenz nach Abschluss der Behandlung verbessern bzw. verschlechtern könnte (ABER), hat sich durchgehend positiv verändert. Zudem schätzten sich beide Gruppen substantiell als weniger versucht ein, in der posttherapeutischen Zeit in bestimmten Situationen Alkohol zu konsumieren, und ebenso als deutlich zversichtlicher, diesen Versuchungen widerstehen zu können (AASE). Hinge-

	Veränderungsmessung T1-T2				Ausgangsmessung T2			
	p HE	Eta ² HE	p WE	Eta ² WE	N A / E	M A / E	p	Eta ²
Zufriedenheit mit...								
im allgemeinen	***	0.25	ns.		209 / 319	2.7 / 2.1	***	0.09
Gesundheit	***	0.17	ns.		215 / 322	2.3 / 1.9	***	0.03
Arbeitsituation	***	0.13	ns.		215 / 323	4.6 / 2.1	***	0.44
Wohnsituation	ns.		ns.		213 / 326	2.6 / 1.8	***	0.08
finanzieller Situation	***	0.03	ns.		215 / 321	3.9 / 2.5	***	0.18
sozialer Situation	***	0.15	ns.		214 / 323	3.0 / 2.3	***	0.07
Partnersituation	***	0.07	ns.		217 / 328	3.1 / 2.4	***	0.04
Familiensituation	***	0.08	ns.		215 / 316	2.7 / 2.1	***	0.04
Freundes- und Bekanntenkreis	***	0.04	ns.		215 / 324	2.5 / 2.3	*	0.01
Freizeitgestaltung	***	0.24	ns.		214 / 325	2.5 / 2.3	*	0.01
Umgang mit Suchtmitteln	***	0.33	ns.		214 / 325	1.7 / 1.7	ns.	
UFB Fehlschlag- und Kritikangst	***	0.28	*	0.01	234 / 344	23.7 / 20.2	**	0.01
UFB Kontaktangst	***	0.22	*	0.01	234 / 344	23.3 / 20.2	*	0.01
UFB Fordern können	***	0.25	ns.		234 / 344	48.6 / 48.5	ns.	
UFB Nicht-nein-sagen-können	***	0.05	*	0.01	234 / 344	27.8 / 25.5	ns.	
UFB Schuldgefühle	***	0.29	*	0.01	234 / 344	13.0 / 11.5	ns.	
UFB Anständigkeit („Angepasstheit“)	***	0.61	ns.		234 / 344	30.2 / 29.2	ns.	
SWS Selbstwirksamkeit	***	0.35	ns.		218 / 328	3.1 / 3.2	ns.	
SWG Selbstwertgefühl	***	0.33	ns.		218 / 327	1.9 / 1.7	*	0.01
SWG Wertlosigkeitsgefühl	***	0.31	ns.		218 / 328	2.9 / 3.1	***	0.02
Coping aktives	***	0.08	ns.		218 / 327	3.6 / 3.6	ns.	
Coping soziales	ns.		ns.		218 / 327	2.7 / 2.9	**	0.01
Coping emotionales	***	0.11	ns.		218 / 327	1.7 / 1.7	ns.	
SCL90-R GSI	***	0.26	ns.		234 / 338	0.35 / 0.22	***	0.04
SCL90-R PST	***	0.30	ns.		234 / 338	22.6 / 16.8	***	0.03
SCL90-R SDI	***	0.14	ns.		229 / 322	1.3 / 1.1	***	0.04
SCL90-R Somatisierung	***	0.14	ns.		234 / 338	4.9 / 3.1	***	0.04
SCL90-R Zwanghaftigkeit	***	0.22	ns.		234 / 338	4.2 / 2.7	***	0.03
SCL90-R Unsicherheit im Sozialkontakt	***	0.17	ns.		234 / 337	3.2 / 2.2	**	0.02
SCL90-R Depressivität	***	0.27	ns.		234 / 339	5.6 / 3.5	***	0.04
SCL90-R Ängstlichkeit	***	0.17	ns.		234 / 338	3.0 / 2.0	***	0.03
SCL90-R Aggressivität/Feindseligkeit	**	0.02	ns.		234 / 338	1.7 / 1.1	***	0.02
SCL90-R Phobische Angst	***	0.06	ns.		234 / 338	1.0 / 0.4	***	0.02
SCL90-R Paranoides Denken	***	0.10	ns.		234 / 338	2.1 / 1.5	**	0.01
SCL90-R Psychotizismus	***	0.20	ns.		234 / 338	2.5 / 1.7	**	0.02
ABER psychisches Gleichgewicht	***	0.03	ns.		213 / 328	5.8 / 5.9	ns.	
ABER psychosoziales Funktionsniveau	***	0.06	ns.		213 / 328	5.5 / 5.5	ns.	
ABER negative Abstinenzwartungen	***	0.12	ns.		214 / 329	2.9 / 2.7	ns.	
AASE Versuchung...								
in Situationen des negativen Affekts	***	0.29	ns.		215 / 319	1.8 / 1.6	ns.	
in sozialen u. positiven Affektsituationen	***	0.21	*	0.01	215 / 320	1.5 / 1.5	ns.	
bei körperlichen u. anderen Beschwerden	***	0.19	ns.		215 / 320	1.3 / 1.3	ns.	
bei craving/Substanzverlangen	***	0.28	ns.		215 / 321	1.6 / 1.5	ns.	
AASE Zversicht...								
in Situationen des negativen Affekts	***	0.16	ns.		215 / 320	4.2 / 4.3	*	0.01
in sozialen u. positiven Affektsituationen	***	0.12	ns.		215 / 320	4.4 / 4.5	ns.	
bei körperlichen u. anderen Beschwerden	***	0.11	ns.		214 / 320	4.5 / 4.6	ns.	
bei craving/Substanzverlangen	***	0.15	ns.		214 / 320	4.4 / 4.5	ns.	
Beurteilung d. Therapeuten/Innen								
wesentlich/deutlich gebessert %					245 / 353	51.4 / 64.0	***	
günstige/ehrer günstige Prognose %					245 / 353	57.1 / 77.3	***	

N Stichprobengröße, M Skalennittelwert, t-Test, Eta² Effektstärke, HE Haupteffekt, WE Wechselwirkungseffekt.

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns. nicht signifikant

Tab. 3: Veränderungsmessung (T1-T2) und Ausgangsmessung (T2): T1-T2-konstant Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

2 Niedrige Skalennwerte bedeuten hohe Zufriedenheit

3 Hohe Skalennwerte bedeuten niedriges Selbstwertgefühl bzw. niedriges Wertlosigkeitsgefühl

gen sind in den Bewertungen der Veränderungen durch die Therapeuten/Therapeutinnen bedeutsame Differenzen erkennbar. 64.0% der Erwerbstätigen wurden als „deutlich bzw. wesentlich gebessert“ eingestuft, hingegen nur 51.4% der Arbeitslosen.

Zudem zeigt die T2-Ausgangsmessung (Tabelle 3), dass zwischen den konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen bei Therapieende in zahlreichen Merkmalen hochsignifikante Unterschiede zu ungunsten der Arbeitslosen verblieben: im Wertlosigkeitsgefühl, in verschiedenen Bereichen der psychischen Gesundheit (SCL90-R) und vor allem in der Lebenszufriedenheit, wo sich drei mittlere

und zwei hohe, d.h. über 0.15 liegende Effektstärken (η^2) ergaben. In den ABER-Werten bestanden am Ende der Behandlung keine Differenzen zwischen den Gruppen. Auch nicht in den AASE-Werten, was aber bedeutet, dass die Arbeitslosen ihre Abstinenzchancen angesichts ihres tatsächlichen Rückfallrisikos (Pkt 3.4) in Relation zu den Erwerbstätigen zu hoch einschätzten, wie bereits zu Beginn der Behandlung (ARA-I). Dafür sprechen auch die Prognosen der Therapeuten/Therapeutinnen. Bei 57.1% der konstant Arbeitslosen, hingegen bei 77.3% der Erwerbstätigen lautete die Prognose „günstig bzw. eher günstig“.

2.2.4 T1-T2-konstant Arbeitslose und erwerbstätig Gewordene

Die Arbeitslosenforschung hat nachgewiesen, dass sich die psychosoziale Lage der Arbeitslosen nach Wiedereintritt in das Erwerbsleben häufig rasch und stark verbessert (Paul & Moser 2001). Daher war zu erwarten, dass sich in der Gruppe der 44 Arbeitslosen, die bei Behandlungsende wieder einen Arbeitsplatz hatten, stärkere positive Veränderungen von T1 nach T2 zeigten als bei den konstant Arbeitslosen. Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass diese Hypothese nur punktuell zutraf. Zwar verbesserten sich auch in dieser Gruppe die Skalenwerte überwiegend hochsignifikant, doch nur in zwei Dimensionen der Lebenszufriedenheit waren signifikante Wechselwirkungen mit zumindest mittlerer Effektstärke (η^2 WE) festzustellen: Die Zufriedenheit mit der Arbeits- und der finanziellen Situation war bei den erwerbstätig Gewordenen von T1 nach T2 deutlich stärker gestiegen als bei den konstant Arbeitslosen. In allen anderen Skalen waren die Unterschiede wenig bedeutsam, da keine oder nur schwache Wechselwirkungseffekte auftraten. Die Therapeuten/Therapeutinnen allerdings kamen zu einer anderen Bilanz. Sie beurteilten 63.6% der erwerbstätig Gewordenen als „wesentlich/deutlich gebessert“, hingegen nur 51.4% der konstant Arbeitslosen.

In der T2-Ausgangsmessung (Tabelle 4) gab es lediglich eine hochsignifikante und zugleich substantielle Differenz zwischen den beiden Gruppen, erwartungsgemäß in der Zufriedenheit mit der Arbeitssituation (η^2 0.13). Demgegenüber zeigten sich erhebliche Unterschiede in den Prognosen der Therapeuten/Therapeutinnen. Drei Viertel derer, die bei Behandlungsende wieder einen Arbeitsplatz hatten, erhielten eine „günstige/eher günstige“ Prognose, hingegen nur, wie schon erwähnt, 57.1% der konstant Arbeitslosen.

2.2.5 Diskussion der Therapieverlaufsergebnisse

Der Befund, dass sich die erwerbstätig Gewordenen von den arbeitslos Gebliebenen entgegen der Erwartung nur partiell unterschieden, erklärt sich wahrscheinlich daraus, dass sich zum Messzeitpunkt T2 zunächst nur ein Wechsel im Erwerbsstatus, aber noch keine wirkliche Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit vollzogen hatte.

Die in die T1-T2-Messung einbezogenen Arbeitslosen und Erwerbstätigen zeigten substantiell positive Veränderungen. Streng genommen aber muss offen bleiben, inwieweit es sich dabei tatsächlich um Behandlungseffekte handelte, da deren Nachweis stets eine Kontrollgrup-

	Veränderungsmessung T1-T2				Ausgangsmessung T2			
	p HE	η^2 HE	p WE	η^2 WE	N A / E	M A / E	P	η^2
Zufriedenheit mit...								
Im allgemeinen	***	0.23	*	0.02	209 / 40	2.7 / 2.1	**	0.03
Gesundheit	***	0.11	ns.		215 / 39	2.3 / 2.0	ns.	
Arbeitsituation	*	0.20	***	0.06	215 / 40	4.6 / 2.9	***	0.13
Wohnsituation	*	0.02	*	0.02	213 / 40	2.6 / 2.0	*	0.02
finanzieller Situation	***	0.13	***	0.08	215 / 39	3.9 / 3.4	ns.	0.01
sozialer Situation	***	0.10	ns.		214 / 40	3.0 / 2.5	*	0.02
Partnersituation	***	0.06	ns.		217 / 39	3.1 / 2.2	**	0.04
Familiensituation	**	0.04	ns.		215 / 39	2.7 / 2.4	ns.	
Freundes- und Bekanntenkreis	*	0.02	ns.		215 / 40	2.5 / 2.4	ns.	
Freizeitgestaltung	***	0.15	ns.		214 / 39	2.5 / 2.0	*	0.03
Umgang mit Suchtmitteln	***	0.20	ns.		214 / 35	1.7 / 1.6	ns.	
UFB Fehlschlag- und Kritikangst	***	0.18	*	0.01	234 / 41	23.7 / 18.2	*	0.02
UFB Kontaktangst	***	0.09	ns.		234 / 41	23.3 / 21.9	ns.	
UFB Fördern können	***	0.17	ns.		234 / 41	48.6 / 50.0	ns.	
UFB Nicht-rein-sagen-Können	ns.		*	0.02	234 / 41	27.8 / 22.1	*	0.02
UFB Schuldgefühle	***	0.20	ns.		234 / 41	13.0 / 14.1	ns.	
UFB Anständigkeit („Angepasstheit“)	***	0.40	ns.		234 / 41	30.2 / 26.2	ns.	
SWS Selbstwirksamkeit	***	0.15	ns.		218 / 40	3.1 / 3.2	ns.	
SWG Selbstwertgefühl	***	0.22	ns.		218 / 40	1.9 / 1.6	*	0.02
SWG Wertlosigkeitsgefühl	***	0.20	ns.		218 / 40	2.9 / 3.0	ns.	
Coping aktives	ns.		ns.		218 / 40	3.6 / 3.6	ns.	
Coping soziales	ns.		ns.		218 / 40	2.7 / 2.8	ns.	
Coping emotionales	**	0.04	ns.		218 / 40	1.7 / 1.7	ns.	
SCL90-R CSI	***	0.15	ns.		234 / 40	0.35 / 0.28	ns.	
SCL90-R PST	***	0.18	ns.		234 / 40	22.6 / 17.5	ns.	
SCL90-R PSDI	***	0.07	ns.		229 / 38	1.3 / 1.2	ns.	
SCL90-R Somatisierung	***	0.07	ns.		234 / 40	4.9 / 3.7	ns.	
SCL90-R Zwanghaftigkeit	***	0.11	ns.		234 / 40	4.2 / 3.0	ns.	
SCL90-R Unsicherheit im Sozialkontakt	***	0.12	ns.		234 / 40	3.2 / 2.3	ns.	
SCL90-R Depressivität	***	0.16	ns.		234 / 40	5.6 / 4.6	ns.	
SCL90-R Ängstlichkeit	***	0.07	ns.		234 / 40	3.0 / 2.7	ns.	
SCL90-R Aggressivität/Feindseligkeit	**	0.03	*	0.02	234 / 40	1.7 / 1.4	ns.	
SCL90-R Phobische Angst	*	0.02	ns.		234 / 40	1.0 / 1.4	ns.	
SCL90-R Paranoides Denken	***	0.07	ns.		234 / 40	2.1 / 1.7	ns.	
SCL90-R Psychotizismus	***	0.10	ns.		234 / 40	2.5 / 1.9	ns.	
ABER psychisches Gleichgewicht	*	0.02	ns.		213 / 40	5.8 / 6.0	ns.	
ABER psychosoziales Funktionsniveau	***	0.05	ns.		213 / 40	5.5 / 5.6	ns.	
ABER negative Abstinenzserwartungen	***	0.11	ns.		214 / 40	2.9 / 3.1	ns.	
AASE Versuchung...								
In Situationen des negativen Affekts	***	0.23	ns.		215 / 40	1.8 / 1.8	ns.	
In sozialen u. positiven Affektsituationen	***	0.16	ns.		215 / 40	1.5 / 1.5	ns.	
bei körperlichen u. anderen Beschwerden	***	0.19	ns.		215 / 40	1.3 / 1.3	ns.	
bei craving/Substanzverlangen	***	0.17	ns.		215 / 40	1.6 / 1.5	ns.	
AASE Zuversicht...								
In Situationen des negativen Affekts	**	0.04	ns.		215 / 40	4.2 / 3.8	*	0.02
In sozialen u. positiven Affektsituationen	**	0.04	ns.		215 / 40	4.4 / 4.1	*	0.02
bei körperlichen u. anderen Beschwerden	*	0.02	ns.		214 / 40	4.5 / 4.1	**	0.03
bei craving/Substanzverlangen	**	0.05	ns.		214 / 40	4.4 / 4.1	*	0.02
Beurteilung d. Therapeuten/Innen								
wesentlich/deutlich gebessert %					245 / 44	51.4 / 63.6	ns.	
günstige/eher günstige Prognose %					245 / 44	57.1 / 75.0	*	

N Stichprobengröße, M Skalenmittelwert, t-Test, η^2 Effektstärke, HE Haupteffekt, WE Wechselwirkungseffekt, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns. nicht signifikant

Tab. 4: Veränderungsmessung (T1-T2) und Ausgangsmessung (T2): T1-T2-konstant Arbeitslose (A) und erwerbstätig Gewordene (E)

pe Unbehandelter erforderlich macht. So könnten Testungseffekte aufgetreten sein: Befragte fühlen sich bei Messwiederholungen aufgefordert, eine Veränderung ihres Verhaltens und Befindens anzugeben, ohne dass diese tatsächlich stattfand. Solche Effekte können bei Längsschnittstudien auftreten und sind auch in der Arbeitslosenforschung nachgewiesen (Paul & Moser 2001). Speziell im therapeutischen Kontext können sie dadurch zustande kommen, dass die Behandelten sich selbst und der Klinik gegenüber demonstrieren möchten, erfolgreiche Patienten gewesen zu sein. Doch Effekte dieser Art sind im vorliegenden Fall wenig wahrscheinlich. Sie können relativ leicht entstehen, wenn die Behandelten bei Therapieende ihre Veränderungen infolge der Behandlung retrospektiv beurteilen sollen. In der ARA-Diagnostik jedoch wurde nicht nach Veränderungen gefragt, sondern zu T1 und T2 der jeweilige aktuelle Ist-Zustand im Erleben und Verhalten erhoben. Zudem war das diagnostische Instrumentarium so umfangreich und heterogen, dass es relativ schwer war, ein über alle Fragen und Skalen hinweg konsistent „positiv gefärbtes“ Antwortmuster zu erzeugen.

Als Gesamtbilanz ergibt sich, dass die Arbeitslosen die Behandlung mit deutlich schlechteren Werten im Bereich der Lebenszufriedenheit, psychischen Befindlichkeit und Gesundheit begannen (ARA-I) und auch in der Therapieverlaufsmessung weniger gut abschnitten als die Erwerbstätigen. Dafür sprechen drei Befunde:

- 1) Zwar haben sich die Skalenwerte zwischen Beginn und Ende der Behandlung in beiden Gruppen nahezu gleich stark positiv verändert, jedoch erreichten die Arbeitslosen in der Ausgangsdiagnostik in vielerlei Hinsicht nicht das Niveau der Erwerbstätigen.
- 2) Auch aus der Sicht der Therapeuten/Therapeutinnen haben die Arbeitslosen deutlich weniger von der Behandlung profitiert als die Erwerbstätigen. Vor allem fielen die Prognosen für die Arbeitslosen wesentlich schlechter aus. Anders als die Selbsteinschätzungen der Patienten/Patientinnen, die sich nur auf bestimmte Merkmalsbereiche bezogen, reflektiert die Prognose der Therapeuten/Therapeutinnen die Gesamtsituation der Patienten/Patientinnen und dabei auch Probleme, die bei Aufnahme bestanden und therapeutisch kaum bzw. gar nicht beeinflussbar waren und somit die Lebenslage auch nach der Behandlung kennzeichneten. Daher ist hier nochmals auf den T1-Befund (ARA-I) zu verweisen, dass die Arbeitslosen im Vergleich zu den Erwerbstätigen bei Behandlungsbeginn über deutlich geringere

Bildungs- und ökonomische Ressourcen verfügten, weniger sozial integriert waren, eine ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtproblematik aufwiesen, und ein relevanter Teil aufgrund des hohen Alters, geringer schulisch-beruflicher Qualifikation und sehr langen Arbeitslosigkeitszeiten abschätzbar schlechte Arbeitsmarktchancen hatte. Gerade dies hatte wohl die Prognosen stark beeinflusst, da den Therapeuten und Therapeutinnen bekannt war, dass zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall enge Zusammenhänge bestehen, hingegen von der Erwerbstätigkeit protektive Effekte ausgehen. Dementsprechend fielen die Prognosen auch für diejenigen positiver aus, die am Ende der Behandlung wieder einen Arbeitsplatz hatten (erwerbstätig Gewordene).

- 3) Vor allem die überproportional hohe Therapieabbruch- und damit verbundene hohe Rückfallquote der Arbeitslosen schmälert die Gesamtbilanz der Behandlungserfolge in der Gruppe der Arbeitslosen erheblich. Zudem muss man davon ausgehen, dass die oben beschriebenen Annäherungen der Arbeitslosen an die Erwerbstätigen, die auch durch das Ausscheiden der Therapieabbrecher entstanden, sich in der Veränderungs- und Ausgangsmessung differenzmindernd ausgewirkt haben. Anders formuliert: Wären die Abbrecher in der T1-T2- und T2-Messung geblieben, hätten sich wahrscheinlich stärkere Unterschiede zu Ungunsten der Arbeitslosen ergeben.

Später (ARA-III, Sucht aktuell 2/2004) ist zu untersuchen, ob die Veränderungs- und Ausgangsmesswerte mit dem Rückfallrisiko im Katamnesezeitraum in bedeutsamer Weise negativ korrelieren. Sollte dies der Fall sein, so wäre daraus für die zukünftige Gestaltung der Suchtbehandlung die Konsequenz zu ziehen, entsprechende Ansätze zu finden bzw. zu entwickeln, die die therapeutische Effektivität für Arbeitslose erhöhen.

3. 6-Monatskatamnese (T3)

Die 6-Monatskatamnese wurde brieflich durchgeführt, ergänzt durch telefonische Befragungen durch die Therapeuten/Therapeutinnen bei jenen, die nicht brieflich teilnahmen. Die Telefonkatamnese stellte eine Kurzfassung dar, die folgende Skalen nicht enthielt: soziale Partizipation (SSP), Coping, subjektive Bedeutung der Erwerbsarbeit, Somatisierung (SCL90-R), Fagerstroemtest (Rauchen, Nikotinabhängigkeit) sowie die Fragen zum Freizeitverhalten und zu Problemen, die die Wiedergewinnung von Arbeit erschweren.

3.1 Katamneseausschöpfung

Vom gesamten in das ARA-Projekt einbezogenen Entlassjahrgang 2002 (N=929) lagen 682 Katamnesebögen vor, darunter 74 telefonische Katamnesen. Die Ausschöpfungsquote betrug somit insgesamt 73.4%. Sie liegt damit deutlich über der üblichen 60-65%-Quote bisheriger, allerdings auf einen Jahreszeitraum bezogener katamnestischer Untersuchungen (z.B. Kluger et al. 2003). Gleichwohl erforderte der Stichprobenausfall eine Drop-out-Analyse, zumal die Antwortquote zwischen den Untersuchungsgruppen unterschiedlich hoch war. Von den 397 T1-Arbeitslosen nahmen 258 an der Katamnese teil (65.0%) und 351 (80.7%) von den 435 T1-Erwerbstätigen.

3.1.1 Drop-out-Analyse

Für die Analyse der Rückfälligkeit bzw. Abstinenz im Katamnesezeitraum war entscheidend, solche Gruppen zu bilden und miteinander zu vergleichen, bei denen Rückfall und Abstinenz in einem eindeutigen zeitlichen Kontext mit der Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbstätigkeit standen. Dies war bei jenen Gruppen der Fall, die während des gesamten Katamnesezeitraums arbeitslos bzw. erwerbstätig waren (s. Pkt 3.2). Für diese Gruppen jedoch waren Drop-out-Analysen nicht möglich, da unbekannt ist, wer von den Katamnese-Nichtantwortern durchgehend arbeitslos bzw. erwerbstätig war.

Die Frage, ob von T1 nach T3 systematische Stichprobenausfälle auftraten, ließ sich nur anhand der Ausgangsstichproben der Arbeitslosen und Erwerbstätigen prüfen. Für beide Gruppen wurde untersucht: Unterschieden sich die Katamneseeteilnehmer von denen, die sich nicht beteiligten? Dazu wurde das gesamte Instrumentarium der T1-Diagnostik eingesetzt. Es zeigte sich, dass die Katamnese-stichproben die T1-Stichproben ausreichend repräsentativ widerspiegeln, denn es ergaben sich lediglich drei signifikante Differenzen. Sowohl bei den Arbeitslosen als auch den Erwerbstätigen lebten die Katamneseantworter häufiger in festen Partnerschaftsbeziehungen, wiesen eine stärkere Belastung durch soziale Konflikte in Ihrem persönlichen Umfeld auf und hatten ein höheres Pro-Kopf-Nettoeinkommen, was bei den Arbeitslosen besonders stark ausgeprägt war.

3.2 Katamnesegruppen nach Erwerbsstatus

In Hinblick auf den Erwerbsstatus im Katamnesezeitraum lassen sich die Katamneseantworter (N=682) in folgende 5 Gruppen unterteilen:

- 1) T3-konstant Arbeitslose (N=212, darunter 31 Behandlungsabbrecher),

- 2) T3-konstant Erwerbstätige (N=334, darunter 20 Behandlungsabbrecher),
- 3) T3-inkonstante Erwerbspersonen: teils arbeitslos, teils erwerbstätig (N=64),
- 4) T3-konstant Nichterwerbspersonen (N=46) und
- 5) T3-sonstige (N=26)

Betrachtet man die Konstanz bzw. den Wechsel im Erwerbsstatus der zu T1 Arbeitslosen und Erwerbstätigen über den gesamten Untersuchungszeitraum von T1 nach T2 und T3, so ergeben sich zahlreiche Gruppen, die jedoch ein N von 30 nicht überschreiten. Von statistisch auswertbarer Größenordnung sind lediglich jene zwei Gruppen, die über alle 3 Messzeitpunkte hinweg konstant arbeitslos bzw. erwerbstätig blieben:

- 6) T1-T3-konstant Arbeitslose (N=155) und
- 7) T1-T3-konstant Erwerbstätige (N=285).

Wie schon erwähnt, eignen sich nur die Gruppen mit konstantem Erwerbspersonenstatus zur Beantwortung der eingangs formulierten Fragestellungen, denn nur bei diesen ist eindeutig, dass sich die Rückfälle unter Bedingungen bzw. in Zeiten von Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbstätigkeit ereigneten. Da es zur Untersuchung dieser Fragen genügt, den Erwerbsstatus nur im Katamnesezeitraum zu betrachten, konzentriert sich die Ergebnisdarstellung ab Pkt 3.5 auf die T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Die Gruppen 3 und 4 sind für weiterführende Rückfallanalysen zu klein und auch zu heterogen. Zumindest aber wurden auch für sie, ebenso für die Gruppen 6 und 7, die Rückfallquoten berechnet (Tabelle 5a).

3.3 Rückfalldefinition und Berechnung der Rückfallquoten

Als rückfällig galt, wer bei mindestens einer der einschlägigen Fragen des Katamnesebogens eingeräumt hatte, psychoaktive Substanzen (außer Nikotin) konsumiert zu haben: Alkohol, Medikamente mit Suchtpotenzial (Beruhigungs-, Schlaf-, Aufputzmittel), illegale Drogen. Als abstinent wurde gezählt, wer bei allen diesbezüglichen Fragen durchgängig angab, im gesamten 6-monatigen Katamnesezeitraum keine Substanzen (außer Nikotin) konsumiert zu haben. Soweit möglich, wurden die einzelnen Substanzen zum einen zusammengefasst und zum anderen nach Substanzgruppen differenziert betrachtet.

Die Rückfallquoten beziehen sich auf alle Katamneseantworter (DGSS-Formel 3, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchtherapie 1992). Sie wur-

den zusätzlich ohne Behandlungsabbrecher berechnet (DGSS-Formel 1). Die DGSS-Formeln 2 und 4 lassen sich nicht anwenden, da es für die einzelnen Erwerbsstatusgruppen keine Referenzgruppe zum Entlasszeitpunkt gibt bzw. die Zahl der Katamnese-Nichtantworter unbekannt ist.

3.4 Rückfallquoten nach Erwerbsstatus

Tabelle 5a zeigt, dass die alle psychoaktiven Substanzen zusammenfassenden Rückfallquoten der konstant Arbeitslosen die Quoten der Erwerbstätigen durchgängig rund um das Zweifache überschreiten. Ohne die Behandlungsabbrecher (DGSS-Formel 1) fallen die Differenzen erwartungsgemäß etwas geringer aus. Zwischen den Quoten der T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen, aber deutlich näher an denen der Arbeitslosen, liegen die Rückfallraten der T3-konstant Nichterwerbspersonen (z.B. Schüler, Hausfrauen, Rentner) und der T3-inkonstanten Erwerbspersonen, die im Katamnesezeitraum im Mittel 2.6 Monate arbeitslos und 3.4 Monate erwerbstätig waren. Bemerkenswert ist auch der Befund, dass die T3-konstant Arbeitslosen, die im Katamnesezeitraum eine Arbeitsfördermaßnahme (ABM, Umschulung, Fortbildung u.a.m.) absolvierten, eine niedrigere Rückfallquote auswiesen als jene, die an keiner derartigen Maßnahme teilnahmen.

Betrachtet man die substanzspezifischen Rückfallquoten, so liegen auch diese bei den T3-konstant Arbeitslosen signifikant über denen der Erwerbstätigen, bei den Medikamenten und den illegalen Drogen in noch höherem Maße als beim Alkohol. Allerdings sind dort die Stichprobengrößen relativ klein, so dass dieser Befund mit Unsicherheiten behaftet ist.

3.4.1 Rückfallquoten nach Erwerbsstatus und Geschlecht

Wertet man die Rückfallquoten der T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen nach den DGSS-Formeln 1 und 3 geschlechterdifferenzierend aus (Tabelle 5b), so ist zum einen festzustellen, dass die Rückfallquoten der Arbeitslosen bei beiden Geschlechtern signifikant höher sind als die der Erwerbstätigen, und zum anderen, dass die Quoten der Frauen die der Männer durchgehend überschreiten, bei den Arbeitslosen zwar nur um 3 bis 4, bei den Erwerbstätigen jedoch um 9 bis 10 Prozentpunkte. Weitere geschlechterdifferenzierende Analysen wurden aufgrund der kleinen Fallzahlen der Frauen nicht durchgeführt (Tabelle 5b auf der folgenden Seite).

3.5 Zeiten, Formen und Folgen des Rückfalls: T3-konstant Arbeitslose und Erwerbstätige

Beim Vergleich der rückfälligen T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen zeigten sich folgende Ergebnisse (Tabelle 6 auf der folgenden Seite):

- 1) Hinsichtlich der Dauer der Abstinenz (Alkohol, Medikamente, Drogen) und speziell der Alkoholabstinenz bestanden signifikante Differenzen zu Ungunsten der Arbeitslosen, allerdings nicht mehr nach Ausschluss der Therapieabbrecher. Auch der signifikante Unterschied zwischen den Quoten derer, die bereits im ersten Katamnese-monat alkoholrückfällig wurden (33.0% der Arbeitslosen, 19.0% der Erwerbstätigen) hebt sich auf, wenn man den Vergleich ohne die Behandlungsabbrecher durchführt. Keine Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen fanden sich in der Häufigkeit der Monate, in denen sich

	mit Behandlungsabbrechern DGSS 3			ohne Behandlungsabbrecher DGSS 1		
	N	%	p	N	%	p
Konsum psychoaktiver Substanzen						
T3-konstant A	118	55.7	***	91	50.3	***
T3-konstant E	90	26.9		84	26.8	
T3-inkonstant A oder E						
T3-konstant NE	30	46.9		24	42.9	
	19	41.3		17	40.5	
T3-konstant A/Arbeitsfördermaßnahme						
T3-konstant A/keine Arbeitsfördermaßnahme	17	41.5	*	16	40.0	n.s.
	96	59.6		72	53.7	
T1-T3-konstant A						
T1-T3-konstant E	88	56.8	***	65	50.0	***
	70	24.6		67	24.9	
Konsum von Alkohol						
T3-konstant A	109	51.4	***	82	45.3	***
T3-konstant E	79	23.7		73	23.2	
Konsum von Medikamenten						
T3-konstant A	34	16.0	***	20	11.0	***
T3-konstant E	13	3.9		11	3.5	
Konsum illegaler Drogen						
T3-konstant A	16	7.5	*	12	6.6	*
T3-konstant E	9	2.7		7	2.2	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, chi-Test

Tab. 5a: Rückfällige und Rückfallquoten nach Erwerbsstatus: arbeitslos (A), erwerbstätig (E), Nichterwerbspersonen (NE)

	Mit Behandlungsabbrechern DGSS 3			ohne Behandlungsabbrecher DGSS 1		
	N	%	p	N	%	p
Konsum psychoaktiver Substanzen						
T3-konstant A Männer	89	54.9	***	69	49.3	***
T3-konstant E Männer	57	24.1		53	23.8	
T3-konstant A Frauen	29	58.0	**	22	53.7	*
T3-konstant E Frauen	33	34.0		31	34.1	
Konsum von Alkohol						
T3-konstant A Männer	82	50.6	***	62	44.3	***
T3-konstant E Männer	50	21.1		46	20.6	
T3-konstant A Frauen	27	54.0	**	20	48.8	*
T3-konstant E Frauen	29	29.9		27	29.7	

chi-Test, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Tab. 5b: Rückfällige und Rückfallquoten nach Erwerbsstatus und Geschlecht: T3-konstant Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

Rückfälle ereigneten. Bei Verwendung eines feineren Zeitrasters allerdings ergaben sich in der Rückfallfrequenz hochsignifikante Unterschiede: In Phasen des Rückfalls konsumierten die Arbeitslosen durchschnittlich an 4.3 Tagen pro Woche Alkohol, die Erwerbstätigen hingegen nur an 2.8 Tagen, 31.4% der Arbeitslosen sogar täglich (Erwerbstätige 7.1%, ohne Behandlungsabbrecher 31.4% zu 6.6%).

- Im Katamnesebogen gaben die Befragten an, wie viel Alkohol sie an einem für sie typischen Trinktag konsumierten, und wie viele solche Trinktage sie pro Woche gewöhnlich hatten. Dabei zeigte sich, dass die Arbeitslosen weitaus höhere Alkoholmengen⁴ als die Erwerbstätigen konsumierten. Das gilt sowohl für die Gesamtkoholmenge pro Trinktag als auch für die einzelnen Getränkearten (Spirituosen und Bier, ausgenommen Wein/Sekt/Obstwein) und ebenso für die durchschnittliche tägliche Alkoholmenge⁵. Auffallend ist, dass der Anteil der Spirituosen am Gesamtkonsum bei den Arbeitslosen rund 28% betrug, bei den Erwerbstätigen hingegen nur 8% (ohne Therapieabbrecher 26% zu 9%). Insgesamt sind die Trinkmengenergebnisse mit und ohne Behandlungsabbrecher nahezu identisch.
- Wenn Alkohol getrunken wurde, dann vollzog sich der Konsum bei erheblich mehr Arbeitslosen als Erwerbstätigen in süchtiger Form. Dies ist daran ablesbar, dass die Arbeitslosen in allen ICD10-Alkoholabhängigkeitssymptomen signifikant höhere Prävalenzraten aufwiesen. Im Mittel trafen bei den Arbeitslosen 3.7 und den Erwerbstätigen 2.6 Symptome zu. Drei oder mehr Merkmale lagen bei rund 78% der Arbeitslosen vor, hingegen nur bei

45% der Erwerbstätigen. Damit erfüllten 1.7-mal mehr Arbeitslose als Erwerbstätige die ICD10-Abhängigkeitsdiagnose. Nahezu gleich starke Differenzen resultierten nach Ausschluss der Behandlungsabbrecher (ausgenommen „starkes Verlangen nach Alkohol“ und „Alkoholkwirkung geringer als früher“).

- Die Rückfälligkeit (Alkohol, Medikamente, Drogen) hatte bei signifikant mehr Arbeitslosen als Erwerbstätigen negative Folgen für die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und die Beziehung zu anderen Menschen. Dieser Befund zeigte sich auch nach Ausschluss der Therapieabbrecher.

Ergänzend sei vermerkt, dass die Quote der Raucher/Raucherinnen in beiden Gruppen extrem hoch war, bei den Arbeitslosen mit rund 80% signifikant höher als bei den Erwerbstätigen (69%).

3.6 Soziodemographische und psychosoziale Lage

Der Befund, dass die Arbeitslosen in Relation zu den Erwerbstätigen weitaus häufiger und auch in gravierenderen Formen rückfällig wurden, aber auch etwa jeder zweite Arbeitslose abstinent blieb, wirft die Frage nach der psychosozialen Lage der Gruppen im Katamnesezeitraum auf. Dazu werden nachfolgend die Ergebnisse zunächst der T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen, anschließend der rückfälligen und abstinenten T3-konstant Arbeitslosen dargestellt. In den dazugehörigen Tabellen 7 bis 10 sind die Ergebnisse mit und ohne Behandlungsabbrecher wiedergegeben. Da in Hinblick auf die Signifikanz der Unterschiede nur wenige bedeutsame Abweichungen bestehen, bezieht sich die textliche Ergebnisdarstellung, wenn nicht anders vermerkt, auf die Gesamtgruppe, d.h. inklusive der Personen mit Therapieabbruch.

3.6.1 T3-konstant Arbeitslose und Erwerbstätige

Tabelle 8 ist zu entnehmen, dass hinsichtlich des Männer-Frauen-Anteils und des Alters keine signifikanten Differenzen bestanden. Auffallend ist, dass die Arbeitslosen wesentlich häufiger ledig und geschieden waren und nicht in fester Partnerschaft lebten. Erwartungsgemäß, d.h. zu Ungunsten der Arbeitslosen, fielen die Differenzen im Pro-Kopf-Einkommen aus und ebenso in der Skala „finanzielle Probleme“ (z.B. Schulden gemacht, mit Wohnungsmiete in Verzug geraten) (Tabelle 7), was sich auch in der Liste der belastenden Lebensprobleme zeigte (Tabelle 8).

	mit Behandlungsabbrechern				ohne Behandlungsabbrecher			
	A	E	p	Eta	A	E	p	Eta
Dauer der Abstinenz/ Rückfallfrequenz								
Dauer der Abstinenz in Wochen/Mittelwert	8.8	12.2	*	0.03	10.3	12.9	ns.	
Dauer der Alkoholabstinenz in Wochen/Mittelwert	10.0	13.9	**	0.03	11.7	14.4	ns.	
Alkoholrückfall im 1. Katamnese Monat %	33.0	19.0	*		24.4	17.8	ns.	
Monate mit Alkoholrückfall/Mittelwert	3.2	3.0	ns.		2.8	2.9	ns.	
Zahl der Trinktage pro Woche/Mittelwert	4.3	2.8	***	0.10	4.4	2.9	***	0.11
Alkoholmenge (g) an einem typischen Trinktag								
Alkohol insgesamt/Mittelwert	145.7	89.5	***	0.06	144.6	86.5	***	0.07
Spirituosen/Mittelwert	40.1	7.3	*	0.04	37.5	7.7	*	0.03
Bier/Mittelwert	70.2	42.0	*	0.04	69.4	40.2	*	0.04
Wein/Sekt/Obstwein/Mittelwert	35.4	40.3	ns.		37.7	38.6	ns.	
durchschnittliche tägliche Alkoholmenge/Mittelwert	99.4	43.4	***	0.09	99.0	43.8	***	0.09
ICD10-Alkoholabhängigkeitssymptome								
starkes Verlangen nach Alkohol %	74.7	60.2	*		72.2	57.4	ns.	
mehr getrunken als eigentlich gewollt %	78.8	56.2	***		79.2	57.3	**	
getrunken, um Entzugssymptome zu mildern %	44.3	22.2	**		39.4	19.4	**	
Alkoholkwirkung geringer als früher %	33.3	19.4	*		27.8	19.4	ns.	
andere Lebensbereiche/Interessen vernachlässigt %	72.4	47.9	***		70.4	45.6	**	
Alkohol getrunken trotz schädlicher Folgen %	86.5	56.9	***		87.0	56.7	***	
Alkoholabhängigkeit: ≥ 3 Symptome %	78.1	45.2	***		75.6	42.6	***	
Summenmittelwert der ICD10-Symptome	3.7	2.6	***	0.08	3.5	2.5	***	0.07
durch Rückfall Beeinträchtigungen...								
der Gesundheit %	58.4	33.8	***		56.0	31.9	**	
des Urteilsvermögens %	52.5	38.0	ns.		52.8	37.9	ns.	
der Leistungsfähigkeit %	67.6	41.7	***		66.7	38.8	***	
der Beziehung zur anderen Menschen %	62.6	45.1	*		63.0	43.9	*	

chi-Test, t-Test, Eta: Effektstärke, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns. nicht signifikant

Tab. 6: Zeiten, Formen und Folgen der Rückfälligkeit: rückfällige T3-konstant Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

4 Die Umrechnung der pro Getränkeart angegebenen Mengen in Reinalkohol erfolgte nach den Standards der DGSS: 1 Liter Bier = 40g, 1 Liter Wein/Sekt/Obstwein = 86g, 1 Liter Spirituosen = 250g.

5 Ergibt sich aus: Trinktagsmenge multipliziert mit der Anzahl der Trinktage dividiert durch 7 Tage.

	mit Behandlungsabbrechern				ohne Behandlungsabbrecher							
	N	A/E	M	A/E	p	Eta	N	A/E	M	A/E	p	Eta
Zufriedenheit mit...												
im allgemeinen	207	/ 331	3.1	/ 2.2	***	0.12	179	/ 311	3.0	/ 2.2	***	0.11
Gesundheit	207	/ 330	3.0	/ 2.2	***	0.09	178	/ 310	2.8	/ 2.2	***	0.06
Arbeitssituation	204	/ 332	4.9	/ 2.4	***	0.44	175	/ 312	4.8	/ 2.4	***	0.42
Wohnsituation	206	/ 331	2.5	/ 1.9	***	0.06	178	/ 311	2.4	/ 1.9	***	0.05
finanzieller Situation	206	/ 332	4.3	/ 2.6	***	0.29	177	/ 312	4.2	/ 2.6	***	0.28
sozialer Situation	204	/ 327	3.4	/ 2.5	***	0.14	176	/ 307	3.4	/ 2.4	***	0.13
Partnersituation	202	/ 318	3.1	/ 2.6	***	0.03	175	/ 299	3.1	/ 2.6	***	0.03
Famillensituation	205	/ 328	2.9	/ 2.3	***	0.04	176	/ 309	2.8	/ 2.3	***	0.04
Freundes- und Bekanntenkreis	207	/ 330	2.9	/ 2.3	***	0.06	178	/ 310	2.8	/ 2.3	***	0.05
Freizeitgestaltung	205	/ 330	3.0	/ 2.4	***	0.05	177	/ 310	2.9	/ 2.4	***	0.04
Umgang mit Suchtmitteln	205	/ 331	2.4	/ 1.8	***	0.05	176	/ 311	2.2	/ 1.7	***	0.03
Finanzielle Probleme	208	/ 328	1.3	/ 1.1	***	0.05	177	/ 308	1.3	/ 1.1	***	0.03
Pro-Kopf-Nettoeinkommen (Euro)	165	/ 280	728	/ 1175	***	0.12	141	/ 268	754	/ 1192	***	0.11
Soziale Konflikte	206	/ 327	1.7	/ 1.6	*	0.01	177	/ 308	1.7	/ 1.6	ns.	
Soziale Unterstützung	206	/ 326	2.8	/ 3.1	***	0.02	177	/ 307	2.7	/ 3.0	***	0.03
SWS Selbstwirksamkeit	205	/ 326	2.9	/ 3.1	***	0.06	174	/ 307	2.9	/ 3.1	***	0.03
SWG Selbstwertgefühl	201	/ 329	2.1	/ 1.8	***	0.06	172	/ 310	2.1	/ 1.8	***	0.05
SWG Wertlosigkeitsgefühl	201	/ 327	2.6	/ 3.1	***	0.09	172	/ 308	2.7	/ 3.1	***	0.07
Coping aktives	174	/ 304	3.2	/ 3.4	*	0.01	148	/ 290	3.3	/ 3.4	ns.	
Coping soziales	174	/ 303	2.5	/ 2.5	ns.		148	/ 289	2.5	/ 2.6	ns.	
Coping emotionales	174	/ 303	2.2	/ 2.0	***	0.04	148	/ 289	2.2	/ 2.0	***	0.02
SCL90-R Somatisierung	158	/ 252	8.5	/ 6.1	***	0.03	132	/ 238	7.6	/ 6.1	*	0.02
SCL90-R Depressivität	186	/ 256	12.7	/ 7.9	***	0.07	156	/ 240	11.7	/ 7.8	***	0.06
Bedeutung der Erwerbsarbeit	178	/ 304	2.2	/ 2.3	*	0.01	152	/ 290	2.2	/ 2.3	*	0.01

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

Tab. 7: Psychosoziale Lage: T3-konstant Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

Tab. 8: Soziodemographische und weitere psychosoziale Merkmale: T3-konstant Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E)

In allen Dimensionen der Lebenszufriedenheit zeigten sich die Arbeitslosen hochsignifikant unzufriedener, besonders prägnant mit hohen Effektstärken hinsichtlich der Arbeits- und der finanziellen Situation, aber auch in Hinblick auf die Gesundheits-, die Wohn- und die soziale Situation sowie den Freundes- und Bekanntenkreis, wo sich mittlere Effektstärken ergaben (Tabelle 7).

Die Arbeitslosen erfuhren zudem signifikant weniger soziale Unterstützung durch Personen aus ihrem nahen sozialen Umfeld, hatten schlechtere Werte in der Selbstwirksamkeit, im Selbstwert- bzw. Wertlosigkeitsgefühl, in zwei Subskalen des SCL90-R (Somatisierung, Depressivität) und im emotionalen Coping. In der „subjektiven Bedeutung der Erwerbsarbeit“ (z.B. „Arbeit gibt mir einen Lebenssinn“, „ohne Arbeit macht mir die Zukunft Angst“) hatten die Arbeitslosen signifikant niedrigere Werte, wenngleich hier die Effektstärken klein ausfielen. Nur in der Skala „soziale Konflikte“ und „aktives Coping“ hob sich die Signifikanz der Differenzen zu Ungunsten der Arbeitslosen nach Ausschluss der Behandlungsabbrecher auf (Tabelle 7).

	mit Behandlungsabbrechern			ohne Behandlungsabbrecher		
	A	E	p	A	E	p
Männer/Frauen (Angaben in %)	76/24	71/29	ns.	77/23	71/29	ns.
Alter (Angaben in %)						
bis 30 Jahre	3.3	2.7	ns.	2.2	2.2	ns.
31 bis 50 Jahre	78.3	73.7		77.9	72.9	
über 50 Jahre	18.4	23.7		19.9	24.8	
Familienstand (Angaben in %)						
ledig	33.5	23.5	***	32.2	23.9	***
verheiratet zusammenlebend	21.0	47.9		21.5	48.5	
verheiratet getrennt lebend	8.0	10.1		7.4	9.2	
geschieden	35.8	16.0		36.9	15.7	
verwitwet	1.7	2.6		2.0	2.7	
Partnerschaft (Angaben in %)						
keine(r) Partner/in	41.2	31.1	***	41.0	30.8	***
wechselnde(r) Partner/in	7.7	2.1		7.9	1.9	
fest(e)r Partner/in	52.2	66.9		51.1	67.2	
Belastende Lebensprobleme (Angaben in %)						
Krankheit von Familienangehörigen/Lebenspartner/in	25.9	24.6	ns.	23.8	24.5	ns.
eigene gesundheitliche Beschwerden/Krankheiten	47.6	29.9	***	46.4	29.6	***
anhängiges Gerichtsverfahren	9.9	5.7	*	7.7	5.4	ns.
Scheidung/Trennung im Katamnesezeitraum	12.7	13.8	ns.	11.6	12.4	ns.
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen/Lebenspartner/in	7.1	7.5	ns.	7.7	7.6	ns.
Todesfall in Familie, Freundeskreis	17.0	13.5	ns.	16.6	13.4	ns.
gravierende finanzielle Probleme	42.5	13.5	***	38.1	13.7	***
Freizeitverhalten (Angaben in %)						
oft Hobbys nachgegangen	64.0	68.3	ns.	67.8	68.9	ns.
oft etwas mit Freunden, Bekannten unternommen	41.1	52.2	***	43.3	51.9	***
oft ferngesehen	64.9	60.5	ns.	62.2	60.7	ns.
oft Sport getrieben	25.8	34.2	*	28.5	34.4	ns.
Soziale Partizipation (SSP) (Angaben in %)						
seltene Kontakte zu, Besuche von...						
Lebenspartner/in	36.1	18.2	***	38.1	19.0	***
Eltern	38.5	35.7	ns.	37.5	35.6	ns.
eigenen Kindern	46.0	25.3	***	47.6	25.5	***
anderen Familienangehörigen	59.4	42.1	***	57.6	42.5	***
Freunden	22.3	12.7	**	22.9	12.6	**
Nachbarn	33.7	23.2	*	32.4	22.5	*
Bekanntem	27.0	14.8	***	27.9	15.2	***
Interessen-, Gleichgesinnten Gruppen	91.0	81.7	***	91.2	81.6	**
Fortbildungsveranstaltungen	80.6	79.0	ns.	79.8	78.7	ns.
Kultur- und Sportveranstaltungen	73.7	64.0	*	72.9	63.3	*
Suchtspezifisches Nachsorgeverhalten (Angaben in %)						
regelmäßige Kontakte zu Selbsthilfegruppen(n)	29.3	40.9	**	32.2	41.8	*
regelmäßige Kontakte zu professioneller Suchtberatung	38.0	44.2	ns.	39.1	45.6	ns.

chi-Test, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns. nicht signifikant

Tabelle 8 zeigt, dass die Arbeitslosen wesentlich häufiger von gesundheitlichen Beschwerden/Krankheiten betroffen waren, ebenso von Gerichtsverfahren, jedenfalls wenn man die Behandlungsabbrecher mit einbezieht (Liste belastender Lebensprobleme).

Ebenso war der Grad der sozialen Partizipation (SSP) bei den Arbeitslosen deutlich niedriger (Tabelle 8). Auch bei den Freizeitaktivitäten zeigte sich, dass sie signifikant seltener mit Freunden oder Bekannten zusammen waren. Ansonsten unterschieden sich die Arbeitslosen in ihrem Freizeitverhalten nicht von den Erwerbstätigen. Die Differenz hinsichtlich „oft Sport getrieben“ war nach Ausschluss der Abbrecher statistisch nicht mehr bedeutsam.

Schließlich war festzustellen, dass die Arbeitslosen signifikant seltener regelmäßig Suchtselbsthilfegruppen besuchten, während bezüglich der Kontakte zur professionellen Suchtberatung keine statistisch bedeutsamen Differenzen nachweisbar waren (Tabelle 8).

3.6.2 Rückfällige und abstinenten T3-konstant Arbeitslose

Die rückfälligen und abstinenten Arbeitslosen unterschieden sich nicht signifikant in folgenden Merkmalen (Tabelle 9 und 10): Männer-Frauen-Anteil, Pro-Kopf-Einkommen, soziale Konflikte und Unterstützung, soziales Coping, subjektive Bedeutung der Erwerbsarbeit und auch nicht im Grad der sozialen Partizipation (SSP). Jedoch waren die rückfälligen Arbeitslosen erheblich unzufriedener mit ihrer sozialen, ihrer Partner- und Familiensituation und ihrem Freundes- und Bekanntenkreis (Tabelle 9), was darauf hindeutet, dass sie zwar ähnlich viele, aber deutlich weniger zufriedenstellende soziale Kontakte hatten. Die häufigere Betroffenheit von Trennung/Scheidung im Katamnesezeitraum ist ein zusätzliches Indiz dafür (Tabelle 10, Liste belastender Lebensprobleme). Darüber hinaus fällt auf, dass die rückfälligen Arbeitslosen häufiger ledig oder geschieden waren, und nicht in fester Partnerschaft lebten.

Starke Differenzen bestanden in weiteren Dimensionen der Lebenszufriedenheit. Die rückfälligen Arbeitslosen waren wesentlich unzufriedener mit der Gesundheit, der Freizeitgestaltung und erwartungsgemäß im Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente, Drogen). Beim Rauchen ergab sich zwischen den Gruppen keine Differenz. Die Prävalenzrate betrug jeweils rund 80%.

Betrachtet man das Freizeitverhalten näher (Tabelle 10), so ist festzustellen, dass die rückfälligen Arbeitslosen signifikant seltener Hobbys nachgingen und Sport trieben, jedoch nur bei Einbeziehung der Behandlungsabbrecher. Durchgehend hingegen zeigte sich, dass die Rückfälligen deutlich häufiger „oft ferngesehen“ haben, was auf ein stärker passives bzw. konsumtives Freizeitverhalten hinweist.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, (Tabelle 9) und der Betroffenheit von „gravierenden finanziellen Problemen“ (Tabelle 10) gab es signifikante Unterschiede zu Ungunsten der Rückfälligen. Das bedeutet: Bei durchschnittlich gleich niedrigem Pro-Kopf-Einkommen litten die rückfälligen Arbeitslosen wesentlich häufiger unter finanziellen Sorgen und Nöten. Dem entspricht die Differenz in der Skala „finanzielle Probleme“ (Tabelle 9). Bei Ausschluss der Behandlungsabbrecher fielen diese Differenzen allerdings nicht mehr signifikant aus.

Bedeutsam schlechtere Werte gegenüber den abstinenten wiesen die rückfälligen Arbeitslosen auf in der Selbstwirksamkeit, dem Selbstwert- und Wertlosigkeitsgefühl, dem aktiven und emotionalen Coping, der Somatisierung und Depressivität und auch in der Entstrukturierung

	mit Behandlungsabbrechern				ohne Behandlungsabbrecher					
	N	R / A	M R / A	p	Eta	N	R / A	M R / A	p	Eta
Zufriedenheit mit...										
Im allgemeinen	115	92	3.6 / 2.5	***	0.16	90	89	3.6 / 2.5	***	0.17
Gesundheit	114	93	3.5 / 2.3	***	0.16	89	89	3.3 / 2.2	***	0.14
Arbeitssituation	115	89	5.0 / 4.6	ns.		89	86	4.9 / 4.7	ns.	
Wohnsituation	114	92	2.6 / 2.3	ns.		89	89	2.6 / 2.3	ns.	
finanzieller Situation	115	91	4.6 / 4.0	**	0.04	89	88	4.4 / 3.9	*	0.03
sozialer Situation	115	89	3.8 / 3.0	***	0.09	89	87	3.7 / 3.0	***	0.08
Partnersituation	115	87	3.3 / 2.8	*	0.02	90	85	3.3 / 2.8	*	0.04
Familiensituation	114	91	3.4 / 2.4	***	0.11	88	88	3.3 / 2.3	***	0.12
Freundes- und Bekanntenkreis	115	92	3.2 / 2.5	***	0.06	89	89	3.1 / 2.5	**	0.05
Freizeitgestaltung	115	90	3.4 / 2.4	***	0.13	89	88	3.4 / 2.5	***	0.12
Umgang mit Suchtmitteln	115	90	3.2 / 1.3	***	0.40	89	87	3.1 / 1.3	***	0.39
Finanzielle Probleme	117	91	1.4 / 1.2	**	0.03	90	87	1.3 / 1.2	ns.	
Pro-Kopf-Nettoeinkommen (Euro)	86	79	732 / 724	ns.		66	75	779 / 731	ns.	
Soziale Konflikte	114	92	1.8 / 1.6	ns.		89	88	1.7 / 1.6	ns.	
Soziale Unterstützung	114	92	2.8 / 2.8	ns.		89	88	2.7 / 2.8	ns.	
SWS Selbstwirksamkeit	113	92	2.7 / 3.1	***	0.09	86	88	2.7 / 3.1	***	0.07
SWG Selbstwertgefühl	110	91	2.2 / 1.9	**	0.05	85	87	2.2 / 1.9	**	0.04
SWG Wertlosigkeitsgefühl	110	91	2.5 / 2.8	**	0.04	85	87	2.6 / 2.8	*	0.03
Coping aktives	90	84	3.0 / 3.4	***	0.08	68	80	3.0 / 3.4	***	0.08
Coping soziales	90	84	2.6 / 2.5	ns.		68	80	2.5 / 2.5	ns.	
Coping emotionales	90	84	2.3 / 2.1	*	0.04	68	80	2.3 / 2.1	ns.	
SCL90-R Somatisierung	87	71	9.7 / 7.0	*	0.04	64	68	8.8 / 6.5	*	0.04
SCL90-R Depressivität	111	75	15.0 / 9.3	***	0.08	85	71	13.9 / 9.0	***	0.07
Bedeutung der Erwerbsarbeit	94	84	2.3 / 2.2	ns.		72	80	2.2 / 2.2	ns.	
Psychische Belastung durch Arbeitslosigkeit	108	85	2.6 / 2.3	*	0.02	84	82	2.5 / 2.4	ns.	
Entstrukturierung der Zeit/Langeweile	109	87	2.5 / 2.0	***	0.07	85	84	2.4 / 2.0	**	0.04

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

Tab. 9: Psychosoziale Lage: rückfällige (R) und abstinenten (A) T3-konstant Arbeitslose

der Zeit/Langeweile, was erneut auf deutlich höhere Probleme der rückfälligen Arbeitslosen verweist, die freie Zeit aktiv und sinnerfüllt zu strukturieren.

In der SCL90-R-Subskala Somatisierung, der Skala „psychische Belastung durch Arbeitslosigkeit“ (z.B. „man kommt sich manchmal richtig überflüssig vor“, „es fehlt einem der gewohnte Kontakt zu Kollegen“) und beim emotionalen Coping bestanden signifikante Differenzen nur bei Einbeziehung der Behandlungsabbrecher. Durchgehend keine Unterschiede zeigten sich in der „subjektiven Bedeutung der Erwerbsarbeit“ (Tabelle 9).

Hinsichtlich des suchtspezifischen Nachsorgeverhaltens ist bemerkenswert, dass von den rückfälligen Arbeitslosen bedeutend weniger regelmäßig an Suchtselbsthilfegruppen teilnahmen. Demgegenüber waren die Differenzen bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Suchtberatung nicht signifikant (Tabelle 10).

Die in Tabelle 9 und 10 präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf Rückfällige und Abstinente, ohne dabei zwischen den einzelnen Substanzgruppen zu unterscheiden (Alkohol, Medikamente, ille-

gale Drogen). Vergleicht man speziell die alkoholrückfälligen und die alkoholabstinenten Arbeitslosen, so zeigen sich lediglich zwei von diesen Ergebnissen abweichende Befunde: Auch nach Ausschluss der Behandlungsabbrecher hatten die Alkoholrückfälligen hochsignifikant schlechtere Werte in den Skalen „finanzielle Probleme“ und „emotionales Coping“.

3.6.2.1 Ursachenattribution, Arbeitsfördermaßnahmen, Arbeitssuche

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Stichproben mit den Behandlungsabbrechern. Sie sind ohne diese Gruppe jedoch nahezu identisch:

- 1) Bezüglich der Ursachenattribution der Arbeitslosigkeit war zu beobachten, dass sich rund 42% der Rückfälligen, hingegen nur 33% der Abstinenten häufig Vorwürfe machten, selbst schuld an Ihrer Arbeitslosigkeit zu sein. Auch entsprechende Vorwürfe durch andere Personen erfuhren deutlich mehr Rückfällige als Abstinente: 29% zu 19%.
- 2) Lediglich rund 14% der Rückfälligen, hingegen 27% der Abstinenten hatten

	mit Behandlungsabbrechern			ohne Behandlungsabbrecher		
	R	A	p	R	A	p
Männer/Frauen (Angaben in %)	75/25	78/22	ns.	76/24	79/21	ns.
Alter (Angaben in %)						
bis 30 Jahre	2.1	4.2	ns.	2.2	2.2	ns.
31 bis 50 Jahre	82.2	73.4		81.3	74.4	
über 50 Jahre	13.6	24.5		16.5	23.3	
Familienstand (Angaben in %)						
ledig	40.2	26.2	*	40.6	25.0	*
verheiratet zusammenlebend	12.0	31.0		11.6	30.0	
verheiratet getrennt lebend	6.5	9.5		4.3	10.0	
geschieden	40.2	31.0		42.0	32.5	
verwitwet	1.1	2.4		1.4	2.5	
Partnerschaft (Angaben in %)						
kein(e) Partner/in	44.0	35.5	*	47.2	34.9	*
wechselnd(e) Partner/in	10.3	4.3		11.2	4.5	
fest(e) Partner/in	45.7	60.2		41.6	60.7	
Belastende Lebensprobleme (Angaben in %)						
Krankheit von Familienangehörigen/Lebenspartner/in	22.9	29.8	ns.	18.7	28.9	ns.
eigene gesundheitliche Beschwerden/Krankheiten	50.8	43.6	ns.	49.5	43.3	ns.
anhängiges Gerichtsverfahren	12.7	6.4	ns.	8.8	6.7	ns.
Scheidung/Trennung	16.9	7.4	*	16.5	6.7	*
Arbeitslosigkeit von Familienangehörigen/Lebenspartner/in	8.5	5.3	ns.	9.9	5.6	ns.
Todesfall in Familie, Freundeskreis	20.3	12.8	ns.	20.9	12.2	ns.
gravierende finanzielle Probleme	50.0	33.0	**	41.8	34.4	ns.
Freizeitverhalten (Angaben in %)						
oft Hobbys nachgegangen	56.5	72.3	*	62.9	72.2	ns.
oft etwas mit Freunden, Bekannten unternommen	43.0	45.2	ns.	41.4	45.0	ns.
oft ferngesehen	77.2	51.2	***	75.4	50.6	**
oft Sport getrieben	17.2	35.3	*	21.4	34.6	ns.
Soziale Partizipation (SSP) (Angaben in %)						
gar keine/seltene Kontakte zu, Besuche von Lebenspartner/in	40.9	30.9	ns.	46.2	31.2	ns.
Eltern	38.6	38.2	ns.	35.5	39.2	ns.
eigenen Kindern	51.3	40.6	ns.	56.4	40.8	ns.
anderen Familienangehörigen	61.8	56.8	ns.	59.7	55.8	ns.
Freunden	17.6	27.4	ns.	20.6	25.0	ns.
Nachbarn	37.4	29.8	ns.	35.3	30.0	ns.
Bekanntem	27.5	26.5	ns.	29.4	26.6	ns.
Interessen-, Gleichgesinttengruppen	92.3	89.3	ns.	94.1	88.8	ns.
Fortbildungsveranstaltungen	84.6	76.2	ns.	85.3	75.0	ns.
Kultur- und Sportveranstaltungen	77.0	70.2	ns.	76.5	70.0	ns.
Suchtspezifisches Nachsorgeverhalten (Angaben in %)						
regelmäßige Kontakte zu Selbsthilfegruppe(n)	21.1	39.6	**	23.0	41.4	**
regelmäßige Kontakte zu professioneller Suchtberatung	34.5	42.4	ns.	34.9	43.2	ns.

chi-Test, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, ns. nicht signifikant

Tab. 10: Soziodemographische und weitere psychosoziale Merkmale: rückfällige (R) und abstinenten (A) T3-konstant Arbeitslose

im Katamnesezeitraum an einer Arbeitsfördermaßnahme (ABM, Fortbildung, Umschulung, PC-Kurs usw.) oder einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen.

3) Positive Zukunftserwartungen in Hinblick auf die Wiedergewinnung von Arbeit hatten beide Gruppen gleich häufig. Allerdings waren jeweils nur rund 50% zuversichtlich, in absehbarer Zeit wieder Arbeit zu finden. 28% der Rückfälligen gingen davon aus, dass ihre Alkoholprobleme ein ernstes Reintegrationshindernis darstellten. 19% der Rückfälligen, aber nur 6% der Abstinenter gaben an, es bei der Suche nach Arbeit deshalb schwer zu haben, weil sie das Zutrauen in ihre beruflichen Fähigkeiten verloren hätten. Dieser Unterschied war hochsignifikant. Bei anderen subjektiv wahrgenommenen Hindernissen der beruflichen Reintegration bestanden keine nennenswerten Differenzen (z.B. „zu alt“, „schon zu lange arbeitslos“, „gesundheitlich eingeschränkt“).

4) In Hinblick auf die Aktivitäten der Arbeitsämter und die eigenen Bemühungen, wieder Arbeit zu finden, zeigten sich keine signifikanten Differenzen: In den letzten drei Monaten des Katamnesezeitraums hatten die rückfälligen Arbeitslosen im Mittel 0.5 und die abstinenten 0.7 Arbeitsangebote vom Arbeitsamt erhalten und sich durchschnittlich auf 5 bzw. 7 Stellenanzeigen selbst beworben. Die Arbeitssuche ganz aufgegeben hatten allerdings rund 6% der Rückfälligen, hingegen nur 1% der Abstinenten.

3.7 Diskussion der Katamneseergebnisse

Im Unterschied zu den bisherigen Forschungsarbeiten (z.B. Missel et al. 1996, Zemlin et al. 1999, Kluger et al. 2003, s. auch ARA-I) belegen die präsentierten Daten aufgrund der eindeutig gesicherten zeitlichen Koinzidenz von Arbeitslosigkeit bzw. Erwerbstätigkeit und Rückfall zweifelsfrei, dass sich Rückfälle bei Arbeitslosen wesentlich häufiger als bei

Erwerbstätigen ereignen, und darüber hinaus auch in exzessiveren und folgenreicheren Formen, die bei erheblich mehr Arbeitslosen als Erwerbstätigen die einschlägigen Charakteristika einer Alkoholabhängigkeit aufweisen.

Nach der (nicht berechenbaren) DGSS-Formel 4 (Nichtantworter werden als rückfällig definiert) ergäben sich wahrscheinlich noch größere Unterschiede in den Rückfallquoten zu Ungunsten der Arbeitslosen, da die Nichtantworterquoten der T3- sowie der T1-T3-konstant Arbeitslosen vermutlich deutlich höher waren als bei den Vergleichsgruppen der Erwerbstätigen (vgl. Pkt 3.1).

Im Vergleich zu den Männern fiel die am Kriterium Rückfall/Abstinenz gemessene Erfolgsbilanz der Suchtbehandlung bei den arbeitslosen Frauen etwas und den erwerbstätigen Frauen deutlich schlechter aus, jedenfalls nach den DGSS-Berechnungsformeln 1 und 3. Auch in anderen katamnesticen Untersuchungen werden höhere Rückfallquoten für Frauen berichtet (zusammenfassend Körkel 1996). Lediglich die Untersuchung von Kluger et al. (2003) zeigte für die Frauen niedrigere Rückfallraten in Relation zu den Männern. Doch dieses Ergebnis ist mit dem ARA-Befund nicht vergleichbar, da es auf der DGSS-Formel 4 basiert. Dabei schnitten die Frauen besser ab, weil ihre Antwortquote höher war.

In den dokumentierten Beziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Rückfall ist die Arbeitslosigkeit zunächst eindeutig der zeitlich vorausgehende Faktor, da sie bei den untersuchten Gruppen schon zu Beginn des Katamnesezeitraums bestand und somit vor und während des ersten Rückfalls. Das aber schließt nicht aus, dass bereits nach der ersten Rückfallphase Wechselwirkungsprozesse auftraten, unter Umständen sogar bis hin zu einem *circulus vitiosus*: Arbeitslose, die rückfällig wurden, blieben möglicherweise länger arbeitslos und gerieten infolgedessen in weitere sich wechselseitig verstärkende Prozesse von Sucht und Arbeitslosigkeit. Dafür gibt es in den präsentierten Ergebnissen einige Indizien, unter anderem den Befund, dass immerhin bei über der Hälfte der T3-konstant Arbeitslosen die Gesundheit und bei rund Zweidrittel die Leistungsfähigkeit infolge der Rückfälligkeit beeinträchtigt war, was sich auf die Chancen, wieder Arbeit zu finden, wahrscheinlich negativ auswirkte. Auch sahen immerhin mehr als ein Viertel der rückfälligen Arbeitslosen in ihren Alkoholproblemen selbst ein Hindernis, wieder Arbeit zu bekommen.

In Hinblick auf die soziodemographische und psychosoziale Lage im Katamnesezeitraum zeigten sich sowohl zwischen den Arbeitslosen und Erwerbstätigen als

auch zwischen den rückfälligen und abstinenten Arbeitslosen zahlreiche signifikante und in Hinblick auf die Effektstärken (η^2) häufig mittlere, z.T. auch hohe Differenzen. Sie könnten erklären, warum bei den Arbeitslosen die Rückfallquoten höher und auch die Formen des Rückfalls gravierender sind als bei den Erwerbstätigen, und warum ein Teil der Arbeitslosen rückfällig wird, ein anderer Teil trotz Arbeitslosigkeit abstinent bleibt. Denn in Lebenslagen, die von relativ großer Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, Depressivität, niedrigem Selbstwertgefühl, schwachen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und geringer ausgeprägten Coping-Kompetenzen sowie geringer sozialer Integration und Unterstützung gekennzeichnet sind, bestehen hohe Risiken, rückfällig zu werden (Waldow 1989; Körkel 1996, 1999).

Doch zur Beantwortung der Frage, ob diese Zusammenhänge tatsächlich bestanden, fehlen noch zwei entscheidende Auswertungsschritte: Zum einen ist noch offen, ob die einzelnen Merkmale der Katamnesediagnostik mit der Rückfälligkeit bzw. Abstinenz substantiell korrelieren und zum anderen, welche kausale Verknüpfung diese korrelativen Beziehungen aufweisen. Denn die im Katamnesezeltraum problematischere psychosoziale Lage sowohl der Arbeitslosen im Vergleich zu den Erwerbstätigen als auch der rückfälligen in Relation zu den abstinenten Arbeitslosen kann, schematisch gesprochen, Folge oder Ursache der Rückfälligkeit gewesen sein. Welche Merkmale unter Einbeziehung der Eingangsdagnostik (T1), Veränderungsmessung (T1-T2) und Ausgangsdagnostik (T2) bedeutsame Prädiktoren der Rückfälligkeit bzw. Abstinenz der Arbeitslosen darstellen, wird im Teil III des ARA-Berichts untersucht.

Literatur:

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

ARA-I: Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2003). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil I: Einführung in die Thematik, Projektziele, Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. Sucht aktuell, 10, 2, 5-14.

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

Brähler, E., Laubach, W. & Stöbel-Richter, Y. (2002). Belastung und Befindlichkeit von Arbeitslosen in Deutschland. In J. Schumacher, K. Reschke & H. Schröder (Hrsg.), Mensch unter Belastung (S. 201-214). Frankfurt: Verlag Akademische Schriften.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger. Sucht, 47, Sonderheft 2.

Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2002). Skala subjektive Bedeutung der Erwerbsarbeit. Frankfurt a.M./Wilhelmsheim.

Kluger, H., Funke, W., Bachmeyer, 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. (1996). Neuere Ergebnisse der Katamneseuntersuchung. Folgerungen für die Rückfallprävention. Abhängigkeiten, 2, 3, 39-60.

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

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.

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.

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

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 klinikübergreifenden 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 (ISFF) Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt a.M. e-mail: henk@fb4.fh-frankfurt.de

Dr. phil. Uwe Zemlin, Dipl. Psych., 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 . . .

Lindenmeyer, J.: Ratgeber Alkoholabhängigkeit – Informationen für Betroffene und Angehörige, Göttingen 2004, ISBN 3-8017-1760-7, 7,95 Euro

Ziel des Ratgebers ist es, dass Betroffene sich selbst ein qualifiziertes Urteil über ihre eigene Situation bilden, die verschiedenen Formen und die Entstehung der Alkoholabhängigkeit besser verstehen sowie einen gangbaren Ausweg aus ihrer Situation finden können.

Angehörige sollen mit dem Ratgeber in ihrer Sicht, dass etwas unternommen werden soll verstärkt werden, gleichzeitig soll aber auch ihr Verständnis für die Situation des Betroffenen geweckt werden. Verschiedene Arbeitsblätter tragen zur Einschätzung des Trinkverhaltens, der

Auswirkungen auf die Umwelt, der Rückfallrisikosituation und der erforderlichen Behandlung bei.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2003 Das statistische Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 2003, ISBN 3-8246-0688-7, 67,00 Euro

Das statistische Jahrbuch ist das umfassendste statistische Nachschlagewerk, das auf dem deutschen Markt zu finden gibt. Es bietet in 26 Kapiteln ausführliche Informationen zu demographischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Gegebenheiten und Entwicklungen in Deutschland. Über die Entwicklung der Bevölkerung wird ebenso berichtet wie

über die Lage der Wirtschaft, des Arbeitsmarktes, über Löhne und Preis sowie die Staatsfinanzen. Deutschland hat beispielsweise im Jahr 2002 82,5 Mio. Einwohner, davon waren 36,54 Mio. erwerbstätig und 4,06 Mio. arbeitslos (9,8 %). Im selben Jahr waren 451.217 offene Stellen gemeldet.

Ferner wird vom Statistischen Bundesamt das Statistische Jahrbuch 2003 für das Ausland (ISBN 3-8246-0689-5, 31,00 Euro), welches in Form von Tabellen, Schaubildern und Karten über Strukturen und Entwicklungen fast aller Länder der Erde und insbesondere der europäischen Union berichtet. Das komplette statistische Jahrbuch 2003 für das In- und Ausland ist auch auf CD-ROM erhältlich (Bestellung unter www.destatis.de)