

# **Arbeitslosigkeit und Sucht**

**Prof. Dr. Dieter Henkel**

**Institut für Suchtforschung (ISFF)  
der Fachhochschule Frankfurt am Main  
University of Applied Sciences**

**e-mail: [prof.dieter.henkel@t-online.de](mailto:prof.dieter.henkel@t-online.de)**

**Stuttgart 10.6.09**

# Vortragsübersicht

Drei Fragestellungen, die in der Forschung bislang untersucht wurden:

- 1) Sind Substanzprobleme (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente) unter Arbeitslosen stärker verbreitet als unter Erwerbstätigen? Ist hier für Arbeitslose ein erhöhter Bedarf an Prävention und Behandlung erkennbar?
- 2) Ist die Arbeitslosigkeit ein Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtproblemen?
- 3) Wie viele der ambulant und stationär behandelten Suchtkranken sind arbeitslos, und welche Abstinenz- und beruflichen Reintegrationschancen haben sie nach Beendigung der Suchtbehandlung?

## Resümee zur Frage 1

Die Studienergebnisse dokumentieren,

- dass für Arbeitslose ein deutlich **erhöhter Bedarf an Prävention** (z.B. Früherkennung, Frühintervention) und **Behandlung** besteht.
- Dies gilt eindeutig für **Männer**: Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente.
- Bei den **Frauen** fallen die epidemiologischen Befunde z.T. widersprüchlich aus (außer Medikamente).

Forschungsüberblick Henkel 2008

**Zur Frage 2: Arbeitslosigkeit als Risikofaktor**  
**Erhöhte Prävalenz durch kausale Effekte der Arbeitslosigkeit?**

**18 methodisch aussagekräftige Längsschnittstudien**

## Untersuchungsbeispiel zum besseren Verständnis eines Längsschnittdesigns

### Catalano et al. 1993 (USA)

- Basis war eine aus dem Epidemiologic Catchment Area Projekt (ECA) gezogene repräsentative Stichprobe von Erwerbstätigen (N=3.987), die zum **1. Messzeitpunkt keine alkoholbezogenen Störungen** (Missbrauch/Abhängigkeit nach DSM-III) hatten.
- Zum 2. Messzeitpunkt 12 Monate später war die Inzidenz (erstmaliges Auftreten) alkoholbezogener Störungen bei den **arbeitslos Gewordenen um das 6-Fache höher als bei den erwerbstätig Gebliebenen** (odds ratio, logistische Regression).
- Diese Differenz zeigte sich nach **statistischer Kontrolle möglicher selektiv bedingter Unterschiede** zwischen den Vergleichsgruppen im Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status, Familienstand, ethnischen Zugehörigkeit und in nicht-alkoholbezogenen psychiatrischen Störungen.

## Überwiegend aber Konstanz im Konsumverhalten

- Die allermeisten Arbeitslosen **verändern ihren Alkohol- und Tabakkonsum nicht**, jedenfalls nicht wesentlich, auch nicht im Zuge länger anhaltender Arbeitslosigkeit.
- Es bestehen also, zumindest bei den Erwachsenen, häufig so **fest gefügte Trink- und Rauchgewohnheiten**, dass selbst der Verlust der Arbeit als kritisches Lebensereignis darauf keinen substantiellen Einfluss nimmt.

# Risikogruppen

Bislang zeichnen sich lediglich 3 grobe Risikogruppen ab:

- **männliche** Jugendliche und Erwachsene in Relation zu weiblichen
- **langzeitarbeitslose** Jugendliche und Erwachsene vs. kurzarbeitslose
- **Kinder und Jugendliche arbeitsloser Eltern**

„**Opfer durch Nähe**“, wenn sich negative Effekte der Arbeitslosigkeit im engeren sozialen Umfeld (Familie, Partnerschaft) auf Personen übertragen, die selbst nicht von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

Die Forschung verweist deutlich darauf, dass Kinder und Jugendliche aus Arbeitslosenfamilien u.a. ein geringeres Selbstwertgefühl haben, häufiger unter depressiven Verstimmungen leiden, schlechtere Schulleistungen zeigen und stressanfälliger sind (Kieselbach, Beelmann 2006).

Solche Probleme können zum Konsum psychoaktiver Substanzen motivieren.

## Suchtkranke als besonders vulnerable Risikogruppe,

für die das Risiko besteht, unter ungünstigen Umständen sogar in einen **circulus vitiosus** zu geraten, d.h.

- **Erwerbstätige mit ausgeprägter Substanzproblematik werden eher arbeitslos,**
- **entwickeln infolge der Arbeitslosigkeit eine noch höhere Symptombelastung, was die beruflichen Reintegrationschancen weiter reduziert,**
- **so dass die negative Wirkung der Arbeitslosigkeit auf die Substanzproblematik lange anhält und weitere Verschlimmerungen zur Folge hat.**
- **Daraus kann ein schwer umkehrbarer Prozess beruflicher Ausgrenzung resultieren.**
- **Analoge Zusammenhänge hat die Arbeitslosenforschung bei psychischen Störungen nachgewiesen (Moser, Paul 2001; Paul et al. 2006).**

## Zur Frage 3

- Wie hoch ist der Anteil der Arbeitslosen unter den Suchtbehandelten?
- Wie effektiv ist die Suchtbehandlung bei Arbeitslosen, gemessen am Kriterium der Abstinenz?
- Welche Chancen haben suchtbehandelte Arbeitslose, wieder Arbeit zu finden?

# Arbeitslosenquoten (%) im ambulanten und stationären Sektor der Suchtkrankenhilfe nach Hauptdiagnose und Geschlecht

Deutsche Suchthilfestatistik 2005 (IFT 2006)

ICD-10 Hauptdiagnose Störungen durch...	Männer	Frauen
<b>Ambulante Einrichtungen (N=595)</b>		
Alkohol	28.1	20.9
Sedativa/Hypnotika	39.8	21.5
Opiate	52.6	52.5
Cannabis	26.4	23.1
Kokain	37.6	38.9
Stimulantien	29.5	28.7
<b>Stationäre Einrichtungen (N=124)</b>		
Alkohol	39.5	31.0
Sedativa/Hypnotika	39.8	35.3
Opiate	62.2	58.4
Cannabis	47.9	43.9
Kokain	46.2	52.5
Stimulantien	56.3	45.2

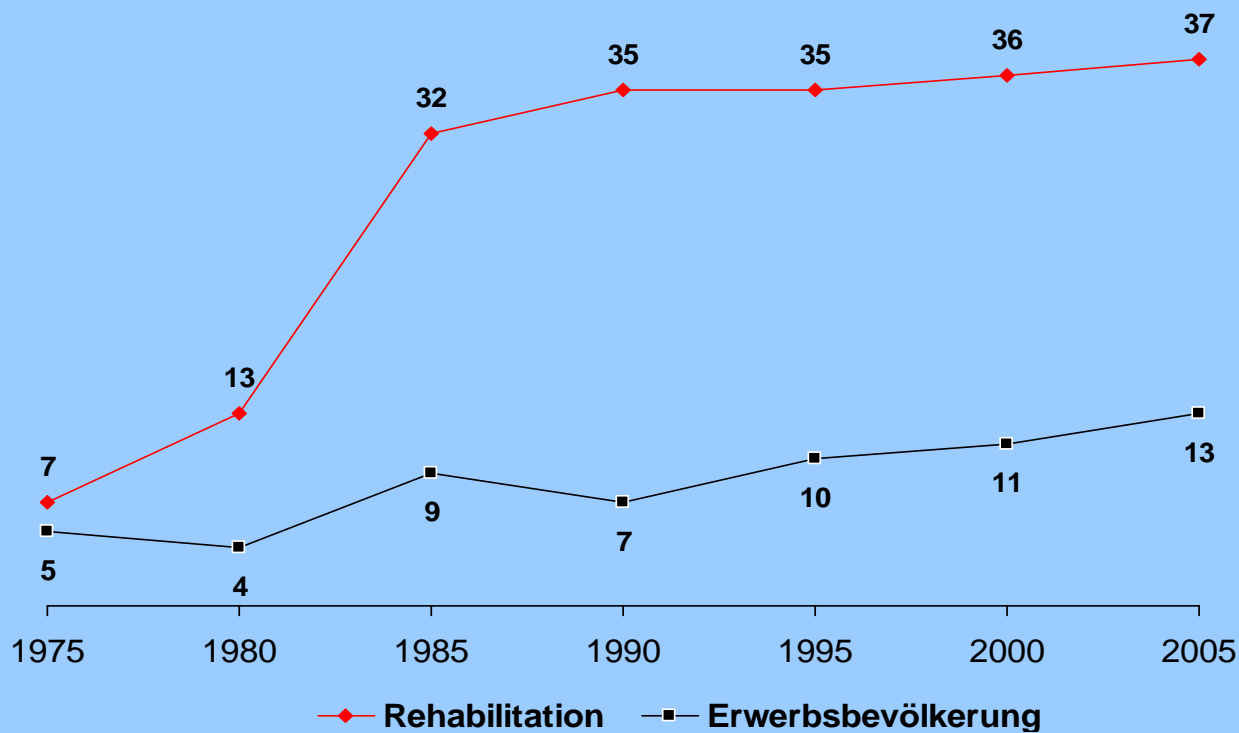
# Arbeitslose in der medizinischen Rehabilitation in der Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung nach Diagnosen im Jahr 2003

VDR Rehabilitationsstatistik 2003

ICD-10 Diagnose	N	davon arbeitslos	%
alkoholabhängig	38.259	14.045	36.7
drogenabhängig	8.662	3.245	37.4
medikamentenabhängig	425	111	26.1
mehrfachabhängig	3.777	1.462	38.7
<b>alle Diagnosen</b>	<b>702.122</b>	<b>79.531</b>	<b>11.3</b>
allgemeine Arbeitslosenquote in Deutschland 2003			<b>11.6</b>

# Entwicklung der Arbeitslosenquote (%) der Alkoholabhängigen in der Suchtrehabilitation (gesetzliche Rentenversicherung) und der Arbeitslosenquote (%) in der Erwerbsbevölkerung von 1975 bis 2005

VDR-Statistik Rehabilitation und BA-Daten, ab 1995 West+Ost



## Gründe für den Anstieg der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation

- Alkoholabhängige werden überproportional häufig arbeitslos
- Arbeitslosenquoten sind in jenen Gruppen stark gestiegen, aus denen sich die arbeitslosen Alkoholabhängigen in der Suchtbehandlung häufig rekrutieren: ältere, gering qualifizierte, gesundheitlich eingeschränkte
- suchtverstärkende Effekte der Langzeitarbeitslosigkeit, die ab 1985 stark zugenommen hat
- Kumulationseffekte durch häufige Behandlungswiederholung in der Gruppe der alkoholabhängigen Arbeitslosen

**Arbeitslose: 42% Behandlungswiederholer, Erwerbstätige 22% (ARA-Studie 2001-2005)**

## Mit der starken Zunahme der Arbeitslosen unter den Rehabilitanden hat die Effektivität der Suchtrehabilitation kaum Schritt halten können

Das gilt für die **beiden Hauptziele** der Rehabilitation

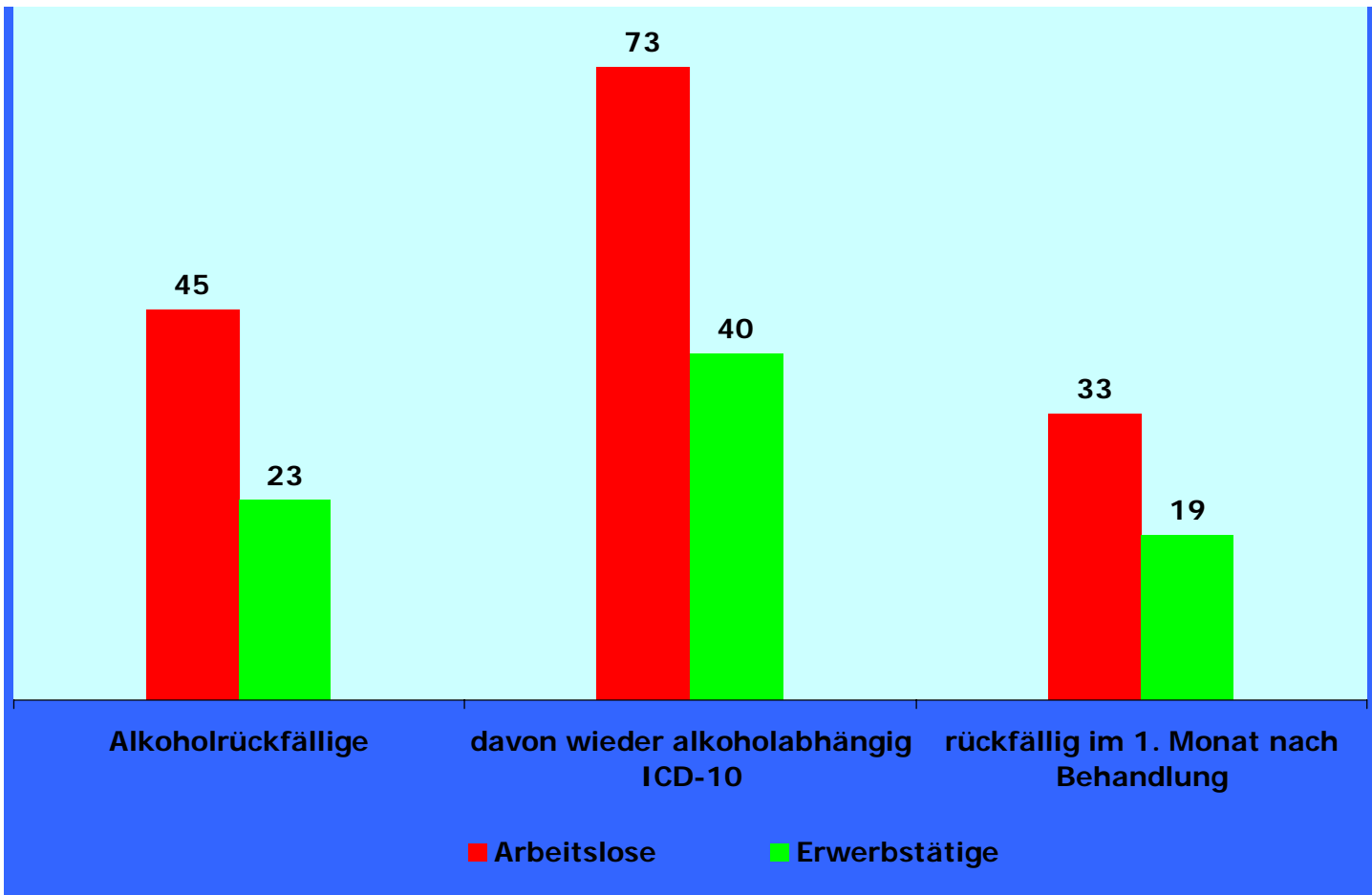
- **Abstinenz und**
- **Reintegration in Arbeit**

Dazu zunächst:

- Ergebnisse der ARA-Studie (Henkel, Zemlin, Dornbusch 2001-2005):  
Fachklinik Wilhelmsheim, Entlassjahrgang 2002, N=929  
Alkoholabhängige, darunter bei Aufnahme 397 Arbeitslose und  
435 Erwerbstätige

# Rückfallquoten (%) der konstant Arbeitslosen (N=181) und Erwerbstätigen (N=314) 6 Monate nach stationärer Suchtrehabilitation

Henkel et al. 2005 (ARA-Studie: Alkoholabhängige)



# Gründe für das in Relation zu den Erwerbstätigen höhere Rückfallrisiko der Arbeitslosen

ARA-Studie (2001-2005)

Arbeitslose haben in Relation zu den Erwerbstätigen **ungünstigere Ausgangsbedingungen zu Beginn der Behandlung**, vor allem

- chronifiziertere und ausgeprägtere Alkoholprobleme,
- schlechtere Werte in allen Dimensionen der Lebenszufriedenheit, im Bereich der psychischen Gesundheit (Depressivität, Ängstlichkeit, Selbstwertgefühl, Problembewältigungsverhalten), der sozialen Integration und Abstinenzzuversicht.

Zudem

- **brechen Arbeitslose deutlich häufiger die Behandlung ab** (Arbeitslose 18%, Erwerbstätige 8%).
- Diejenigen, die die Behandlung regulär beenden, profitieren von der Behandlung ebenso substantiell wie die Erwerbstätigen, doch sie **erreichen nicht das Entlassniveau der Erwerbstätigen**,
- befinden sich in der Zeit **nach der Behandlung** deutlich häufiger in einer schwierigen **psychosozialen Lebenslage** und
- nehmen wesentlich seltener an **Suchtselbsthilfegruppen** teil (Arbeitslose 29%, Erwerbstätige 41%).

# Empirische Bilanz zur Reintegration in Arbeit 2006

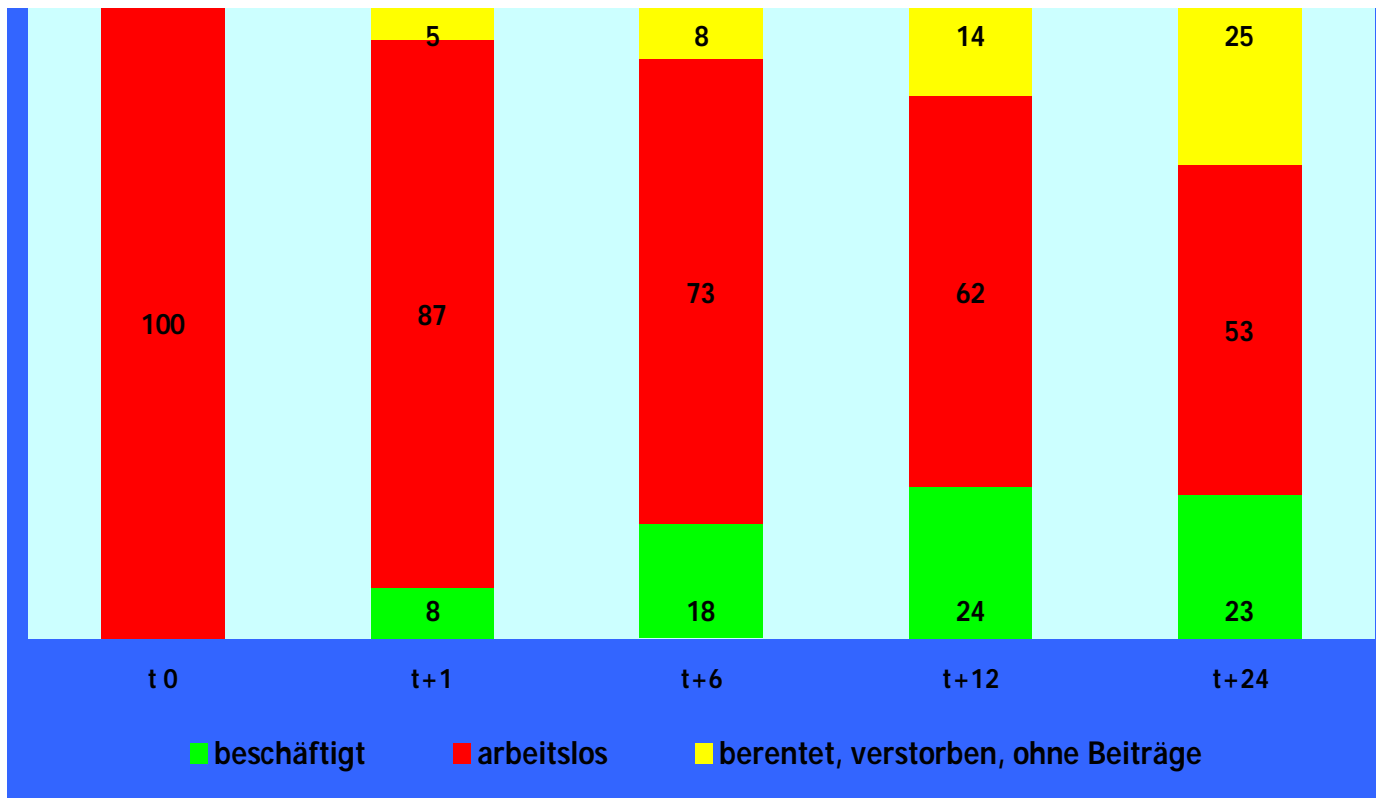
Konstanz und Wechsel im Erwerbsstatus zwischen  
Beginn und Ende der stationären Suchtbehandlung  
(Dt. Suchthilfestatistik 2006)

Erwerbsstatus bei Beginn		Erwerbsstatus bei Ende	
	erwerbstätig	arbeitslos	sonstige
erwerbstätig	93.7	5.0	1.2
arbeitslos	4.2	94.4	1.4

# Erwerbsverlauf der bei Reha-Beginn **arbeitslosen** Alkoholabhängigen (N=1.342) 2 Jahre nach stationärer Suchtrehabilitation: 2001-2003

BfA Reha-Jahrgang 2001 (N=5.929), Angaben in %

t0 =bei Aufnahme, t+ =Monate nach Behandlung (Henkel, Grünbeck 2005)



## Hauptgründe für die schwache berufliche Reintegrationsbilanz

- Die allgemein restriktive **Arbeitsmarktlage**
- und die häufigen **Arbeitsmarkthandicaps** der Arbeitslosen in der Suchtbehandlung (Daten aus ARA-Studie):
- **hohes Alter** (Mittel 45 Jahre)
- **geringe schulisch-berufliche Qualifikation** (70% höchstens Hauptschulabschluss)
- **lange Arbeitslosigkeitszeiten** (bis Aufnahme 50% länger als 12 Monate, 30% sogar länger als 2 Jahre)
- Hinzu kommen die **häufigen sowie frühen und gravierenden Rückfälle** nach Behandlung, die die Reintegrationschancen zusätzlich erheblich mindern.

## Was ist zu tun?

- Ausbau und Verstärkung von **Arbeitsförderungsmaßnahmen**  
**und**
- Entwicklung von **spezifischen Rückfallpräventionsprogrammen**  
für Arbeitslose

## Rückfallprävention

Die **arbeitslosenspezifischen** Maßnahmen sollten in bewährte ambulante bzw. stationäre Rückfallpräventionsprogramme (z.B. S.T.A.R. von Körkel et al. 2003) integriert werden und

nach den Ergebnissen der ARA-Studie sich vor allem an folgenden Zielen orientieren:

- **Vorbeugung des Behandlungsabbruchs**
- **Analyse der je konkreten Belastungen durch Arbeitslosigkeit**
- **Förderung der je konkret notwendigen Kompetenzen zur Problembewältigung und**
- **intensivierte Vermittlung in Nachsorgeangebote** (Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen).

## Arbeitsförderungsmaßnahmen

- sollten bereits **während der Behandlung** durchgeführt werden, **z.B. Profiling, Bewerbungstraining, PC-Qualifikationskurse, externe Arbeitsbelastungserprobung** (was in den meisten Kliniken auch schon geschieht)
- und nach der Suchtbehandlung von den **Institutionen der Arbeitsverwaltung** (Arbeitsagenturen, ARGEn, optierende Kommunen) **nahtlos** fortgeführt werden (detailliert Henkel, Zemlin 2008).
- Diese wichtige Schnittstelle zwischen Suchtrehabilitation und Arbeitsverwaltung erfordert eine enge **Vernetzung und Kooperation**, die bislang aber erst ansatzweise realisiert ist.
- Die **Nahtlosigkeit** ist in der Regel nicht gewährleistet.

## Neue Möglichkeiten der Vernetzung von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung bietet der § 16a (ehemals 16, 2) SGB II Suchtberatung für erwerbsfähige Arbeitslose, deren Eingliederung ins Erwerbsleben durch eine Suchtproblematik beeinträchtigt ist

Der bundesweite Stand der Umsetzung in der Praxis

- ist bislang **unbekannt**
- aber wahrscheinlich sehr **unterschiedlich** und
- in der Regel noch **fachlich defizitär** und **wenig effizient**
- bundesweite Erhebung durch BMG-Projekt (Wagner, Henke, Henkel, Nägele, Pagels / Abschlussbericht 8/2009)

.

## Zusammenfassung: Die 7 wichtigsten Punkte

- **Substanzprobleme sind unter Arbeitslosen signifikant häufiger verbreitet als unter Erwerbstätigen.**
- **Daher besteht für Arbeitslose ein erhöhter Bedarf an Prävention und Behandlung.**
- **Arbeitslosigkeit ist ein Risikofaktor, der die Entwicklung von Suchtproblemen begünstigt, auch und besonders bei Jugendlichen.**
- **Für arbeitslose Alkoholabhängige besteht ein im Vergleich zu den Erwerbstätigen wesentlich höheres und gravierendes Rückfallrisiko nach der Behandlung.**
- **Die beruflichen Reintegrationschancen der suchtbehandelten Arbeitslosen sind aufgrund multipler Vermittlungshemmnisse gering.**
- **Maßnahmen zur Förderung der Reintegration in Arbeit und zur Rückfallprävention sind gleichrangig bedeutsam und notwendig.**
- **Die dringend erforderliche Vernetzung von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung ist in der Regel immer noch sehr defizitär und wenig effizient.**

## **Literaturempfehlung**

**Henkel D, Zemlin U (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht.  
Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.:  
Fachhochschulverlag, 2008 (575 Seiten, 25.- Euro)**

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

## Literaturempfehlung

Dieter Henkel, Uwe Zemlin (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.

Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaft, 2008 (575 Seiten, 25.- Euro),

Bestellung über Buchhandel oder e-mail an:

[bestellung@fhverlag.de](mailto:bestellung@fhverlag.de)