

Arbeit im Spiegel der stationären Suchtbehandlung **Eine themenspezifische Auswertung der** **Behandlungsstatistik der Forel Klinik ***

Peter EGGLI **

Zusammenfassung

Wie spiegelt sich die Arbeits- und Erwerbssituation im Kontext der stationären Behandlung wider? Auf der Grundlage der nationalen Behandlungsstatistik act-info werden die Angaben der Patientinnen und Patienten der Forel Klinik zu dieser Thematik vorgestellt. Dabei wird die Entwicklung der Erwerbstätigkeit und Anstellungssituation untersucht und deren Zusammenhänge mit Krankheitsmerkmalen, vorhandenen Ressourcen sowie weiteren behandlungsspezifischen Angaben aufgezeigt.

Die Ergebnisse zeigen, dass psychosoziale Belastungen, Merkmale der Alkoholproblematik sowie ungünstige Verlaufsfaktoren mit Erwerbslosigkeit einhergehen. Mehrere Hinweise deuten darauf hin, dass sich diese Zusammenhänge bei Männern stärker manifestieren als bei Frauen. Die Befunde unterstreichen die Notwendigkeit einer konsequenten Berücksichtigung der Erwerbs- und Beschäftigungssituation in der Behandlung von alkoholabhängigen Menschen.

Sucht, Arbeit und Erwerbslosigkeit stehen in einem komplexen Wechselverhältnis. Einerseits sind Suchtprobleme häufig mit Problemen am Arbeitsplatz – bis hin zum Verlust der Arbeitsstelle – verbunden. Andererseits können arbeitsbezogene Belastungen, Angst vor Stellenverlust und Arbeitslosigkeit zu einem erhöhten Suchtmittelkonsum führen, Solche Belastungen dürften vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftslage mit einem vermutlich verschärften Druck des Arbeitsmarktes nicht unerheblich sein.

In diesem Beitrag werden die relevanten Befunde zum Themenkreis Arbeit, Alkoholkonsum und Alkoholprobleme aus der vorhandenen Behandlungsstatistik der Forel Klinik dargestellt und diskutiert. Die Forel Klinik ist die grösste Fachklinik der Schweiz, welche sich auf die Behandlung von alkohol-, medikamenten- und tabakabhängigen Frauen und Männern spezialisiert hat. Als Datengrundlage für die folgenden Auswertungen dient die Behandlungsstatistik act-info der Jahre 2004 bis 2008. Act-info (Act-info, 2009) ist

* Beitrag zur 4. Fachtagung der Alkoholismus Therapieforschung Schweiz (atf schweiz), Zürich, 20. November 2009

** Dr. phil., Leiter Forschung + Psychodiagnostik Forel Klinik, Ellikon a.d. Thur Forschungsleiter atf schweiz (Alkoholismus Therapieforschung Schweiz)

ein Klientenmonitoringsystem für die stationäre Suchtbehandlung. Es wird durch das Bundesamt für Gesundheit BAG mitfinanziert; die Koordination und die deskriptive Datenauswertung erfolgt durch Sucht Info Schweiz (ehemals Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme SFA) in Lausanne.

In zusätzlichen Analysen haben wir die Daten zur Erwerbssituation des letzten Behandlungsjahres (Eintritte 2008, n= 384, 253 Männer, 131 Frauen) ausgewertet. Für Aussagen über Zusammenhänge zwischen Erwerbssituation und weiteren behandlungsrelevanten Merkmalen wurden zudem die Daten von sämtlichen Eintritten in den Jahren 2004 bis 2008 (n = 1608, 1072 Männer, 536 Frauen) analysiert.

Die folgenden Resultate zeigen Wechselwirkungen zwischen der Erwerbssituation der Patientinnen und Patienten sowie Personenmerkmalen, Alkoholproblematik, Ressourcensituation und Behandlungsverlauf auf. Die aufgezeigten Zusammenhänge lassen allerdings keine schlüssigen Aussagen über die zugrunde liegenden komplexen und vielschichtigen Wirkungsmechanismen zu (s. dazu Henkel & Zemlin, 2008).

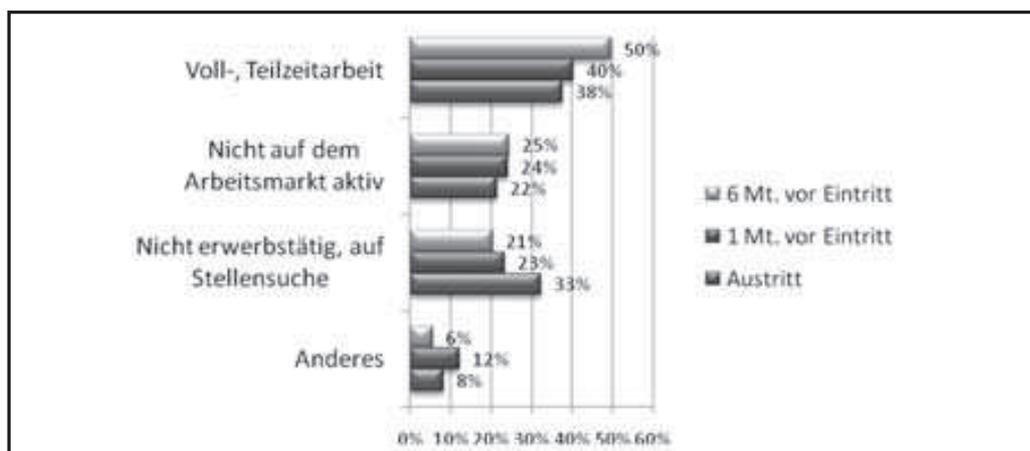
Erwerbstätigkeit und Einkommen im Verlauf der Behandlung

Erwerbstätigkeit

Die Erwerbstätigkeit der 253 Patienten und 131 Patientinnen, welche 2008 eintraten, lässt sich aus Abbildung 1 ersehen. Die Erhebung umfasst ihre Situation zu drei verschiedenen Zeitpunkten: sechs Monate bzw. einen Monat vor der Behandlung sowie bei Behandlungsende.

Während der erfassten Zeit gab ein Siebtel (14.1%) einen Verlust der Arbeitsstelle an. Einzelfallanalysen zeigen, dass dieser Stellenverlust meist im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik stand und jeweils eine entscheidende Rolle beim Entschluss zur Behandlungsaufnahme spielte. Knapp die Hälfte (49.5%) der Patienten und Patientinnen hatten sechs Monate vor Eintritt eine Anstellung im Rahmen einer Voll- bzw. Teilzeittätigkeit, im Monat vor Eintritt war dies noch bei 40.3% der Fall und bei Austritt noch bei 37.7%.

Abb. 1: Erwerbstätigkeit im Behandlungsverlauf (Eintritte 2008, n = 384)



Bei der ersten Betrachtung mag der Rückgang der Erwerbstätigkeit während der Behandlung (also kurz vor Eintritt verglichen mit dem Austritt) etwas erstaunen, würde man doch erwarten, dass diese im Behandlungsverlauf eher ansteigt. Bei einer Detail-Analyse zeigt sich, dass während der Behandlung tatsächlich 27 (7.0%) Personen eine Anstellung gefunden haben, was auf dem Hintergrund einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 12.4 Wochen (SD = 8.6 Wochen) doch recht beachtlich scheint. Allerdings haben während dieser Zeit auch 36 (9.4%) eine noch bestehende Anstellung verloren. Es handelt sich dabei um all diejenigen Personen, welche sich zum Zeitpunkt des Eintrittes in gekündigtem Anstellungsverhältnis befanden, und der Kündigungstermin fiel in die Behandlungszeit.

Entsprechend der Reduktion bei den Anstellungen stieg während dem gesamten Zeitraum der Anteil der Stellensuchenden stark an, nämlich von 20.5% auf 32.5%. Somit ist ein Drittel bei Austritt auf Stellensuche. Dies illustriert die massive Überhöhung der Stellensuchenden bei den Patienten und Patientinnen der Forel Klinik gegenüber der übrigen Bevölkerung in der Schweiz, für die im Jahre 2008 gemäss der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung des BFS eine Erwerbslosenquote von 3.4% ermittelt wurde (Bundesamt für Statistik, 2009). Diese Resultate machen deutlich, dass wir hier mit einem zentralen Problemfeld unserer Klienten und Klientinnen konfrontiert sind.

Etwa ein Viertel der Patienten und Patientinnen geben an, nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv zu sein. Sie beziehen entweder eine Rente, sind Hausfrauen bzw. Hausmänner oder suchen aus anderen Gründen keine Anstellung. Die leichte Reduktion der „nicht auf dem Arbeitsmarkt Aktiven“ von 24.1% im Monat vor Behandlung auf 21.6% bei Behandlungsabschluss verweist darauf, dass sich auch Patienten und Patientinnen aus dieser Personengruppe im Laufe der Behandlung wieder vermehrt auf eine Arbeitstätigkeit ausrichten. Wir vermuten, dass sie sich durch die Behandlung wieder in der Lage fühlen, eine Anstellung anzunehmen oder die in der Klinik neu entwickelte Planung der Alltagsgestaltung in Angriff nehmen; auch wirtschaftliche Notwendigkeit könnte eine Rolle spielen.

Erwartungsgemäss finden wir beträchtliche Geschlechtsunterschiede. Von den 253 Männern und 131 Frauen waren im Monat vor Eintritt anteilmässig mehr Männer in einer Anstellung (Männer: 52.3%, Frauen: 36.4%). Auch war der Anteil der Männer unter den Stellensuchenden höher (Männer: 27.0%, Frauen: 16.3%). Demgegenüber waren Frauen häufiger „nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv“ (Männer: 17.7%, Frauen: 36.4%), was damit zusammenhängt, dass der Anteil der Hausfrauen grösser ist als derjenige der Hausmänner.

Diese Befunde bestätigen die Vermutung, dass sich Männer häufiger mit einer ungelösten Arbeitssituation konfrontiert sehen als Frauen. Nimmt man als Berechnungsbasis ausschliesslich Personen, welche auf dem Arbeitsmarkt grundsätzlich aktiv sind (d.h. sowohl Personen mit Anstellung als auch Stellensuchende), finden wir ebenfalls eine tendenziell – statistisch allerdings nicht erhärtete (χ^2 -Test) – höhere Arbeitslosenrate bei den Männern.

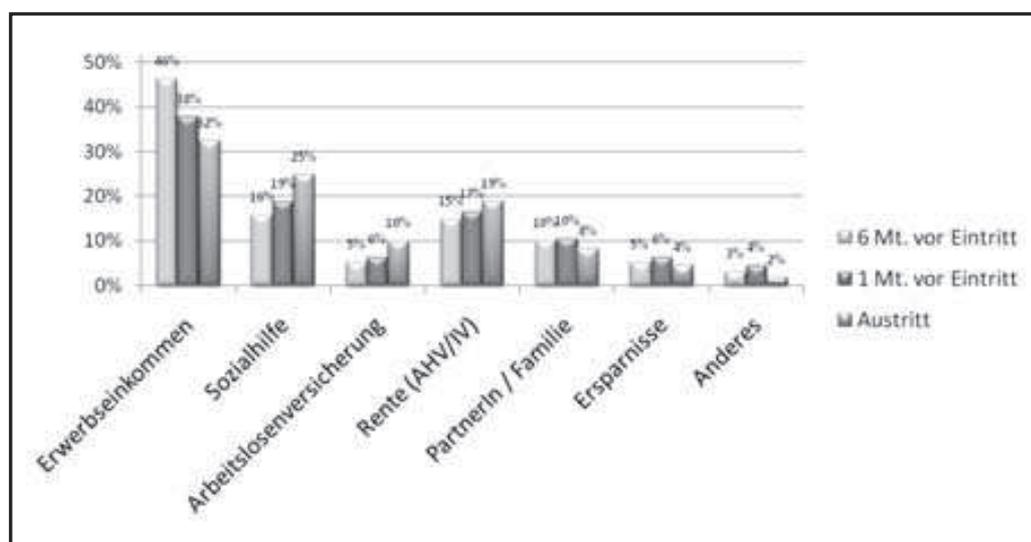
Berechnet man die Rangkorrelationen zwischen Erwerbsstatus (1 = „Voll-/Teilzeiterwerbstätigkeit, 2 = „Auf Stellensuche“), Alter und Bildungsstatus,

so zeigt sich, dass die Stellensuchenden bei einem durchschnittlichen Alter der Gesamtstichprobe von 46.4 Jahren (SD = 10.9) leicht jünger sind ($r = -0.14, p < 0.05$) und eher in den tieferen Bildungsschichten anzutreffen sind ($r = -0.15, p < 0.05$).

Lebensunterhalt

Abbildung 2 zeigt die Angaben zur Hauptfinanzierung des Lebensunterhaltes. Erwartungsgemäss schlägt sich der Rückgang der Arbeitstätigkeit im Vorfeld der Behandlung (s. letzter Abschnitt) in einer entsprechenden Reduktion der Personen mit einem Erwerbseinkommen nieder.

Abb. 2: Lebensunterhalt im Behandlungsverlauf (Eintritte 2008, $n = 384$)



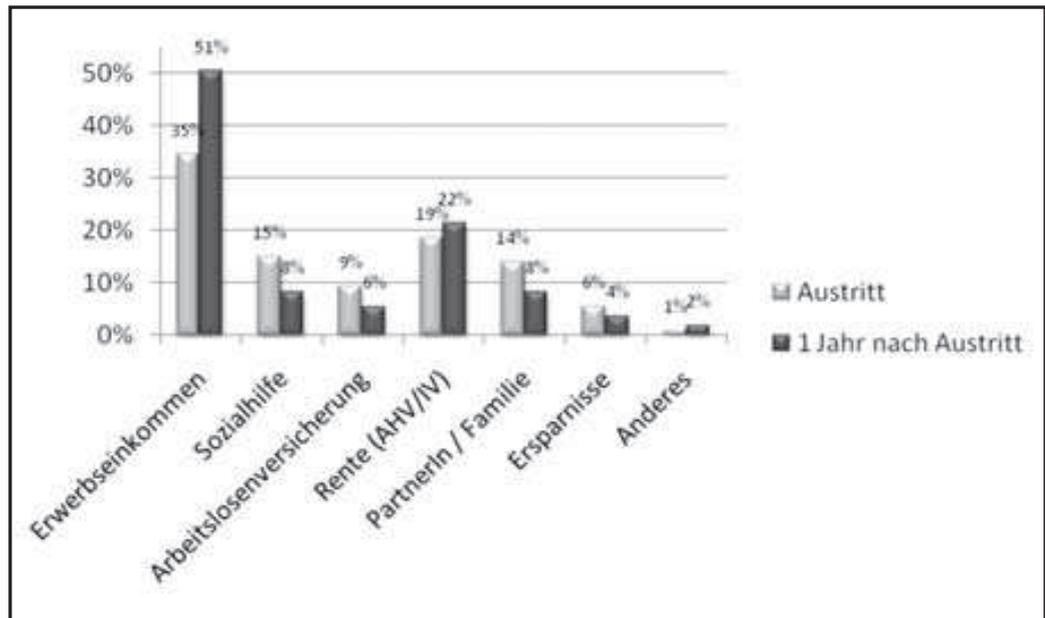
Die Finanzierung durch Sozialhilfe, Arbeitslosenkasse sowie Berentung nahmen dagegen zu. Bei Austritt bezog immerhin ein Viertel der Patientinnen und Patienten Sozialhilfe. Einzelfallanalysen zeigen, dass ein Teil der Zunahmen auf Personen im Arbeitslosenstatus rückführbar ist. Die meisten von ihnen mussten vorübergehend auf die Sozialhilfe ausweichen, da sie wegen ihrer Behandlung in der Forel Klinik länger als einen Monat krankgeschrieben waren und über keine Taggeldversicherung verfügten. Auch gab es einige, welche vor der Behandlung die Vorgaben zum Bezug von Arbeitslosengeld nicht mehr einhielten. Sie waren damit überfordert, oder gaben auf dem Hintergrund einer zunehmenden sozialen Isolation mehr und mehr auch die Bemühungen um Erwerbstätigkeit auf.

Im Vorfeld der Behandlung musste zunehmend auf finanzielle Mittel aus dem privaten Umfeld zurückgegriffen werden (Familie, Ersparnisse und anderes), wie die Angaben zu der Situation vor Eintritt zeigen. Im Laufe der Behandlung konnten die Einkünfte zunehmend wieder auf eine institutionalisierte Basis gestellt werden und die Finanzierung durch private Mittel nahm zum Austritt hin wieder ab.

Eine zentrale Frage ist, ob sich die während der Behandlung erarbeiteten und eingeleiteten Massnahmen zur Verbesserung der Erwerbssituation auch nach

der Behandlung als wirksam erweisen. Um dieser Frage nachzugehen haben wir alle Patienten und Patientinnen, welche im 2. Halbjahr 2008 die Behandlung in der Forel Klinik abschlossen, im Rahmen einer Kurzkatamnese über ihre Erwerbssituation ein Jahr nach Austritt befragt. Von den 200 kontaktierten Personen haben 107 geantwortet (Rücklauf 53.5%). Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 dargestellt. Bei den Antwortenden dieser Teilstichprobe sind die Angaben zur Hauptfinanzierung des Lebensunterhaltes bei Austritt vergleichbar mit den Angaben, welche wir bereits für alle Eintritte im Jahre 2008 ausgewiesen haben (s. auch Abbildung 2). Eine Ausnahme bilden die Sozialhilfebezüger bei Austritt, welche offenbar mit der Nachbefragung weniger erreicht werden konnten, und deshalb leicht untervertreten sind.

Abb. 3: Lebensunterhalt bei Austritt und ein Jahr danach (Austritte 2. Halbjahr 2008, n = 107)



Die Angaben belegen, dass die erreichten Patientinnen und Patienten im Jahr nach Austritt ihre Erwerbssituation häufig verbessern konnten. Die Anzahl derjenigen mit einem Erwerbseinkommen stieg von 34.6% auf 50.5%, während die Finanzierung durch Sozialhilfe, Arbeitslosenversicherung, Familie und Ersparnisse deutlich zurückging. Eine Detailanalyse zeigt, dass die Hälfte (50.0%) derjenigen, welche bei Austritt Arbeitslosengeld bezogen, sowie 37.5% der Sozialhilfebezüger ein Jahr nach der Behandlung über ein Erwerbseinkommen verfügten. Ein leichter Anstieg findet sich im Jahr nach Austritt bei den Rentenbezügen: Während bei Austritt 18.7% von einer Rente lebten, waren dies ein Jahr nach Austritt 21.5%, also gut ein Fünftel. Da Rentengesuchen in der Regel erst mehrere Monate nach Beantragung stattgegeben wird, handelt es sich hier vermutlich um Rentenbegehren, welche bereits vor oder während der stationären Behandlung beantragt wurden.

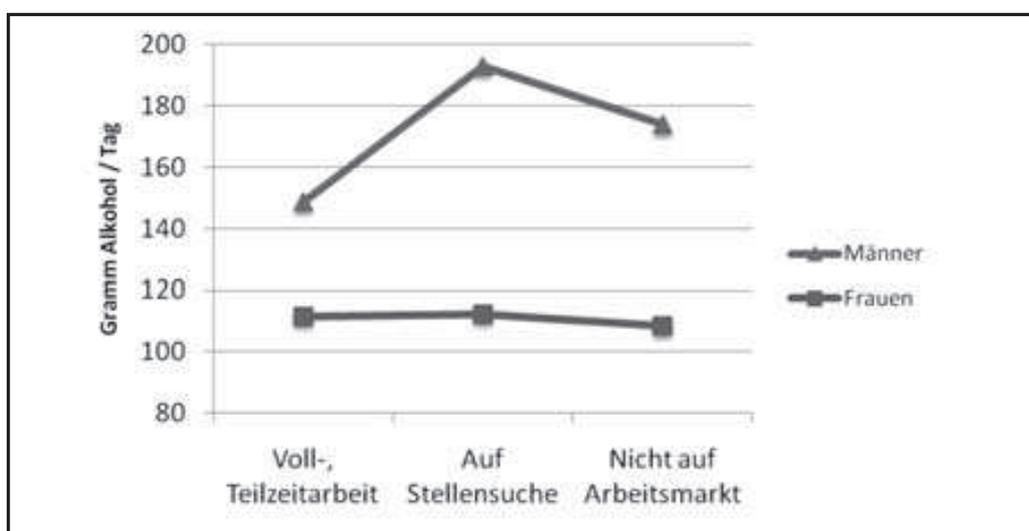
Das häufigste kritische Lebensereignis für die Phase der stationären Behandlung sowie der sechs vorgängigen Monate ist der Verlust der Erwerbstätigkeit. Ein Siebtel der Patienten und Patientinnen, welche 2008 eintraten, waren davon betroffen (14.1.%). Etwa ein Zehntel (10.6%) gab den Verlust einer stabilen Wohnsituation an und 7.5% eine Trennung von der Partnerin oder dem Partner.

Erwerbstätigkeit und Alkoholproblematik im Vorfeld der Behandlung

Lässt sich im Vorfeld der Behandlung bei den Patienten und Patientinnen ein Zusammenhang zwischen der Alkoholproblematik und der Erwerbstätigkeit finden? Wir greifen zur Beantwortung dieser Frage auf die Angaben zum Alkoholkonsumverhalten im Jahr vor der Behandlungsaufnahme zurück. Berücksichtigt wurden die act-info Daten der 1072 Patienten und 536 Patientinnen, welche in den Jahren 2004 bis 2008 in die Forel Klinik eintraten. Einerseits können wir aus diesen Angaben den durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Tag berechnen. Andererseits beinhaltet der act-info die Fragen des AUDIT (Alcohol use disorders identification test; Babor et al., 2001). Der AUDIT ist ein Screeninginstrument zur Erfassung eines problematischen Alkoholkonsums und wurde von der WHO (World Health Organisation) entwickelt. Er erfasst mit zehn Fragen Angaben zum Alkoholmissbrauch, zur Alkoholabhängigkeit sowie zu allfälligen Folgeproblemen.

Der durchschnittliche Alkoholkonsum aller Patienten und Patientinnen betrug im Jahr vor Klinikeintritt 152.5 Gramm Alkohol pro Tag (SD = 126.1), also etwa 13 Standardgläser. Abbildung 4 zeigt den durchschnittlichen Alkoholkonsum differenziert nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit im Monat vor Eintritt.

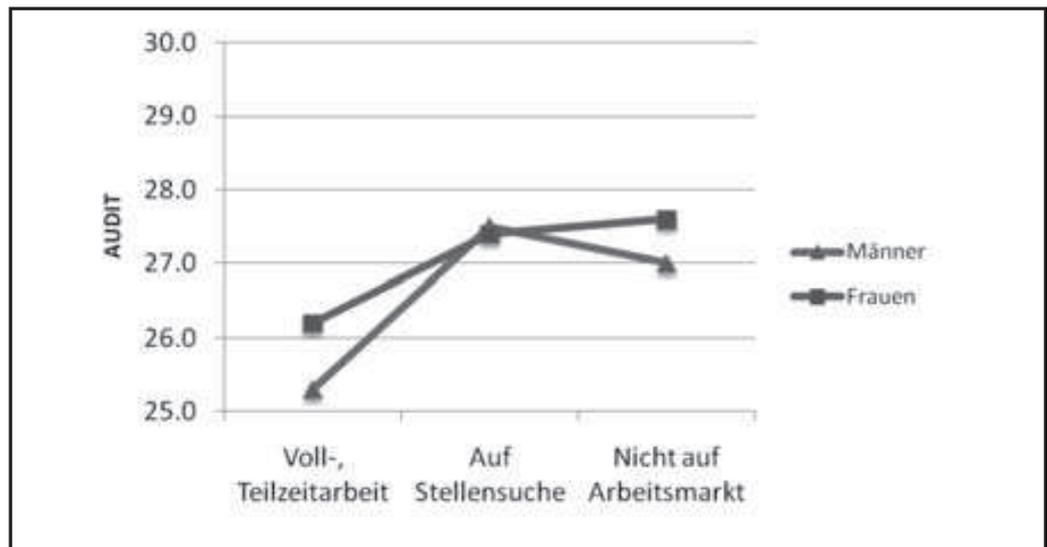
Abb. 4: Erwerbstätigkeit und Alkoholkonsum (Gramm Alkohol / Tag) vor Eintritt (Eintritte 2004-2008, n = 1608)



Bei Männern finden wir einen deutlich höheren Alkoholkonsum bei den Nichterwerbstätigen als bei den Erwerbstätigen. Während jene mit einer Anstellung einen durchschnittlichen Konsum von 148.7 (SD=111.5) Gramm Alkohol angaben, lag er bei den Arbeitslosen bei 192.8 (SD=147.9) Gramm. Bei Männern, welche „nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv“ waren (hier handelt es sich vorwiegend um Männer mit einer Invaliditäts-, vereinzelt auch Altersrente, und einzelne Hausmänner) ergab sich ein durchschnittlicher Wert von 173.8 Gramm (SD = 126.5). Die Gruppenunterschiede liessen sich auch statistisch nachweisen (ANOVA, F [df=2] = 9.68, p < 0.001). Bei den Patientinnen zeigt sich hingegen kein Zusammenhang zwischen Konsummenge und Erwerbstätigkeit. Der mittlere Wert lag bei den Frauen bei 110.4 Gramm Alkohol pro Tag (SD = 93.6).

In Abbildung 5 sind die Resultate für die AUDIT-Werte (bezogen auf das Jahr vor Behandlungsbeginn) aufgeführt, auch hier wiederum differenziert nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit im Monat vor Eintritt. Die AUDIT-Werte können von 0 bis 40 reichen; Werte ab 8 verweisen auf eine manifeste Alkoholproblematik (Babor et al., 2001). Erwartungsgemäss wurde dieser Cut-Off Wert von den allermeisten Patienten und Patientinnen überschritten, nämlich von 99.3% und der Mittelwert lag mit 26.6 (SD = 6.8) deutlich höher.

Abb. 5: Erwerbstätigkeit und Alkoholproblematik (AUDIT-Wert) vor Eintritt (Eintritte 2004-2008, n = 1608)



Die AUDIT-Werte bei den Männern zeigen ein ähnliches Bild wie bei der Konsummenge: Fehlende Erwerbstätigkeit geht mit erhöhter Alkoholproblematik einher. Die niedrigsten Werte finden wir bei den Männern mit einer Voll- oder Teilzeitbeschäftigung (M = 25.3, SD = 6.5). Demgegenüber stehen die arbeitslosen Männer mit einem deutlich höheren Wert von 27.5 (SD = 6.3). Männer, welche „nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv“ waren, liegen in einem Zwischenbereich (M = 27.0, SD = 7.0). Auch diese Gruppenunterschiede sind statistisch nachweisbar (ANOVA, F [df=2] = 9.10, p < 0.001).

Die Grafik weist bei den Frauen ebenfalls auf einen – statistisch jedoch nicht signifikanten – Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und höherer Alkoholproblematik. Die Unterschiede zwischen den drei Lebensunterhalts-Kategorien sind allerdings geringer als bei den Männern.

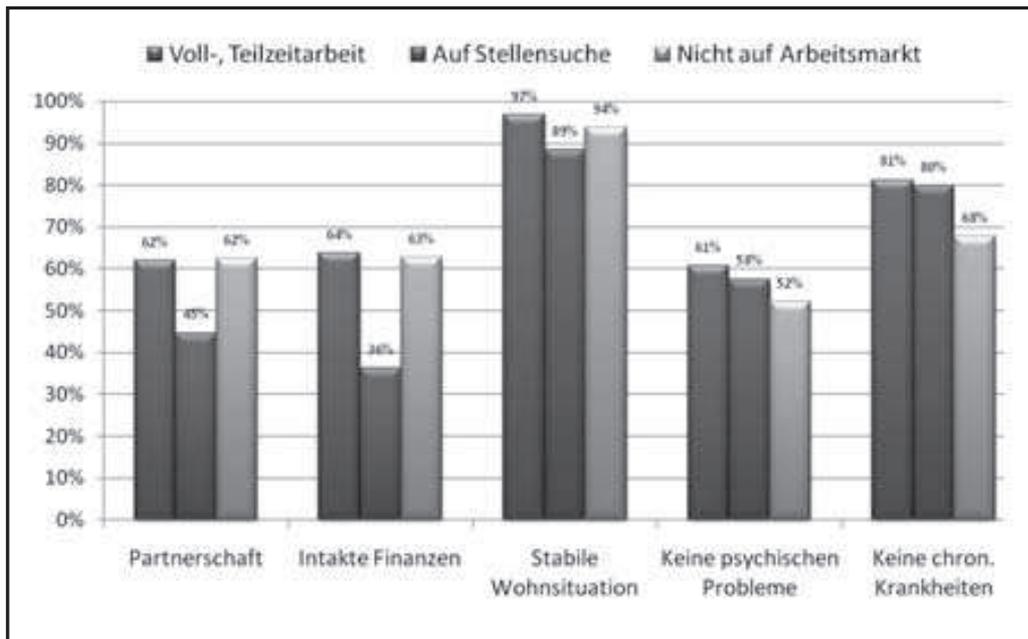
Die hier berichtete Befundlage bestätigt sich auch, wenn man die statistischen Analysen unter Berücksichtigung von Alter und Ausbildungsstatus (als Kovariaten) durchführt.

Erwerbstätigkeit und Ressourcen

Erwerbslosigkeit ist häufig mit weitreichenden Einschränkungen in mehreren Lebensbereichen verbunden. Inwiefern dies auch bei unseren Patienten

und Patientinnen zutrifft, lässt sich aus Abbildung 6 ersehen. Wir haben aus den Angaben der act-info Statistik die Angaben zur Analyse beigezogen, welche grundlegende Ressourcenaspekte repräsentieren: Die Beziehungssituation („Partnerschaft“, operationalisiert durch das Vorhandensein einer festen Beziehung), die finanzielle Situation („Intakte Finanzen“, operationalisiert durch das Fehlen von Schulden), die Wohnsituation („Stabile Wohnsituation“), die psychische Gesundheit („Keine psychischen Probleme“) sowie die physische Gesundheit („Keine chronischen Erkrankungen“).

Abb. 6: Erwerbstätigkeit und Ressourcen vor Eintritt (Eintritte 2004-2008, n = 1608)



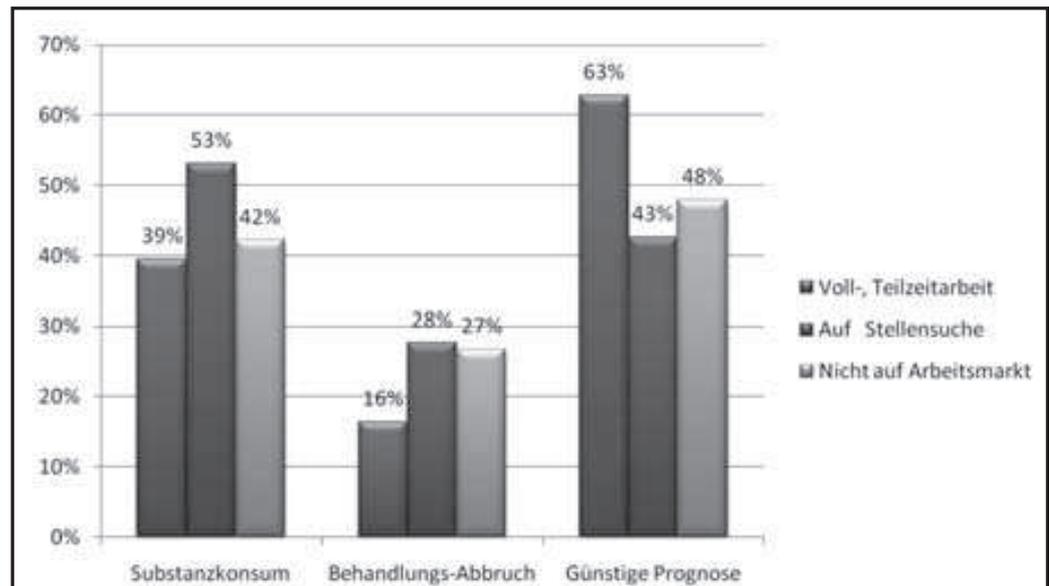
Die Grafik zeigt, dass Patienten und Patientinnen mit einer Anstellung (Voll- oder Teilzeitarbeit) im Vergleich zu den (stellensuchenden) Arbeitslosen häufiger in einer Partnerschaft lebten, häufiger intakte Finanzen hatten, häufiger über eine stabile Wohnsituation verfügten und weniger über psychische Probleme klagten. Kaum ein Unterschied war bezüglich chronischer Krankheiten zu finden. Bei einer nach Geschlecht differenzierten Detailanalyse mittels X^2 -Test wiesen die erwerbstätigen Männer signifikant häufiger Partnerschaften, intakte Finanzen, eine stabile Wohnsituation und psychische Beschwerdefreiheit auf. Anders bei den erwerbstätigen Frauen: Bei ihnen waren lediglich die Finanzen intakter und die Wohnsituation stabiler als bei den Frauen, welche auf Stellensuche waren. Arbeitslosigkeit ist bei Männern also stärker mit eingeschränkten Ressourcen verbunden als bei Frauen.

Auch die „nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiven“ Patienten und Patientinnen (Hausfrauen, Hausmänner und berentete Personen) wiesen häufiger eine Partnerschaft, eine intakte Finanzlage und eine stabile Wohnsituation auf als die Arbeitslosen, waren aber gesundheitlich stärker beeinträchtigt. Nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv zu sein bietet offenbar eher Gewähr für stabilisierende Lebensverhältnisse als Arbeitslosigkeit. Andererseits finden sich bei Rentenbezüglern und Rentenbezüglern erwartungsgemäss mehr gesundheitliche Beschwerden.

Erwerbstätigkeit und Behandlungsverlauf

Nicht zuletzt bildet sich der Erwerbsstatus auch im Behandlungsverlauf ab, wie Abbildung 7 zeigt. Zu einem oder mehreren Rückfällen während der Behandlung kam es bei 39,4 % derjenigen, welche bei Eintritt eine Anstellung haben und bei 42,4% bei den „nicht auf dem Arbeitsmarkt Aktiven“. Bei den Stellensuchenden lag dieser Anteil signifikant höher, nämlich bei 53,1% (X^2 -Test).

Abb. 7: Erwerbstätigkeit vor Eintritt und Behandlungsverlauf (Eintritte 2004-2008, $n = 1608$)



Patienten und Patientinnen mit einer Anstellung bei Eintritt hatten mit 16,4% auch am wenigsten Therapieabbrüche (sei es durch die Patienten und Patientinnen oder durch die Klinik). Die Abbruchquote war sowohl bei den Stellensuchenden (27,6%) als auch den „nicht auf dem Arbeitsmarkt Aktiven“ (26,8%) signifikant (X^2 -Test) höher.

Bei Behandlungsabschluss verlangt die act-info Statistik von den Therapeuten und Therapeutinnen eine Prognose im Hinblick auf den Verlauf der Abhängigkeitserkrankung („sehr gute Prognose“, „gute Prognose“, „eher ungünstige Prognose“, „ungünstige Prognose“). Der Anteil an günstigen Prognosen (gute bzw. sehr gute Prognose) liegt bei den Erwerbstätigen mit 62,8% signifikant (X^2 -Test) höher als bei den Arbeitslosen (42,6%) bzw. „nicht auf dem Arbeitsmarkt Aktiven“ (47,9%).

Zusammenfassung und Diskussion

Betrachten wir die Angaben zur Arbeitssituation und zum Lebensunterhalt der Patienten und Patientinnen vor und während der Behandlung, fallen vor allem die folgenden markanten Befunde auf:

- Ein Siebtel verliert während dieser Zeit die Arbeitsstelle
- Ein Drittel ist bei Behandlungsabschluss auf Stellensuche
- Ein Viertel lebt bei Austritt von der Sozialhilfe

Diese Resultate unterstreichen die zentrale Rolle, die der Berücksichtigung der Erwerbssituation sowie Massnahmen mit dem Ziel der beruflichen Reintegration in der Behandlung zukommen muss.

Die Forel Klinik trägt diesem Bedarf mit den folgenden Behandlungselementen zur Erhaltung und Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit Rechnung:

- Individuelle Unterstützung und Begleitung durch Case-Manager
- Sozialcoaching
- Stellenbewerbungskurs
- Projekt Arbeitsintegration
- Arbeitgebertage (Seminartage für Patienten und Patientinnen gemeinsam mit ihren Vorgesetzten)
- Seminarangebote für Arbeitgeber
- Vernetzungsarbeit mit Sozialbehörden, Invalidenversicherung und Regionalen Arbeitsvermittlungszentren

Wie die Angaben aus den Nachbefragungen zeigen, scheinen die bestehenden Behandlungsansätze grundsätzlich zu greifen: Wir finden eine deutliche Verbesserung der Arbeits- und Einkommenssituation im Anschluss an die Behandlung: Die Erwerbstätigkeit nimmt zu, der Bezug von Arbeitslosenentschädigung und Sozialhilfe geht zurück. Wie die Katamnesebefunde zum Sozialhilfebezug jedoch nahelegen, ist das Risiko einer Langzeitarbeitslosigkeit bei den Patienten und Patientinnen weiterhin stark erhöht. Das heisst, es bedarf unbedingt weiterer bzw. intensiverer Massnahmen, um diese ungünstigen Erwerbsprognosen zu verbessern. Die Verlaufsangaben zeigen auch, dass der Prozess einer beruflichen Reintegration in der Regel sehr viel länger dauert als der Aufenthalt in der Forel Klinik, was auf dem Hintergrund einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 12 Wochen kaum erstaunt. Einer konsistenten behandlungsübergreifenden Interventionsstrategie kommt damit eine entscheidende Bedeutung zu. Hier ist einerseits an spezialisierte, behandlungsübergreifende Angebote wie z.B. Job-Coaching zu denken. Andererseits ist auch eine Optimierung im Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Behandlungseinrichtungen (z.B. Suchtbehandlung und Arbeitsintegrationsprojekte) und Trägerschaften (z.B. Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe) gefragt (s. dazu auch Zemlin et al., 2008).

Die Auswertungen zum Zusammenhang zwischen der Erwerbssituation und Alkoholproblematik, Ressourcen und Behandlungsverlauf lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Eine intakte Erwerbssituation bei Eintritt geht einher mit:

- geringerer Alkoholproblematik vor der Behandlung (vor allem bei Männern)
- mehr psychosozialen Ressourcen (bei Männern sind mehr Bereiche betroffen)
- weniger Konsumvorfällen während der Behandlung
- weniger Behandlungsabbrüchen
- günstigere Prognosestellung durch Therapeuten bzw. Therapeutinnen

*Die Resultate verdeutlichen, dass das Fehlen einer Anstellung mit multip-
len weiteren Belastungen sowie ungünstigen Verlaufsfaktoren in Verbindung
steht.*

Die Befunde stützen somit interdisziplinäre Behandlungskonzepte mit einer
breit ausgerichteten Themenperspektive. Da von einer Wechselbeziehung die-
ser erschwerenden Faktoren ausgegangen werden muss, gilt es in der Behand-
lung, diese im individuellen Fall zu identifizieren und zu berücksichtigen.

In Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen (Henkel, 2008a) finden wir
mehrere Hinweise darauf, dass bei Männern der Zusammenhang zwischen
der Arbeitssituation einerseits und der Alkoholproblematik sowie psychoso-
zialen Begleitproblemen andererseits deutlich ausgeprägter ist als bei Frauen.
Die Resultate stützen die These, dass Arbeit bei Männern wesentlich stär-
ker mit dem eigenen Rollenbild und Selbstverständnis verbunden ist als bei
Frauen (s. dazu auch den Beitrag von Harald Klingemann an dieser Tagung
oder Klingemann et al., 2008). Um diesen grundlegenden Unterschieden auch
in der Behandlung gerecht zu werden, bieten sich spezifische Interventions-
elemente an, welche die genderspezifischen Aspekte aufgreifen. Diese wer-
den derzeit auch in der Forel Klinik diskutiert.

Der Fokus der Tagung lag bei den Themen Arbeit und Alkoholismustherapie.
Deshalb beschäftigt sich dieser Beitrag vor allem mit diesbezüglichen Un-
tersuchungsergebnissen. Es soll jedoch nicht versäumt werden, noch auf die
Personen einzugehen, welche in der Behandlungsstatistik in der Kategorie
„nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv“ zu finden sind und bei Abschluss der Be-
handlung immerhin gut ein Fünftel aller Patienten und Patientinnen ausmach-
ten (Rentenbezüger und -bezügerinnen oder Hausmänner bzw. Hausfrauen).
Leider lassen die zur Verfügung stehenden Angaben keine eindeutige Unter-
teilung zwischen Rentnern oder Rentnerinnen und Hausfrauen oder -männer
zu. Verglichen mit den Erwerbstätigen finden wir in dieser Personengruppe
eine höhere Alkoholproblematik vor Eintritt, mehr gesundheitliche Probleme
sowie einen problematischeren Behandlungsverlauf. Diese akzentuierte Pro-
blematik (insbesondere gesundheitliche Faktoren) lässt sich bei den Invalidi-
tätsrentenbezügern und -bezügerinnen mit einem chronifizierten Krankheits-
verlauf in Verbindung bringen, nicht jedoch bei den Hausfrauen (bzw. verein-
zelten Hausmännern). Es drängen sich hier differenziertere Untersuchungen
mit der Frage nach spezifischen Belastungsfaktoren und Interventionsmög-
lichkeiten auf.

Von den Patienten und Patientinnen, welche ein Jahr nach Behandlungsende
unsere Nachbefragung beantworteten, bestritten 35.5% ihren Lebensunterhalt
entweder durch eine Rente, die Arbeitslosenversicherung oder die Sozialhilfe.
Da die Sozialhilfebezügerinnen und -bezüger bei den Antwortenden eher un-
tervertreten waren, dürfte diese Zahl für alle Patienten und Patientinnen noch
höher ausfallen. Übereinstimmend mit Resultaten aus anderen Studien (Hen-
kel, 2008b) müssen wir davon ausgehen, dass ein beträchtlicher Teil der Be-
handelten auch längerfristig keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen wird.
Das muss bereits während der stationären Behandlung berücksichtigt werden.
Nebst den Bemühungen zur Erhaltung der bestehenden Anstellungen sowie
der beruflichen Reintegration braucht es auch Angebote, welche auf die Le-
bensgestaltung ohne Erwerbstätigkeit ausgerichtet sind (s. auch Zemlin et al.,
2008). Einerseits geht es dabei um die zukünftige Existenzsicherung und an-

dererseits oft auch um die Frage einer (neuen) Identitätsstiftung. Erfahrungen aus dem Behandlungsalltag zeigen, dass es den Patienten und Patientinnen oft sehr schwerfällt, Alternativen zu dem gesellschaftlich stark verankerten Legitimationsanspruch durch Arbeitsleistung zu entwickeln. Gefragt sind also personenbezogene Interventionen und strukturelle Massnahmen zur Förderung von Aktivitäten, welche es den Betroffenen ermöglichen, sich innerhalb der gegenwärtigen Wertevorstellungen als sinnerfülltes Gesellschaftsmitglied zu erleben.

Literatur

Act-info, 2009: Online information; Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00632/03290/index.html?lang=de>.

Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M., 2001: AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organisation. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf

Bundesamt für Statistik (BFS), 2010: SAKE 2009 in Kürze. Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung. BFS, Neuchâtel.

Henkel, D., & Zemlin, U. (Hrsg.), 2008: Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.

Henkel, D., 2008a: Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamente, Drogen. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.

Henkel, D., 2008b: Wie viele Suchtbehandelte sind arbeitslos, und welche Chance haben sie, wieder Arbeit zu finden? Bundesweite empirische Daten zur beruflichen Integration vor und nach der Suchtbehandlung. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.

Klingemann, H., Gomez, V., Eggli, P., & Schlüsselberger, M., 2008: Geschlechtsrollenorientierung und maskuline Identität. Dimensionalität und deren Therapierelevanz bei Patienten in der stationären Suchttherapie (Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA)). Kirchlindach: atf schweiz.

Zemlin, U., Bornhak, Ch., Nickl, A., 2008: Massnahmen zur Förderung der beruflichen Reintegration arbeitsloser Alkohol- und Medikamentenabhängiger sowie zur Überwindung der Schnittstelle zwischen Suchtrehabilitation, Arbeitsmarkt und Arbeitsverwaltung. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main.

Korrespondenzadresse

Peter Eggli, Forel Klinik, CH-8548 Ellikon a.d. Thur. E-Mail: peter.eggli@forel-klinik.ch

Résumé

Comment les conditions de travail et la situation financière se reflètent-elles dans le cadre du traitement à l'hôpital? Sur la base des statistiques nationales de traitement act-info, cet article présente les données des patientes et patients de la clinique Forel à ce sujet. L'évolution de l'activité professionnelle et de la situation de l'emploi est étudiée, ainsi que les liens de connexité avec les caractéristiques de la maladie; les ressources disponibles et autres informations liées spécifiquement aux traitements sont exposées.

Les résultats montrent que les sollicitations psychosociales, les caractéristiques de la problématique de l'alcoolisme ainsi que les facteurs historiques défavorables vont de pair avec le chômage. Plusieurs indices laissent penser que ces liens se manifestent plus fortement chez les hommes

que chez les femmes. Les conclusions soulignent la nécessité de prendre logiquement en compte la situation financière et la situation de l'emploi dans le traitement des personnes dépendantes à l'alcool.

Summary

How is the work and earnings situation reflected within the context of inpatient treatment? This paper presents statements by male and female patients at the Forel Clinic on this subject and is based on the national treatment statistics act-info. It examines developments in gainful employment and the employment situation and the connection with the signs and symptoms of disorders, the available resources, and treatment-specific data. The results show that psychosocial stresses, characteristics of alcohol problems, and unfavourable factors in the patients' courses are associated with unemployment. There are several indicators that these relationships manifest more strongly in males than in females. The findings underline the need for consistent consideration of the earning and employment situation during treatment for people with alcohol dependence.