

# **Integration Suchtkranker in Arbeit im Rahmen des SGB II: Stagnation auf niedrigem Niveau**

Prof. Dr. Dieter Henkel

Institut für Suchtforschung ISFF

Fachhochschule Frankfurt a.M. - University of Applied Sciences

DHS Fachkonferenz Essen 4.11.2013



Institut für Suchtforschung  
Frankfurt am Main

## Ergebnisse der Forschung

- Für das Thema „Integration Suchtkranker in Arbeit“ sind 3 Zusammenhänge von entscheidender Bedeutung,
- die durch Forschung gut nachgewiesen sind:

## Ergebnisse der Forschung

- (1) Erwerbstätig zu sein, bedeutet, eine in Relation zur Arbeitslosigkeit signifikant größere Chance zu haben, die eigenen Suchtprobleme nachhaltig zu überwinden.
- (2) Umgekehrt ist eine Überwindung der Sucht keine Garantie für eine nachhaltige Integration in Arbeit,
- vielmehr bleiben die allermeisten Arbeitslosen auch nach Abschluss der Suchtbehandlung arbeitslos und
- (3) sie unterliegen damit einem im Vergleich zu Erwerbstätigen wesentlich höherem Risiko, rückfällig zu werden.
- ARA-Projekt Henkel et al. 2005; Brewer et al. 1998; Adamson et al. 2009; Henkel 2011.

## Vermittlungshemmnisse

- Der wesentliche Grund für das Scheitern der beruflichen Eingliederung:
- Suchtkranke weisen häufig ein Bündel von **Vermittlungshemmnissen** auf:
- niedriger Bildungs- bzw. Qualifikationsgrad,
- eingeschränkte Gesundheit durch chronische Krankheiten,
- Verschuldung,
- langandauernde bzw. wiederholte Arbeitslosigkeit,
- strafrechtliche Probleme,
- Führerscheinentzug u.a.m.
- (SGB II-Sucht-Studie Henke, Henkel, Nägele et al. 2009)

## Konsequenz

- **Daher notwendig, die Integration in Arbeit systematisch zu fördern,**
- und zwar am besten
- im Rahmen einer zwischen den Institutionen der Suchthilfe und der Arbeitsverwaltung (Arbeitsagenturen, Jobcenter) gut vernetzten und fachlich abgestimmten integrationsorientierten Betreuung.

## SGB II

- Dieses Prinzip ist im Grundsatz auch im SGB II enthalten.
- §16a SGB II: Liegt ein Suchtproblem als Vermittlungshemmnis vor, kann eine **Suchtberatung als eine weitere soziale Leistung zur Eingliederung ins Erwerbsleben** durchgeführt werden,
- um so das letztendliche Ziel des SGB II, die **Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch Integration in Existenz sichernde Arbeit**, besser zu erreichen.
- Dabei sollen, so § 17 SGB II, die Jobcenter mit der Suchthilfe kooperieren.

# Fragen

- Vielerorts gute Kooperationspraxis
- Doch was leistet das SGB II bundesweit?
- Anhand von **2 Kriterien**:
- (1) Bei wie vielen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (Arbeitslosengeld II-Beziehenden) wird das Instrument des §16a angewendet, um damit die Arbeitsintegrationschancen zu erhöhen?
- (2) Bei wie vielen ALG II-beziehenden Suchtkranken gelingt tatsächlich die Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch Integration in Arbeit?

## Wie viele wurden an die Suchthilfe vermittelt?

- Nach Daten der bundesweiten Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) ab 2007

Alle und **von Jobcenter vermittelt** ALG II-beziehende Klienten/Klientinnen in ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen der Suchthilfe in 2012

IFT/DSHS 2013

	zusammen
<b>Alle mit ALG-II-Bezug</b> (1.002 Einrichtungen) <b>Hochgerechnet</b> auf alle Einrichtungen	67.942 <b>133.220-154.400</b>
<b>Jobcenter-Vermittelte</b> (1.002 Einrichtungen) <b>Hochgerechnet</b> auf alle Einrichtungen	5.039 = 7.4% <b>9.880-11.450</b>
DSHS bildet 44%-51% aller Facheinrichtungen der Suchthilfe ab (Süss, Pfeiffer-Gerschel 2011)	

Maximal rd. 11.500 in 2012 sind **verschwindend wenige** angesichts der großen Zahl von ALG II-Beziehenden (2011: 4.52 Mio.) und der weiten Verbreitung von Suchtproblemen in dieser Bevölkerungsgruppe

Quelle		Merkmal	Gruppe	P-Rate %
Schubert et al. 2013		AOK Versicherte	ALG II-Bezieher	<b>16.3%</b>
		TK Versicherte	ALG II-Bezieher	<b>10.8%</b>
		mit ICD F10-F19-Diagnose	ALG I-Bezieher	5.0%
		in 2011 bzw. 2009	Erwerbstätige	2.8%

**Hochgerechnet auf**

**alle gesetzlich krankenversicherten ALG II-Bezieher mit einer ICD10 F10-F19 Diagnose:**

**300.000-450.000 (11%-16% von 2.8 Mio.)**

**= nur diejenigen ALG II-Bezieher, die im Laufe eines Jahres einen Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht haben, und deren Suchtprobleme dort erkannt wurden**

Niedrige Vermittlungszahlen verwundern kaum angesichts folgender **Probleme bzw. Defizite** in den Jobcentern:

- (1) Ungünstige **Personalrelation** > 1:75 (U25), > 1:150 (Ü25), somit sehr wenig Zeit für den Einzelfall
- (2) Defizite in Hinblick auf **suchtspezifische Qualifizierung** der Fachkräfte: Woran erkennt man z.B. ein pathologisches Glücksspielverhalten oder Abhängigkeit von Cannabis?
- (3) Verwendung lediglich von „**reaktiven**“ **Verfahren zum Erkennen von Suchtproblemen**, d.h. Thematisierung von Suchtproblemen nur bei Auffälligkeiten (z.B. Alkoholfahne, Entzug der Fahrerlaubnis)
- Fazit: Nur die Spitze des Eisbergs wird erfasst.
- Quelle; Henke et al. 2010

Von einem Jobcenter an eine ambulante oder (teil-) stationäre Einrichtung der Suchthilfe Vermittelte in **2007-2012**

Quelle: IFT/DSHS 2008-2012 (2005, 2006 keine Daten)

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Vermittelte</b>	<b>4.786</b>	<b>6.967</b>	<b>6.917</b>	<b>6.575</b>	<b>5.478</b>	<b>5.039</b>
An DSHS beteiligte Einrichtungen	606	822	863	916	936	1.002
<b>Vermittelte pro Einrichtung</b>	<b>8.0</b>	<b>8.5</b>	<b>8.0</b>	<b>7.2</b>	<b>5.9</b>	<b>5.0</b>

## 2 Gründe für Rückgang der Vermittlungszahlen

- (1) Zahl der ALG II-Beziehenden in Bevölkerung seit 2007 insgesamt rückläufig von 5.28 Mio. auf 4.52 Mio. in 2011 (BA 2011)
- (2) Erhebliche **Mittelkürzungen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik (2010-2014)**, die dazu geführt haben, dass den Jobcentern in 2011 für die Förderung von ALG II-Beziehenden rund 25% ihrer Eingliederungsmittel gekürzt wurden, und in 2012 um nahezu 50%.
- Paritätischer Gesamtverband 2012

Vermittlungen an die Suchthilfe suchtdiagnostisch **selektiv**, vor allem **alkohol-lastig**, damit indirekt auch **männer-lastig**

IFT/DSHS 2012 : ambulante Einrichtungen 2011

Diagnose	Referenzwert Anteil von allen ALG II-Klienten	Anteil von allen Jobcenter-vermittelten ALG II-Klienten	Differenz Prozentpunkte
ICD 10 F10 <b>Alkohol</b>	46.3%	<b>66.3%</b>	<b>+ 20 PP</b>
ICD 10 F 11 <b>Opiate</b>	27.3%	<b>7.2%</b>	<b>- 20 PP</b>

## Suchtdiagnostische Selektivität

- Den Jobcenter-Fachkräften fällt es offensichtlich leichter, Alkoholprobleme zu erkennen und relativ schwer, Probleme mit illegalen Drogen zu identifizieren.
- Selektivität ist Ausdruck ungenügender suchtspezifischer Schulung und
- Folge davon, dass nahezu alle Jobcenter **keine suchtdiagnostischen Tests bzw. Fragebögen** verwenden (ist sogar ausdrücklich dem ärztlichen/psychologischen Dienst der BA vorbehalten).
- Henke et al. 2010

## Zwischenbilanz

- (1) Nur sehr **selten** werden Suchtkranke erkannt
- (das gilt auch für psychisch Kranke, aktuelle IAB-Studie von Schubert et al. 2013)
- (2) Nur sehr **selten** wird der §16a SGB II angewendet, um die Arbeitsintegrationschancen Suchtkranker durch Vermittlung an die Suchthilfe zu verbessern
- (3) Zahlen sogar deutlich **rückläufig** und zudem
- (4) erfolgen die Vermittlungen stark **selektiv**.

## Zwischenbilanz

- Darüber hinaus mündet die Vermittlung längst nicht immer in eine kooperative, mit der Suchthilfe abgestimmte Fallbearbeitung,
- so dass **Synergieeffekte**, die die Suchtbehandlungseffekte und die Arbeitsintegrationschancen erhöhen könnten, oft unausgeschöpft bleiben
- Henke et al. 2010; GVS 2010

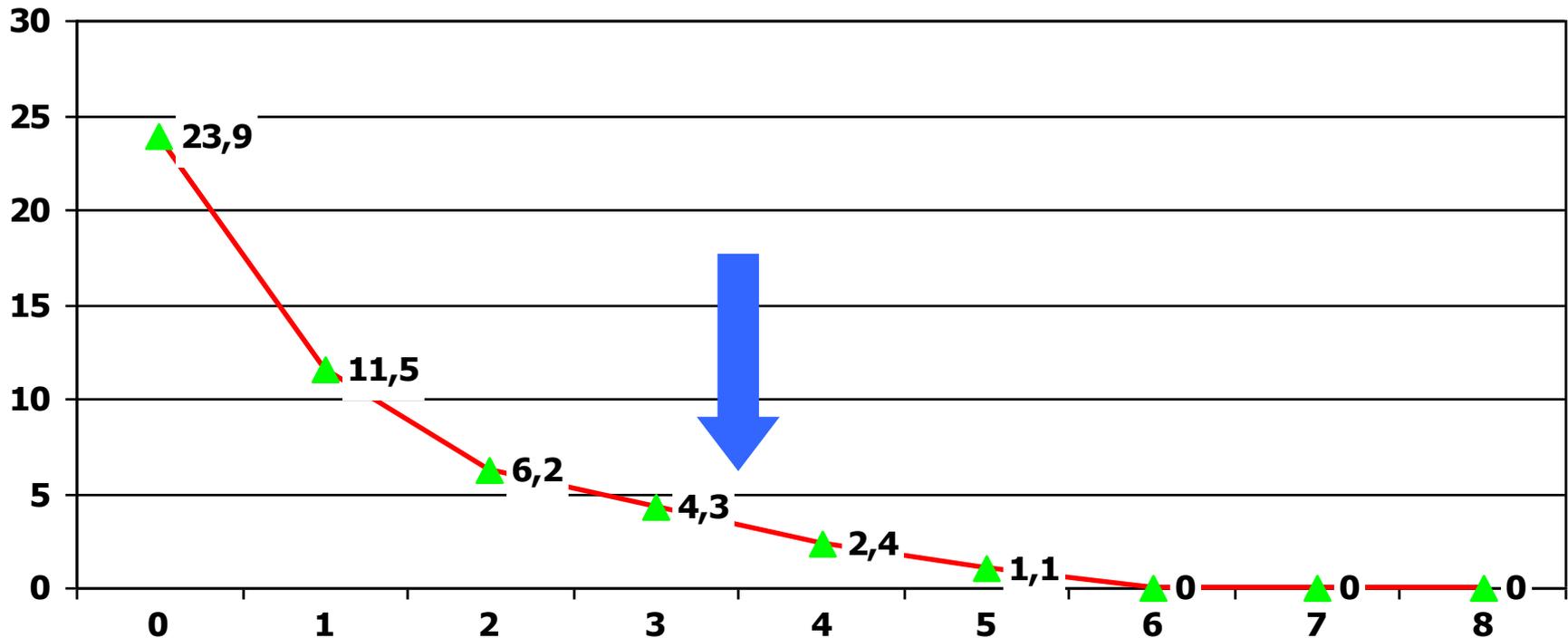
## Integration in Existenz sichernde Arbeit

- Keine bundesweite Jobcenter-Statistik,
- aber 3 empirische Indikatoren, die übereinstimmend zeigen:
- **Zwischen dem gesetzlichen Anspruch der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der Realität klafft eine immense Lücke**

## 1. Indikator

- IAB-Studie von Achatz, Trappmann 2011 (N=19.000)
- **Übergangsquoten (%) von ALG II in Existenz sichernde Arbeit innerhalb von  $\emptyset$  8.5 Monaten in Abhängigkeit von Zahl der Vermittlungshemmnisse**
- Vermittlungshemmnisse hinsichtlich Alter, Geschlecht, Gesundheit, Qualifikation, alleinerziehend, Migration, regionale Arbeitsmarktlage, Dauer ALG II-Bezug u.a.m.

Übergangsquoten (%) nach Achatz, Trappmann 2011  
Anzunehmen ist, dass ein Großteil der **Suchtkranken**  
mit ALG II-Bezug **3-4 Vermittlungshemmnisse** aufweist  
= Übergangschance von  $\emptyset$  ca. 4%



## 2. Indikator

- Ergebnis der SGB II-Sucht-Studie von Henke et al. (2009, 2010), an der 74% aller Jobcenter teilnahmen:
- **Integration Suchtkranker aus dem SGB II in Existenzsichernde Arbeit gelingt nur in Ausnahmefällen,**
- so die Erfahrung von 90% der befragten Fachkräfte der Jobcenter

### 3. Indikator

- Daten der Deutschen Suchthilfestatistik zur Frage:
- Wie viele der zu Beginn der Betreuung ALG II-beziehenden Klienten/Klientinnen können ihren Lebensunterhalt am Ende der Betreuung
- durch eine Erwerbsarbeit bestreiten und
- wie viele verbleiben im ALG II-Bezug?

# Konstanz und Wechsel im Hauptlebensunterhalt bei Beginn und am Ende der Betreuung in 2012

Quelle: IFT/DSHS 2013

Suchthilfebereich	Zu Beginn ALG II, am Ende erwerbstätig	Zu Beginn und am Ende ALG II-Bezug	Mittlere Dauer der Betreuung in Wochen
Ambulante Beratungs-/Behandlungsstellen	<b>4.9%</b>	90.0%	35
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte	<b>1.1%</b>	96.3%	32
(Teil-) stationäre Reha-/Adaptionseinrichtungen	<b>2.1%</b>	96.2%	12

Integration (%) von Klienten/Klientinnen mit ALG II-Bezug in Erwerbsarbeit  
in den Jahren 2007-2012

im Bereich der ambulanten Beratungs-/Behandlungsstellen  
und den (teil-) stationären Einrichtungen der Suchthilfe

Quelle: IFT/DSHS 2008-2013 (2005, 2006 keine Daten)

## Stagnation auf niedrigstem Niveau

Bereich	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ambulante Beratungs- /Behandlungsstellen	4.6%	4.5%	3.5%	4.5%	5.2%	4.9%
(Teil-) stationäre Reha/Adaption	2.0%	2.4%	1.5%	1.8%	2.2%	2.1%
Arbeitslosigkeit in Deutschland Mio./% Statist. Bundesamt 2013	3.8 9.0%	3.3 7.8%	3.4 8.1%	3.2 7.7%	3.0 7.1%	2.9 6.8%

## Nahtlosigkeitsprinzip

- Die niedrigen Integrationsquoten zeigen darüber hinaus:
- Was zur Stabilisierung des suchtspezifischen Behandlungserfolgs bzw. zur Prävention von Rückfällen schon lange gefordert wird (Zemlin et al. 2008, Weissinger 2012),
- nämlich ein möglichst **nahtloser Anschluss** einer Arbeitstätigkeit an die Suchtbehandlung,
- gelingt nur sehr selten.

## Nahtlosigkeitsprinzip

- Wie notwendig das wäre,
- zeigt die ARA-Studie (Henkel, Zemlin 2004-2008), wonach
- unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit 35% der Alkoholabhängigen **bereits im ersten Monat** nach einer Suchtrehabilitation rückfällig wurden,
- hingegen nur 19% unter Bedingungen von Erwerbstätigkeit.

## Nahtlosigkeitsprinzip

- Umso dringlicher wäre daher wenigstens
- die nahtlose Vermittlung in **arbeitsmarktpolitische Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen** (z.B. „1-Euro-Jobs“, berufliche Weiterbildung)
- Unbekannt, wie oft dies realisiert wird.

Was tun, um die Zahl der Vermittlungen an die Suchthilfe zu erhöhen?

- Unabdingbare Voraussetzung:
- es müssen mehr Suchtkranke in den Jobcentern erkannt werden
- ist durch bessere suchtspezifische Schulung der Fachkräfte allein nicht zu erreichen

## Screening-Verfahren

- Nötig wäre der Einsatz von **Screening-Verfahren**
- mit Hilfe bewährter Kurzfragebögen (z.B. AUDIT Alkohol, CAST Cannabis, KFA Medikamente),
- die z.B. auch schon in Krankenhäusern und Arztpraxen zur Früherkennung von Suchtproblemen erfolgreich erprobt und angewendet wurden (Rumpf, Hüllinghorst 2003)

## Screening-Verfahren

- Screenings könnten im Rahmen des Erstgesprächs
- im Jobcenter mit dem persönlichen Ansprechpartner bzw. Fallmanager
- routinemäßig durchgeführt werden, woran sich dann bei Hinweisen auf eine Suchtproblematik eine vertiefte diagnostische Abklärung durch den ärztlichen/psychologischen Dienst anzuschließen hätte,
- mit dem Ziel zu klären, ob das jeweilige Suchtproblem ein Vermittlungshemmnis auf dem Arbeitsmarkt darstellt.

## Screening-Verfahren

- Durch Screenings ließe sich auch das Problem der **suchtdiagnostischen Selektivität** verringern
- Ist auch dringend notwendig, denn
- Inakzeptabel, dass ein Sozialleistungsgesetz, hier der §16a SGB II, der für alle Suchtkranken **unabhängig vom Typus der Suchtstörung** gilt, in der praktischen Umsetzung bei bestimmten Gruppen so gut wie gar nicht zur Anwendung kommt, z.B. Medikamentenabhängige, Spielsüchtige.

Allerdings müssen bei dem Einsatz von Screening-Verfahren 3 Bedingungen erfüllt sein

- **1. Bedingung**
- Teilnahme am Screening darf **nur freiwillig** erfolgen.
- denn ob jemand ein Suchtproblem hat, ist ein Privatgeheimnis, das dem besonderen Schutz des § 203 StGB unterliegt,
- daher ist ein **erzwungenes Offenbaren durch ein obligatorisches Screening** nicht statthaft (BA 2009).

# Screening

- **2. Bedingung**
- Es muss sichergestellt sein,
- dass die als interventionsbedürftig diagnostizierten Personen anschließend auch **tatsächlich ein geeignetes Beratungs- bzw. Behandlungsangebot erhalten** bzw. dazu motiviert werden
- Erfordert entsprechend **mehr Fachpersonal** sowohl in den **Jobcentern** als auch den kooperierenden **Einrichtungen der Suchthilfe.**

# Screening

- **3. Bedingung**
- Erhöhung der Vermittlungsquote durch den Einsatz von Screenings lässt sich nur legitimieren,
- wenn die Umsetzung des § 16a SGB II in einer **Kooperation zwischen Jobcenter und Suchthilfe** zu **signifikant größeren Suchtbehandlungs- und Arbeitsintegrationseffekten** führt als der Weg, den derzeit die allermeisten ALG II-beziehenden einschlagen, nämlich die Inanspruchnahme der **Suchthilfe ohne Vermittlung durch ein Jobcenter.**
- **Bislang völlig offene Frage, keine empirische Studie**

Selbst wenn es so wäre,  
immer noch erheblicher Nachholbedarf in der Realisierung der  
Kriterien „guter Praxis“ in den Jobcentern,

- die in der SGB II-Sucht-Studie von Henke et al. 2009 entwickelt bzw. zusammengestellt wurden,
- und vom Drogen- und Suchtrat 2011 in einer differenzierten Empfehlung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben bekräftigt wurden (SUCHT, 3, 207-209; Sucht aktuell 1, 2012, 88-90).

## Kriterien „guter Praxis“

- Vor allem:
- Herstellung einer **günstigen Personalrelation** im Bereich Betreuung/Vermittlung, höchstens 1: 75 bzw. 1:150 für die unter bzw. über 25-Jährigen
- Systematische **suchtspezifische Schulung** der Fachkräfte
- Frühzeitige fallbezogene **Kooperation mit der Suchthilfe**
- Enge Kooperation mit **flankierenden sozialen Diensten** (z.B. Schuldnerberatung, sozialpsychiatrischer Dienst) und
- Verfügbarkeit eines ausreichenden Angebots an arbeitsmarktpolitischen **Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen**

Was tun, um die Integration in Existenz sichernde Arbeit zu verbessern?

- Wie gezeigt, gelingt dies nur in Ausnahmefällen
- Umso wichtiger die Bereitstellung von **arbeitsmarktpolitischen Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen** (z.B. Arbeitsgelegenheiten sog. 1-Euro-Jobs, berufliche Weiterbildung)
- Damit können wichtige **Zwischenziele** in Richtung Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht werden:
- Sicherung/Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit, Erhalt/Stärkung der Erwerbsmotivation, Vermittlung von Erfahrungen mit dem Arbeitsalltag, psychosoziale Stabilisierung u.a.m.

## Probleme

- Aber die Lage hat sich dramatisch verschlechtert
- infolge der genannten erheblichen **Mittelkürzungen** im Bereich der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (AMP) der Jobcenter.

## Prognose

- Ohne eine Rücknahme dieser Kürzungen
- und eine weitere substantielle **Aufstockung der APM-Mittel** und
- ohne die Implementierung suchtdiagnostischer **Screening-Verfahren**
- und die gleichzeitige Bereitstellung der daraus resultierenden **Personalressourcen** in den Jobcenter und den kooperierenden Suchthilfeeinrichtungen
- werden die Integrationschancen der Suchtkranken im SGB II auf dem derzeit niedrigen Niveau stagnieren.

## Literatur

- Henke, Henkel, Nägele, Pagels, Wagner. Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II – Forschungsbericht für das BMG. Berlin: 2009.
- Kurzfassung in Suchttherapie, 11 (1), 2010, 42-50.
- Henkel, Zemlin (2013). Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. SUCHT, 59 (5), 2013, 279-286.