

Sucht und Armut aus historischer und aktueller Sicht

Prof. Dr. Dieter Henkel

Institut für Suchtforschung (ISFF)

Fachhochschule Frankfurt a.M.

University of Applied Sciences

E-mail: prof.dieter.henkel@t-online.de

Tagung Münster 12.10.2011

Fragestellungen des Vortrags

Epidemiologie:

- ▶ **Wie verbreitet sind Suchtprobleme unter den Armen: Tabak, Alkohol, Cannabis, pathologisches Glückspiel?**
- ▶ **Ist die Armut ein Risikofaktor für die Entwicklung von Suchtproblemen?**

Prävention:

- ▶ **Welche grundsätzlichen präventiven Schlussfolgerungen lassen sich aus den Ergebnissen ziehen**
- ▶ **und welche Bedeutung könnte in diesem Kontext speziell den SGB II-Stellen (Jobcenter, ARGEn) zukommen? Ist das SGB II ein wirksames Instrument, um Menschen aus Sucht und Armut wieder herauszuführen?**

Fragestellungen des Vortrags

Zuvor historische Anmerkungen:

- ▶ **Wie wurde der Zusammenhang von Sucht und Armut im 19. und 20. Jahrhundert interpretiert?**
- ▶ **Quelle: Henkel, D. (Hrsg.) (1998). Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, illegale Drogen. Opladen: Leske + Budrich.**

Tabak

Raucherquoten (%) von Kindern/Jugendlichen nach verschiedenen Merkmalen sozialer Ungleichheit

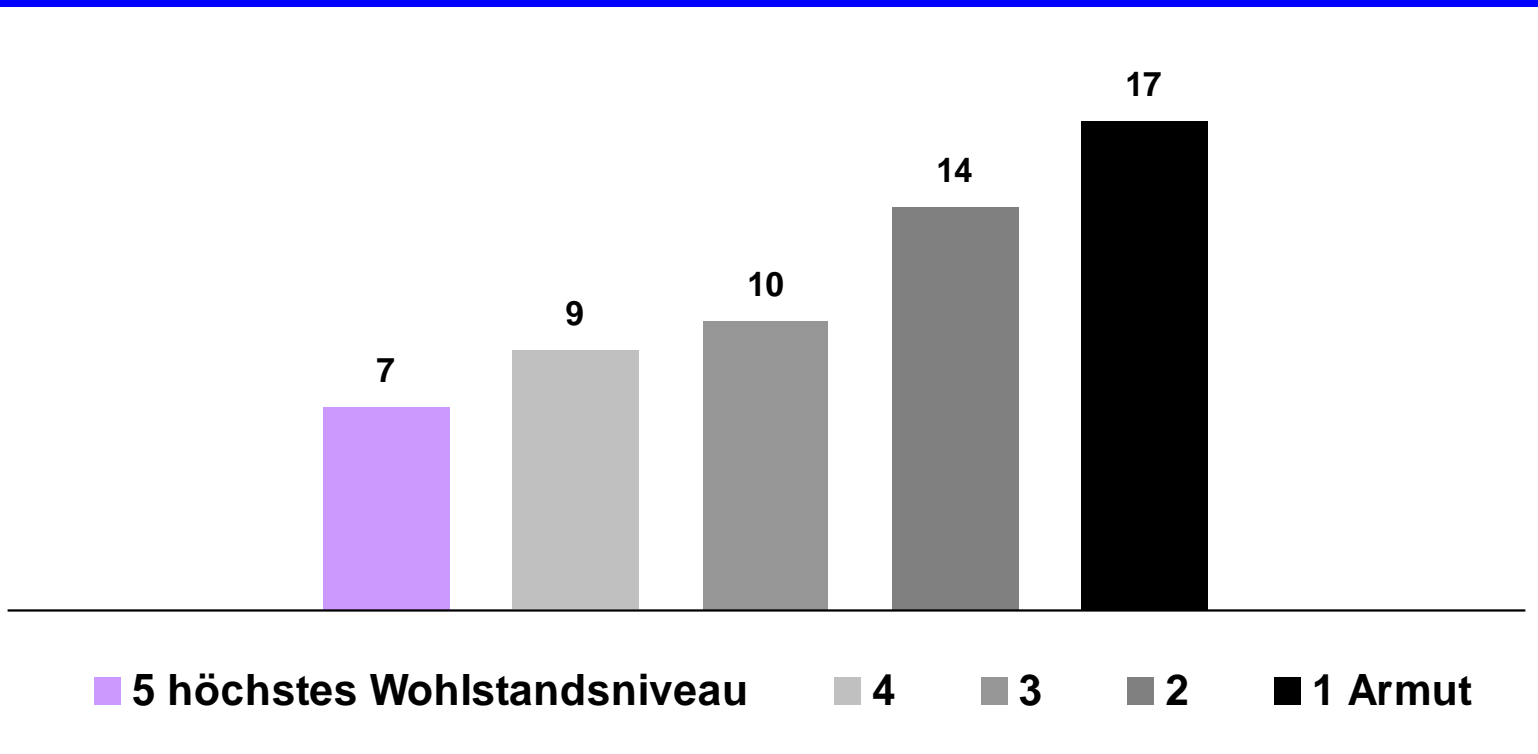
Höchste Quote stets in der jeweils am stärksten sozial benachteiligten Gruppe

Wohlstandsniveau	Armut	höchstes WN	HBSC Berlin 2003 tägliches Rauchen 11-15 Jahre HBSC Thüringen 2005 tägliches Rauchen 11-15 Jahre
Jungen + Mädchen	19	12	
Jungen	14	10	
Mädchen	20	10	
Schulform	Hauptschule	Gymnasium	ESPAD 2007 30-Tage-Prävalenz des Rauchens 15-16 Jahre KiGGS-Studie 2007 aktuelles Rauchen 14-17 Jahre
Jungen+Mädchen	43	30	
Jungen	42	18	
Mädchen	47	23	
Sozialschicht	untere	obere	KiGGS 2007 aktuelles Rauchen 14-17 Jahre
Jungen	36	26	
Mädchen	39	22	
Erwerbsstatus	arbeitslos	erwerbstätig	BZgA 2009 18-25 Jahre
Jungen + Mädchen	60	37	
Soziales Kapital	niedrigstes	höchstes	HBSC Hessen 2002 10-16 Jahre Rauchen mindestens wöchentlich
Jungen + Mädchen	28	7	

Prävalenz (%) des täglichen/mehrmals wöchentlichen Tabakrauchens nach **Wohlstandsniveau**

11- bis 15-Jährige, Klocke & Hurrelmann 1995 (HBSC NRW, N=2.491)

Soziale Gradienten,
d.h. kontinuierliche Zunahme der Prävalenzrate von der oberen hin zur unteren sozialen Position



Kinder und Jugendliche in Armut rauchen nicht nur häufiger und mehr sondern

- ▶ auch **früher** (ESPAD 2007)
- ▶ Sie unterliegen damit viel häufiger hohen tabakbedingten **Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiken**, denn je früher mit dem Tabakrauchen begonnen wird, umso höher ist das Risiko, körperlich zu erkranken und tabakabhängig zu werden (Breslau & Peterson 1996, Everett et al. 1999, Bornhäuser 2003)

Die kausale Frage: Armut ↔ Sucht

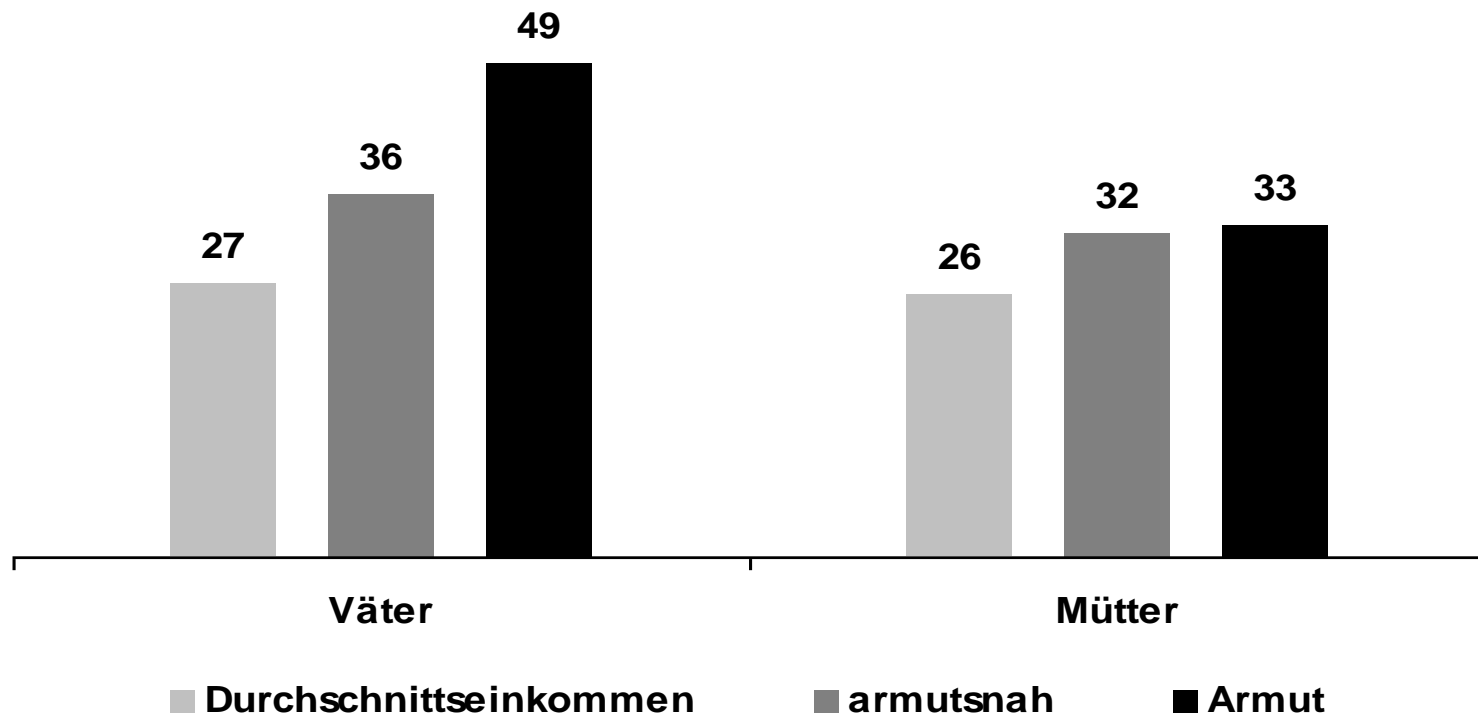
- ▶ Grundsätzlich betrachtet
- ▶ können aus epidemiologischen Daten (Querschnittsdaten) keine kausalen Schlüsse gezogen werden
- ▶ Lassen im Fall der Armut offen, ob die hohe Suchtprävalenz **Folge oder Ursache der Armut** ist
- ▶ Im vorliegenden Fall des **Rauchens bei Kindern/Jugendlichen** ist die Frage aber klar zu beantworten:
- ▶ Sie geraten nicht in Armut, weil sie rauchen, sondern weil ihre Eltern arm sind
- ▶ Daher zeigen die Daten, dass das Leben in Armut ein **hochbedeutsamer Risikofaktor für den Einstieg in das Tabakrauchen** darstellt

Wahrscheinliche Gründe, die den Einstieg in das Rauchen begünstigen und bei armen Kindern und Jugendlichen häufiger bzw. ausgeprägter vorkommen

- ▶ Alltags-, Familien- und Schulstress
- ▶ Beeinträchtigungen in der Bewältigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben: z.B. Rauchen zur Inszenierung eines Erwachsenenstatus, der z.B. infolge von Armut/Arbeitslosigkeit nur gebrochen und verzögert erreicht wird
- ▶ Leben in einem sozialen Umfeld, in dem das Tabakrauchen überproportional stark verbreitet ist: **Familie, Schule, peers.** Dadurch stärkere Normalisierung, Imitation und Verstärkung des Rauchens
- ▶ So haben Kinder in Armut deutlich häufiger rauchende Eltern, besonders Väter

Prävalenz (%) des Tabakrauchens bei Vätern und Müttern (25-50 Jahre) mit Kindern unter 15 Jahren nach Haushaltseinkommen

Henkel 2008

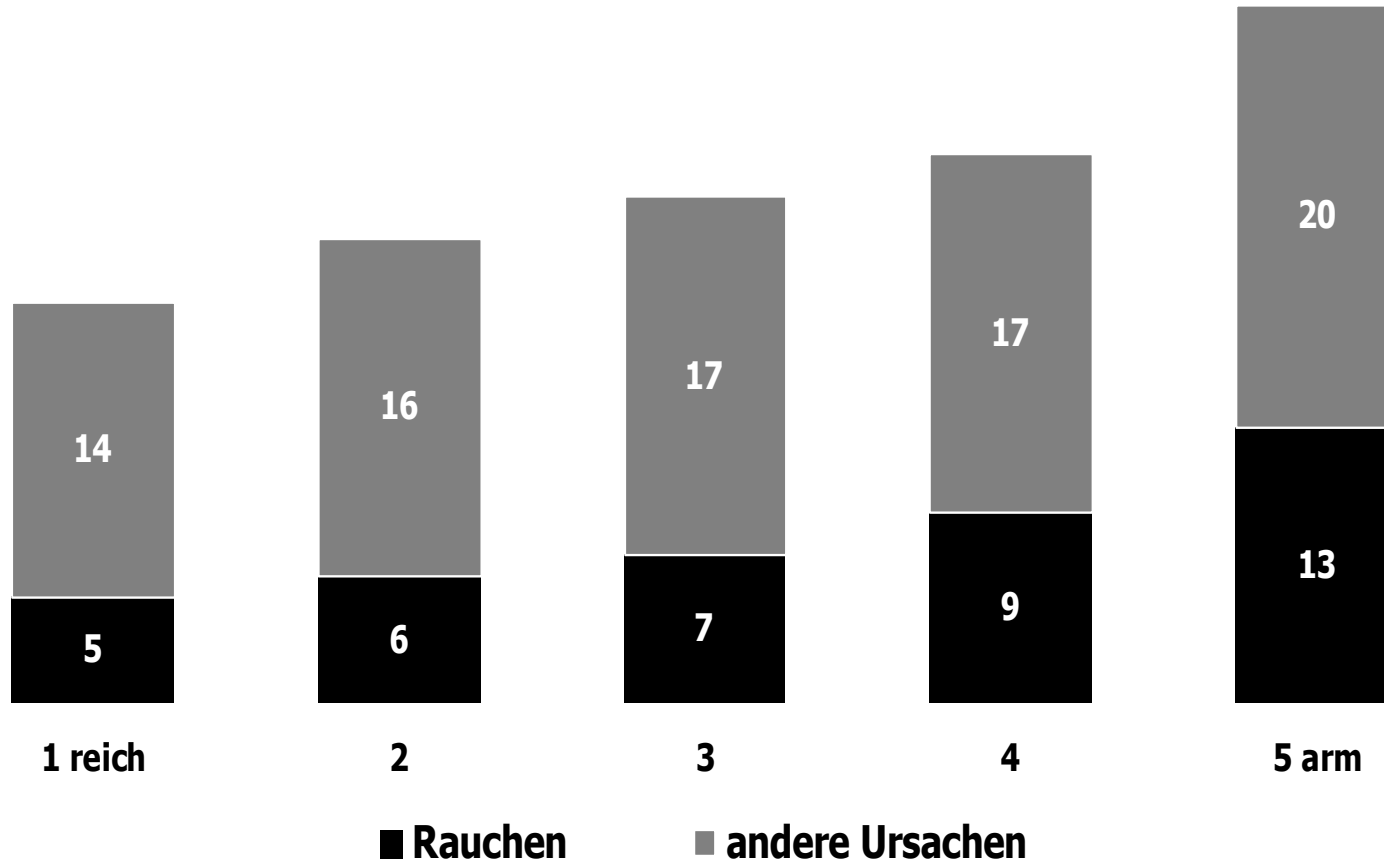


Arme rauchen nicht nur **häufiger**

- ▶ sondern auch **mehr**
- ▶ und **länger** (niedrigste Exraucherquote, Helmert 1999, Helmert, Maschewsky-Schneider, 1998, Henkel et al. 2003)
- ▶ mit der Folge, dass die **tabakbedingte Frühsterblichkeit** bei Armen 2- bis 3-mal höher ist als bei wohlhabenden Bevölkerungsgruppen
- ▶ „Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben“

Risiko (%) im Alter zwischen 35-69 Jahren zu sterben nach Ursachen und Einkommen

Jha et al. 1991 (Canada)



Alkohol

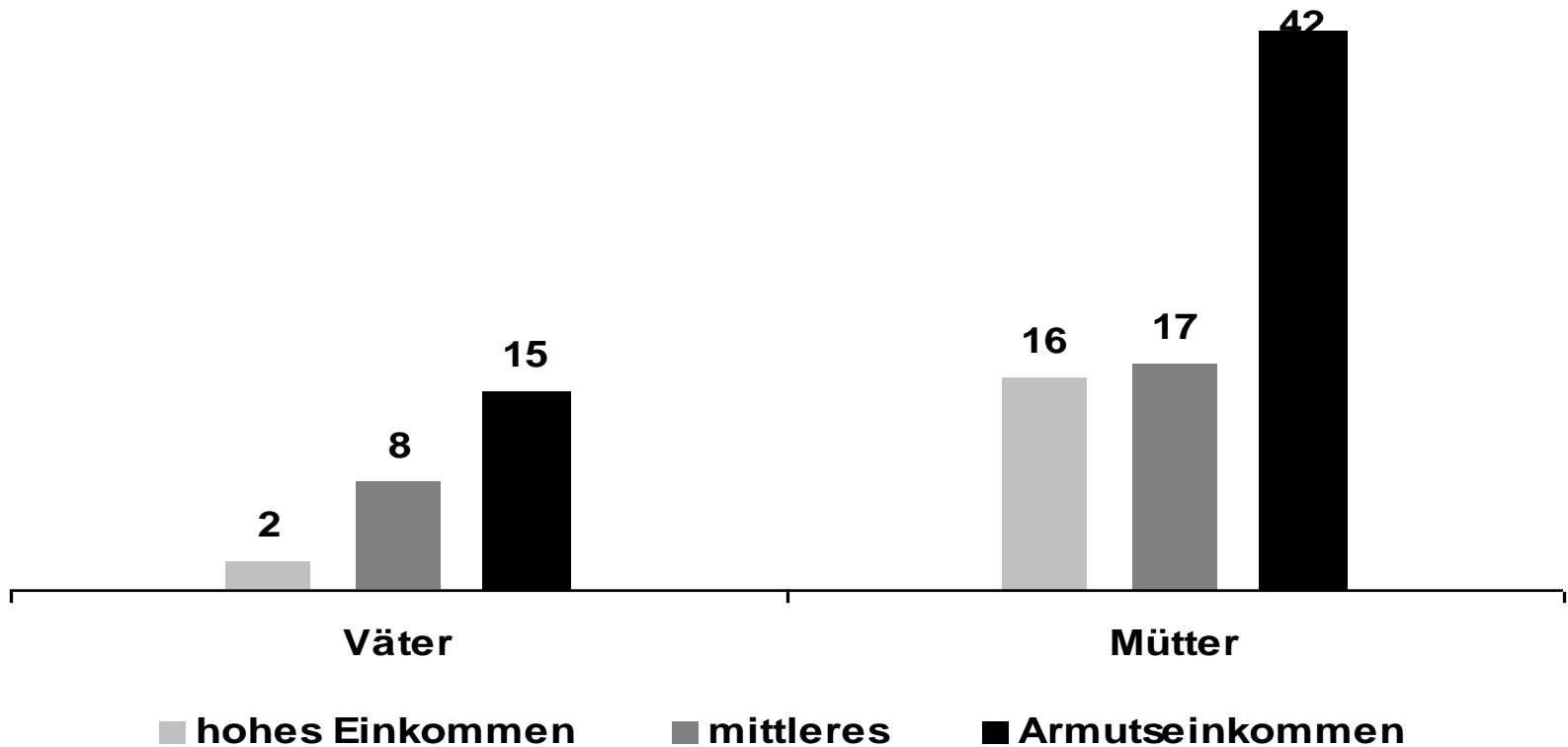
**Armut, konkret Hartz IV,
wird oft mit Alkohol in Zusammenhang gebracht,
häufig mit diffamierendem Unterton**

Nahezu unbekannt in Öffentlichkeit:

Der Anteil der **Alkoholabstinenten nimmt mit
abnehmendem sozioökonomischem Status (SES) deutlich zu
und ist in der Armutsbevölkerung am höchsten,
besonders ausgeprägt bei den Frauen**

Prävalenz (%) der Alkoholabstinenz bei Vätern und Müttern (25-50 Jahre) mit Kindern unter 15 Jahren nach Haushaltseinkommen

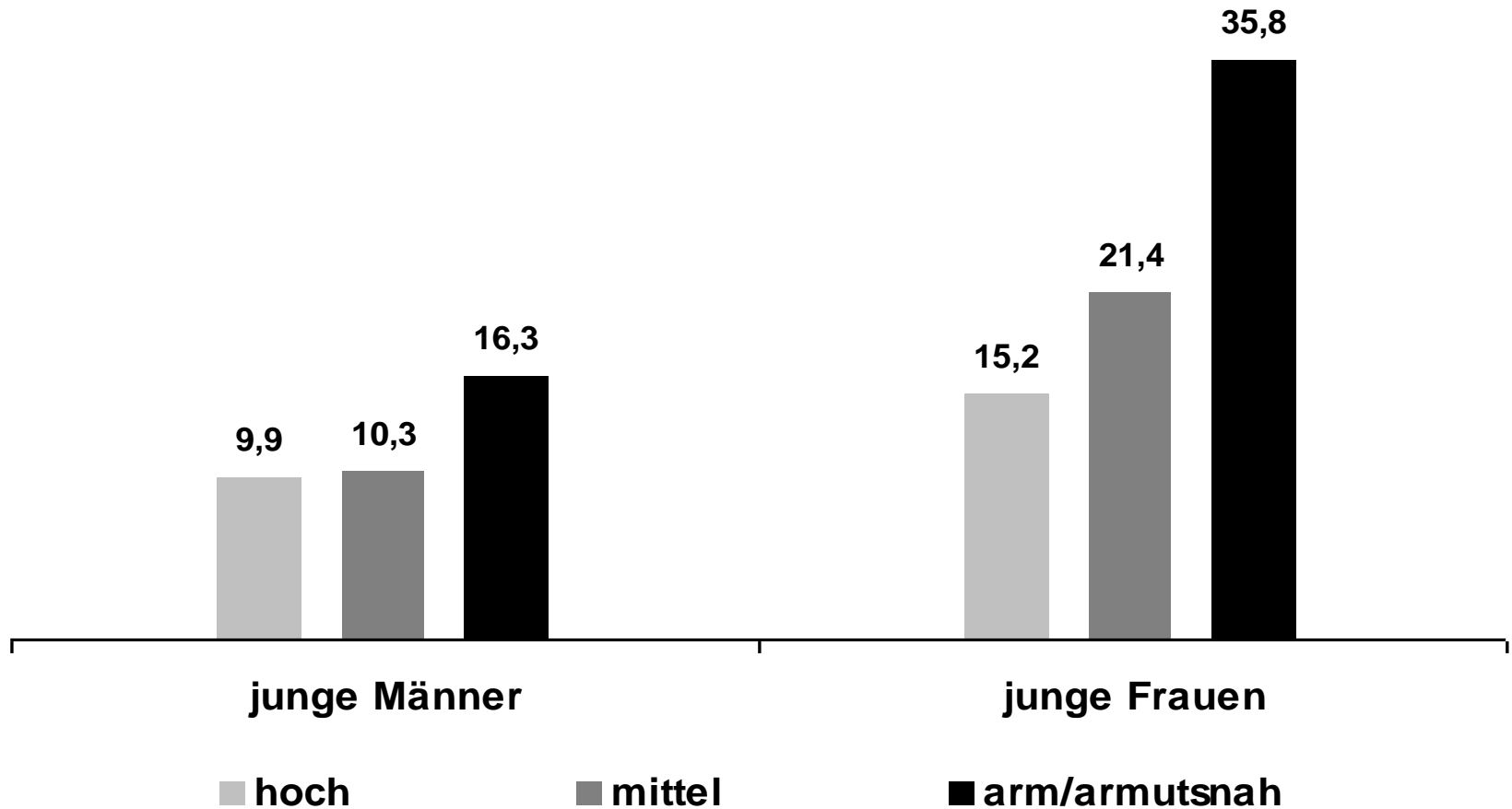
Henkel 2008 (Bundesgesundheitsurvey 1998)



Alkoholabstinente (%) nach Einkommen und Geschlecht

18- bis 29-Jährige,

Henkel 2008, Bundesgesundheitsurvey 1998



Mögliche Gründe für die hohen Abstinenzquoten in der Armen, besonders der Frauen in Armut

- ▶ Einkommensdifferenzen nicht alleiniger Grund, denn dann müsste auch die Verteilung der **Tabakabstinenz** dieser ökonomischen Logik folgen, was nicht der Fall ist (Henkel et al. 2003)
- ▶ **Armut** reduziert soziale Teilhabe, daher weniger gesellige Trinkanlässe (Arbeitsplatz, Verein, Gaststätte, usw.), so dass sich das Alkoholtrinken nur schwer zum kulturellen Lebensstil entwickeln kann
- ▶ **Armut** bedeutet hohe Stressbelastung, Stressreduktion durch Alkohol kann das Armutsmanagement (Haushalt, Kinder u.a.m.), das in aller Regel in der Hand der Frauen liegt, existentiell gefährden. Daher ist der Tabak, nicht der Alkohol das passende/bevorzugte Mittel zur Stressminderung
- ▶ Frauen in **Armut bzw. mit niedrigem sozioökonomischen Status** orientieren sich eher an einem traditionellen Frauenbild, zu dem es nicht ohne weiteres passt, Alkohol zu trinken

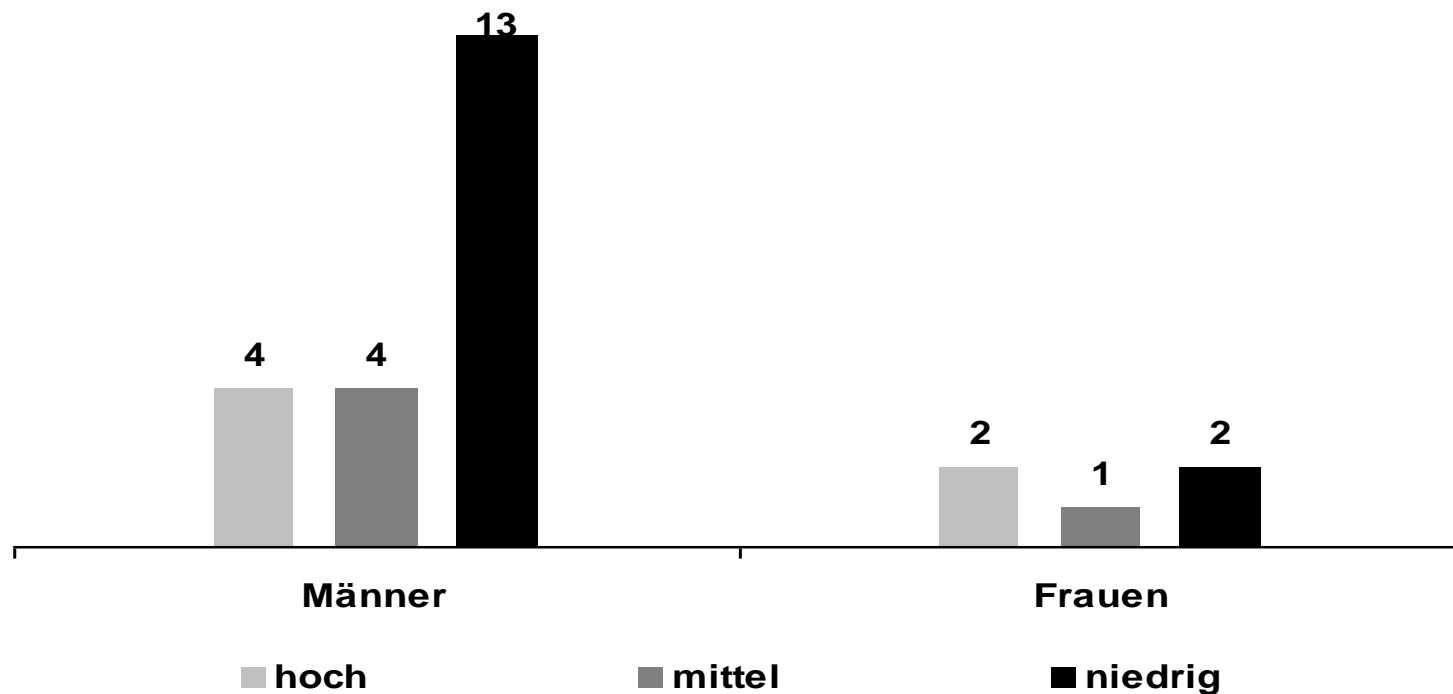
Wie auch immer:

Kinder in Armutsfamilien haben überproportional häufig **alkoholabstinente Elternmodelle**

Unter diesen Bedingungen ist Aufwachsen in Armut ein **Schutzfaktor gegen Alkoholismus**

**Aber: In der Armutsbevölkerung bzw. der unteren
Sozialschicht ist auch die **Alkoholabhängigkeit**
überproportional stark verbreitet (Männer)**

**Prävalenz (%) der Alkoholabhängigkeit (DSM IV)
nach sozioökonomischem Status und Geschlecht**
Bloomfield et al. 2000 (Suchtsurvey 1997, 18-59 Jahre)



**Vor diesem Hintergrund nicht verwunderlich:
Kinder in Armut leben überproportional häufig in
alkoholsucht-belasteten Familien (s. auch Klein 2008)**

**Sie gehören damit überproportional häufig zu einer der
vulnerabelsten Gruppen**

Denn Kind in einer suchtblasteten Familie zu sein, bedeutet:

- ▶ **hohes Risiko, selbst Alkoholprobleme zu entwickeln (Klein 2008)**
- ▶ **und unter weiteren Problemen zu leiden, vor allem:
psychische Störungen (Angst, Depression),
hohes familiäres Konfliktniveau,
elterliche (väterliche) Gewalt und
Vernachlässigung (ebda.)**

Armut ist also mit einem stark **polarisierten**
Verteilungsmuster assoziiert:
hohe Prävalenz von **Alkoholabstinenz** auf der einen
und von **Alkoholabhängigkeit** auf der anderen Seite

Illegale Drogen

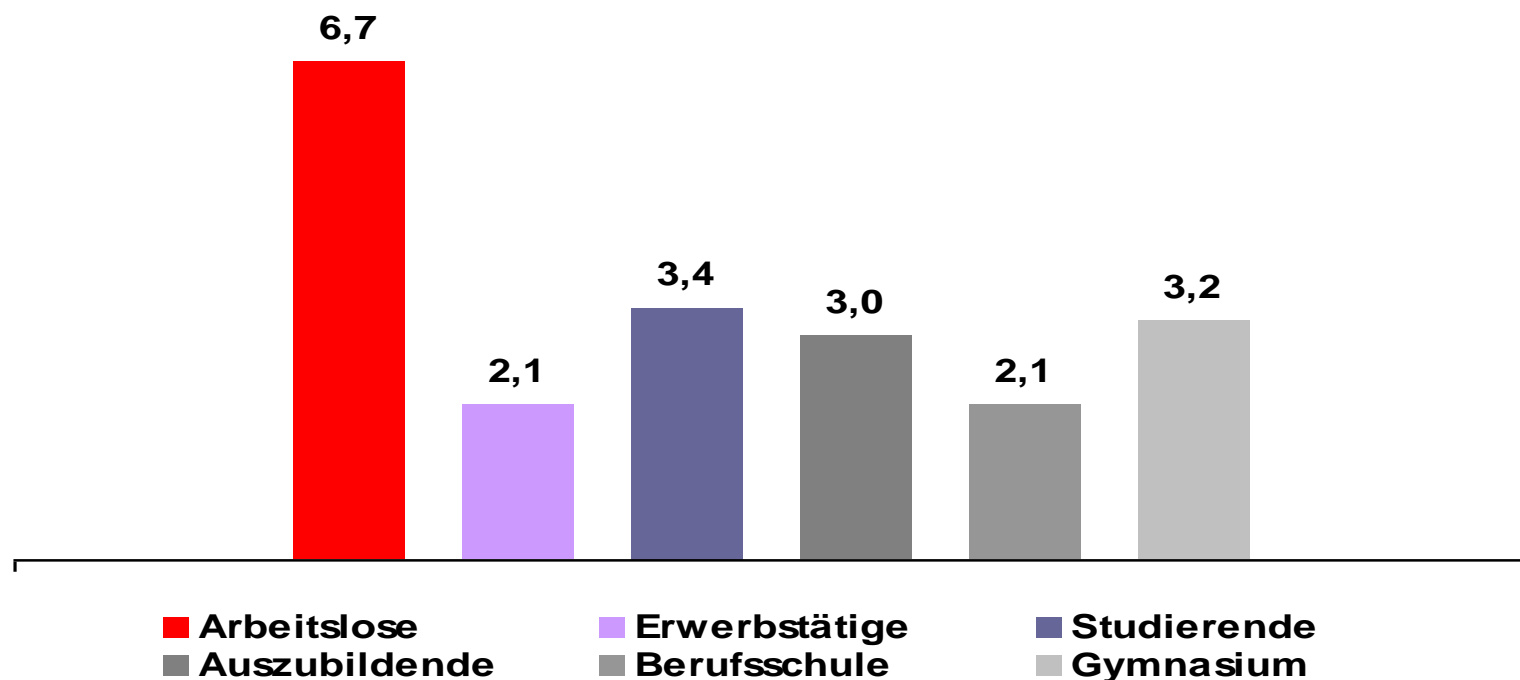
Cannabis

Keine großen Unterschiede in 12-Monatsprävalenz,
wenn man zwischen den Schulformen, Sozialschichten und
Wohlstandsniveaus differenziert

Sozialschicht	untere	obere	KiGGS 2007 14-17 Jahre
Jungen	14	13	
Mädchen	9	11	
Schulform	Hauptschule	Gymnasium	ESPAD 2007 15-16 Jahre KiGGS 2007 14-17 Jahre
Jungen+Mädchen	15	18	
Jungen	16	13	
Mädchen	12	10	
Wohlstandsniveau	Armut	höchstes WN	HBSC Thüringen 2005 11-15 Jahre
Jungen	6	6	
Mädchen	9	9	

Beim **aktuellen regelmäßigen Cannabiskonsum** zeigen sich deutliche soziale Differenzen: 12-25-Jährige

Prävalenz (%) des aktuellen regelmäßigen Cannabiskonsums nach Schulform, Ausbildungs- und Erwerbsstatus (BZgA 2010, N 7.000)



**Und auch das Risiko
für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit
ist sozial ungleich verteilt**

- ▶ **Längsschnittstudie (v. Sydow et al. 2002)**
- ▶ **Zeitspanne 4 Jahre, Alter 14-24, N=2.446**
- ▶ **Ergebnisse entsprechen den meisten internationalen Studien**

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit (DSM-IV) bei Jugendlichen, die zu Untersuchungsbeginn Cannabis konsumierten, aber nicht abhängig waren

* signifikant, v. Sydow et al. (2002)

6 Risikofaktoren	OR
Tod eines Elternteils vor 15. Lebensjahr	*
Konsum anderer illegaler Drogen	*
Schweregrad psychischer Symptome, Globalindex (SCL-90 GSI)	*
Niedriges Selbstwertgefühl	*
Niedriger sozioökonomischer Status (SES)	*
Schlechte finanzielle Situation	*

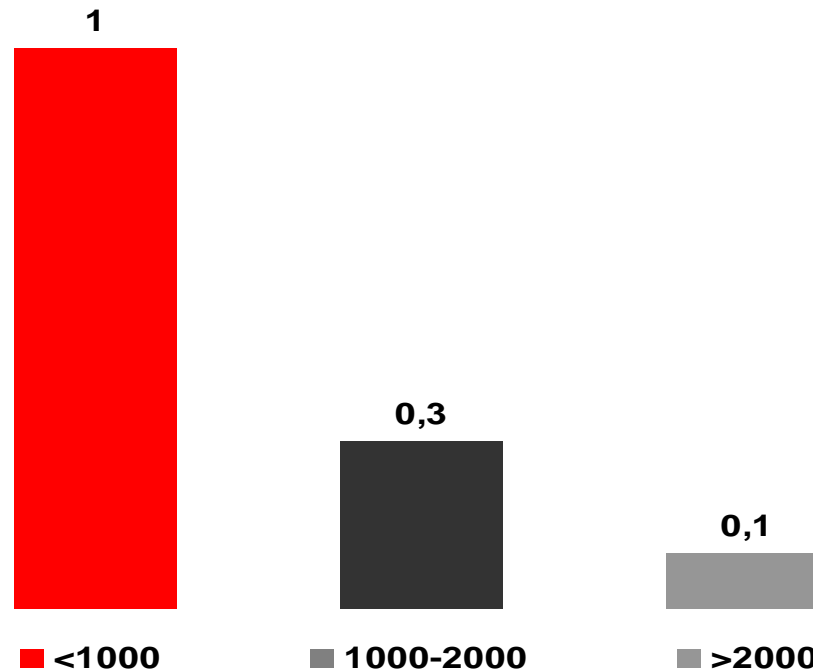
**Und auch beim Glückspiel
ist den Anteil der pathologischen Spieler
unter der Armen
mit weitem Abstand am höchsten**

Pathologisches Glücksspiel (DSM-IV, 12-Monatsprävalenz) bei 18- bis 64-Jährigen nach Haushaltseinkommen

(rot OR=1 adj. für alle sozialen Merkmale Alter, Gender, Erwerbsstatus, Nationalität, Ausbildungsniveau)

Sassen, Kraus, Bühringer et al. 2011 (N=8.006)

Prävalenzrate in Relation zum mittleren Einkommen 3.3-mal,
zum hohen Einkommen 10-mal höher



**Nochmals die
Kausalitätsfrage
Sucht als Ursache von
Armut?**

Suchtprobleme können die Armutslage **verschärfen**

Konsum von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen ist generell kostspielig und geht unter Armutbedingungen voll zu Lasten der Finanzierung lebenswichtiger Bereiche z.B. Ernährung, Bildung, Gesundheit, Kleidung

- ▶ **Arme geben z.B. zwischen 10% bis 20% ihres verfügbaren Einkommens für Tabakwaren aus (Deutsches Krebsforschungszentrum 2004),**
- ▶ **was zwangsläufig eine deutliche Verschärfung der Lebenslage für sie selbst und ihre Kinder bedeuten kann**

Suchtprobleme erhöhen das Risiko, in Armut zu geraten, vermittelt über chronische Gesundheitsprobleme, Haftstrafen, Verschuldung und vor allem das **Arbeitslosigkeitsrisiko**

- ▶ **Suchtprobleme erhöhen das Risiko, keine Ausbildung/Arbeit zu finden bzw. arbeitslos zu werden (Henkel Forschungsreview 2011)**
- ▶ **Zusammenhänge gelten auch für Jugendliche:**
- ▶ **Chronischer Alkohol-/Drogenmissbrauch während Schulzeit ist oft assoziiert mit schlechten Schulleistungen, Schulabbruch und Delinquenz (Drogen) (Lynskey & Hall 2002)**
- ▶ **Diese Probleme sind signifikante Prädiktoren deutlich reduzierter Arbeitsmarktchancen und Armut (Kaestner 1999, Shaw et al. 2007)**

Risiko eines Circulus vitiosus

- ▶ Suchtprobleme erhöhen das Arbeitslosigkeitsrisiko,
- ▶ wie auch umgekehrt die **Arbeitslosigkeit ein signifikanter Risikofaktor** für die Herausbildung und Verschlimmerung von Suchtproblemen: Alkohol, Tabak, illegale Drogen, psychoaktive Medikamente (Henkel Forschungsreview 2011)
- ▶ So kann sich unter Umständen eine wechselseitige Verschärfung und Verlängerung der Sucht- und Armutproblematik herausbilden

Präventive Schlussbemerkungen

**Nötig ist eine Präventionspolitik/-praxis,
die der sozial ungleichen Verteilung der
Suchtprobleme und Suchtrisiken
ausreichend Rechnung trägt**

**und tatsächlich so wirksam ist,
dass sie zu einer substantiellen Reduktion bzw. Beseitigung der
sozialen Gradienten in der Suchtproblematik auf einem generell
niedrigen Prävalenzniveau beiträgt**

Bei Planung/Implementierung präventiver Maßnahmen sind **3 Aspekte** zu beachten

(1) Arme haben es besonders schwer, selbst präventiv zu handeln. Zu erkennen an:

- ▶ Geben seltener das Rauchen auf (Helmert 1999, Henkel et al. 2003)
- ▶ Nehmen seltener an Suchtselbsthilfegruppen teil (z.B. Arbeitslose, Henkel et al. 2004)
- ▶ Nehmen seltener Früherkennungs-/Vorsorgeuntersuchungen und Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch (Delekat, Kis 2001, Langeness 2007, Kuhnert 2008)

(2) Arme brauchen daher mehr noch als andere soziale Gruppen professionelle/institutionelle Assistenz

(3) Um möglichst viele Arme zu erreichen, müssen Präventionsmaßnahmen und Vermittlung in Beratung und Behandlung vorzugsweise in solchen Institutionen implementiert werden,

- ▶ zu denen Arme **ohnehin häufig bzw. ständig** Kontakt haben
- ▶ **Niedrigschwelligkeit, bereits bestehende hohe Kontaktdichte**

Diese Kriterien erfüllen vor allem

- ▶ **Hauptschulen: hoher Anteil an Jugendlichen, die in Armut leben bzw. davon bedroht sind**
- ▶ **Arztpraxen und Krankenhäuser: hohe Kontaktdichte aufgrund hoher Krankheitsraten der Armen / in Modellprojekten mit Erfolg erprobt: Alkohol, Rauchen, Medikamente (Rumpf, Hüllinghorst 2003; Zahradnik et al. 2008)**
- ▶ **Sozialarbeit/Jugendarbeit: in Regionen/Stadtvierteln mit konzentrierter Armut**
- ▶ **SGB II-Stellen: Jobcenter/ ARGEn**

SGB II (Jobcenter, ARGE)

- ▶ **Jobcenter / ARGE sind die Institutionen, zu denen die allermeisten Armen Kontakt haben**
- ▶ **und über Möglichkeiten zur Suchtprävention (Früherkennung, Frühintervention) und Vermittlung in Suchtberatung über den § 16a SGB II verfügen**
- ▶ **und dies sogar kombiniert mit Maßnahmen zur (Re) Integration in Arbeit, somit mit Maßnahmen, die**
- ▶ **nachweislich deutliche suchtpreventive und (nach Behandlung) rückfallpräventive Effekte bewirken können (Henkel et al. 2008, Henkel 2011)**
- ▶ **und wieder aus der Armut herausführen können**

**Der § 16a SGB II ermöglicht genau das, was Fachleute aus Wissenschaft und Praxis seit langem fordern:
eine **systematische Vernetzung**
der Institutionen der Suchthilfe mit den Institutionen der
Arbeitsintegration**

§ 16a SGB II: Liegt ein Suchtproblem als Vermittlungshemmnis vor, kann eine Suchtberatung als weitere soziale Leistung zur Eingliederung ins Erwerbsleben durchgeführt werden, um so das letztendliche Ziel des SGB II, die Integration in Existenz sichernde Arbeit, besser zu erreichen

§ 17 SGB II: Dabei sollen die SGB II-Stellen (Jobcenter, ARGEn) mit der Sucht-/Drogenhilfe kooperieren

SGB II-Stellen wären also **ideale Träger bzw. Vermittler von Präventions-, Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen für Arme (und Arbeitslose)**

Aber wie sieht der Stand der Praxis aus?

Ausführlich dazu Forschungsbericht: „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben – eine bundesweite Befragung im Auftrag des BMG“ (Henke, Henkel, Nägele, Pagels, Wagner 2009, 2010)

2 Kritische Fragen

Frage 1

Wie viel % von allen SGB II-Beziehenden mit einer Suchtproblematik werden an eine Suchtberatungsstelle vermittelt?

- ▶ In 2009 wurden rd. **9.200** Personen von einer SGB II-Stelle an eine Suchtberatungsstelle vermittelt
(IFT 2010, Basis 627 Einrichtungen, hochgerechnet auf insgesamt 945 Beratungsstellen, Jahrbuch Sucht 2011)
- ▶ Wenn man davon ausgeht, dass **5% - 10%** aller SGB II-Beziehenden (4.9 Mill., BA 2010) eine behandlungsbedürftige Alkohol- oder Drogenproblematik haben,
- ▶ dann ergibt sich eine Vermittlungsquote von rund **2% -4%**
- ▶ nur bezogen auf arbeitslose SGB II-Beziehende eine Quote von rd. **3% -7%**

Frage 2

Wie oft gelingt eine Integration Suchtkranker in Existenz sichernde Arbeit / in den 1. Arbeitsmarkt?

**Einschätzungen der SGB II-Stellen, %-Zustimmungen
(Henke, Henkel, Nägele et al. 2009, 2010)**

Gelingt aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen

86%

Nicht verwunderlich angesichts des Umsetzungsstands „guter Praxis“ in den Grundsicherungsstellen (GSS) (Auszüge) (Henke, Henkel, Nägele et al. 2009, 2010)

89% bzw. 92% der GSS	hatten eine Personalrelation im Bereich Betreuung/Vermittlung, die über dem BA-Richtwert von 1:75 bei den U25 bzw. 1:150 bei den Ü25 lag
84%	hatten ihre Fachkräfte noch gar nicht oder noch nicht ausreichend suchtspezifisch geschult
79%	praktizierten nur reaktive Verfahren zum Erkennen von Suchtproblemen (Frage nach Suchtproblemen nur bei Auffälligkeiten oder wenn Kunde sie von sich aus anspricht)
45%	unterhielten keine (vertraglich) geregelte Kooperation mit Einrichtung(en) der Sucht-/Drogenhilfe
Zudem wurden	den Suchtkranken nahezu ausschließlich 1-Eurojobs (§ 16d SGB II) als Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen angeboten

Es ist also noch viel zu tun,
um den § 16a SGB II zu einem effektiven Instrument
zu machen, das den Menschen hilft,

- ▶ ihre **Suchtprobleme** zu überwinden und
- ▶ in Existenz sichernde **Arbeit** integriert zu werden und
- ▶ um so wieder aus der **Armut** herauszukommen

Es drohen Verschlechterungen

„Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“

Beschlossen im Bundestag am 23. September 2011, soll im November in Kraft treten

- ▶ **Ziel: bis 2015 Einsparungen im Bereich Arbeitsmarktpolitik in Höhe von 8 Mrd. Euro**
- ▶ **Betroffen vor allem schwer in den Arbeitsmarkt Vermittelbare, d.h. Langzeitarbeitslose mit mehreren Vermittlungshemmnissen,**
- ▶ **zu denen Suchtkranke häufig gehören**
- ▶ s. Stellungnahmen Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe und Fachverband Sucht, Juni 2011

**Und deren Reintegrationschancen sind auch
jetzt schon verschwindend gering**

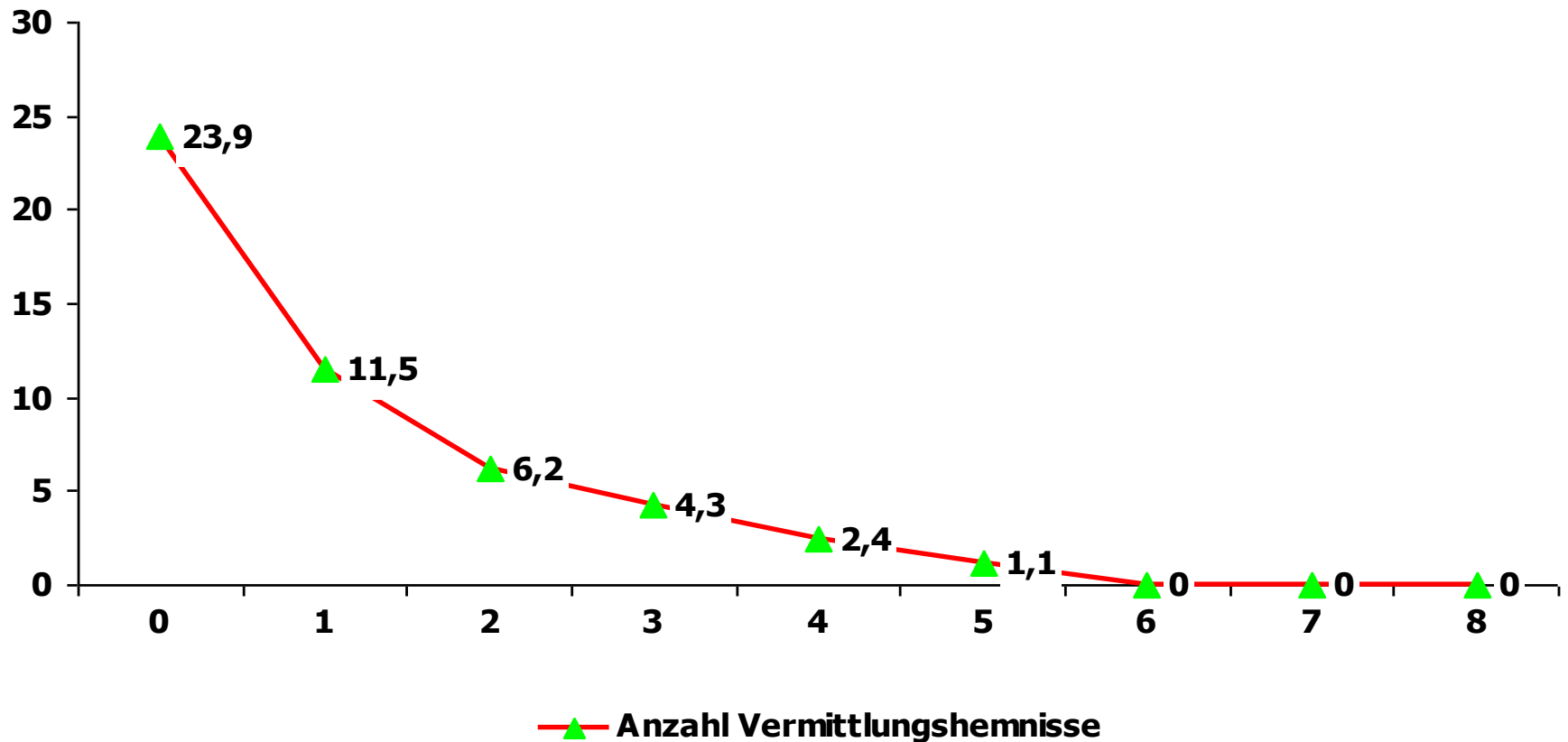
s. nachfolgende IAB-Studie von Achatz und Trappmann (2011)



Übergangsquoten (%) von ALG II in Existenz sichernde Erwerbstätigkeit innerhalb von \varnothing 8.5 Monaten (2006-2007) in Abhängigkeit von der Zahl der Vermittlungshemmnisse

IAB Achatz, Trappmann 2011 (N=19.000)

Untersuchte Vermittlungshemmnisse: im Bereich Alter, Geschlecht, Haushaltstyp (mit/ohne Kinder), Gesundheit, Bildung/Qualifikation, Migration, Dauer des ALG II-Bezugs, regionale Arbeitsmarktlage u.a.m. (Sucht nicht berücksichtigt)



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Was ist zu tun? Stellungnahme des Drogen- und Suchtrats (Entwurf 2011)

- ▶ **Im Entwurf alle Empfehlungen aus SGB II-Sucht-Studie (Henke et al. 2009) übernommen:, vor allem:**
- ▶ **Herstellen einer Betreuungsrelation, die es ermöglicht, auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können (max. 1:75, 1:150)**
- ▶ **Gute suchtspezifische Schulung**
- ▶ **frühzeitige, enge und vertraglich geregelte und vor allem fallbezogene Kooperation mit der Suchthilfe**
- ▶ **ausreichende Verfügbarkeit passgenauer arbeitsmarktpolitischer Instrumente (1-Eurojobs, öffentlich geförderte Beschäftigung, freie Eingliederungsleistungen, berufliche Weiterbildung)**
- ▶ **Sicherung nahtloser Übergänge zwischen den Beratungs- und Vermittlungsangeboten der Institutionen der Arbeitsintegration und der Suchthilfe und Suchtrehabilitation**
- ▶ **Diese Empfehlungen/Forderungen für Jobcenter/ARGE n (SGB II) sollen in analoger Weise auch für die Arbeitsagenturen (SGB III) gelten**

Entwicklung der Raucher/innenquote 1986-2009 nach sozioökonomischem Status (SES) 30-Tages-Prävalenz, 18 Jahre und älter (Piontek et al. 2010) Prävalenzraten (%): rote/grüne Linie darunter in blau: Differenz in Prozentpunkten

