

Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt)

Teil III: Abstinenz und Rückfall in der 12-Monatskatamnese, Veränderungen im Katamneseverlauf, Unterschiede zwischen Rückfälligen und Abstinenten in der Aufnahme-, Entlass- und Katamnese diagnostik sowie zwischen Erst- und Wiederbehandelten

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 Projektsberichts (Sucht aktuell 2/2003, im Folgenden kurz ARA-I) umfasste eine ausführliche Einführung in die Thematik, die Zielsetzungen und Untersuchungsanlage des Projekts, eine Beschreibung der Messinstrumente sowie die Ergebnisse zu Beginn der Behandlung. Im Teil II (ARA-II, Sucht aktuell 1/2004) wurden die Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese berichtet. Die für das vorliegende Heft angekündigten Prädiktorenanalysen zur Rückfälligkeit bzw. Abstinenz werden in Sucht aktuell 1/2005 publiziert.

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-Erstdiagnose). Die Männer-Frauen-Anteile betragen bei den Arbeitslosen 78% zu 22% und den Erwerbstätigen 74% zu 26%. Die Ergebnisse zu Beginn der Behandlung (T1) zeigten zum einen, dass die Arbeitslosen ihre überwiegend lang andauernde Arbeitslosigkeit vor

Behandlungsbeginn häufig finanziell und psychisch als sehr belastend erfahren hatten und zum anderen, dass sie im Vergleich zu den Erwerbstätigen über deutlich geringere Bildungs- und ökonomische Ressourcen verfügten, weniger sozial integriert waren und weniger soziale Unterstützung erfuhren. Sie waren unzufriedener mit verschiedenen Aspekten ihrer Lebenssituation, besonders mit der Arbeits- und Wohnsituation, der finanziellen Lage, der Lebenspartnerschaft und der sozialen Situation. Darüber hinaus wiesen die Arbeitslosen bei zahlreichen Indikatoren psychischer Störungen signifikant höhere Werte auf (z.B. Depressivität, Ängstlichkeit). Auch ihr körperlicher Gesundheitszustand war durchschnittlich schlechter. Sie hatten zudem ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtprobleme, waren häufiger nikotinabhängig und bereits mehrmals suchbehandelt und schätzten ihre Abstinenzchancen nach Behandlung zwar pessimistischer ein als die Erwerbstätigen, unterschätzten dennoch ihr Rückfallrisiko in Relation zu den Erwerbstätigen erheblich.

ARA-II-Zusammenfassung

Bei deutlich mehr Arbeitslosen als Erwerbstätigen kam es zu einem Abbruch der Behandlung (17.6% zu 8.3%). Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, Art der Behandlungsbeendigung und Rückfall erwies sich als hochsignifikant: 81.1% der T1-Arbeitslosen mit Abbruch wurden im 6-monatigen Katamnesezeitraum rückfällig, hingegen nur 46.4% der Arbeitslosen mit regulärer Therapiebeendigung (Rückfällige jeweils in % der Katamneseantworter). Bei den Erwerbstätigen betrug die entsprechende Differenz lediglich 36.0% zu 29.1%. Maßnahmen zur Erhöhung der Haltequote in der Gruppe der Arbeitslosen wären daher von großer rückfallpräventiver Bedeutung.

Diejenigen, die ihre Therapie regulär beendeten, zeigten hochsignifikante und in Hinblick auf die gemessenen Effektstärken (η^2) substantielle Verbesserungen im Bereich der Lebenszufriedenheit, der psychischen Gesundheit (Selbstwirksamkeit, Selbstwertgefühl, Coping, Symptome psychischer Störungen u.a.m.) sowie der Abstinenzwartungen und Abstinenzzuversicht. Diese Veränderungen von T1 nach T2 fielen bei den Arbeitslosen und Erwerbstätigen

gleich stark aus, jedoch erreichten die Arbeitslosen bei Behandlungsende (T2) in vielerlei Hinsicht nicht das Niveau der Erwerbstätigen. Dies zeigte sich auch deutlich in der Einschätzung der Therapeuten/Therapeutinnen.

Die Ausschöpfung der 6-Monatskatamnese (T3) betrug 73.4%. Die Katamneseantworter setzten sich aus verschiedenen Erwerbsstatusgruppen zusammen. Die Hauptgruppen, auf die sich alle nachfolgenden Ergebnisse beziehen, waren diejenigen, die während des 6-monatigen Katamnesezeitraums ununterbrochen arbeitslos (N=212) bzw. erwerbstätig waren (N=334). Die Rückfallquoten betragen bei den Arbeitslosen 55.7% und den Erwerbstätigen 26.9% (ohne Behandlungsabbrecher 50.3% zu 26.8%). Darüber hinaus zeigte sich, dass sich die Rückfälle in der Gruppe der Arbeitslosen in signifikant exzessiveren und folgenreicheren Formen ereigneten, und dass das Alkoholkonsumverhalten bei 78.1% der Arbeitslosen, hingegen nur bei 45.2% der Erwerbstätigen, die einschlägigen ICD10-Kriterien eines Alkoholabhängigkeitssyndroms aufwies (ohne Behandlungsabbrecher 75.6% zu 42.6%).

Bezüglich der psychosozialen Lage im T3-Katamnesezeitraum wiesen die Arbeitslosen in nahezu allen untersuchten Dimensionen der Lebenszufriedenheit, der psychischen Befindlichkeit und Gesundheit sowie der sozialen Integration und Partizipation hochsignifikant schlechtere Werte auf als die Erwerbstätigen, während dies bei den rückfälligen im Vergleich zu den abstinenten Arbeitslosen vor allem in der Lebenszufriedenheit (besonders Gesundheit, Familie, Freundes- und Bekanntenkreis), der psychischen Gesundheit (z.B. Depressivität), der Freizeitgestaltung und der Entstrukturierung der Zeit der Fall war. Sowohl die Arbeitslosen im Vergleich zu den Erwerbstätigen als auch die rückfälligen in Relation zu den abstinenten Arbeitslosen nahmen wesentlich seltener an Suchtselbsthilfegruppen teil.

Die Drop-out-Analysen zeigten: Von T1 nach T2 trat in der Gruppe der Arbeitslosen ein überproportional starker Drop-out von Personen mit relativ schlechter psychischer Gesundheit, eingeschränktem Problembewältigungsverhalten und geringer Abstinenzzuversicht auf, was wesentlich auf die arbeitslosen Behandlungsabbrecher zurückging. Die T1-T3-Drop-out-Analyse

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.

ergab, dass die 6-Monatskatamnese-Stichproben sowohl der konstant Arbeitslosen als auch der konstant Erwerbstätigen die T1-Stichproben ausreichend repräsentativ widerspiegeln.

1. Fragestellungen

Das ARA-Projekt ermöglicht die Analyse von Veränderungen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten bzw. Zeitphasen. Im vorliegenden ARA-III-Bericht wird das Längsschnittdesign genutzt, um folgende Fragestellungen zu untersuchen, die sich aus den in ARA-I ausführlich dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisinteressen und praxisbezogenen Zielsetzungen des Projekts ergeben:

- 1) Welche an verschiedenen Kriterien des Konsums psychoaktiver Substanzen gemessene Erfolgsbilanz der Behandlung zeigt sich bei den Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Zeitraum des 7. bis 12. Monats nach Abschluss der Behandlung (12-Monatskatamnese, im Folgenden kurz T4-Katamnese)?
- 2) Welche an verschiedenen Kriterien des Alkoholkonsums gemessene Erfolgsbilanz der Behandlung zeigt sich bei den Arbeitslosen und Erwerbstätigen in der T4-Katamnese im Vergleich zur T1-Aufnahmediagnostik?
- 3) Bestehen unter Bedingungen von anhaltender Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit unterschiedlich hohe Risiken, rückfällig zu bleiben bzw. Chancen, die Abstinenz aufrechtzuerhalten (T3-T4-Vergleich)?
- 4) Welche Bilanz der beruflichen Integration ist vom Beginn der Behandlung bis zum T4-Katamneseende festzustellen, und welche beruflichen Integrations- bzw. Desintegrationsprozesse fanden vom T3- hin zum T4-Katamnesezeitraum statt (Stabilität und Wechsel im Erwerbsstatus)?
- 5) In welchen Merkmalen unterscheiden sich die rückfälligen und die abstinenten Arbeitslosen sowie die rückfälligen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in der Aufnahme-, Entlass- und Katamnese-diagnostik?
- 6) Darüber hinaus wurde geprüft: Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Höhe des Rückfallrisikos und der Zahl bisheriger Suchtbehandlungen, und zeigen sich hier bedeutsame Differenzen zwischen den Arbeitslosen und Erwerbstätigen? Diese Frage wurde aus zwei Gründen untersucht:

2 Der verwendete QF-Index = Menge-Frequenz-Index wurde berechnet nach: Trinktagsmenge in Reinalkohol multipliziert mit der Zahl der Trinktage pro Woche dividiert durch 7 Tage. 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 und 1 Liter Spirituosen = 250g.

a) Die Katamneseforschung hat bereits mehrfach gezeigt, dass Behandlungswiederholer eine in Relation zu den Erstbehandelten überproportional hohe Rückfallquote aufweisen (z.B. Zemlin et al. 1999; Kluger et al. 2003). Doch gilt dies, so ist zu untersuchen, für die arbeitslosen und erwerbstätigen Wiederholer gleichermaßen?

b) Der Anteil der Wiederholer unter den Arbeitslosen lag zu Beginn der Behandlung mit 42% zu 22% weit über dem in der Gruppe der Erwerbstätigen (s. ARA-I, Tabelle 1). Daher ist zu prüfen, inwieweit die bislang nachgewiesene hohe Rückfallquotendifferenz zwischen den Arbeitslosen und Erwerbstätigen (s. ARA-II, Tabelle 5a) auf die unterschiedlich großen Anteile der Wiederholer zurückgeht. Oder anders formuliert: Lässt sie sich auch dann nachweisen, wenn man nur die Erstbehandelten vergleicht? Diese Frage ist von hoher praktischer Relevanz. Denn sollte sich herausstellen, dass sich die arbeitslosen von den erwerbstätigen Erstbehandelten in den Rückfallquoten nicht unterscheiden, so bestünde letztlich keine Notwendigkeit, für sie als Arbeitslose spezifische rückfallpräventive Maßnahmen zu entwickeln.

2. Stichproben, Messinstrumente, Statistik

Die zur Untersuchung der einzelnen Fragestellungen jeweils ausgewählten Stichproben bzw. Gruppen werden später beschrieben. Die verwendeten Messinstrumente (Fragebögen, Skalen usw.) sind ausführlich in ARA-I und ARA-II dargestellt. Ergänzend ist anzumerken, dass die T4-Katamnese inhaltlich mit der T3-Katamnese identisch war (s. ARA-II, Pkt 1. und 3.). Die statistischen Auswertungen erfolgten mit dem SPSS Version 12.0. Bei kategorialen Variablen wurde der χ^2 -Test bzw. der McNemar-Test (bei abhängigen Stichproben) verwendet, bei numerischen und normalverteilten der t-Test (Mittelwertvergleiche, Effektstärken η^2). η^2 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. η^2 -Werte unter 0.05 werden als klein, von 0.05 bis 0.14 als mittel und ab 0.15 als hoch bewertet (Bortz & Döring 1995; Paul & Moser 2001). Wie in ARA-I und ARA-II beziehen sich die präsentierten Ergebnisse stets auf alle Probanden, von denen für die einzelnen Merkmale die jeweils erforderlichen vollständigen Angaben vorlagen.

3. Rückfall- und Substanzkonsumkriterien

Zur Analyse der Rückfälligkeit bzw. des Konsums psychoaktiver Substanzen wurde der Kriterienkatalog der T3-Katamnese (s. ARA-II, Pkt 3.3) in Anlehnung an Sieber, Riem & Meyer (2004) um einige Merkmale erweitert. Diese zielen darauf ab, auch solche Alkoholkonsumformen zu erfassen, die zwischen den beiden Extrempolen der Abstinenz und Abhängigkeit liegen, da man nicht a priori unterstellen kann, ein Rückfall sei stets eine Rückkehr in die frühere Abhängigkeit. Daher wurde zwischen folgenden Formen des Alkoholkonsums unterschieden:

- 1) abhängiger Alkoholkonsum (wie in ARA-II), wenn mindestens drei Merkmale des ICD10-Alkoholabhängigkeitssyndroms zutrafen,
- 2) schädlicher Alkoholkonsum: Beeinträchtigungen der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit, des Urteilsvermögens oder der Beziehung zu anderen Personen, aber kein ICD10-Abhängigkeitssyndrom,
- 3) riskanter Alkoholkonsum: Männer >30g und Frauen >20g Reinalkohol pro Tag (QF-Index², Grenzwerte nach British Medical Association 1995), aber keine schädlichen Alkoholkonsumfolgen und kein ICD10-Abhängigkeitssyndrom und
- 4) risikoarmer Alkoholkonsum: Männer <30g und Frauen <20g Reinalkohol pro Tag (QF-Index), keine schädlichen Alkoholkonsumfolgen und kein ICD10-Abhängigkeitssyndrom.

4. Methodische Vorklärungen

Bevor die eingangs genannten Fragestellungen untersucht werden können, ist zunächst für die Fragen 1 und 2 zu klären: Welche Ausschöpfungsquote hatte die T4-Katamnese, traten systematische Stichprobenausfälle auf (Drop-out-Analyse), und welche Erwerbsstatusgruppen sind zu unterscheiden? In Hinblick auf die Frage 2 (Veränderungen von T1 nach T4) ist zusätzlich zu prüfen, bei wie vielen Arbeitslosen und Erwerbstätigen zu beiden Messzeitpunkten derselbe Erwerbsstatus vorlag. Die Frage 3 kann nur mit den Arbeitslosen und Erwerbstätigen analysiert werden, die sich sowohl an der T3- als auch T4-Katamnese beteiligten und in beiden Katamnesephasen arbeitslos bzw. erwerbstätig waren. Auch dazu ist vorab zu prüfen: Wie hoch ist die T3-T4-Antworterquote und traten systematische Ausfälle auf (Drop-out-Analyse)?

**4.1 T4-Katamnese:
Ausschöpfung, Drop-out-Analyse,
Erwerbsstatusgruppen**

Vom gesamten in das ARA-Projekt einbezogenen Entlassjahrgang 2002 (N=929) der Fachklinik Wilhelmsheim lagen 614 T4-Katamnesebögen vor. Die Ausschöpfungsquote betrug somit insgesamt 66.1%. Sie entspricht damit den Quoten anderer katamnestischer Untersuchungen (vgl. Zobel et al. 2004). Allerdings war die Antwortquote der T1-Erwerbsstatusgruppen unterschiedlich hoch. Nur 236 der 397 T1-Arbeitslosen nahmen an der Katamnese teil (59.4%), hingegen 306 der 435 T1-Erwerbstätigen (70.3%).

4.1.1 Drop-out-Analyse

Wie schon bei der T3-Katamnese (s. ARA-II, Pkt 3.2) war für die Analyse der Rückfälligkeit bzw. Abstinenz im Katamnesezeitraum entscheidend, jene Gruppen 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 T4-Katamnesezeitraums arbeitslos bzw. erwerbstätig waren. Für diese Gruppen sind jedoch Drop-out-Analysen nicht möglich, da unbekannt ist, wer von den Katamnese-Nichtantwortern durchgehend arbeitslos bzw. erwerbstätig war. Die Frage, ob systematische Stichprobenausfälle auftraten, wurde anhand der T1-Stichproben der Arbeitslosen und Erwerbstätigen geprüft. Für beide Gruppen wurde untersucht: Unterscheiden sich die Katamneseteilnehmer von denen, die sich nicht beteiligten? Dazu wurde das gesamte Instrumentarium der T1-Diagnostik eingesetzt (s. ARA-I, Tab. 1 bis 7).

Signifikante Unterschiede bei den Arbeitslosen zeigten sich darin, dass die Katamneseteilnehmer mit ihrer Wohn-, Partner- und Familiensituation zufriedener und finanziell besser gestellt waren (Pro-Kopf-Einkommen), eine niedrigere Quote mittel bis stark nikotinabhängiger Raucher aufwies (Fagerströmtest), sich als weniger selbstwirksam erlebten (SWS-Skala) und schlechtere Werte in drei Subskalen des Unsicherheitsfragebogens (UFB) hatten: Fehlschlag- und Kritikangst, Fordern können und Nicht-nein-sagen können. Bei den Erwerbstätigen waren die Katamneseteilnehmer signifikant älter, länger alkoholabhängig, in ihrem beruflichen Status seltener Arbeiter bzw. Facharbeiter. Zudem verfügten sie über ein höheres Pro-Kopf-Einkommen und zeigten sich zufriedener mit bzw. weniger belastet durch ihre finanzielle Situation (Skala finanzielle Probleme). Insgesamt jedoch ist davon auszugehen, dass sich die Stichprobenausfälle in noch akzeptablen Grenzen bewegten, da die Drop-outs in beiden Erwerbsstatusgruppen z.T. gleich gerichtet ausfielen (finanzielle Lage), und vor allem die Effektstärken (η^2) durchgehend unter 0.03 blieben.

³ Wenn von Medikamenten gesprochen wird, dann sind im gesamten Text stets diese drei Gruppen zusammengefasst gemeint.

samt jedoch ist davon auszugehen, dass sich die Stichprobenausfälle in noch akzeptablen Grenzen bewegten, da die Drop-outs in beiden Erwerbsstatusgruppen z.T. gleich gerichtet ausfielen (finanzielle Lage), und vor allem die Effektstärken (η^2) durchgehend unter 0.03 blieben.

4.1.2 Erwerbsstatusgruppen

In Hinblick auf den Erwerbsstatus im T4-Katamnesezeitraum lassen sich die Katamneseantworter (N=614) in 5 Gruppen unterteilen, von denen die Gruppen 3 bis 5 nachfolgend nicht mehr berücksichtigt werden, zumal sie für weiterführende Analysen zu klein und auch zu heterogen sind:

- 1) T4-konstant Arbeitslose (N=175, darunter 26 Behandlungsabbrecher),
- 2) T4-konstant Erwerbstätige (N=323, darunter 14 Behandlungsabbrecher),
- 3) T4-inkonstante Erwerbspersonen: teils arbeitslos, teils erwerbstätig (N=46),
- 4) T4-konstant Nichterwerbspersonen (N=36) und
- 5) T4-sonstige (N=34).

4.1.3 Erwerbsstatus in T1 und T4

Von den 175 T4-konstant Arbeitslosen waren auch zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme 139 arbeitslos und von den 323 T4-konstant Erwerbstätigen 254 erwerbstätig (ohne Therapieabbrecher 117 bzw. 246). Diese Gruppen bilden die Untersuchungsstichprobe für den T1-T4-Vergleich (Frage 2).

**4.2 T3- und T4-Katamnese:
Ausschöpfung, Drop-out-Analyse,
Erwerbsstatusgruppen**

T3- und T4-Katamnesedaten liegen von 557 Personen vor, somit von 60.0% des Entlassjahrgangs 2002. Von den 397 T1-Arbeitslosen haben sich 210 (52.9%) an beiden Katamnesen beteiligt, von den 435 T1-Erwerbstätigen 284 (65.3%).

4.2.1 Drop-out-Analyse

Die nach dem oben beschriebenen Verfahren durchgeführte T3-T4-Drop-out-Analyse erbrachte die gleichen Ergebnisse wie die T4-Drop-out-Analyse. Darüber hinaus ergaben sich zwei signifikante Differenzen:

- 1) Die Katamnese-Nichtantworter aus der Gruppe der T1-Arbeitslosen waren vor Behandlungsbeginn etwas länger von Arbeitslosigkeit betroffen. Die Mittelwertsdifferenz der Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten 3 Jahren vor Aufnahme betrug 20.6 zu 18.1 Monate.
- 2) Die Behandlungswiederholer (bereits mindestens eine stationäre Entwöhnungsbehandlung) aus der Gruppe der

T1-Arbeitslosen haben sich seltener an beiden Katamnesen beteiligt. Das gilt für die Einmalwiederholer ebenso wie für die Mehrfachwiederholer. Besonders aufgrund dieses Drop-outs ist nicht auszuschließen, dass die später berichteten Ergebnisse zur Stabilität der Abstinenz und Rückfälligkeit bzw. zum Wechsel zwischen Abstinenz und Rückfälligkeit von T3 nach T4 die tatsächlichen Verhältnisse bei den Arbeitslosen und Erwerbstätigen nicht hinreichend realitätsadäquat widerspiegeln. Darauf wird noch einzugehen sein (Pkt 9.).

4.2.2 Erwerbsstatusgruppen

Von den in T3 konstant Arbeitslosen (N=212) und Erwerbstätigen (N=334) haben sich 160 Arbeitslose und 277 Erwerbstätige an der T4-Katamnese beteiligt. Von diesen 160 Arbeitslosen blieben im 7. bis 12. Katamnesezeitraum 128 arbeitslos (darunter 17 Behandlungsabbrecher) und von den 277 Erwerbstätigen 257 erwerbstätig. Diese beiden Gruppen mit konstantem Erwerbsstatus in T3 und T4 bildeten die Untersuchungsstichprobe für die Fragestellungen 3 und 4.

Ergänzend: 13 (8.1%) der 160 Arbeitslosen wurden in T4 konstant erwerbstätig und 19 (11.9%) gehörten zu den inkonstanten Erwerbspersonen (teils arbeitslos, teils erwerbstätig) oder waren berentet oder wechselten aus anderen Gründen in die Gruppe der Nicht-Erwerbspersonen. Von den 277 Erwerbstätigen waren 9 in T4 konstant arbeitslos (3.2%) und 11 (4.0%) zeitweise arbeitslos oder Nicht-Erwerbspersonen. Bei den übrigen Erwerbsstatusgruppen (inkonstante Erwerbspersonen, Nicht-Erwerbspersonen, sonstige, s. ARA-II, Pkt 3.2) reichen die T3-T4-Fallzahlen nicht aus, um weiterführende Vergleiche durchzuführen. Sie und die aufgeführten Statuswechsler aus der Gruppe der T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen werden daher nachfolgend nicht mehr berücksichtigt.

5. Ergebnisse zur Frage 1

Als Hauptergebnis zur Frage 1 ist festzustellen, dass die in der T4-Katamnese an verschiedenen Kriterien des Substanzkonsums gemessene Erfolgsbilanz der Behandlung bei den Arbeitslosen in Relation zu den Erwerbstätigen fast durchgehend schlechter ausfällt (s. Tabelle 1). Im Einzelnen:

Betrachtet man zunächst die Ergebnisse mit den Katamneseteilnehmern als Referenz unter Einschluss der Therapieabbrecher (DGSS-Formel 3), so zeigt sich, dass die Arbeitslosen im T4-Katamnesezeitraum erheblich seltener alkoholabstinent bzw. totalabstinent waren. Die Totalabstinenz bezieht sich auf Alkohol, illegale Drogen und psychoaktive Medikamente: Schlaf-, Beruhigungs- und/oder Aufputschmittel¹.

Fachbeiträge

Zudem nahmen signifikant mehr Arbeitslose relativ regelmäßig (mindestens einmal die Woche) Medikamente bzw. Drogen ein. Auch der regelmäßige Konsum von Alkohol und Medikamenten sowie von Alkohol und Drogen kam bei den Arbeitslosen deutlich häufiger vor.

Beim risikoarmen und aufgrund zu kleiner Fallzahlen zusammengefassten riskanten bzw. schädlichen Konsum liegen die Werte der Arbeitslosen und Erwerbstätigen dicht beieinander, während sich beim abhängigen Alkoholkonsum große Differenzen zeigen. Mit 38.9% zu 13.3% erfüllten die arbeitslosen Katamneseteilnehmer knapp dreimal häufiger 3 und mehr Kriterien des ICD10 Alkoholabhängigkeitssyndroms.

Auch beim Tabakrauchen und der Nikotinabhängigkeit fallen die Differenzen zu Ungunsten der Arbeitslosen aus, allerdings nicht signifikant.

Nimmt man die Alkoholrückfälligen als Referenz, so ist zu sehen, dass die Arbeitslosen deutlich seltener Alkohol in nicht-abhängiger, d.h. risikoarmer und riskanter bzw. schädlicher Form konsumierten. Bei den Arbeitslosen dominierte mit einer Prävalenzrate von 76.4% eindeutig der abhängige Konsum.

Dadurch erklärt sich auch der durchschnittlich exzessivere Alkoholkonsum der Arbeitslosen (Trinkmengen) sowie die mit 25.8% zu 9.6% fast dreimal höhere Quote derer, die täglich Alkohol tranken.

Die Signifikanz der Differenzen bleibt auch nach Ausschluss der Therapieabbrecher (DGSS-Formel 1) bestehen mit Ausnahme des Konsums von Drogen sowie von Alkohol und Drogen.

6. Ergebnisse zur Frage 2

Tabelle 2 gibt die Veränderungen von T1 nach T4 im Kernbereich der Suchtproblematik wieder, d.h. im Alkoholkonsum, den Alkoholkonsumfolgen und der Alkoholabhängigkeit. Die Ergebnisse, die sich logischerweise nur auf die Rückfälligen beziehen, lassen sich folgendermaßen zusammenzufassen:

Was bereits in Tabelle 1 erkennbar war, bestätigt sich erneut. „Rückfällig werden“ bedeutet keineswegs in jedem Fall unveränderte Rückkehr in das Trinkverhalten vor Behandlungsbeginn. Vielmehr sind bei den Rückfälligen hochsignifikante positive Veränderungen festzustellen. Für beide Erwerbsstatusgruppen trifft zu, dass sich die Trinktagmengen deutlich verringerten und

schädliche Alkoholkonsumfolgen und Alkoholabhängigkeitssymptome seltener auftraten.

Allerdings fallen die Ergebnisse bei den Arbeitslosen weniger positiv aus. Zum einen erwiesen sich hier eine Reihe der T1-T4-Differenzen als nicht signifikant. Das betrifft die durchschnittliche Alkoholmenge pro Tag (QF-Index), zwei Merkmale des Alkoholabhängigkeitssyndroms (starkes Verlangen nach Alkohol und Alkoholtrinken trotz schädlicher Folgen) sowie die alkoholbedingte Beeinträchtigung der Beziehungen zu anderen Menschen, die sich bei den Arbeitslosen bereits in der T1-Aufnahmediagnostik weniger häufig zeigte, wahrscheinlich aufgrund des höheren Anteils von Alleinlebenden unter den Arbeitslosen (s. ARA-I, Tabelle 2). Auch dort, wo die Veränderungen in beiden Erwerbsstatusgruppen signifikant sind, schneiden die Arbeitslosen oft schlechter ab, vor allem bei der Quote der Alkoholabhängigen, die sich bei den Arbeitslosen von T1 nach T4 lediglich um 17.4, bei den Erwerbstätigen hingegen um 46.1 Prozentpunkte verringerte. Die Ergebnisse sind unter Einschluss der Therapieabbrecher berechnet. Ohne sie fallen die Ergebnisse nahezu identisch aus.

7. Ergebnisse zur Frage 3

Tabelle 3 gibt die Stabilität der Abstinenz und Rückfälligkeit bzw. den Wechsel zwischen Abstinenz und Rückfälligkeit von T3 nach T4 wieder. Die Ergebnisse sind unter Einschluss der Behandlungsabbrecher berechnet. Eine Analyse ohne sie war wegen zu kleiner Fallzahlen nicht sinnvoll. Ebenfalls aufgrund zu kleiner Teilstichproben bei den verschiedenen Formen des Alkoholkonsums, besonders den nicht-abhängigen Formen (risikoarm, riskant, schädlich), konnten diese hier nicht untersucht werden. Daher wurde die Rückfälligkeit traditionell bestimmt. Als rückfällig galt, wer bei mindestens einer der einschlägigen Fragen des Katamnesebogens eingeräumt hatte, Alkohol bzw. Alkohol, Medikamente, Drogen konsumiert zu haben. Die Abstinenz ist dementsprechend als Alkoholabstinenz bzw. Totalabstinenz definiert.

Tabelle 3 ist zu entnehmen: Bei beiden Erwerbsstatusgruppen lassen sich von T3 nach T4 hohe Stabilitätsquoten in der Abstinenz, aber auch in der Rückfälligkeit erkennen. Allerdings haben in einer beachtlichen Größenordnung auch bedeutsame Entwicklungen von der T3- hin zur T4-Katamneseperiode stattgefunden, wobei bei den Erwerbstätigen die positiven Veränderungen (Überwindung der Rückfälligkeit) die negativen (Aufgabe der Abstinenz) deutlich überwiegen, bei den

Erwerbsstatusgruppen	A	E	p	A	E	p
	mit Therapie- Abbrechern			ohne Therapie- Abbrecher		
Abstinenzquoten (Referenz: Katamneseeteilnehmer)						
7. bis 12. Monat totalabstinent (außer Nikotin) %	45.1	73.4	***	48.3	73.8	***
7. bis 12. Monat alkoholabstinent %	49.1	75.9	***	52.3	76.4	***
Formen des Alkoholkonsums (Referenz: Katamneseeteilnehmer)						
risikoarmer Alkoholkonsum %	8.0	5.9		7.4	6.1	
riskanter bzw. schädlicher Alkoholkonsum %	4.0	5.0	**	2.7	5.2	**
abhängiger Alkoholkonsum nach ICD10 %	38.9	13.3		37.6	12.3	
Alkohol-, Medikamenten-, Drogenkonsum (Referenz: Katamneseeteilnehmer)						
Medikamentenkonsum mindestens 1-mal/Woche %	15.4	3.4	***	13.4	2.9	***
Drogenkonsum mindestens 1-mal/Woche %	8.0	2.8	**	5.4	2.6	ns
Alkohol und Medikamente mind. 1-mal/Woche %	12.6	2.5	***	10.7	1.9	***
Alkohol und Drogen mindestens 1-mal/Woche %	6.9	1.9	**	4.0	1.6	ns
Abstinenzzeiten (Referenz: Rückfällige bzw. Alkoholrückfällige)						
Summe Totalabstinenzzeiten in Wochen Mittelwert	8.1	9.9	ns	9.0	10.2	ns
Summe Alkoholabstinenzzeiten in Wochen Mittelwert	10.8	11.7	ns	11.5	11.8	ns
Formen des Alkoholkonsums (Referenz: Alkoholrückfällige)						
risikoarmer Alkoholkonsum %	15.7	24.4		15.5	26.0	
riskanter bzw. schädlicher Alkoholkonsum %	7.9	20.5	**	5.6	21.9	***
abhängiger Alkoholkonsum nach ICD10 %	76.4	55.1		78.9	52.1	
Verschiedene Alkoholrückfall- bzw. -konsumkriterien (Referenz: Alkoholrückfällige)						
Alkoholrückfälle in Jedem T4-Katamnesezeitraum %	42.9	41.9	ns	39.4	42.1	ns
täglicher Alkoholkonsum %	25.8	9.6	**	27.0	9.0	**
Trinktagmenge in g Mittelwert	152	108	**	150	104	**
Zahl der Trinktage/Woche Mittelwert	4.3	3.4	*	4.2	3.3	*
Alkoholmenge pro Tag in g Mittelwert (QF-Index)	105	51	***	97	44	***
Tabakrauchen (Referenz: Katamneseeteilnehmer bzw. bei Nikotinabhängigkeit nur Raucher/Innen)						
Raucher/Innen %	81.8	70.5	ns	81.7	70.6	ns
mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit (Fagerström) %	53.5	46.3	ns	51.8	46.2	ns

Arbeitslose N=175, Erwerbstätige N=323, ohne Therapieabbrecher N=149 bzw. N=309; bei den Formen des Alkoholkonsums wurden die Kategorien riskanter und schädlicher Konsum aufgrund zu kleiner Fallzahlen zusammengefasst; QF-Index = Menge-Frequenz-Index; t-Test, chi-Test, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns nicht signifikant

Tab. 1: Abstinenz, Rückfall bzw. Substanzkonsum der T4-konstant Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

Erwerbsstatusgruppen	A			E		
	T1	T4	p	T1	T4	p
Messzeitpunkte						
Referenz: T4-Alkoholrückfällige						
Alkoholmengen						
Trinktagsmenge in g Mittelwert	204	131	***	150	100	***
Alkoholmenge pro Tag in g Mittelwert (QF-Index)	117	86	ns	110	35	***
durch Alkoholkonsum Beeinträchtigungen...						
der Gesundheit %	80.4	57.1	**	86.7	37.8	***
des Urteilsvermögens %	83.9	49.9	***	84.1	43.2	***
der Leistungsfähigkeit %	87.3	60.0	***	80.9	51.1	***
der Beziehung zu anderen Menschen %	67.9	50.2	ns	85.1	44.7	***
abhängiger Alkoholkonsum nach ICD10						
starkes Verlangen nach Alkohol %	93.0	84.2	ns	95.8	68.8	***
verminderte Konsumkontrolle %	91.7	70.0	**	95.7	66.0	***
getrunken, um Entzugssymptome zu mildern %	80.4	58.9	**	58.3	20.8	***
Alkoholkonsum geringer als früher %	68.4	45.6	**	61.2	28.6	***
and. Lebensbereiche/Interessen vernachlässigt %	96.6	74.1	***	98.0	44.0	***
Alkohol getrunken trotz schädlicher Folgen %	93.1	82.8	ns	99.9	54.0	***
Alkoholabhängigkeitssyndrom %	98.4	81.0	***	99.2	53.1	***

Arbeitslose N=139, Erwerbstätige N=254; QF-Index = Menge-Frequenz-Index; McNemar-Test, bei den Alkoholmengen t-Test; ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns nicht signifikant

Tab. 2: Veränderungen im Alkoholkonsum und der Alkoholabhängigkeit von T1 nach T4 bei den in T4 konstant Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E), die auch zu T1 arbeitslos bzw. erwerbstätig waren

Arbeitslosen hingegen nur in sehr geringem Maße. Dies zeigt sich bei beiden Rückfallkriterien.

8. Ergebnisse zur Frage 4

Die Bilanz der beruflichen Integration ist als sehr unbefriedigend zu bewerten. Das lässt sich vor allem an zwei Ergebnissen ablesen:

- 1) Von den T4-Katamneseteilnehmern waren im 12. Katamnesemonat 31.5% und zum Zeitpunkt der Aufnahme 38.4% arbeitslos. Die Arbeitslosenquote ist somit nur um 7 Prozentpunkte gesunken. Dabei ist zu bedenken, dass dieser Rückgang aufgrund der überdurchschnittlich niedrigen Beteiligungsraten der T1-Arbeitslosen an der T4-Katamnese wahrscheinlich noch überschätzt ist. Die Erwerbstätigenquote stieg lediglich von 49.8% auf 55.8%. Der Anteil der Nicht-Erwerbspersonen veränderte sich von 11.7% auf 12.8%.
- 2) Besonders die oben berichteten Ergebnisse zur Konstanz bzw. zum Wechsel im Erwerbsstatus von T3 nach T4 (s. Pkt 4.2.2) dokumentieren eindrücklich die derzeit geringen Chancen für eine stabile berufliche Reintegration der Arbeitslosen. Wer von den Katamneseteilnehmern im ersten Halbjahr nach Abschluss der Suchtbehandlung durchgehend arbeitslos war, blieb in aller Regel auch in den folgenden 6 Monaten ohne Arbeit. Dies betraf 80% der Arbeitslosen. Wenn man zusätzlich bedenkt, dass von diesen fast jeder Zweite bereits vor Aufnahme mindestens 1 Jahr ununterbrochen arbeitslos war (rund 27% sogar länger als 2 und 12% länger als 3 Jahre), dann vollzogen sich für einen Teil der Arbeitslosen schwer

von T3 nach T4	Erwerbsstatusgruppen	%
totalabstinent geblieben	Arbeitslose	83.3
	Erwerbstätige	90.8
rückfällig geworden	Arbeitslose	16.7
	Erwerbstätige	9.2
rückfällig geblieben	Arbeitslose	80.9
	Erwerbstätige	67.7
totalabstinent geworden	Arbeitslose	19.1
	Erwerbstätige	32.3
alkoholabstinent geblieben	Arbeitslose	85.9
	Erwerbstätige	92.2
alkoholrückfällig geworden	Arbeitslose	14.1
	Erwerbstätige	7.8
alkoholrückfällig geblieben	Arbeitslose	81.3
	Erwerbstätige	71.7
alkoholabstinent geworden	Arbeitslose	18.7
	Erwerbstätige	28.3

Arbeitslose N=128, Erwerbstätige N=257, totalabstinent = kein Konsum psychoaktiver Substanzen außer Nikotin, rückfällig = Konsum psychoaktiver Substanzen außer Nikotin; Chi-Test, * p < 0.05

Tab. 3: Alkoholabstinenz und Alkoholrückfall, Stabilität und Wechsel von T3 nach T4 bei den T3-T4-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen (Referenz: Abstinenzstatus in T3)

umkehrbare berufliche Desintegrationsprozesse.

Demgegenüber fällt die Bilanz der beruflichen Integration zumindest bei jenen Erwerbstätigen fast ausnahmslos positiv aus, die im ersten Halbjahr nach Behandlungsende konstant erwerbstätig waren. Von diesen blieben fast alle, nämlich rund 93%, im T4-Katamnesezeitraum erwerbstätig. Das bedeutet, dass die Rückfälligkeit nicht ohne weiteres den Verlust des Arbeitsplatzes nach sich zieht, da die Alkoholrückfallquote auch in dieser Gruppe der kontinuierlich Beschäftigten in T3 und T4 immerhin bei rund 25% lag.

An einer Arbeitsfördermaßnahme teilgenommen hatten 18.3% der in T4 konstant Arbeitslosen. Diese unterschieden sich in der Rückfallquote (Konsum von Alkohol, Medikamenten, Drogen) nicht signifikant von denen, die in keiner Maßnahme waren. Dabei ist jedoch in Rechnung zu stellen, dass hier sehr unterschiedliche Maßnahmen zusammengefasst sind, vom kurzen PC-Kurs bis zur lang andauernden Umschulung.

9. Diskussion der Ergebnisse zur Frage 1 bis 4

Die T4-Katamnese bestätigt den Hauptbefund der 6-Monatskatamnese (s. ARA-II): Arbeitslose werden nicht nur erheblich häufiger, sondern auch wesentlich häufiger in gravierenden Formen rückfällig. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass sich die Ergebnisse stets nur auf die Katamneseantworter beziehen. Unbekannt sind die Nichtantwortquoten der T4- sowie der T3-T4-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Sie liegen aber wahrscheinlich ungleich hoch. Das jedenfalls legen die Beteiligungsraten der T1-Arbeitslosen und T1-Erwerbstätigen nahe (s. Pkt 2.1). Daher ergäben sich noch größere Unterschiede in den Rückfallquoten und den verschiedenen Substanzkonsummerkmalen zu Ungunsten der Arbeitslosen nach der Berechnungsformel 4 der DGSS, in der die Katamnese-Nichtantworter als rückfällig definiert werden.

Die Ergebnisse verweisen auf die Notwendigkeit, den Alkoholkonsum differenziert zu untersuchen, d.h. mindestens nach Menge und Frequenz sowie Formen und Folgen, um nicht nur die Extreme zu erfassen (Abstinenz vs. Alkoholabhängigkeit), sondern auch graduelle Abstufungen und Veränderungen. Dann nämlich zeigt sich sowohl für die Arbeitslosen als auch die Erwerbstätigen: Die Effektivität der Suchtbehandlung ist höher und vielfältiger, als dies die traditionellen Katamnesen, die auf einer bloß dichotomen Unterteilung in Abstinente und Rückfällige basieren, zum Ausdruck bringen (z.B. Kluger et al. 2003; Zobel et al., 2004).

Doch dabei sind zwei Probleme zu bedenken. Zum einen ist die Fallzahl bei manchen Substanzmerkmalen aufgrund des hohen Differenzierungsgrads bei den Formen des Alkoholkonsums relativ klein, so dass die Aussagekraft der Befun-

den dabei sind zwei Probleme zu bedenken. Zum einen ist die Fallzahl bei manchen Substanzmerkmalen aufgrund des hohen Differenzierungsgrads bei den Formen des Alkoholkonsums relativ klein, so dass die Aussagekraft der Befun-

den dabei sind zwei Probleme zu bedenken. Zum einen ist die Fallzahl bei manchen Substanzmerkmalen aufgrund des hohen Differenzierungsgrads bei den Formen des Alkoholkonsums relativ klein, so dass die Aussagekraft der Befun-

de eingeschränkt ist. Zum anderen ist es grundsätzlich betrachtet, wahrscheinlich so, dass auch die Validität der Selbstanfragen der Katamnese teilnehmer abnimmt, je differenzierter die Erhebung des Substanzkonsums strukturiert ist. Daher sind einige der Ergebnisse möglicherweise mit größeren Unsicherheiten behaftet. Das gilt vermutlich für den Befund, dass rund 16% der rückfälligen Arbeitslosen und 24% der rückfälligen Erwerbstätigen Alkohol nur in risikoarmer Form konsumierten (s. Tabelle 1). Die Unsicherheit relativiert sich jedoch zumindest dadurch, dass die Zuordnung der Personen zu den einzelnen Konsumkategorien nicht von den Befragten selbst vorgenommen wurde, sondern sich aus verschiedenen Informationen des Katamnesebogens herleitete.

Die Ergebnisse zur Stabilität und zum Wechsel von Abstinenz und Rückfälligkeit von T3 nach T4 zeigen, dass bei Katamnesen mit nur einem Messzeitpunkt unerkannt bleibt, dass während des gesamten 12-monatigen Katamnesezeitraums bei einem relevanten Teil der Suchtbehandelten bedeutsame negative und positive Entwicklungen stattfinden, d.h. Aufgabe der Abstinenz und Überwindung der Rückfälligkeit. Allerdings, während bei den Arbeitslosen positive und negative Veränderungen etwa gleich häufig auftraten, überwogen bei den Erwerbstätigen die positiven in beachtlicher Größenordnung, denn von T3 nach T4 wurden erheblich mehr Erwerbstätige abstinent als rückfällig. Die Daten legen somit nahe, dass sich eine über den gesamten 12-monatigen Katamnesezeitraum ununterbrochene Erwerbstätigkeit im Unterschied zu einer lang andauernden Arbeitslosigkeit per saldo positiv auswirkt.

Diese Befunde beziehen sich jedoch nur auf diejenigen, die an beiden Katamnesen teilnahmen und während des gesamten 12-monatigen Katamnesezeitraums konstant arbeitslos bzw. erwerbstätig waren. Daher ist an dieser Stelle an die T3-T4-Drop-out-Analyse (Pkt 4.2.1) zu erinnern. Dort zeigte sich eine signifikante Unterrepräsentation der arbeitslosen Behandlungswiederholer in der T3-T4-Katamnese stichprobe. Möglicherweise hat sich diese auf die Ergebnisse der Tabelle 3 verzerrend ausgewirkt. Denn die arbeitslosen Wiederholer haben weit überproportional hohe Rückfallquoten (ausführlich Pkt 11.) und machen, wie schon eingangs berichtet, einen beträchtlichen Teil der Arbeitslosenstichprobe aus. Daher ist anzunehmen, dass in Wirklichkeit wesentlich stärkere Differenzen

zu Ungunsten der Arbeitslosen als in Tabelle 3 abgebildet bestanden.

Der Hauptgrund für die überwiegend negative Bilanz der beruflichen Reintegration der Arbeitslosen liegt zweifellos in der derzeit sehr restriktiven Arbeitsmarktlage, die für Alkoholabhängige, die eine Suchtbehandlung absolvieren, aufgrund vielfältiger Arbeitsmarkthandicaps (oft hohes Alter, geringe berufliche Qualifikation, gesundheitliche Beeinträchtigungen) besonders schwierig ist. Ein weiterer Grund jedoch ist sicherlich auch in der häufigen und zudem in besonders gravierenden Formen auftretenden Rückfälligkeit der Arbeitslosen zu sehen, die die Reintegrationschancen zusätzlich mindert.

10. Zur Frage 5

Grundsätzlich betrachtet könnte der Vergleich der rückfälligen mit den abstinenten Arbeitslosen und der rückfälligen Arbeitslosen mit den rückfälligen Erwerbstätigen anhand der Stichproben der in T3- oder der in T4- oder der in T3- und T4-Rückfälligen bzw. Abstinenten durchgeführt werden, in jedem Fall aber mit den konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den jeweiligen Katamnesephasen. Die T3-Stichproben sind allerdings aus folgenden Gründen am besten geeignet:

1) Die Katamnese forschung hat mehrfach nachgewiesen, dass sich der erste Rückfall in den allermeisten Fällen bereits im ersten Halbjahr nach der Behandlung ereignet (z.B. Zobel et al. 2004). Die ARA-Daten zeigen, dass dies für die Arbeitslosen noch häufiger zutrifft als für die Erwerbstätigen. Bei 73.4% der rückfälligen T3 + T4-konstant Arbeitslosen und 64.6% der rückfälligen T3 + T4-konstant Erwerbstätigen trat der erste Alkoholrückfall in den ersten 6 Monaten auf. Daher müssen sich rückfallpräventive Maßnahmen generell und insbesondere bei den Arbeitslosen auf frühe Phasen des posttherapeutischen Rehabilitationsprozesses beziehen und möglichst bereits während der Behandlung einsetzen. Dementsprechend wäre es ideal, wenn sich die rückfallprotektiven und rückfallfördernden Faktoren bereits in der T1-Diagnostik, mindestens aber in der T2- und T3-Diagnostik identifizieren ließen.

2) In der T3-Katamnese traten vergleichsweise wenig Drop-outs auf, die zudem zwischen den Erwerbsstatusgruppen annähernd gleich verteilt waren. Sie betrafen die Merkmale „alleinlebend“, „soziale Konflikte im persönlichen Umfeld“ und das Pro-Kopf-Einkommen (s. ARA-II, Pkt 3.1.1). Zudem ist der Stichprobenumfang der konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen mit N=212 bzw. 334 am größten.

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf jene Rückfälligen aus den T3-Stichproben der konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen, die im Katamnesebogen Angaben, Alkohol, Medikamente und/oder Drogen konsumiert zu haben. Dieses allgemeine Kriterium wurde gewählt, um nicht a priori bestimmte Gruppen von Rückfälligen auszuschließen. Nicht enthalten jedoch sind die Behandlungsabbrecher (31 Arbeitslose, 20 Erwerbstätige, s. ARA-II, Pkt 3.2), da sie an der T2-Ausgangsmessung nicht teilnahmen, und von ihnen somit auch keine Daten aus der Veränderungsmessung T1-T2 und von T2-T3 vorliegen.

10.1 Ergebnisse zur Frage 5

Für die Gruppenvergleiche wurde die gesamte T1- bis T3-Diagnostik des ARA-Projekts eingesetzt (s. ARA-I, Tabelle 1 bis 7; ARA-II, Tabelle 3, 7 und 8). Im nachfolgenden Ergebnisbericht bleiben jedoch alle jene Merkmale unerwähnt, bei denen keine signifikanten Differenzen beobachtbar waren⁴. Zunächst werden die rückfälligen (N=91) mit den abstinenten (N=90) Arbeitslosen verglichen, danach die rückfälligen Arbeitslosen mit den rückfälligen Erwerbstätigen (N=84).

10.1.1 Rückfällige und abstinente Arbeitslose

Sowohl die in T3 rückfälligen als auch die abstinenten Arbeitslosen wiesen zu Beginn der Behandlung mit rund 81% einen genau gleich hohen Anteil an Arbeitslosen auf, wodurch die Vergleichbarkeit auch in den T1- bis T2-Merkmalen gewährleistet war.

10.1.1.1 Aufnahmediagnostik T1

Hochsignifikant war der Befund, dass weitaus mehr Rückfällige als Abstinenten während der Behandlung mindestens einmal psychoaktive Substanzen konsumierten (außer Nikotin): 22.8% zu 3.2% (χ^2 , p 0.000). Ebenso lag der Anteil der Behandlungswiederholer unter den Rückfälligen mit 49.5% zu 31.1% (χ^2 , p 0.017) erheblich höher. Die Differenz bei den Mehrfachwiederholern (2 oder mehr stationäre Suchtbehandlungen) betrug sogar 19.8% zu 7.8%. Auch in der Summe der Arbeitslosigkeitszeiten bis Aufnahme fiel der Unterschied mit 17.8 zu 13.7 Monaten signifikant (t-Test, p 0.038) zu Ungunsten der Rückfälligen aus, und dies, obwohl unter ihnen wesentlich mehr Personen mit hohem schulischen Bildungsniveau (χ^2 , p 0.018) waren. So hatten z.B. 27.5% zu 13.4% Abitur bzw. Hochschulabschluss. Vor diesem Hintergrund wiederum war auffallend, dass sich im letzten beruflichen Status keine signifikanten Unterschiede zeigten.

Es ist also offensichtlich so, dass in der Gruppe der arbeitslosen Rückfälligen star-

⁴ Hier ist darauf hinzuweisen, dass der Katamnesebogen nur die SCL90-R-Subskalen Depressivität und Somatisierung enthält.

	T1-Werte			T2-Werte			T1-T2-Werte		
	M	Rü / Ab		M	Rü / Ab	Eta ²	P	HE	p
Zufriedenheit...									
Im allgemeinen	3.7	3.3		3.0	2.4	0.05	***	0.22	***
Gesundheit	3.5	2.9	0.05	**	2.5	2.3		0.19	***
Arbeitssituation	5.1	5.3		4.7	4.6		ns	0.14	***
Wohnsituation	2.6	2.6		2.6	2.4		ns		ns
finanzieller Situation	4.2	3.9		4.2	3.6	0.03	*		ns
sozialer Situation	3.7	3.4		3.3	2.8	0.04	**	0.10	***
Partnersituation	3.6	3.1		3.5	2.6	0.07	***	0.08	***
Familien-situation	3.2	2.8		3.1	2.4	0.06	***		ns
Freundes und Bekanntenkreis	3.0	2.7		2.8	2.4	0.03	*		ns
Freizeitgestaltung	3.5	3.1	0.03	*	2.9	2.4	0.06	***	0.22
Umgang mit Suchtmitteln	3.8	2.8	0.06	**	1.9	1.5	0.04	*	0.38
Lebenszufriedenheit Mittelwert	3.6	3.2	0.04	**	3.1	2.7	0.08	***	0.34
UFB Fehlschlag und Kritikangst	31.8	31.0		24.3	21.2		ns	0.30	***
UFB Kontaktangst	29.2	29.1		23.5	20.6		ns	0.24	***
UFB Fordern können	41.6	41.8		47.8	50.6		ns	0.28	***
UFB Nichtmehrsädekönnen	24.1	24.2		27.5	25.8		ns	0.04	*
UFB Schuldgefühle	5.0	5.5		12.7	11.9		ns	0.32	***
UFB Anständigkeit („Angepasstheit“)	11.5	11.7		29.2	29.2		ns	0.60	***
SWS Selbstwirksamkeit	2.6	2.9	0.02	**	3.0	3.2	0.03	*	0.33
SWG Selbstwertgefühl	2.3	2.1	0.02	*	1.9	1.7	0.03	*	0.33
SWG Wertlosigkeitsgefühl	2.4	2.5		2.8	2.9		ns	0.27	***
Coping aktives	3.4	3.5		3.5	3.7	0.04	**	0.11	***
Coping soziales	2.7	2.8		2.7	2.9		ns		ns
Coping emotionales	1.9	1.9		1.7	1.6		ns	0.14	***
SCL90-R GSI	0.6	0.6		0.4	0.3		ns	0.23	***
SCL90-R PST	33.8	32.2		26.6	21.4		ns	0.24	***
SCL90-R PSDI	1.5	1.4		1.2	1.2		ns	0.19	***
SCL90-R Somatisierung	8.1	6.2	0.02	*	5.3	4.6		0.14	***
SCL90-R Zwanghaftigkeit	7.5	6.5		4.9	3.5	0.03	*	0.21	***
SCL90-R Unsicherheit i. Sozialkontakt	5.4	5.4		3.6	2.9		ns	0.18	***
SCL90-R Depressivität	10.3	10.5		6.9	4.8	0.03	*	0.24	***
SCL90-R Ängstlichkeit	6.2	5.5		3.8	2.6	0.02	*	0.17	***
SCL90-R Aggressivität/Feindseligkeit	2.2	2.3		1.7	1.5		ns	0.03	*
SCL90-R Phobische Angst	1.9	1.6		1.3	0.8		ns	0.05	**
SCL90-R Paranoides Denken	3.0	3.2		2.3	2.3		ns	0.08	***
SCL90-R Psychotizismus	4.4	4.5		3.1	2.0	0.02	*	0.19	***
ABER psychisches Gleichgewicht	5.6	5.9	0.03	*	5.7	6.1	0.05	**	0.06
ABER psychosoz. Funktionsniveau	5.2	5.5	0.03	*	3.2	2.7		ns	0.03
ABER negative Abstinenz-erwartungen	3.9	3.1	0.08	***	1.9	1.6	0.06	***	0.18
AASE Versuchung...									
In Situationen des negativen Affekts	2.7	2.2	0.05	**	1.9	1.6	0.05	**	0.35
In sozial. u. positiv. Affektsituationen	2.2	1.8	0.06	***	1.6	1.4		ns	0.27
bei körperlichen u. and. Beschwerden	1.8	1.6	0.03	*	1.4	1.2		ns	0.29
bei craving/Substanzverlangen	2.3	2.0	0.04	**	1.7	1.4	0.04	*	0.31
AASE Zuversicht...									
In Situationen des negativen Affekts	3.6	3.8		3.9	4.4	0.07	***	0.20	***
In sozial. u. positiv. Affektsituationen	4.1	4.2		4.5	4.6		ns	0.15	***
bei körperlichen u. and. Beschwerden	4.1	4.3		4.5	4.6		ns	0.15	***
bei craving/Substanzverlangen	3.9	4.0		4.4	4.5		ns	0.20	***
Beurteilung der Therapeuten/Innen									
wesentlich/deutlich gebessert %								35.6	56.5
günstige/eher günstige Prognose %								39.0	64.9

Rückfällige Arbeitslose N=91, abstinernte Arbeitslose N=90; M Skalenmittelwert, t-Test, Eta² Effektstärke, HE Haupteffekt, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns nicht signifikant

Tab. 4: Eingangswerte T1, Ausgangswerte T2 und Veränderungswerte T1-T2 der T3-konstant arbeitslosen Rückfälligen (Rü) und Abstinerten (Ab)

Tabelle 4 (s. T1-Werte) ist zu entnehmen, dass die Rückfälligen bei Behandlungsbeginn mit ihrer Lebenssituation signifikant weniger zufrieden waren, speziell mit ihrer Gesundheit, Freizeitgestaltung und ihrem Umgang mit Suchtmitteln, sich als weniger selbstwirksam erlebten, ein etwas niedrigeres Selbstwertgefühl aufwiesen, vor allem in stärkerem Maße negative Abstinenz-erwartungen zeigten und sich stärker versucht sahen, in bestimmten Situationen Alkohol zu konsumieren.

10.1.1.2 Entlassdiagnostik T2, Veränderungsmessung T1-T2

Bei der Analyse der Veränderungen von T1 nach T2 wurde nach Haupteffekt (HE: Behandlungseffekt) und Wechselwirkungseffekt (WW: unterschiedlich starke Behandlungseffekte zwischen den Gruppen) unterschieden. Die Haupteffekte (s. Tabelle 4: HE Eta²) fielen fast ausnahmslos hochsignifikant, substanzlos und positiv aus (vgl. die T1- und T2-Skalenmittelwerte)⁶. Sie erwiesen sich in beiden Gruppen als gleich stark, da zwar Wechselwirkungen zwischen den Abstinerten und Rückfälligen und den beiden Messzeitpunkten auftraten, jedoch nicht in signifikanter Weise (WW Eta² tabellarisch nicht dargestellt).

Gleichwohl erreichten die arbeitslosen Rückfälligen bei Abschluss der Behandlung (s. Tabelle 4: Ausgangswerte T2) in einer Vielzahl von Merkmalen nicht das Niveau der Abstinerten. Das betraf eine Reihe von

Aspekten der Lebenszufriedenheit, zudem die Selbstwirksamkeit, das Selbstwertgefühl, das aktive Coping, verschiedene Symptome psychischer Störungen (Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus) und zwei ABER-Subskalen (Erwartung von psychischem Gleichgewicht, negative Abstinenz-erwartungen). Zudem schätzten sie sich als stärker versucht ein, in negativen Affektsituationen zum Alkohol zu greifen, und weniger zuversichtlich, solche Situationen ohne Alkohol durchzustehen (AASE).

ke Diskrepanzen zwischen Bildungsgrad und Berufsstatus bestanden. Eindeutig traf dies für jene zu, die Abitur oder Hochschulabschluss hatten, jedoch nur Arbeiter waren (N=28 bzw. 30.8%). Sie hatten wahrscheinlich bereits beim Einstieg in

das Arbeitsleben keine schulbildungsadäquate berufliche Position erreicht oder waren später beruflich abgestiegen. In beiden Fällen kann die Sucht und/oder die Arbeitslosigkeit ein wesentlicher Grund gewesen sein⁵.

5 Dies war Anlass für eine spezielle Analyse, die zeigte, dass Personen (Arbeitslose und Erwerbstätige) mit bildungsadäquatem Berufsstatus (Arbeiter mit Abitur bzw. Hochschulabschluss) gegenüber allen anderen eine hochsignifikant höhere Rückfallquote aufwiesen: 59.6 zu 37.9%, p 0.03, chi2-Test. Jedoch ließ sich dieser Zusammenhang bei einer Differenzierung nach dem Erwerbsstatus aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht nachweisen.

6 Dabei ist zu beachten: Hohe Werte bedeuten aufgrund der Skalenpolung bei der Zufriedenheit niedrige Zufriedenheit, bei SWG niedriges Selbstwertgefühl bzw. niedriges Wertlosigkeitsgefühl und das emotionale Coping bedeutet u.a. Verdrängen oder sich Ablenken von Problemen z.B. durch Fernsehen, Essen, Rauchen, Alkohol oder Medikamentenkonsument, so dass hohe Werte ein eher ungünstiges Problembewältigungsverhalten zum Ausdruck bringen.

Fachbeiträge

Auch aus Sicht der Therapeuten/Therapeutinnen fiel die Behandlungsbilanz der später Rückfälligen schlechter aus. Sie wurden weitaus seltener als gebessert sowie prognostisch ungünstiger eingeschätzt als die Abstinenter (s. Tabelle 4).

10.1.1.3 Katamnesediagnostik T3, Veränderungsmessung T2-T3

Vor allem in der T3-Katamneseperiode wiesen die Rückfälligen oft substantiell schlechtere Werte auf (s. Tabelle 5: Katamneseerwerte T3). Das gilt vor allem für die Lebenszufriedenheit, aber auch die Selbstwirksamkeit, das aktive Coping und die Depressivität, wo sich hohe bzw. mittel hohe Effektstärken (Eta²) zeigen. Hinzu kommen weitere signifikante T3-Differenzen zu Ungunsten der Rückfälligen, die bereits in ARA-II dargestellt wurden: stärkere Entstrukturierung der Zeit, passiveres Freizeitverhalten, höhere Trennungs- bzw. Scheidungsquote, häufiger alleinlebend (s. ARA-II, Tabelle 9 und 10) und vor allem auch eine fast zweimal niedrigere Quote regelmäßiger Teilnehmer an Suchtselbsthilfegruppen im Vergleich zu den abstinenter Arbeitslosen (23.0% zu 41.4%).

Die Veränderungswerte T2-T3 in Tabelle 5 geben an: Sowohl die Rückfälligen als auch die Abstinenter haben sich dort, wo ein signifikanter Haupteffekt (HE Eta²) zu erkennen ist, in bedeutsamer Weise von T2 nach T3 verändert und zwar verschlechtert (vgl. die T3-Skalenmittelwerte mit den T2-Mittelwerten in Tabelle 4), wobei sich die Rückfälligen in Relation zu den Abstinenter in signifikant stärkerem

Erwerbsstatusgruppen	A	E	p
Suchtspezifische Merkmale			
Alkoholabhängigkeitsdauer in Jahren Mittelwert	13.0	9.6	***
alkoholabhängig länger als 10 Jahre %	56.1	30.1	***
>200g Alkohol täglich (QF-Index) %	28.1	13.0	**
Alkoholkonsum zur Minderung von Entzugssymptomen %	80.6	68.4	*
Konsum psychoaktiver Substanzen mindestens 1-mal während der Behandlung %	22.8	8.9	**
bereits mindestens 1 stationäre Entwöhnungsbehandlung %	49.5	23.1	***
bereits 2 oder mehr stationäre Entwöhnungsbehandlungen %	19.8	4.8	***
mittlere bis hohe Nikotinabhängigkeit (Fagerström-Test) in % der Raucher/Innen	62.2	48.4	*
Arbeitslosigkeit			
arbeitslos bei Aufnahme %	81.1	11.9	***
ununterbrochene Arbeitslosigkeitsdauer bis T1 in Jahren Mittelwert	1.7	0.2	***
Summe der Arbeitslosigkeitszeiten in den 3 Jahren vor Aufnahme in Monaten Mittelwert	17.8	1.5	***
Einkommen			
Pro-Kopf-Einkommen in Euro Mittelwert	831	1191	**
Familiensituation			
ledig %	37.4	27.4	**
verheiratet, zusammenlebend %	17.6	41.7	
geschieden %	39.6	21.4	
sonstige %	5.5	9.5	
Partnerschaft/Kontakte/soziale Unterstützung			
allein stehend %	47.3	29.8	**
keinen bzw. selten Kontakt zu Freunden (SSP) %	16.3	7.4	*
soziale Unterstützung Mittelwert	2.6	2.9	*

Rückfällige Arbeitslose N=91, rückfällige Erwerbstätige N=84; Nikotinabhängigkeit nur bezogen auf die Raucher/Innen; t-Test, chi-Test, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns, nicht signifikant

Tab. 6: T1-Werte der rückfälligen T3-konstant Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E)

Maße verschlechtert haben (s. WW Eta²) und zwar in der Selbstwirksamkeit, der Depressivität, im aktiven Coping, in der

allgemeinen Lebenszufriedenheit, im Mittelwert der Lebenszufriedenheit, in der Zufriedenheit mit der Gesundheit, der Freizeitgestaltung und logischerweise vor allem in der Zufriedenheit im Umgang mit Suchtmitteln. Das bedeutet, dass die Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte bei den Rückfälligen in vielerlei Hinsicht deutlich schwächer war.

10.1.2 Rückfällige Arbeitslose und Erwerbstätige

Zu Beginn der Behandlung waren 11.9% der in T3 rückfälligen konstant Erwerbstätigen arbeitslos (s. Tabelle 6), allerdings mit einer vergleichsweise kurzen Zeit von durchschnittlich nur 0.2 Jahren. Das Gleiche gilt für die Summe der Arbeitslosigkeitszeiten in den letzten 3 Jahren vor Aufnahme, so dass man davon ausgehen kann, dass sich beide Rückfälligen Gruppen auch zu T1 bis T2 in ihrem Erwerbsstatus recht scharf voneinander abgrenzten.

10.1.2.1 Aufnahmediagnostik T1

Tabelle 6 zeigt, dass die zu T3 rückfälligen Arbeitslosen in Relation zu den Erwerbstätigen eine signifikant ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtproblematik aufwiesen. Sie waren länger alkoholabhängig, tranken in ihrer aktiven Trinkpha-

	Katamneseerwerte T3			Veränderungswerte T2-T3			
	M Rü / Ab	Eta ²	p	HE Eta ²	p	WW Eta ²	p
Zufriedenheit mit...							
Im allgemeinen	3.6 / 2.5	0.17	***	0.04	*	0.04	**
Gesundheit	3.3 / 2.2	0.14	***	0.05	**	0.11	***
Arbeitsituation	4.9 / 4.7		ns		ns		ns
Wohnsituation	2.6 / 2.3		ns		ns		ns
finanzieller Situation	4.4 / 3.9	0.03	*	0.04	**		ns
sozialer Situation	3.7 / 3.0	0.08	***	0.03	*		ns
Partnersituation	3.4 / 2.8	0.04	*		ns		ns
Familiensituation	3.3 / 2.3	0.12	***		ns		ns
Freundes- und Bekanntenkreis	3.1 / 2.5	0.05	**		ns		ns
Freizeitgestaltung	3.4 / 2.5	0.12	***	0.05	**	0.04	*
Umgang mit Suchtmitteln	3.1 / 1.3	0.39	***	0.07	***	0.20	***
Lebenszufriedenheit Mittelwert	3.5 / 2.7	0.08	***	0.06	***	0.05	**
SWS Selbstwirksamkeit	2.7 / 3.1	0.07	***	0.08	***	0.04	***
SWG Selbstwertgefühl	2.2 / 1.9	0.04	**	0.08	***		ns
SWG Wertlosigkeitsgefühl	2.6 / 2.8	0.03	*	0.05	**		ns
Coping aktives	3.0 / 3.4	0.08	*	0.32	***	0.06	**
Coping soziales	2.5 / 2.5		ns	0.07	***		ns
Coping emotionales	2.3 / 2.1		ns	0.45	***		ns
SCL90-R Somatisierung	8.4 / 6.5	0.04	*	0.14	***		ns
SCL90-R Depressivität	13.9 / 9.0	0.07	***	0.27	***	0.05	**

Rückfällige Arbeitslose N=91; abstinente Arbeitslose N=90; M Skalennittelwert, t-Test, Eta² Effektstärke, HE Haupteffekt, WW Wechselwirkungseffekt, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns nicht signifikant

Tab. 5: Katamneseerwerte T3 und Veränderungswerte T2-T3 der T3-konstant arbeitslosen Rückfälligen (Rü) und Abstinenter (Ab)

Tab. 7: Eingangswerte T1, Ausgangswerte T2 und Veränderungswerte T1-T2 der T3-konstant arbeitslosen (A) und erwerbstätigen (E) Rückfälligen

se vor Aufnahme häufiger exzessiv (QF-Index), konsumierten Alkohol häufiger zur Minderung von Entzugssymptomen (ICD10-Merkmal des Abhängigkeitssyndroms) und waren wesentlich häufiger während der Behandlung rückfällig. Zudem waren mehr Raucher/Innen aus der Gruppe der Arbeitslosen mittel bis hoch nikotinabhängig. Die Quote der Behandlungswiederholer lag erheblich höher als bei den Erwerbstätigen. Auch die soziale Situation der Arbeitslosen sah deutlich ungünstiger aus. Sie lebten z.B. wesentlich häufiger allein, viel seltener in fester Partnerschaft (verheiratet, zusammenlebend), hatten weniger Kontakt zu Freunden und erfuhren weniger soziale Unterstützung aus ihrem persönlichen Umfeld. Die Differenzen im Pro-Kopf-Einkommen entsprachen den Erwartungen.

Tabelle 7 lässt erkennen, dass die Lebenszufriedenheit nicht nur hinsichtlich der Arbeits- und der finanziellen Situation ($\eta^2=0.35$ bzw. 0.12) sondern in vielerlei Hinsicht signifikant geringer und ebenso die psychische Befindlichkeit und Gesundheit (UFB, SWS, SWG, SCL90-R) der arbeitslosen Rückfälligen bei Beginn der Behandlung deutlich schwächer war. Auch antizipierten sie häufiger negative Abstinenzfolgen und beurteilten sich etwas stärker versucht, in bestimmten Situationen Alkohol zu konsumieren. Demgegenüber fanden sich beim Coping keine signifikanten Differenzen. Die Effektstärken sind jedoch oft klein, d.h. unter 0.05.

10.1.2.2 Entlassdiagnostik T1, Veränderungsmessung T1-T2

Die Ergebnisse der T1-T2-Veränderungsmessung (s. Tabelle 7) lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die in T3 rückfälligen konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen profitierten von der Behandlung in nahezu allen untersuchten Bereichen gleichermaßen stark (s. HE η^2), da nur

bei wenigen Merkmalen signifikante Wechselwirkungseffekte zwischen den Gruppen und den beiden Messzeitpunkten bestanden: bei der Zufriedenheit im allgemeinen, mit dem Freundes- und Bekanntenkreis sowie bei den UFB-Konstrukten Nicht-nein-sagen-können, Schuldgefühle und Anständigkeit („Angepasstheit“). Sie fallen jedoch in Hinblick auf die Höhe der η^2 -Werte (<0.04) nicht sonderlich ins Gewicht (WW η^2 tabellarisch nicht dargestellt).

Dennoch zeigt die T2-Ausgangsmessung (s. Tabelle 7), dass die Arbeitslosen die

Behandlung in vielerlei Hinsicht auf einem wesentlich ungünstigeren Niveau beendeten. Besonders markant sind die Gruppendifferenzen mit mittleren bis hohen η^2 -Werten im Bereich der Lebenszufriedenheit, bei den Symptomen psychischer Störungen (SCL90-R), dort besonders bei der Depressivität ($\eta^2=0.16$), und ebenso bei der Selbstwirksamkeit, dem Wertlosigkeitsgefühl und im UFB.

Auch die Therapeuten/innen stufte die erzielten therapeutischen Veränderungen bei den Arbeitslosen als wesentlich

	T1-Werte			T2-Werte			T1-T2-Werte	
	MA/E	Eta	P	MA/E	Eta	P	HE	p
Zufriedenheit mit...								
allgemeinen	3.7/3.1	0.05	**	3.0/2.0	0.21	***	0.33	***
Gesundheit	3.5/2.7	0.08	***	2.5/1.9	0.08	***	0.28	***
Arbeitsituation	5.1/2.9	0.35	***	4.7/2.3	0.43	***	0.12	***
Wohnsituation	2.6/2.1		ns	2.6/1.8	0.07	***		ns
finanzieller Situation	4.2/2.9	0.12	***	4.2/2.6	0.23	***		ns
sozialer Situation	3.7/3.1	0.06	***	3.3/2.2	0.21	***	0.17	***
Partnersituation	3.6/3.0	0.03	*	3.5/2.4	0.10	***	0.06	**
Familien-situation	3.2/2.8		ns	3.1/2.2	0.12	***	0.05	**
Freundes- und Bekanntenkreis	3.0/2.6		ns	2.8/2.2	0.09	***	0.04	*
Freizeitgestaltung	3.5/3.1		ns	2.9/2.2	0.09	***	0.28	***
Umgang mit Suchtmitteln	3.8/3.0	0.04	**	1.9/1.6	0.03	*	0.43	***
Lebenszufriedenheit Mittelwert	3.6/2.8	0.16	***	3.1/2.1	0.33	***	0.41	***
UFB Fehlschlag- und Kritikangst	31.8/26.1	0.03	*	24.3/15.9	0.09	***	0.33	***
UFB Kontaktangst	29.2/25.6		ns	23.5/16.7	0.06	***	0.27	***
UFB Fordern können	41.6/43.0		ns	47.8/51.6	0.03	*	0.29	***
UFB Nicht-nein-sagen-können	24.1/20.6	0.03	*	27.5/19.1	0.09	***		ns
UFB Schuldgefühle	5.0/4.8		ns	12.7/8.4	0.04	*	0.29	***
UFB Anständigkeit („Angepasstheit“)	11.5/10.8		ns	29.2/24.1	0.03	*	0.60	***
SWS Selbstwirksamkeit	2.6/2.8	0.04	**	3.0/3.3	0.09	***	0.41	***
SWG Selbstwertgefühl	2.3/2.2		ns	1.9/1.8	0.03	*	0.36	***
SWG Wertlosigkeitsgefühl	2.4/2.7	0.04	**	2.8/3.2	0.10	***	0.36	***
Coping aktives	3.4/3.5		ns	3.5/3.7	0.03	*	0.07	***
Coping soziales	2.7/2.7		ns	2.7/2.9		ns		ns
Coping emotionales	1.9/1.8		ns	1.8/1.5	0.04	**	0.18	***
SCL90-R GSI	0.6/0.4	0.04	**	0.4/0.2	0.10	***	0.27	***
SCL90-R PST	33.8/26.6	0.04	**	26.6/14.9	0.12	***	0.31	***
SCL90-R PSDI	1.5/1.3	0.03	*	1.3/1.0	0.05	**	0.22	***
SCL90-R Somatisierung	8.1/5.1	0.06	***	5.3/3.2	0.05	**	0.19	***
SCL90-R Zwanghaftigkeit	7.5/4.7	0.05	***	4.9/2.3	0.10	***	0.23	***
SCL90-R Unsicherheit im Sozialkontakt	5.4/3.9	0.02	*	3.6/2.0	0.04	**	0.20	***
SCL90-R Depressivität	10.3/7.7	0.03	*	6.8/2.6	0.16	***	0.29	***
SCL90-R Ängstlichkeit	6.2/3.8	0.05	***	3.8/1.7	0.08	***	0.19	***
SCL90-R Aggressivität/Feindseligkeit	2.1/1.9		ns	1.7/1.2		ns	0.04	***
SCL90-R Phobische Angst	1.9/1.2		ns	1.3/0.4	0.04	**	0.07	***
SCL90-R Paranoides Denken	3.0/2.2		ns	2.3/1.1	0.08	***	0.10	***
SCL90-R Psychotizismus	5.2/4.2		ns	3.1/1.4	0.06	***	0.21	***
ABER psychisches Gleichgewicht	5.6/5.7		ns	5.7/5.9		ns	0.08	***
ABER psychosoziales Funktionsniveau	5.2/5.2		ns	5.4/5.4		ns	0.08	***
ABER negative Abstinenzserwartungen	3.8/3.3	0.05	**	3.2/2.9		ns	0.16	***
AASE Versuchung								
in Situationen des negativen Affekts	2.7/2.4	0.02	*	1.9/1.7		ns	0.38	***
in sozialen u. positiven Affektsituationen	2.2/2.0		ns	1.6/1.6		ns	0.25	***
bei körperlichen u. and. Beschwerden	1.8/1.6	0.03	*	1.4/1.3		ns	0.27	***
bei craving/Substanzverlangen	2.3/2.3		ns	1.7/1.6		ns	0.33	***
AASE Zuversicht								
in Situationen des negativen Affekts	3.6/3.8		ns	4.0/4.3	0.04	*	0.25	***
in sozialen u. positiven Affektsituationen	4.1/4.2		ns	4.5/4.5		ns	0.20	***
bei körperlichen u. and. Beschwerden	4.1/4.3		ns	4.5/4.6		ns	0.23	***
bei craving/Substanzverlangen	3.9/4.0		ns	4.4/4.4		ns	0.25	***
Beurteilung d. Therapeuten/Innen								
wesentlich/deutlich gebessert %							35.6/65.5	***
günstige/eher günstige Prognose %								
				39.0/76.6	***			

Rückfällige Arbeitslose N=91, rückfällige Erwerbstätige N=84; M Skalennittelwert, I -Test, Eta = Effektstärke, HE Haupteffekt, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns nicht signifikant

Fachbeiträge

geringer ein und beurteilten sie weitaus häufiger als prognostisch ungünstig (s. Tabelle 7). Das aber bedeutet auch, dass sie das tatsächliche Rückfallrisiko der Arbeitslosen vergleichsweise leicht, das der Erwerbstätigen hingegen erheblich unterschätzten.

10.1.2.3 Katamnese diagnostik T3, Veränderungsmessung T2-T3

Aus Tabelle 8 sind zwei Ergebnismuster hervorzuheben:

1) Obwohl sich beide Gruppen in dem zentralen Kriterium, nämlich rückfällig geworden zu sein, nicht unterscheiden, ist die psychosoziale Lebenssituation der Arbeitslosen in vielerlei Hinsicht wesentlich schlechter.

2) In beiden Rückfallgruppen nimmt die Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte von T2 nach T3 bedeutsam ab (s. HE Eta²-Werte und vgl. die T2-Mittelwerte aus Tabelle 7 mit denen in Tabelle 8) und zwar in gleich starken Ausmaßen, da sich zwischen den Gruppen und den T2-T3-Messzeitpunkten keine signifikanten Wechselwirkungen zeigten. Das bedeutet, dass zwar ein enger Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Lebenszufriedenheit sowie der psychischen Befindlichkeit und Gesundheit (z.B. Wertlosigkeitsgefühl, Depressivität) in der T3-Katamnese bestand, der Erwerbsstatus jedoch offenbar keinen Einfluss auf die Erosion der Behandlungseffekte ausübte, z.B. auf die Abnahme der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und die Minderung des Selbstwertgefühls.

Zur Prüfung dieser Zusammenhänge wären aber weitere Faktoren zu kontrollieren, in denen sich die Arbeitslosen von den erwerbstätigen Rückfälligen in der 6-Monatskatamnese ebenfalls signifikant unterscheiden: Sie lebten seltener in fester Partnerschaft (40.0% zu 59.4%), verbrachten ihre freie Zeit häufiger „oft allein, d.h. ohne Freunde oder Bekannte“ (41.4% zu 56.2%), stattdessen öfter mit „häufigem Fernsehen“ (75.4% zu 58.3%) und nahmen seltener regelmäßig an Suchtselbsthilfegruppen teil (23.0% zu 34.1%).

10.2 Diskussion der Ergebnisse zur Frage 5

Im Vergleich zu den rückfälligen Erwerbstätigen war die psychosoziale Lage der rückfälligen Arbeitslosen zu allen untersuchten Messzeitpunkten, somit im gesamten therapeutisch-rehabilitativen Prozess, deutlich ungünstiger. Das könnte ein Grund dafür sein, dass die Arbeitslosen nicht nur häufiger, sondern auch wesentlich häufiger in gravierenden Formen rückfällig wurden (s. Tabelle 1 sowie ARA-II, Tabelle 6). Möglicherweise aber

	Katamnesewerte T3			Veränderungswerte T2-T3	
	M A / E	Eta ²	p	HE Eta ²	p
Zufriedenheit mit...					
Im allgemeinen	3.6 / 2.6	0.15	***	0.15	***
Gesundheit	3.3 / 2.4	0.12	***	0.18	***
Arbeitsituation	4.9 / 2.7	0.40	***	0.03	*
Wohnsituation	2.6 / 2.1	0.03	*		ns
finanzieller Situation	4.4 / 2.9	0.25	***	0.05	**
sozialer Situation	3.7 / 2.6	0.18	***	0.12	***
Partnersituation	3.3 / 2.9		ns		ns
Familiensituation	3.4 / 2.7	0.05	***	0.05	**
Freundes- und Bekanntenkreis	3.1 / 2.4	0.08	***	0.06	**
Freizeitgestaltung	3.4 / 2.7	0.07	***	0.16	***
Umgang mit Suchtmitteln	3.1 / 2.7		ns	0.32	***
Lebenszufriedenheit Mittelwert	3.5 / 2.6	0.25	***	0.25	***
SWS Selbstwirksamkeit	2.7 / 3.1	0.08	***	0.17	***
SWG Selbstwertgefühl	2.2 / 1.9	0.07	***	0.10	***
SWG Wertlosigkeitsgefühl	2.6 / 3.0	0.11	***	0.08	***
Coping aktives	3.0 / 3.3		ns	0.36	***
Coping soziales	2.5 / 2.5		ns	0.08	***
Coping emotionales	2.3 / 2.0	0.05	**	0.40	***
SCL90-R Somatisierung	8.4 / 6.9		ns	0.24	***
SCL90-R Depressivität	13.9 / 9.3	0.06	***	0.38	***

Rückfällige Arbeitslose N=91, rückfällige Erwerbstätige N=84; M Skalenmittelwert, t-Test, Eta² Effektstärke, HE Haupteffekt, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001, ns nicht signifikant

Tab. 8: Katamnesewerte T3 und Veränderungswerte T2-T3 der T3-konstant arbeitslosen und erwerbstätigen (E) Rückfälligen

war dabei auch von Bedeutung, dass sie bereits zu Behandlungsbeginn eine ausgeprägtere und chronifiziertere Suchtproblematik aufwiesen. Dies aufzuklären, ist ein Ziel der noch ausstehenden multifaktoriellen Analysen der Prädiktoren der Rückfälligkeit bzw. Abstinenz der Arbeitslosen und Erwerbstätigen (s. ARA-IV, Sucht aktuell 1/2005).

Auch gegenüber den abstinenten heben sich die rückfälligen Arbeitslosen in allen Messzeitpunkten in vielfältiger Hinsicht deutlich negativ ab. Auch hier ist in den Prädiktorenanalysen zu prüfen, welche Merkmale wie stark mit der Rückfälligkeit bzw. Abstinenz korrelieren. Dabei ist auch abzuwägen, welche Merkmale als Kausalfaktoren bewertet werden können. Dies ist in Hinblick auf die Katamnese schwerig. Denn die problematischere psychosoziale Lage der rückfälligen Arbeitslosen im Vergleich zu den Abstinenten

und den rückfälligen Erwerbstätigen im Katamnesezeitraum kann, grundsätzlich betrachtet, Folge oder Ursache der Rückfälligkeit bzw. der gravierenderen Rückfälligkeit gewesen sein.

11. Ergebnisse zur Frage 6

Auch diese Frage wurde aus den oben genannten Gründen (s. Pkt 10.) anhand der T3-Stichproben der konstant Arbeitslosen (N=212) und konstant Erwerbstätigen (N=334) untersucht. Die Zusammensetzung dieser Stichproben nach der Zahl bisheriger stationärer Entwöhnungsbehandlungen gibt Tabelle 9 wieder.

Zur Rückfallanalyse wurden 3 Merkmale herangezogen: Konsum psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Medikamente oder Drogen), Konsum von Alkohol und das Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD10. Tabelle 10 zeigt folgende Ergebnisse:

Erwerbsstatusgruppen	A		E	
	mit Therapie-Abbrechern		ohne Therapie-Abbrecher	
Zahl bisheriger Entwöhnungsbehandlungen				
0 = Erstbehandelte	60.4% (128)	80.8% (270)	59.7% (108)	80.6% (253)
1 = Einmalwiederholer	26.4% (56)	13.8% (46)	26.5% (48)	13.7% (43)
≥ 2 = Mehrfachwiederholer	13.2% (28)	5.4% (18)	13.8% (25)	5.7% (18)
gesamt	100% (212)	100% (334)	100% (181)	100% (314)

Zahlen in Klammern =N

Tab. 9: T3-konstant Arbeitslose (A) und Erwerbstätige (E) nach Zahl bisheriger stationärer Entwöhnungsbehandlungen

In der Gruppe der Arbeitslosen nehmen die Rückfallquoten von den Erstbehandelten hin zu Einmal- und den Mehrfachwiederholern kontinuierlich und extrem zu, beim Konsum psychoaktiver Substanzen von 49.2% auf 75.0%, beim Alkoholkonsum von 43.0% auf 75.0%. Bei den Erwerbstätigen hingegen sinken die Rückfallquoten, jedoch nicht in signifikanter Weise. Allerdings zeigt sich auch bei den Erwerbstätigen, dass die Quote der Alkoholrückfälligen, deren Konsum die einschlägigen Kennzeichen eines Alkoholabhängigkeitssyndroms aufwies, von den Erstbehandelten hin zu den Wiederholern von 38.3% auf 77.8% bzw. 75.0% signifikant zunimmt, bei den Arbeitslosen von 66.0% auf 87,5% bzw. 95.0%.

Bei Ausschluss der Behandlungsabbrecher gehen die Rückfallquoten bei den Arbeitslosen deutlich zurück, allerdings nur bei den Erstbehandelten.

Betrachtet man die Veränderungen, die auf die Behandlungswiederholer und die Therapieabbrecher zurückgehen, dann zeigt sich bei den Arbeitslosen: Die insgesamt bei 55.7% liegende Rückfallquote (Alkohol, Medikamente, Drogen) der Arbeitslosen reduziert sich auf 49.2%, wenn man nur die Erstbehandelten berücksichtigt und nimmt um weitere 6.6 Prozentpunkte auf 42.6% ab, wenn man zusätzlich die Behandlungsabbrecher ausschließt. Analoges zeigt sich bei der Alkoholrückfallquote, die von 51.4% auf 43.0% und schließlich auf 35.2% sinkt.

11.1 Diskussion der Ergebnisse zur Frage 6

Zwischen der Höhe des Rückfallrisikos und der Zahl bisheriger Behandlungen besteht offensichtlich ein sehr enger Zusammenhang, der sich in der Gruppe der Arbeitslosen durchgängig nachweisen lässt, bei den Erwerbstätigen hingegen nur beim Rückfall in die Alkoholabhängigkeit. Die arbeitslosen Behandlungswiederholer und vor allem die Mehrfachwiederholer sind eindeutig als

7 Zusätzlich muss man darauf verweisen, dass die Katamneseantwortquoten der T3-konstant Arbeitslosen und Erwerbstätigen wahrscheinlich unterschiedlich hoch waren. Das jedenfalls lassen die ungleich hohen Beteiligungsquoten der T1-Arbeitslosen und T1-Erwerbstätigen vermuten, die zwischen den Erwerbsstatusgruppen erheblich variierten: Erstbehandelte 68.4% vs. 82.4%, Einmalwiederholer 63.9% vs. 73.2% und Mehrfachwiederholer 53.4% vs. 79.2% (Arbeitslose vs. Erwerbstätige). Daher ergäben sich wahrscheinlich noch größere Unterschiede in den Rückfallquoten zu Ungunsten der erst- und auch der wiederbehandelten Arbeitslosen nach der DGSS-Berechnungsformel 4, in der die Katamnese-Nichtantworten als rückfällig eingestuft werden. Diese Formel ist allerdings nicht anwendbar, da der T3-Erwerbsstatus der Nichtantworter unbekannt ist.

Erwerbsstatusgruppen	A	E	A	E
	mit Therapie- Abbrechern		ohne Therapie- Abbrecher	
Konsum psychoaktiver Substanzen (Referenz: Katamneseeteilnehmer)				
Erstbehandelte	49.2	28.5	42.6	28.9
Einmalwiederholer	60.7	19.6	56.3	16.3
Mehrfachwiederholer	75.0	22.2	72.0	22.2
p	*	ns	*	ns
gesamt	55.7	26.9	50.3	26.8
Alkoholkonsum (Referenz: Katamneseeteilnehmer)				
Erstbehandelte	43.0	24.4	35.2	24.5
Einmalwiederholer	58.9	19.6	54.2	16.3
Mehrfachwiederholer	75.0	22.2	72.0	22.2
p	***	ns	***	ns
gesamt	51.4	23.7	45.3	23.2
Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD10 (Referenz: Alkoholrückfällige)				
Erstbehandelte	66.0	38.3	58.3	36.8
Einmalwiederholer	87.5	77.8	88.0	71.4
Mehrfachwiederholer	95.0	75.0	94.1	75.0
p	**	*	***	*
gesamt	78.1	45.2	75.6	42.6

Arbeitslose N=212, Erwerbstätige N=334, ohne Therapieabbrecher N=181 bzw. N=314; chi-Test, * p <0.05, ** p <0.01, *** p <0.001, ns nicht signifikant

Tab. 10: Rückfallquoten der T3-konstant Arbeitslosen (A) und Erwerbstätigen (E) nach Zahl bisheriger Entwöhnungsbehandlungen (Angaben in %)

Hochrisikogruppen zu kennzeichnen. Möglicherweise hat sich deren suchtspezifische und psychosoziale Lage zwischen den Behandlungen durch wechselseitig sich verstärkende Effekte zwischen Rückfälligkeit und Arbeitslosigkeit sukzessive verschlechtert, wodurch die Chancen für eine erfolgreiche, d.h. nachhaltig wirkende Behandlung zunehmend reduziert wurden. Sie benötigen zweifellos besonders intensive Unterstützungs- und Fördermaßnahmen, um das Rückfallrisiko zu verringern und die berufliche Reintegration zu verbessern.

Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass die insgesamt bei rund 56% liegende und damit in Relation zu den Erwerbstätigen um fast 30 Prozentpunkte höhere Rückfallquote der Arbeitslosen (Alkohol, Medikamente, Drogen) zu einem beträchtlichen Teil auf zwei Gruppen zurückgeht, die überproportional hohe Rückfallquoten aufweisen: die Behandlungswiederholer und die Therapieabbrecher (zum Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus, Behandlungsabbruch und Rückfall s. auch ARA-II, Tabelle 2).

Arbeitslose, die zum ersten Mal in eine stationäre Suchtbehandlung gehen und diese regulär beenden, haben eine Rückfallquote (Alkohol, Medikamente, Drogen), die nach den vorliegenden Daten nur noch um 14 Prozentpunkte höher ist als die der Erwerbstätigen (42.6% zu

28.9%). Bei der Alkoholrückfallquote beträgt die Differenz sogar nur noch 11 Prozentpunkte (35.2% zu 24.5%).

Gleichwohl besteht auch für die erstbehandelten Arbeitslosen ein in Relation zu den Erwerbstätigen markant, d.h. rund 1.5-fach bzw. (mit Therapieabbrechern) 1.7-fach höheres Rückfallrisiko⁷. Zudem verweisen die Ergebnisse darauf, dass sich die Rückfälligkeit der erstbehandelten Arbeitslosen im Vergleich zu den Erwerbstätigen weitaus häufiger in gravierender, d.h. alkoholabhängiger Form vollzieht. Daher sind auch für die Gruppe der erstbehandelten Arbeitslosen spezifische rückfallpräventive Maßnahmen erforderlich.

Literatur:

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.

ARA-II: Henkel, D., Zemlin, U. & Dornbusch, P. (2004). Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. Sucht aktuell, 11, 1, 21-32.

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

Fachbeiträge

British Medical Association (1995). Alcohol: Guidelines on sensible drinking. London: British Medical Association.

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.

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.

Sieber, M., Riem, M. & Meyer, T. (2004). Die Erfassung des Konsumverhaltens bei den Katam-

nesen der Forel Klinik. Abhängigkeiten, 10, 1, 34-49.

Zemlin, U., Herder, F. & Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. Sucht aktuell, 2, 1-18.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Brünger, M., Funke, M., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Weisinger, V. & Wüst, G. (2004). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 11, 1, 11-20.

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., wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fachklinik Wilhelmsheim e-mail: pdornbus@ahg.de

Literaturhinweise . . .

Gschwend, G.: Traumapsychotherapie, – Ein Manual für die Praxis, Bern 2004, ISBN 3-456-84074-8, 19,95 Euro

Die Autorin gibt konkrete Einblicke in das komplexe Gebiet der Traumapsychotherapie. Beschrieben werden die verschiedenen Formen und Folgen psychischer Traumatisierung anhand von Beispielen, wie auch die Risiken und Chancen der Therapie. Zunächst werden die Grundlagen der Traumatherapie dargelegt, danach die verschiedenen Behandlungsphasen, Stabilisierung, Trauma-Konfrontation, Integration und Wiederanknüpfung dargestellt und anhand eines fortgehenden Fallbeispiels veranschaulicht. Des Weiteren wird auf dissoziative Phänomene, Somatisierung und Störungen der Affektregulation gesondert eingegangen.

Bischoff, C., Traue, H. C.: Kopfschmerzen – Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Manuale für die Praxis, Göttingen 2004, ISBN 3-8017-1623-6, 19,95 Euro

Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Erkrankungen. Sie beginnen oft bereits im Kindesalter und beeinträchtigen das Alltags- und Arbeitsleben erheblich. Der Band behandelt ausführlich die Differenzialdiagnose von Migräne, Kopfschmerzen vom Spannungstyp und von Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch. Störungstheorien und Modelle werden erläutert, diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen gegeben und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Im Anhang werden Instrumente zur multiaxialen Schmerzklassifikation und Kopfschmerzanamnese gegeben, darüber hinaus sind verschiedene Karten zu einzelnen Themenbereichen enthalten.

Fissenl, H.-J. (Hrsg.): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik – Mit Hinweisen zur Intervention, 3. Auflage, Göttingen 2004, ISBN 3-8017-1756-9, 49,95 Euro

Das Buch ist ein Standardwerk in der Aus- und Weiterbildung sowie für die praktische Tätigkeit diagnostisch tätiger Psychologen. Das Buch umreißt den Gegenstandsbereich der psychologischen Diagnostik und Intervention, informiert über diagnostisches und interventives Basiswissen (z.B. klassische Testtheorie, Verhaltensbeobachtung), erläutert spezielle Einzelverfahren und deren Verwendung in Diagnostik und Intervention, diskutiert eine Vielzahl diagnostischer Fragen, erörtert Anforderungen an eine fachgerechte Ausführung und veranschaulicht an Beispielen aus der Praxis die Integration multimedialer Vorgehens (z.B. bei der Erstellung psychologischer Gutachten). Kapitel zur Entwicklungsdiagnostik und zur Glaubwürdigkeitsbeurteilung wurden in der Neuauflage ergänzt.

DIMDI (Hrsg.): ICD-10-GM 2004 – Systematisches Verzeichnis: internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Stand 15. August 2003), Köln 2004, ISBN 3-7691-3204-1, 24,95 Euro

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme herausgegeben. Ab 01.01.2004 wird diese überarbeitete Version des ICD-10 im ambulanten und stationären Bereich gemeinsam genutzt.

Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH (Hrsg.): Profiling – Neue Eingliederungsstrategien in der Arbeitsvermittlung – Beiträge aus Theorie und Praxis, Berlin 2003, ISBN 3-8311-4781-7, 12,00 Euro

Im Mittelpunkt der Beiträge steht die Frage, unter welchen Bedingungen und mit welchen konkreten Ansätzen Profiling eine „bessere“ Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt unterstützen kann. Dies geschieht vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion der Hartz-Vorschläge. Profiling ist kein Allheilmittel zur Lösung der Arbeitsmarktprobleme, aber ein wichtiger Mosaikstein, um ausgehend von der systematischen Klärung beruflicher und persönlicher Merkmale, der Vermittlungs- und Weiterbildungshemmnisse des einzelnen Arbeitslosen, über Qualifizierung und (Eigen-)Vermittlungsbemühungen und die Festlegung von Einzelschritten in diese Richtung zu größeren Eingliederungserfolgen als in der Vergangenheit zu kommen. Das Kompendium bietet einen Überblick über unterschiedliche Profiling-Ansätze und enthält praktische Anregungen, wie Profiling-Maßnahmen ausgestaltet werden können.

Bezug: **gsub**

Oranienburger Straße 65, 10117 Berlin, Telefon: 030-28409-0, Fax: 030-28409-210

Bürkle, S. (Hrsg.): Nachsorge in der Suchthilfe, Freiburg 2004, ISBN 3-7841-1484-9, 19,00 Euro

Die Autoren vermitteln in 18 Beiträgen einen Überblick über die Grundlagen und spezifische Themen der Nachsorge wie z. B. Umgang mit Rückfall, Schuldenregulierung, soziale Integration, berufliche Integration, Nachsorgeangebote in der Selbsthilfe, Forschungsergebnisse zum Thema Nachsorge und deren finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen.