

## Arbeitslosigkeit, Alkoholismus, Rehabilitation

Das System der Rehabilitation Alkoholabhängiger in der BRD genügt in seiner Kapazität und Struktur seit jeher nur äußerst unzureichend den Erfordernissen, die sich aus der Epidemiologie des Alkoholismus, insbesondere aus seiner sozialstrukturellen Verteilung in der Bevölkerung ergeben (Henkel, 1979). Es kommt vor allem immer weniger dem Rehabilitationsbedarf nach, der aus der epidemiologischen Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus resultiert. Die damit verbundenen Mißstände haben Ausmaße angenommen, die strukturelle Reformen innerhalb des Rehabilitationssystems dringend erfordern. Doch statt mit Reformen zu reagieren, drohen die gesetzlichen Träger der Rehabilitation mit einer gezielten Politik der sozialen Selektion, um gerade jene Gruppen von Alkoholikern aus dem Bereich der Rehabilitation auszuschließen, die sich durch die Auswirkungen der Massenarbeitslosigkeit in beruflich und sozial instabilen, damit rehabilitativ ungünstigen Lebensverhältnissen befinden und besonders umfassende Maßnahmen der Rehabilitation benötigen. In erster Linie gehören dazu die Arbeitslosen. Doch bevor ich darauf näher eingehe, stelle ich zunächst die Beziehungen dar, die zwischen der Arbeitslosigkeit und dem Alkoholismus in ätiologischer und damit auch in epidemiologischer Hinsicht bestehen. Denn erst diese Fakten machen klar, welche gesundheitspolitische Brisanz dieser Ausgrenzungspolitik im Rehabilitationsbereich zukommt.

### 1. *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus*

Die bislang vorliegenden empirischen Forschungsergebnisse zur Bedeutung der Arbeitslosigkeit für die Herausbildung und die Verbreitung von Alkoholproblemen lassen sich in sieben Bereiche untergliedern<sup>1</sup>:

1.1. *Alkoholkonsum.* Faßt man die Befunde aller Studien, die mit Längsschnittmethoden Veränderungen im Alkoholkonsum unter Bedingungen von Massenarbeitslosigkeit untersuchten, zu einem allgemeinen Ergebnismuster zusammen, dann läßt sich die Arbeitslosigkeit relativ eindeutig als eine Lebenslage qualifizieren, mit der sich erhebliche Risiken der Intensivierung des Alkoholkonsums verbinden (Brenner, 1975, 1976; ISS-Studie, 1977; Brödel u.a., 1978; Smart, 1979; Heinemann u.a., 1979; Rayman u. Bluestone, 1982; Buss u. Redburn, 1983;

Fruensgaard u.a., 1983; Weeks u. Drencacz, 1983; Schmitt, 1987). Je nach Untersuchung<sup>2</sup> nimmt bei 20 bis 30 Prozent der Arbeitslosen der Alkoholkonsum nach Trinkhäufigkeit und nach Trinkmenge während ihrer Arbeitslosigkeit in Relation zur Zeit ihrer Berufstätigkeit signifikant zu<sup>3</sup>, insbesondere bei langanhaltender Arbeitslosigkeit. Aus der BRD liegen Zahlen für jugendliche Arbeitslose und für arbeitslose Frauen vor. Die entsprechenden Prozentsätze bewegen sich hier zwischen 17 bis 25 bzw. 7 bis 10 Prozent (ISS-Studie, 1977; Heinemann u.a., 1979; Schmitt, 1987). Allerdings lassen all diese Studien offen, ob bzw. inwieweit die jeweils festgestellten Veränderungen im Alkoholkonsum schon Risiken der Alkoholgefährdung implizieren. Jedoch wenn bei Arbeitslosen der Kauf und Verbrauch von Alkohol zunimmt, und dies bei stark gesunkenem Einkommen und bei einem Rückgang des sog. geselligen Trinkens aufgrund der arbeitslosigkeitsbedingten Abnahme von sozialen Kontakten, dann verweist eine Steigerung des Alkoholkonsums auf Verschiebungen hin zu einem stärker problembezogenen Gebrauch des Alkohols. Dies bestätigen die Untersuchungen insofern, als besonders ausgeprägte Erhöhungen im Alkoholkonsum in erster Linie bei Arbeitslosen auftreten, die auch schon vor ihrer Arbeitslosigkeit den Alkohol als Mittel zur Verdrängung von Lebensproblemen benutzten und auch in der Arbeitslosigkeit nur über geringe objektive und subjektive Ressourcen zur Bewältigung der mit ihr verbundenen Belastungen und Konflikte verfügen (vgl. Brödel u.a., 1978; Smart, 1979; vgl. dazu auch Pearlin u. Radabough, 1982). Die Arbeitslosigkeit führt somit offensichtlich nicht zu bloß quantitativen Veränderungen im Alkoholkonsum, sondern scheint vielmehr bestehende Formen des Umgangs mit Alkohol zu verschärfen. Dies macht auch verständlich, warum in einem Land wie der BRD, wo eine generell weite Verbreitung des Alkoholkonsums in der Bevölkerung besteht und der Alkohol zugleich eine kulturell fest verankerte Bedeutung als »Problemlöser« besitzt, bei massenhafter Arbeitslosigkeit und den daraus resultierenden materiellen und psychosozialen Lebensproblemen auch Intensivierungen im Alkoholkonsum in epidemiologisch so relevanten Dimensionen auftreten.

1.2. Alkoholgefährdung. Es liegen eine Reihe von Studien vor, die bestimmte Ausprägungsgrade und Formen im Alkoholkonsum als Alkoholgefährdung qualifizieren, definiert als erste kritische Stufe hin zur Herausbildung einer Alkoholabhängigkeit. Aus der BRD gehören dazu mehrere Repräsentativerhebungen aus verschiedenen Bundesländern zur Suchtproblematik bei Jugendlichen (Altersgrenze: 24 Jahre; s. Bayern-Studie, 1976; Baden-Württemberg-Studie, 1980; Nordrhein-West-

falen-Studie, 1981; Hamburg-Studie, 1981; Rheinland-Pfalz-Studie, 1983)<sup>4</sup>. Danach beträgt die Quote der Alkoholgefährdeten unter den Arbeitslosen rund 14 Prozent und übersteigt die Rate der Berufstätigen um das Zwei- bis Dreifache (zu den Ergebnissen im Überblick s. Henkel, 1984). Diese hohe Disproportionalität zu Lasten der Arbeitslosen bestätigen auch Forschungsarbeiten aus anderen Ländern, die z.T. sogar von noch extremeren Relationen berichten (bis hin zu 33 Prozent zu 7 Prozent, s. Garretsen 1983). Allerdings handelt es sich hier wie dort nur um Querschnittsdaten, die für sich genommen noch keine Antwort auf ätiologische Fragen geben. Wenn man aber die o.a. Fakten zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum bedenkt und die Bedeutung der Arbeitslosigkeit unter suchttätiologischen Aspekten näher analysiert (Weber u. Schneider, 1982), dann läßt sich zusammen mit empirisch fundierten Plausibilitätsüberlegungen (s. Henkel, 1984) der Schluß ziehen, daß in dem überproportional hohen Anteil Alkoholgefährdeter unter den Arbeitslosen nicht primär alkoholismusbedingte Mechanismen der Abdrängung in die Arbeitslosigkeit zum Ausdruck kommen, sondern in erster Linie Effekte der Arbeitslosigkeit, durch die sich Alkoholprobleme verstärken und zu Alkoholgefährdungen entwickeln. Ebenso bedeutsam wie der ätiologische Gehalt der hohen Alkoholgefährdeter unter den Arbeitslosen ist ihre epidemiologische Relevanz. Für die BRD veranschaulicht dies folgendes Beispiel: berücksichtigt man nur die Gruppe der arbeitslosen Männer und davon auch nur die amtlich Registrierten (derzeit ca. 1,1 Millionen), und legt für eine vorsichtige Hochrechnung lediglich 10 statt 14 oder mehr Prozent zugrunde, dann ergibt sich (und dies zweifellos als Mindestschätzung) eine Zahl von mehr als 100000 Alkoholgefährdeten allein unter den männlichen Arbeitslosen (zur Zahl der Alkoholabhängigen s. weiter unten).

1.3. Alkoholabhängigkeit. Hier liegen ätiologische Studien vor, die Einflüsse der Arbeitslosigkeit auf die Herausbildung oder Veränderung von Alkoholabhängigkeiten durch retrospektive Befragung<sup>5</sup> alkoholabhängiger Arbeitsloser (in Gegenüberstellung zu berufstätigen Alkoholabhängigen) analysieren. Dabei zeigt sich, daß die Alkoholprobleme von Abhängigen unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit sich weitaus häufiger intensivieren und stärker ausweiten als unter Bedingungen von Berufstätigkeit, und sich somit auch wesentlich schneller zu behandlungsbedürftigen Alkoholismusformen verschärfen (Henkel 1984, 1985, s. dazu auch 1988). Diese Veränderungen im Längsschnitt kommen auch in Querschnittsanalysen zum aktuellen Erscheinungsbild des Alkoholismus<sup>6</sup> in hochsignifikanter Weise zum Ausdruck. Im Vergleich zu

Berufstätigen findet man bei Arbeitslosen u.a. ein ausgeprägteres Effektrinken zur Verdrängung von Lebensproblemen. Es treten häufiger Angstzustände und depressive Verstimmungen beim Nachlassen der Alkoholwirkung auf. Arbeitslose konsumieren Alkohol exzessiver, häufiger bis zur Volltrunkenheit und öfter tagelang ohne Unterbrechung. Auch stellen sich bei ihnen vermehrt Entzugssymptome ein, ebenso delirhafte Zustände und Alkoholhalluzinationen (Henkel, 1987). Auch diese Untersuchung weist klar nach, daß diese insgesamt schwereren Formen sowie fortgeschritteneren Stadien des Alkoholismus der Arbeitslosen, die auch Wanberg und Horn (1973) und Klein (1984) diagnostizierten, auf Effekte der Arbeitslosigkeit zurückgehen. Sie bestanden in diesem Ausmaß nicht bereits vor Einsetzen der Arbeitslosigkeit, sondern bildeten sich erst im Prozeß der Arbeitslosigkeit heraus. Diese Zusammenhänge betreffen besonders stark die Gruppe der alleinstehenden und langfristigen Arbeitslosen (Henkel, 1987).

1.4. Somatische Krankheiten. Ebenso treten alkoholbedingte somatische Beschwerden und Krankheiten bei Arbeitslosen in weitaus größerem Umfang auf als bei Berufstätigen (Wanberg u. Horn, 1973; Kilich u. Plant, 1981; Klein, 1984; vgl. auch Albrecht, 1981). Auch diese Differenzen gehen auf die Arbeitslosigkeit zurück, primär auf die exzessiveren Muster im Alkoholkonsum, die sich in dieser Zeit entwickeln (Henkel, 1984, 1985, 1987). Wichtige Ergebnisse liefern in diesem Zusammenhang auch die Studien von Brenner (1975, 1976, 1979). Denn sie weisen nicht nur Erhöhungen im Alkoholkonsum nach (im Bereich harter Alkoholika, der Spirituosen), sondern ebenso signifikante Zunahmen in der Leberzirrhose-Mortalität ein bis ca. drei Jahre nach dem Einsetzen ökonomischer Krisen und dem Anstieg der Massenarbeitslosigkeit.

1.5. Polytoxikomanie, Suizidalität. Bei alkoholabhängigen Arbeitslosen kommt es auch häufiger als bei Berufstätigen zur Herausbildung neuer Suchtprobleme. Aus den Untersuchungen von Fruensgaard u.a. (1983) und Henkel (1984, 1985, 1987) geht hervor, daß für Arbeitslose erhebliche Risiken bestehen, in Prozesse einer zusätzlichen Abhängigkeit von Medikamenten (Tranquilizer, Schlaftabletten) zu geraten. Der in diesen Untersuchungen bei ungefähr 25 bzw. 45 Prozent der Arbeitslosen (und nur bei 5 Prozent der alkoholabhängigen Berufstätigen) nachgewiesene, sich erst im Verlauf der Arbeitslosigkeit herausbildende, zusätzliche Medikamentenkonsum hat wahrscheinlich eine arbeitslosigkeitsspezifische Logik. Sie liegt vermutlich in dem hohen psychischen Konfliktdruck der Arbeitslosen bei gleichzeitig nur geringen finanziellen Ressourcen zur Beschaffung von Alkohol. Zum einen: etwa

drei Viertel der Arbeitslosen (vs. 4 Prozent bei den Berufstätigen) gaben an, oftmals kein Geld für genügend Alkohol gehabt zu haben. Zum anderen: die Stärke der psychischen Konflikte und Krisen, denen alkoholabhängige Arbeitslose unterliegen, läßt sich besonders krass daran ablesen, daß bei ca. einem Drittel der Befragten zunehmende Suizidgefährdungen im Verlauf der Arbeitslosigkeit auftraten (vs. 9 Prozent bei den Berufstätigen s. Henkel, 1984, 1987; vgl auch Schmidtobreck, 1980).

Die in 1.3. bis 1.5. referierten Forschungsarbeiten konzentrieren sich auf ätiologische Fragen. Angaben zur epidemiologischen Verbreitung des Alkoholismus unter Arbeitslosen enthalten sie nicht. Darüber geben andere Quellen Aufschluß. So beträgt z.B. allein schon im ambulanten Sektor der Suchtberatung und Suchttherapie in der BRD die Jahresprävalenz (Gesamtzahl) der arbeitslosen Klienten mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen zur Zeit etwa 60-70 000 (Männer und Frauen zusammen). Und die Jahresinzidenz (jährliche Neuzugänge) beläuft sich auf ca. 15.000-20 000<sup>7</sup>. Bedenkt man, daß höchstens ein Drittel der Alkoholiker Kontakt zu Institutionen der Beratung und Therapie haben (Abholz, 1981; Weyerer u.a., 1981), dann läßt sich als Mindestschätzung formulieren, daß die Zahl der Arbeitslosen mit behandlungsbedürftigen Alkoholproblemen in der Gesamtbevölkerung über 200 000 liegt. Zur institutionellen Epidemiologie des Alkoholismus in der BRD gibt es nicht nur aktuelle Bestandszahlen sondern auch Längsschnittdaten, aus denen sich, wie nachfolgend zu sehen, bedeutsame Entwicklungen ablesen lassen.

1.6. Entwicklung der institutionellen Prävalenz. Seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974-75 hat der Anteil der Arbeitslosen in allen institutionellen Sektoren der Suchtkrankenhilfe (Beratungsstellen sowie Fachkliniken für Suchtkranke, Psychiatrische Kliniken: PKH) erheblich stärker zugenommen als die Zahl der berufstätigen Patienten, und ebenso weitaus stärker sowie schneller als die gesamtgesellschaftliche Arbeitslosenquote. Derzeit beträgt der Arbeitslosenanteil unter den alkoholabhängigen Patienten im Bereich der Fachambulanzen und Fachkliniken ca 40 Prozent (1970: ca. 5 Prozent) und im PKH-Sektor schon 70 Prozent<sup>8</sup> (zur gesamten Datenreihe s. Henkel, 1984, 1986 1987). Diese Entwicklung dokumentiert auch die Statistik der Rentenversicherungen, die den allergrößten Teil der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich des Alkoholismus tragen (sog. stationäre Entwöhnungsbehandlungen s. Tabelle). Danach befanden sich im Jahr 1986 bereits 6.279 Arbeitslose unter den insgesamt 20.368 Personen, die mit der Diagnose »Alkoholismus« (ICD 303) in der Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung waren.

*Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (ICD 303: Alkoholismus)  
von 1975 bis 1986.*

G = Gesamtzahl aller Reha-Fälle. B = Berufstätige. A = Arbeitslose. P = A in Prozent von G. Männer und Frauen jeweils zusammengefaßt.

Jahr	G	B	A	P
1975	5 998	—	—	—
1976	7 495	6 975	520	6.9
1977	9 931	9 385	546	5.5
1978	13 709	12 543	1 166	8.5
1979	13 342	11 900	1 442	10.8
1980	12 763	11 066	1 697	13.3
1981	18 364	15 538	2 826	15.4
1982	18 167	15 225	2 942	16.2
1983	17 348	12 678	4 670	26.9
1984	20 144	13 692	6 452	32.1
1985	20 625	14 069	6 556	31.8
1986	20 368	14 089	6 279	30.8

*Anmerkung:* Der Alkoholismus wird in der VDR-Statistik erst ab 1975 eigenständig erfaßt, das Merkmal »arbeitslos bei Antragstellung« erst ab 1976; bis 1979 umfassen die Zahlen aufgrund fehlender statistischer Differenzierung den Alkoholismus (ICD 303) und die Suchtstoffabhängigkeit (illegale Drogen, Medikamente: ICD 304). In G und B sind in geringem Umfang auch Nicht-Erwerbspersonen enthalten (z.B. Hausfrauen, Rentner).

Quelle: (VDR) Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.): Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen, Jahrgänge 1975 bis 1986, Frankfurt a.M.

Der Anteil der Arbeitslosen stieg damit in zehn Jahren um mehr als das Vierfache, von etwa 7 Prozent im Jahr 1976 auf ca. 31 Prozent im Jahr 1986 (Männer: von 8 Prozent auf 33.2 Prozent, Frauen: von 2.4 Prozent auf 19.3 Prozent). Untersuchungen zum Rehabilitationsverhalten und zum Rehabilitationssystem machen klar, daß die extreme Zunahme der Arbeitslosen sich weder aus institutionellen Selektionsstrukturen noch aus Besonderheiten im Gesundheitsverhalten erklären läßt, auch nicht allein daraus, daß überproportional viele Alkoholabhängige entlassen werden und arbeitslos bleiben (Henkel, 1984, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Der primäre Grund liegt vielmehr in den arbeitslosigkeitsbedingten Gefährdungen der Lebensexistenz und (wie bereits dargelegt) in den darüber vermittelten Verschärfungen der Alkoholprobleme, die sich bei Arbeitslosen häufiger sowie schneller als bei Berufstätigen zu behandlungsbedürftigen Formen der Alkoholabhängigkeit entwickeln und das Aufsuchen psychosozialer Dienste nach sich ziehen. In der Überproportionalität der Arbeitslosenzunahme unter den Patienten<sup>9</sup> kommt daher eine reale Zunahme von Alkoholkranken unter den Arbeitslosen in der Allgemeinbevölkerung zum Ausdruck.

Somit unterstreicht die Entwicklung des Arbeitslosenanteils in den Institutionen nicht nur die zunehmende epidemiologische Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus, sondern in ihr zeigt sich auch erneut die ätiologische Alkoholismusrelevanz der Arbeitslosigkeit (vgl. dazu auch Brenner, 1967 1973, 1979).

1.7. Rückfälle nach Behandlung. In großer Übereinstimmung weisen alle einschlägigen katamnesticen Untersuchungen nach, daß sich Rückfälle nach erfolgter Behandlung unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit wesentlich häufiger und in kürzerer Zeit einstellen als bei Rehabilitationsprozessen, die unter Bedingungen von Berufstätigkeit verlaufen. Innerhalb eines Katamnesezeitraums von 18 Monaten liegen die Rückfallquoten bei Patienten, die nach der Therapie arbeitslos bleiben, mit etwa 35 bis 45 Prozent um das Zweifache höher als bei Berufstätigen (Waldow u. Börner, 1985; Waldow u.a., 1985; Feuerlein u.a., 1986). Somit tritt auch unter dieser Perspektive die Arbeitslosigkeit recht eindeutig als Risikofaktor des Alkoholismus in Erscheinung, als hochpotenter destabilisierender Faktor im Prozess der Rehabilitation.

## 2. *Arbeitslosigkeit und Rehabilitation*

Faßt man die bisherigen Ergebnisse zu einer Gesamtbilanz zusammen, dann läßt sich folgendes festhalten: (1) Die Arbeitslosigkeit stellt eine Lebenssituation dar, mit der sich in gesundheitspolitisch relevantem Ausmaß weitaus mehr verbindet, als z.B. die Bundesregierung<sup>10</sup> offiziell verkündet, nämlich nicht bloß (wie dort behauptet) hohe Risiken der Intensivierung des Alkoholkonsums, sondern darüberhinaus auch der Herausbildung bzw. Verschärfung von Alkoholgefährdungen, Alkoholabhängigkeiten und Alkoholkrankheiten. (2) Diese Probleme haben im Zuge der Massenarbeitslosigkeit epidemiologisch bedeutsame Dimensionen angenommen und zu einer Zunahme der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken unter den Arbeitslosen geführt. Daraus entstand bei Arbeitslosen ein wachsender Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen. (3) Im Bereich der Rehabilitation Alkoholabhängiger entwickelte sich mit der Massenarbeitslosigkeit ein immer schärferer Widerspruch. Dort wo die größte Zunahme im Bedarf an Rehabilitation besteht, nämlich bei den Arbeitslosen, bleibt die Rehabilitation am häufigsten erfolglos (im Vergleich zur Gruppe der Berufstätigen und gemessen am Kriterium der Abstinenz). Ohne Zweifel liegt in der Massenarbeitslosigkeit, in dem Fehlen von Arbeitsplätzen, der gewichtigste Grund dafür, daß Rehabilitationsprozesse bei Arbeitslosen so oft scheitern. Doch auch das System der Rehabilitation selbst hat daran einen

wesentlichen Anteil. Dies zeigt sich an zahlreichen strukturellen Problemen. Dazu einige wenige Beispiele, jeweils in Gegenüberstellung zu der Gruppe der Berufstätigen:

a) Arbeitslose unterliegen größeren Risiken, innerhalb des im Bereich des Alkoholismus nach wie vor bestehenden Zwei-Klassen-Systems der Rehabilitation (Fachkliniken vs. Psychiatrische Krankenhäuser: PKH) in den PKH-Sektor und damit in den gegenüber Fachkliniken rehabilitativ weitaus schwächeren Institutionstyp abgeschoben zu werden, und dies, obwohl ihre Lebenslage als Arbeitslose und ihre in der Regel schwereren sowie komplexeren Alkoholprobleme eine vergleichsweise intensivere Form der Rehabilitation erforderlich machen. Diese institutionelle Selektion senkt die Rehabilitationschancen der Arbeitslosen massiv. Sie setzt keineswegs erst ein im Zuge wiederholt gescheiterter Rehabilitationsversuche in Fachkliniken im Sinne eines langsamen Prozesses von Ausgrenzungen der Arbeitslosen in psychiatrische Anstalten, vielmehr auch schon zum Zeitpunkt der erstmaligen stationären Einweisung, wie dies Studien zur institutionellen Inzidenz klar belegen (Henkel, 1979). Die Gründe liegen in dem Zwei-Klassen-System selbst, dessen Existenz und innere Logik zwangsläufig zur Verdrängung der sozial Schwachen in den prognostisch ungünstigen Bereich der Rehabilitation führen.

b) Auch innerhalb des fachklinischen Bereichs kommen Arbeitslose seltener in die Klinik ihrer Wahl und auch häufiger als Berufstätige (zu 31 Prozent vs. 10 Prozent) in sehr wohnortferne Kliniken (Distanz 300 km und mehr). Dieses Problem vergrößert ihre durch den Klinikaufenthalt ohnehin schon entstandene räumlich-zeitliche Isoliertheit vom Arbeitsmarkt noch weiter, reduziert ihre Bemühungen um Wiedergewinnung von Arbeit während ihres in der Regel 6 Monate dauernden Klinikaufenthaltes erheblich und erhöht dementsprechend das Risiko, auch nach Klinikentlassung weiterhin arbeitslos und damit in hohem Maße rückfallgefährdet zu sein (Henkel, 1986). Solche extrem wohnortfernen Unterbringungen kommen deshalb zustande, weil eine Regionalisierung der Klinikeinzugsgebiete bis heute immer noch weitgehend fehlt, vor allem bei den profitorientiert arbeitenden Suchtkliniken, die im gesamten Bundesgebiet auf Patientensuche gehen, um ihre Betten rentabel voll zu bekommen, oftmals auf der Basis von Belegungsverträgen mit den Rentenversicherungen, den Hauptträgern der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigen (vgl. auch DGB-Broschüre, 1986). Daß davon Arbeitslose besonders häufig betroffen sind, hat seinen Grund vor allem in den folgenden Problemen.

c) Aufgrund der passiv-statischen Organisationsform der Gesund-

heitsdienste, die sich durch die arbeitslosigkeitsbedingte Schwächung des Gesundheitsverhaltens besonders für Arbeitslose nachteilig auswirkt, und aufgrund ihrer selektiven Strukturen, die sich insbesondere gegen die unteren Sozialschichten richten, aus denen Arbeitslose bekanntlich häufig stammen, finden Arbeitslose schwerer Zugang zu ambulanten Institutionen wie z.B. zu Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Ärzten (Henkel, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Sie bekommen damit seltener Hilfen und Unterstützung gegenüber den Trägern der Rehabilitation, die über die Gewährung sowie über Art, Umfang und Ort der Rehabilitation entscheiden. Auch erhalten sie dementsprechend häufiger als Berufstätige keine ambulante Vorbereitung, bevor sie die medizinische Rehabilitation beginnen, die als Entzugsbehandlung und dann anschließend als sog. Entwöhnungstherapie stets stationär stattfindet. Diese strukturellen Probleme erschweren den Arbeitslosen den Kontakt zu ambulanten Diensten auch in der Phase der Nachsorge, von der die Stabilisierung der Abstinenz nach Abschluß der stationären Behandlung ganz wesentlich abhängt.

d) Die Unangepaßtheit und daraus resultierende Ineffizienz des Rehabilitationssystems gegenüber den spezifischen Problemen der alkoholabhängigen Arbeitslosen zeigt sich insbesondere darin, daß Arbeitslose die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation weitaus häufiger als Berufstätige als nicht zufriedenstellend empfinden (31 Prozent zu 5 Prozent) und die Behandlung auch öfter vorzeitig abbrechen (30 Prozent zu 19 Prozent s. Henkel, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Sie vermissen in den Kliniken ein adäquates Eingehen auf ihre in psychosozialer Hinsicht besondere Problemsituation als Arbeitslose, ebenso gezielte Beratungen in Fragen der beruflichen Rehabilitation (Fortbildung, Umschulung usw.) sowie flankierende Hilfen bei der Arbeitssuche (Henkel, 1986). Diese Defizite haben vor allem zwei Gründe. Zum einen bestehen im gesamten Bereich der Suchtkrankenhilfe hinsichtlich der ätiologischen und rehabilitativen Bedeutung der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus erhebliche Erkenntnislücken, die sich nicht zuletzt aus dem herrschenden Krankheitskonzept des Alkoholismus erklären, das den Alkoholismus auf psychopathologisches Trinkverhalten verkürzt, losgelöst von den zentralen gesellschaftlichen Dimensionen der Arbeit und damit auch der Arbeitslosigkeit, und dementsprechend auch das Rehabilitationsziel auf Alkoholabstinenz reduziert, abgetrennt von der beruflichen und sozialen Integration, die in Wirklichkeit aber eine der wesentlichsten materiellen Voraussetzungen für das Durchhalten der Abstinenz darstellt. Der zweite Grund liegt in der institutionellen und rechtlichen Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Reha-

bilitation, die sich für alkoholabhängige Arbeitslose besonders negativ auswirkt, denn sie befinden sich in einer doppelten, miteinander verbundenen Problemlage: sie sind alkoholabhängig und arbeitslos. Dies erfordert ein dementsprechend integratives Rehabilitationskonzept, das immer noch nicht existiert, und das nach nunmehr schon 12 Jahren Massenerbeitslosigkeit. Ebenso fehlen bislang weitgehend Ansätze zum Aufbau eines Systems der Rückfall-Prophylaxe für Arbeitslose. Wie dringlich es ist, dies zu entwickeln, zeigt die Tatsache, daß fast jeder, der bei Beginn der Rehabilitation arbeitslos war, auch nach Abschluß der Behandlung für längere Zeit arbeitslos bleibt, jeder Zweite sogar mindestens 18 Monate lang (Waldow u.a., 1985; Feuerlein u.a., 1986).

Die Liste der Probleme ließe sich noch lange fortsetzen (ausführlich dazu s. Waldow u.a., 1985; Henkel, 1986; Süss u. Waldow, 1987). Dazu kommen noch zahlreiche ebenso gravierende Mängel, die die Effektivität der Rehabilitation bei Alkoholabhängigen generell, und damit auch bei alkoholabhängigen Arbeitslosen erheblich mindern (s. dazu Schlösser, 1981; DGB-Broschüre, 1986). Vorschläge für strukturelle Reformen liegen auf dem Tisch (s. z.B. Waldow u.a., 1985; DGB-Broschüre, 1986; Henkel, 1986). Sicherlich stellen sie nur Lösungen mit begrenzter Reichweite dar, solange es nicht gelingt, die Massenerbeitslosigkeit durch politisches und gewerkschaftliches Handeln (wie z.B. durch Arbeitszeitverkürzungen) entscheidend zu verringern. Aber ebenso deutlich zeigen die aufgeführten Problemfelder, daß auch die institutionelle Organisation sowie inhaltliche Gestaltung der Rehabilitation wesentlich mit dazu beiträgt, daß die Rückfallquoten bei Arbeitslosen so hoch liegen. Deshalb besteht dringend die Notwendigkeit, strukturelle Reformen durchzuführen, um die Rehabilitationschancen für alkoholabhängige Arbeitslose gerade unter den Bedingungen der zur Zeit herrschenden und noch lange anhaltenden Massenerbeitslosigkeit zu erhöhen.

### 3. *Ausgrenzung statt Reform*

Jedoch, wie bereits angedeutet, reagieren die politisch hauptverantwortlichen Institutionen im Bereich der Rehabilitation auf die bestehenden Probleme und Mißstände nicht mit Maßnahmen, um prognostisch ungünstige Strukturen im Rehabilitationssystem zu beseitigen, sondern mit einer Politik gezielter Selektion, um Personengruppen aus der Rehabilitation auszuschließen, die unter den derzeit unzulänglichen Verhältnissen im Bereich der Rehabilitation ungünstige Prognosen haben. Richtlinien des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger

(kurz: VDR-Richtlinien)<sup>11</sup> vom 26. Juni 1985 (Az. 451-01, 3.2) definieren, welche Patientenmerkmale eine schlechte Prognose begründen. Sie zielen generell (wie die Richtlinien selbst explizit betonen) auf sozial schwache und instabile Gruppen und treffen, wie sich leicht erkennen läßt, vor allem Arbeitslose. Denn folgende Kriterien gelten für das Rehabilitationsziel »Abstinenz« als prognostisch ungünstig: (1) arbeitslos (2) Arbeitsplatz wegen Alkoholmißbrauch verloren (3) Arbeitsstelle in letzten 2 Jahren gewechselt (4) alleinlebend ohne Ehepartner (5) Suizidversuch (6) in Wohnort mit mehr als 100 000 Einwohner lebend (7) kein eigenes Haus bzw. keine Eigentumswohnung (8) obdachlos oder in Wohnheim lebend (9) bereits einmal eine stationäre Entwöhnungstherapie gehabt. Diese neun Merkmale gelten für Männer, für Frauen nennen die VDR-Richtlinien teilweise andere. Die Kriterien 2 und 5 beziehen sich auf die gesamte Zeit des Bestehens der Alkoholabhängigkeit. Als prognostisch ungünstig gilt bereits ein Arbeitsplatzverlust im Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch sowie ein Suizidversuch in dieser gesamten Zeit, die bei Alkoholabhängigen bis zur ersten Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme etwa 6 bis 7 Jahre beträgt (Henkel, 1986). Auf die zweifelhafte empirische Begründung dieser Merkmale als prognostische Kriterien für den Erfolg bzw. Mißerfolg der Rehabilitation bei Alkoholabhängigen gehe ich hier nicht ein (kritisch und ausführlich dazu s. Waldow, 1987).

Treffen von diesen Kriterien sieben oder mehr zu, so gilt die Prognose als ungünstig mit der Konsequenz, daß dann (nach Prüfung des Einzelfalls) die beantragte Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt werden soll. Neben dem Merkmal 1 gelten für einen Großteil der Arbeitslosen mindestens auch noch die Kriterien 4 und 5. Denn nachweislich leben über 50 Prozent der alkoholabhängigen Arbeitslosen, die einen Rehabilitationsantrag stellen, ohne einen festen Lebenspartner (Henkel, 1987), und man findet (wie schon dargelegt) unter den Alkoholabhängigen mit hoher Suizidalität überdurchschnittlich viele Arbeitslose. Allein diese Merkmale (»arbeitslos«, »alleinlebend« und »suizidgefährdet«) treten bei etwa 30 bis 40 Prozent der arbeitslosen Alkoholabhängigen gemeinsam auf. Hinzu kommt oftmals das Kriterium 9 (s. Rückfallquote). Das Merkmal 3 betrifft häufig beruflich gering qualifizierte Arbeitslose, die bekanntlich in einen schnellen Kreislauf von Arbeitslosigkeit, Wiederbeschäftigung und erneuter Arbeitslosigkeit geraten. Wieviel Arbeitslose besitzen ein Haus oder eine Eigentumswohnung (s. Kriterium 7) ? Und schließlich: jeder zweite bis dritte Arbeitslose lebt in einer Stadt mit mehr als 100 000 Einwohnern (Merkmal 6). Nimmt man dies alles zusammen, so beträgt die Quote der Arbeitslosen, für die der Bereich

der Rehabilitation gänzlich<sup>12</sup> verschlossen bleibt, meiner Einschätzung nach mindestens 20 bis 30 Prozent, wenn die VDR-Richtlinien in der Praxis so durchschlagen, wie die einzelnen Bestimmungen es vorsehen. Für sozial deklassierte Arbeitslose (s. Kriterium 8) bestehen offensichtlich gar keine Chancen mehr, eine Maßnahme der Rehabilitation zu erreichen.

Durch die bisherige Betonung der vergleichsweise hohen Rückfallgefährdung bei Arbeitslosen trat die Tatsache in den Hintergrund, daß ihre Abstinenzrate immerhin bei 55 bis 65 Prozent liegt. Mindestens jeder zweite also, der nach der Behandlung arbeitslos bleibt, steht die erreichte Abstinenz durch. Auch der VDR geht von 55 Prozent Abstinenz unter den Arbeitslosen aus. Und selbst bei einer nach den o.a. Kriterien ungünstigen Erfolgsprognose beziffern die Richtlinien die Abstinenzquote immer noch auf 30 bis 40 Prozent<sup>13</sup>. Daß man dennoch regelhaft den Ausschluß der »prognostisch Ungünstigen« intendiert, verweist auf die dahinter stehenden Interessen.

Die konkrete Zielsetzung besteht in nichts anderem, als die Kosten der Rehabilitation massiv zu senken, die im Zuge der Massenarbeitslosigkeit, aufgrund des massenhaften Überschusses an Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt aus der Perspektive der Rentenversicherungen immer unrentablere Dimensionen angenommen haben. Denn die Rentabilität der Rehabilitation bemißt sich nicht allein am Gesundheitserfolg, sondern daran, ob eine Reintegration ins Arbeitssystem erfolgt. Deshalb setzt die beabsichtigte Rentabilisierung der Rehabilitation durch Drosselung der Rehabilitationsfälle genau dort an, wo der Kostenaufwand den Nutzen nach Umfang und Höhe am stärksten übersteigt, nämlich bei den sozial schwachen und beruflich instabilen Alkoholabhängigen allgemein, und im besonderen bei den Arbeitslosen, weil gerade sie (in Relation zu Berufstätigen) am häufigsten Maßnahmen der Rehabilitation nachfragen (s. Tabelle), aufgrund ihrer Lebenslage rehabilitative Hilfen auch in qualitativer Hinsicht am umfassendsten benötigen, aber das geforderte Ziel der Rehabilitation, stabile Abstinenz und Wiedererlangung von Arbeit, in der Regel am wenigsten bzw. nur mit hohem Kostenaufwand erreichen (Mehrfachbehandlung, Lanzeittherapie usw.). Die Zielsetzung, auf dem Rücken der »prognostisch Ungünstigen« die Kosten der Rehabilitation zu rentabilisieren, erschließt sich nicht unmittelbar aus den VDR-Richtlinien, sondern erst aus dem übergeordneten Kontext der Rehabilitation, aus ihrer Funktion als Regulativ des Arbeitsmarkts und der daraus resultierenden ökonomischen und prinzipiell inhumanen Logik, derzufolge letztlich nur dem, der arbeitet, auch ein Recht auf Gesundheit zusteht, und nur der-

jenige eine Maßnahme der Rehabilitation erhält, den der Arbeitsmarkt braucht, und dessen Rückgliederung in das Arbeitsleben durch Wiederherstellung der Gesundheit auf rentable Weise gelingt (Riedmüller, 1978; Keupp, 1980; speziell zum Suchtbereich s. Henkel, 1986; vgl. auch DGB-Broschüre 1986).

Genau diese Logik liegt den VDR-Richtlinien zugrunde. Mit diesen vollziehen die Rentenversicherungen quasi unter dem Motto »Rehabilitation muß sich wieder lohnen« die politische Rechtswende im Bereich der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Die Richtlinien aber erfüllen nicht nur eine ökonomische, sondern auch eine ideologische Funktion. Denn indem die Rentenversicherungen die Effektivität der Rehabilitation nicht mit ihren strukturellen Mängeln in Beziehung setzen, sondern ausschließlich mit personenbezogenen Merkmalen, leisten sie einem Ideologisierungsprozeß Vorschub, der letztlich darauf hinausläuft, systemspezifische Ursachen für scheiternde Rehabilitationsverläufe unter Verhältnissen von Arbeitslosigkeit zu individualisieren und schließlich in ein rehabilitationsresistentes Verhalten bei Arbeitslosen umzufältschen, was noch weitergehendere Diskriminierungen der Arbeitslosen nach sich zöge.

Doch bereits das derzeit durch die VDR-Richtlinien mögliche Ausmaß an sozialer Demontage verschärft die Situation der alkoholabhängigen Arbeitslosen erheblich. Denn bei der erwartungsgemäß weiter anhaltenden sowie ansteigenden Massenarbeitslosigkeit kommt es durch die Umsetzung der mit den Richtlinien intendierten Ausgrenzungspolitik gegenüber Arbeitslosen zunächst generell zu einer weiteren quantitativen Ausdehnung des ohnehin schon gravierenden Widerspruchs zwischen der (vermutlich noch zunehmenden) Zahl der Alkoholabhängigen unter den Arbeitslosen und der (durch die Richtlinien beträchtlich abnehmenden) Zahl derer, die Maßnahmen der Rehabilitation überhaupt noch erreichen. Aus diesem sich zuspitzenden Widerspruch resultiert ohne Zweifel: erstens eine noch häufigere Abschiebung behandlungsbedürftiger Arbeitsloser in den PKH-Sektor und zwar i.S. einer Verwahrung ohne Rehabilitation und zweitens eine noch stärkere Beschleunigung in der Zunahme der Frühinvaliditätsrate bei Alkoholabhängigen (s. Henkel, 1986). Für Arbeitslose droht durch die Richtlinien faktisch eine Umkehrung des formalrechtlich nach wie vor bestehenden Anspruchs »Rehabilitation vor Rente«. Vor dem Hintergrund der dargelegten ätiologischen und epidemiologischen Bedeutung der Arbeitslosigkeit für den gesamten Bereich des Alkoholismus lassen sich weitere gesundheitspolitisch hoch relevante Konsequenzen vorher-sagen: eine Verschärfung der Suizidalität und ein Anstieg der Suizid-

rate, eine Zunahme somatischer Alkoholkrankheiten und ebenso ein Anstieg der Mortalitätsrate innerhalb der Gruppe der alkoholabhängigen Arbeitslosen, die keine Maßnahmen der Rehabilitation erhalten. Ebenso nimmt sicher die Zahl derer zu, die ohne Rehabilitation dauerhaft arbeitslos bleiben und dadurch nicht nur chronische Alkoholabhängigkeiten und Alkoholkrankheiten entwickeln, sondern auch in Prozesse sozialer Deklassierung geraten, unter Umständen bis hin zur Obdachlosigkeit und Nichtseßhaftigkeit.

## Anmerkungen

- 1 Wenn nicht explizit vermerkt, beziehen sich alle im gesamten Aufsatz genannten Zahlen und Zusammenhänge auf Männer. Für arbeitslose Frauen liegen bislang nur sehr wenige Untersuchungsbefunde vor.
- 2 Die Variation der Prozentsätze erklärt sich vor allem aus Unterschieden in der Stichprobenzusammensetzung und aus verschiedenen Kriterien bei der Bestimmung des Alkoholkonsums.
- 3 Bei folgenden zwei Gruppen von Arbeitslosen scheint der Alkoholkonsum eher zurückzugehen: zum einen bei Arbeitslosen, bei denen ein hoher arbeitsplatzbedingter Alkoholkonsum bestand, der eng an ihre Arbeitssituation gekoppelt war und seine Bedeutung mit der Arbeitslosigkeit verliert (vgl. Warr, 1984; Iversen u. Klausen, 1986) und zum anderen bei Arbeitslosen, die ihren Alkoholkonsum ohne weiteres einschränken können und dies aus Geldmangel auch tun (vgl. Kendall u. a., 1983). Das stark reduzierte Einkommen bei Arbeitslosen zusammen mit vergleichsweise extrem hohen Alkoholpreisen scheint auch die Ergebnisse der Studien von Jyrkrämä (1980, 1981 zit. n. Mannila u. Laelma, 1985) zu erklären, die sich auf die Verhältnisse in den skandinavischen Ländern beziehen (Norwegen, Schweden, insbesondere Finnland). Dort liegen die Alkoholpreise bekanntlich weitaus höher als in den Ländern, aus denen die im Text genannten Studien stammen (BRD, USA, Kanada, Dänemark, Großbritannien und Holland).
- 4 Die Alkoholgefährdung wurde in diesen Studien mit dem Münchner-Alkoholismus-Test von Feuerlein u. a. (1979) bestimmt.
- 5 Um mit prospektiven Längsschnittverfahren (beginnend mit dem Eintritt der Arbeitslosigkeit) zu analysieren, bei wieviel Arbeitslosen und unter welchen Bedingungen von Arbeitslosigkeit sich Alkoholabhängigkeiten herausbilden, braucht man extrem große Stichproben sowie sehr lange Untersuchungszeiträume. Der damit verbundene erhebliche Untersuchungsaufwand läßt sich nur schwer realisieren.
- 6 Diagnostiziert mit dem Trierer-Alkoholismus-Inventar von Keller u. a. (1983).
- 7 Berechnet anhand der Daten der Jahresstatistik 1985 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der BRD (EBIS-Bericht, Bd. 7), Hamm, 1986.
- 8 Arbeitslosenquote berechnet nach dem amtlichen Modus der Bundesanstalt für Arbeit, d. h. bezogen auf die Erwerbspersonen unter den Klienten bzw. Patienten (Daten für Männer und Frauen zusammen).
- 9 Der in der Tabelle zu erkennende starke Zuwachs der Reha-Fälle von 1977 auf 1978 erklärt sich daraus, daß ab 1978 die Rentenversicherungen für die Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigen primär zuständig sind (vorher: zusammen mit den Krankenversicherungen).
- 10 Siehe Bundestagsdrucksache 10/6623 vom 3.12.1986 (»Armut in der Bundesrepublik Deutschland«), S. 19.

- 11 VDR-Richtlinien: »Entscheidungshilfen für die Gewährung von stationären Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigen durch die Rentenversicherung«. Diese Richtlinien wurden am 26. Juni 1985 vom Fachausschuß für Gesundheit des VDR nach eingehender Beratung gebilligt. Ob und inwieweit die einzelnen Träger der Rentenversicherung diese Richtlinien bereits als Grundlage für die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation bei Alkoholabhängigen übernommen haben oder übernehmen werden, ist noch unklar.
- 12 Bei Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahmen wegen ungünstiger Prognose durch die Rentenversicherung kommt eine Übernahme der Rehabilitation, finanziert durch die Krankenversicherung, nach Ansicht der Krankenkassen nicht in Betracht (s. DGB-Broschüre, 1986, S. 60).
- 13 Die Richtlinien stützen sich insgesamt auf die Untersuchung von Feuerlein u.a. (1986). Daraus stammen auch die Prognosekriterien und die dazu gehörigen Erfolgsquoten. Diese Untersuchung umfaßt drei Katamnesezeiträume: 6 Monate, 18 Monate und 4 Jahre. Die 4-Jahre-Katamnese ist noch nicht abgeschlossen. Sie kann, wie die VDR-Richtlinien es formulieren, noch zu Modifikationen führen. Dabei sind jedoch grundlegende Änderungen nicht zu erwarten.

### *Literaturverzeichnis*

- Abholz, H.H., 1981: Administrative Steuerung des Alkohol- und Tabakabusus. Ein Ansatz der Primärprävention. In: Das Argument: Argumente für eine soziale Medizin IX, AS 64, 191-218
- Albrecht, G., 1981: Nichtseßhaftigkeit und Sucht. In: Feuerlein, W. (Hg.): Sozialisationsstörungen und Sucht. Wiesbaden, 63-94
- Baden-Württemberg-Studie, 1980: Suchtmittelmißbrauch. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in Baden-Württemberg (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung. Stuttgart
- Bayern-Studie, 1976: Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabak. Repräsentativerhebung bei Jugendlichen in Bayern (Ministerium des Inneren). München
- Brenner, M.H., 1967: Economic change and mental hospitalisation: New York State 1910-1960. In: Social Psychiatry, 180-188
- Brenner, M.H., 1975: Trends in alcohol consumption and associated illness. Some effects of economic changes. In: American J. of Public Health, 1279-1292
- Brenner, M.H., 1976: Estimating the costs of national economy policy: Implications for mental health and criminal aggression. Vol. 1: Employment, Paper No 5. US-Congress, Washington
- Brenner, M.H., 1979: Wirtschaftskrise, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. München
- Brödel, R. u.a., 1978: Die soziale und psychische Lage der Arbeitslosen. Ansatzpunkte für Weiterbildung. Göttingen (Manuskript)
- Buss, T., Redburn, F., 1983: Mass unemployment. Plant closings and community mental health. London, New York
- DGB-Broschüre, Deutscher Gewerkschaftsbund, 1986: Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker (Diskussionsentwurf). Düsseldorf
- Feuerlein, W., Kufner, H., Ringer, C., Antons, K., 1979: Münchner-Alkoholismus-Test. Weinheim
- Feuerlein, W., Kufner, H., Flohrschütz, T., Kaufmann, F., Diehl, R., 1986: Die stationäre Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer katamnesticen Untersuchung. In: Deutsche Rentenversicherung, 219-236

- Fruensgaard, K., Benjaminsen, S., Joensen, S., Helstrup, K., 1983: Psychosocial characteristics of a group of unemployed patients consecutively admitted to a psychiatric emergency department. In: *Social Psychiatry*, 137-144
- Garretsen, H.F.L., 1983: *Probleemdrinken*. Lisse (Niederlande)
- Hamburg-Studie, 1981: briefliche Mitteilung von Infratest-Gesundheitsforschung, München, vom Mai 1984
- Henkel, D., 1979: Empirische Materialien zum Alkoholismus in der BRD im Zusammenhang mit Sozialschicht, Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität. In: *Das Argument: Jahrbuch für kritische Medizin* 4, AS 37, 86-113
- Henkel, D., 1984: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Empirische Zusammenhänge und Analysen. In: *Das Argument: Jahrbuch für kritische Medizin* Bd. 10, AS 119, 120-141
- Henkel, D., 1985: Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für Alkoholgefährdung und Hindernis für Rehabilitationsprozesse. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.): *Individuelle und gesellschaftliche Kosten der Massenarbeitslosigkeit*. Psychologische Theorie und Praxis. Weinheim, 66-83
- Henkel, D., 1986: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: Ätiologische und rehabilitative Zusammenhänge. Forschungsbericht. Frankfurt a.M. (Kurzbericht in: *Suchtgefahren*, 4, 1987, 286-289)
- Henkel, D., 1987: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. In: *Drogalkohol*, 2, 1987
- Henkel, D., 1988: Arbeitslosigkeit und Alkoholismus: neue Ergebnisse der Forschung. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.): *2. Bremer Symposium: Arbeitslosigkeit*. Psychologische Theorie und Praxis (i.V.)
- Heinemann, K., Röhrig, P., Stadie, R., 1979: *Arbeitslose Frauen (Msk.)*. St. Augustin
- ISS-Studie, 1977: Forschungsbericht zur Jugendarbeitslosigkeit. Institut für Sozialforschung und Sozialwissenschaft. Saarbrücken
- Iversen, L., Klausen, H., 1986: Alcohol consumption among laid-off workers before and after closure of a danish shipyard: a 2-year follow-up study. In: *Social Science and Medicine*, 107-109
- Keller, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R., 1983: *Trierer-Alkoholismus-Inventar*. Universität Trier
- Kendall, R.E., u.a., 1983: Influence of an increase in excise duty on alcohol consumption and its adverse effects. In: *British Medical Journal*, 809-811
- Keupp, H., 1980: Thesen zum Thema: Arbeitsfähigkeit als normative Kategorie im System der sozialen Sicherheit der BRD. In: Jantzen, W. (Hg.): *Arbeit und Arbeitslosigkeit als pädagogisches und therapeutisches Problem*. Köln, 95-104
- Kilich, B.A., Plant, M.A., 1981: Regional variations in the levels of alcohol-related problems in Britain. In: *British Journal of Addiction*, 47-62
- Klein, M., 1984: Arbeitslose Alkoholkranke in der stationären Rehabilitation. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hg.): *Sucht und Gesellschaft*. Hamm, 258-261
- Mannila, S., Lahelma, E., 1985: Das problematische Verhältnis von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.), a.a.O., 152-166
- Nordrhein-Westfalen-Studie, 1981: Repräsentativerhebung zum Mißbrauchsverhalten bei Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Infratest-Gesundheitsforschung (Forschungsbericht), München
- Pearlin, L.I., Radabough, C.W., 1982: Economic strains and the coping function of alcohol. In: *American Journal of Sociology*, 652-663
- Rayman u. Bluestone, 1982; zit. n. Liem, R., Rayman, P., 1982: Health and social costs of unemployment. Research and policy considerations. In: *American Psychologist*, 1116-1123
- Rheinland-Pfalz-Studie, 1983: Drogen- und Rauschmittelmißbrauch. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung unter Jugendlichen (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt). Mainz

- Riedmüller, B., 1978: Psychosoziale Versorgung und System sozialer Sicherheit. In: Keupp, H., Zaumseil, M. (Hg.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Frankfurt/M., 59-89
- Schlösser, A., 1981: Zur Lage der Suchtkrankenversorgung in der BRD. In: Demokratisches Gesundheitswesen, 2, V-VIII
- Schmidtobreick, B., 1980: Suizidversuche bei Suchtkranken, Umfang und Bedingungsgefüge: Ergebnisse einer Untersuchung. In: Keup, W. (Hg.): Folgen der Sucht. Stuttgart, 118-126
- Schmitt, A., 1987: Jugendliche und Alkoholmißbrauch. Eine empirische Untersuchung zu Ausprägung und Präventionsmöglichkeiten des Alkoholmißbrauchs arbeitsloser Jugendlicher. Phil. Diss. (unveröff.). Universität Tübingen
- Smart, R., 1979: Drinking problems among employed, unemployed and shift workers. In: J. of Occupational Medicine, 731-736
- Schneider, W., Weber, G., 1982: Jugendlicher Drogenkonsum und Arbeitslosigkeit. Ein Beitrag zum Entstehungszusammenhang jugendlicher Desorientierung. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 44-64
- Süss, H., Waldow, M., 1987: Forschungsbericht. Universität Marburg (Manuskript)
- Waldow, M., Börner, A., 1985: Berufliche und Praxis der sozialen Arbeit, 44-64. Integration bei arbeitslosen Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In: Kieselbach, Th., Wacker, A. (Hg.), a.a.O, 410-421
- Waldow, M., u.a., 1985: Forschungsbericht. Universität Marburg
- Waldow, M., 1987: Zur Kritik der Feuerlein-Studie: Sind praktische Konsequenzen der Studie im Sinne der »Entscheidungshilfen« wissenschaftlich vertretbar zu schlußfolgern? Manuskript. Universität Marburg
- Wanberg, K., Horn, K., 1973: Alcoholism syndroms related to sociological classification. In: International Journal of Addiction, 99-120
- Warr, P., 1984: Job loss, unemployment and psychological well-being. In: Allen, V.L., van de Vliert, E. (Hg.): Role transition. London, 263-285
- Weeks, E., Drencacz, S., 1983: Rocking in a small boat: The consequences of economic change in rural communities. In: International Journal of Mental Health, 62-75
- Weyerer, S., Feike, D., Dilling, H., 1981: Nichterkannte Suchtkranke in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. In: Keupp, W. (Hg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, 29-38