

Abschlussbericht /Sachbericht im Rahmen der Verwendungsnachweisführung Aktionsplan gegen Sucht NRW

Projektnummer:

(Wird von der Landesstelle Sucht NRW ausgefüllt)

Titel des Projektes	Aktionsplan gegen Sucht NRW Integration von Therapie und Arbeitsförderung bei Personen mit Langzeitarbeitslosigkeit und substanzbezogener Abhängigkeit
----------------------------	--

1. PROJEKTDATEN	
Institution/ Organisation	LVR-Klinikum Essen Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen Virchowstr. 174, 45147 Essen
Projektleitung	Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum Ärztlicher Direktor
Telefon	0201/7227-180
E-Mail-Adresse	norbert.scherbaum@lvr.de
Webseite	www.klinikum-essen.lvr.de
Förderzeitraum <i>(laut Bewilligungsbescheid)</i>	01.07.2016 – 31.08.2018
Gesamtfördersumme	€ 67.220,15 gem. Bewilligungsbescheid vom 14.07.2016

2. PROJEKTUMSETZUNG

Zielerreichung

Das Ziel des hier dargestellten Projektes unter dem Arbeitsnamen SUNRISE-Plus, die psychiatrisch-suchtmedizinische Therapie und Arbeitsförderung zu verknüpfen, ist erreicht worden. Es konnte einerseits eine psychiatrisch-suchtmedizinische Sprechstunde erfolgreich und langfristig implementiert werden. Auch ein Gruppentraining basaler und arbeitsmarktrelevanter Fertigkeiten, wurde langfristig etabliert. Beide Maßnahmen zeigten eine gute Akzeptanz bei den Teilnehmenden.

Umsetzung: Inhalt und Methode

Ablauf des Projekts

Im Vorlauf des Projektes fand die sogenannte „Baseline-Befragung“ statt. Im SUNRISE-Projekt, einer von 2012 bis 2018 bestehenden Kooperation des JobCenters Essen und der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des LVR-Klinikums Essen, wurden Langzeitarbeitslose, bei denen ein Vermittlungshemmnis durch eine substanzbezogene Störung vermutet wird, sozialmedizinisch begutachtet. Dabei wurden die Kunden in einem Abstand von 4 Wochen zum letzten Gutachtentermin befragt, ob sie eine suchtspezifische oder anderweitige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung aufgenommen haben bzw. sich auf eine Warteliste für selbige haben aufnehmen lassen. Äquivalent dazu wurden die Klienten der durchgeführten Liaisonambulanz und der Gruppenintervention des SUNRISE-Plus Projektes nach der Aufnahme einer Behandlung befragt.

Liaisonambulanz

Die angebotene Sprechstunde im JobCenter wurde für alle Kundinnen und Kunden angeboten, die Interesse hatten, und wurde durch Plakate vor Ort zugänglich gemacht. So war einerseits eine Anmeldung über den jeweiligen Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin des JobCenters möglich, aber auch ein eigenständiger Besuch der Sprechstunde ohne Rückmeldung an den Fallmanager oder die Fallmanagerin. Die Sprechstunde unterlag der Schweigepflicht nach § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen), sodass es über die Teilnahme und Inhalte keine Rückmeldung an den Fallmanager oder die Fallmanagerin gab, und dieses Angebot nicht als Maßnahme des JobCenters verbucht wurde.

Gruppenintervention

Mit einem Längsschnitt-Design über insgesamt sechs Monate mit drei Messzeitpunkten sollte die Wirksamkeit einer zwölfwöchigen psychoedukativen Gruppenintervention im JobCenter Essen untersucht werden. Für die Untersuchung lag ein positives Votum der zuständigen Ethikkommission der Universität Duisburg-Essen vor. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über das JobCenter Essen, wobei die Fallmanagerinnen und Fallmanager ihre Kundinnen und Kunden im Sinne einer Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (§ 45 SGB III) für das Projekt anmelden konnten.

An vier Standorten führte eine Psychologin, unterstützt durch studentische Hilfskräfte, in enger Kooperation mit den Mitarbeitenden des JobCenters die Rekrutierung und die psychoedukative Intervention durch. Es wurden die vier Standorte durch das JobCenter ausgewählt, die im parallel verlaufenden Gutachten-Projekt SUNRISE (s.o.) die höchsten Buchungszahlen aufwiesen. Die Koordination der Studienabläufe sowie die Supervision von Diagnostik, psychoedukativer Gruppenintervention und Sprechstunde erfolgten durch eine promovierte Psychologische Psychotherapeutin und einen Oberarzt (Facharzt für Psychiatrie). Alle JobCenter-Kundinnen und Kunden, die sich für die Teilnahme an der Studie interessierten, wurden zunächst ausführlich über Ziele und Inhalte der Studie aufgeklärt. Das Einverständnis zur Teilnahme an der Datenerhebung wurde schriftlich eingeholt. Folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien waren definiert:

- Kunde bzw. Kundin des JobCenters Essen
- 18-67 Jahre alt
- ausreichende Deutschkenntnisse für das Verständnis der Diagnostikmaterialien und der Gruppeninhalte
- keine akute Episode einer psychotischen Störung

Nach schriftlicher Einwilligung wurde mit allen Teilnehmenden ein klinisches Interview mit den oben genannten Verfahren durchgeführt und alle Interessierten erhielten ein Fragebogenpaket mit den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Selbstauskunffragebögen.

Die Gruppe umfasste zwölf Termine á 90 Minuten, die Inhalte der Gruppensitzungen umfassten die Themenbereiche Kommunikation, Emotionsregulation, Behandlungsmöglichkeiten, Achtsamkeit, Beruf, positive Aktivitäten, Problemlösen, Veränderungsstrategien und Rückfallprophylaxe.

Ergebnisse

Etablierung einer Liaisonambulanz

Die Sprechstunde wurde in der Zeit von April 2017 bis einschließlich Juni 2018 mit 63 potentiellen Kundinnen und Kunden, von denen 48 Personen erschienen sind, in Anspruch genommen. Davon erschienen 39 Kundinnen und Kunden nach vorheriger Terminabsprache und Vermittlung durch die mitarbeitende Person des JobCenters und 9 Kundinnen und Kunden ohne vorherige Terminierung. Ein Ausfall von 15 Personen, die zwar angekündigt waren, jedoch nicht erschienen sind, ist zu verzeichnen. Wenn Kundinnen oder Kunden nicht erschienen sind, wurde in der Regel ein erneuter Termin vereinbart, um der Person eine weitere Chance zur Sprechstunde zu ermöglichen. Insgesamt sind 14 von 48 Personen zu einem ambulanten Folgetermin in der LVR-Klinik Essen erschienen. Eine Person wurde in der Folge stationär aufgenommen. Außerdem wurden 4 Kunden nach der Teilnahme an der Sprechstunde psychologisch begutachtet (SUNRISE-Projekt).

Im Vergleich dazu wurde im Rahmen der Baseline-Befragung erfasst, wie viele Kunden nach der reinen Begutachtung binnen 4 Wochen eine Behandlung aufgenommen haben. Hier konnten 4 von 63 Kunden in eine stationäre Entzugssyndrombehandlung vermittelt werden und 10 Kunden in eine ambulante Entzugssyndrombehandlung. Darüber hinaus gaben 5 Personen an, auf einer Warteliste für eine stationäre Entzugssyndrombehandlung aufgenommen zu sein und 4 Personen gaben an, einen Termin für ein ambulantes Gespräch in einer suchtspezifischen Institutsambulanz vereinbart zu haben.

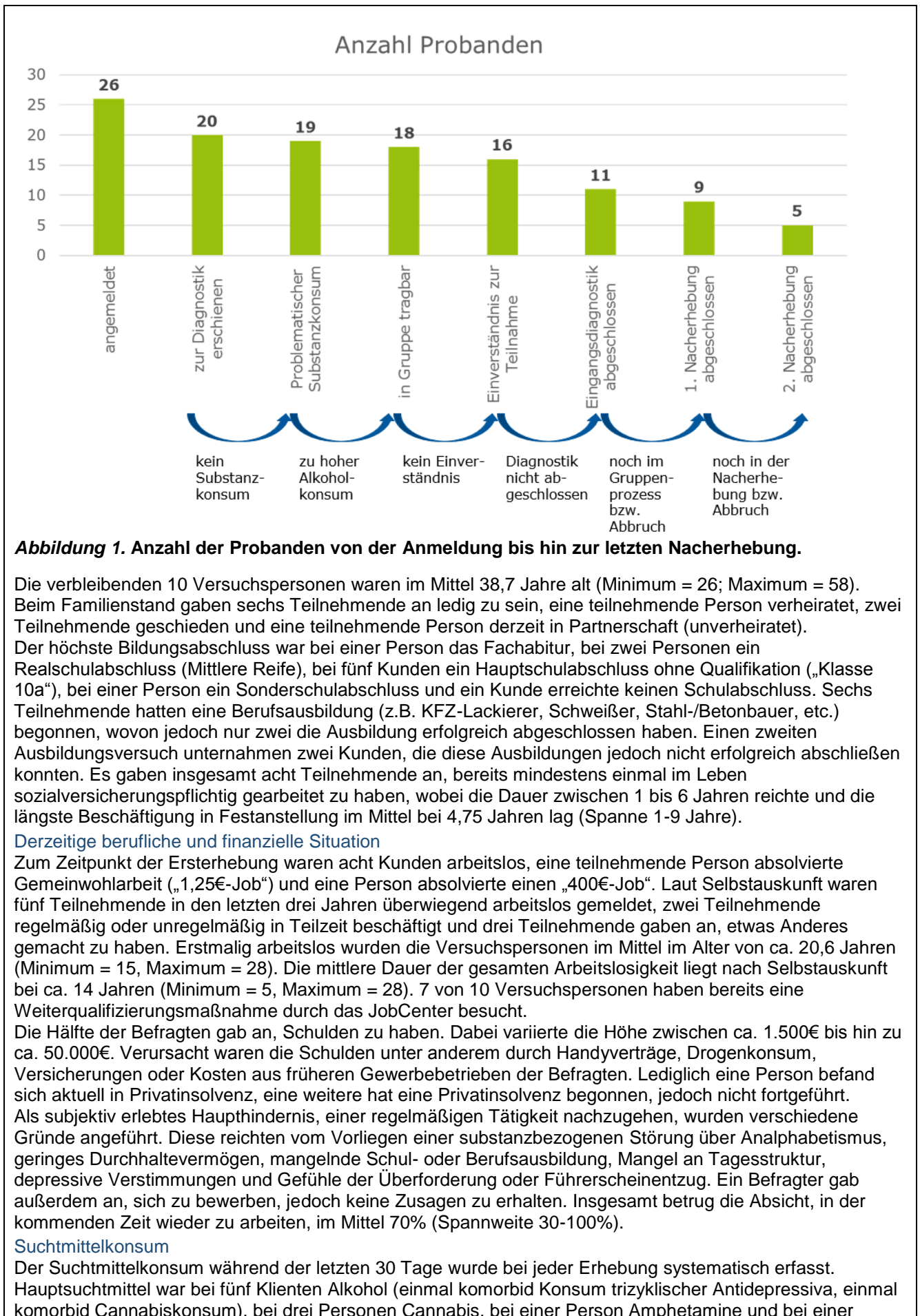
Insgesamt konnte demnach für 15 von 48 Personen eine Entzugssyndrombehandlung nach der Teilnahme an der Sprechstunde eingeleitet werden (31,3%). Nach einem alleinigen Gutachten begannen 14 von 63 Personen eine Entzugssyndrombehandlung (22,2%), wobei zusätzlich 9 Teilnehmende auf einer Warteliste für eine suchtspezifische Behandlung aufgenommen wurden, jedoch noch keinen Termin wahrgenommen hatten (14,3%). Insgesamt ergab sich im Vergleich zu einer Begutachtung somit ein Vorteil für die Etablierung einer Sprechstunde im JobCenter im Hinblick auf die Vermittlung in suchtspezifische Behandlung.

Etablierung einer Gruppenintervention

Aufgrund der geringen Anzahl von Versuchspersonen im Gruppenangebot von $n = 10$ in der Erstbefragung, $n = 8$ in der Nachbefragung und $n = 5$ in der Katamnese, werden die Ergebnisse ausschließlich deskriptiv dargestellt.

Untersuchungsstichprobe

Die Datenerhebung erfolgte von April 2017 bis Juni 2018. Für die psychoedukative Gruppe wurden insgesamt 26 JobCenter-Kundinnen und Kunden angemeldet, wovon 20 Personen zum Erstgespräch erschienen sind. Davon konnten 10 Personen die Eingangsdiagnostik vollständig abschließen. Die restlichen Versuchspersonen hatten keine substanzbezogene Störung, einen zu hohen Substanzgebrauch, bei dem eine Punktabstinenz aus gesundheitlichen Gründen nicht zu verantworten war, gaben nach der Aufklärung kein Einverständnis zur Teilnahme oder haben die Eingangsdiagnostik nicht abgeschlossen. Eine detaillierte Aufzeichnung findet sich nachfolgend (Abbildung 1). Aufgrund der geringen Stichprobengröße werden im Folgenden in der Regel absolute Zahlen anstatt prozentualer Anteile angegeben.



Person Kokain. Wie viele Befragte zu den verschiedenen Messzeitpunkten und im gesamten Lebenszeitraum die jeweiligen Substanzen konsumiert haben, ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1

Anzahl der Personen, die in den letzten 30 Tagen die jeweilige Substanz konsumiert haben (T0: n = 10, T1: n = 8, T2: n = 4)

Suchtmittel	T0	T1	T2	Lebenszeit
Nikotin	9	8	4	10
Alkohol (unabhängig von der Menge)	9	8	3	9
Alkohol bis zur Trunkenheit	6	6	2	8
Cannabis	4	4	1	8
Tabletten, Säfte	0	0	1	2
Kokain	1	1	0	5
Amphetamine, „Speed“	1	1	1	6
Ecstasy	0	0	0	5
Halluzinogene	0	0	0	5
Schnüffelstoffe	0	0	0	3
Heroin	0	0	0	3
Methadon	0	0	0	1
Andere Opiate, opiathaltige Schmerzmittel	0	0	0	1
Andere Substanzen	1	0	1	0
Polytoxischer Gebrauch (außer Nikotin)	3	2	1	7

Überdies wurde durch 4 Fragen die Belastung durch den Konsum erfasst (CAGE). Dabei ergab sich, dass neun von zehn Personen bereits über eine Reduktion ihres Konsums nachgedacht hatten, dass fünf von zehn Personen sich bereits über Kritik an ihrem Konsumverhalten geärgert haben, dass sieben von zehn Personen schon einmal Schuldgefühle wegen des Konsums hatten und, dass sechs von zehn Personen zuerst morgens konsumiert haben, um sich „nervlich zu stabilisieren oder den Start in den Tag zu erleichtern“. Legt man die Stadien der Veränderungsbereitschaft (Prochaska & DiClemente) zu Grunde, so befanden sich drei Teilnehmende bereits zum Zeitpunkt der Ersterhebung in der Handlungsphase, sechs Teilnehmende in der Phase der Absichtsbildung und eine teilnehmende Person in der Phase der Absichtslosigkeit.

Arbeitslosigkeit und Substanzkonsum

Im Schnitt begann die Arbeitslosigkeit ca. 1,8 Jahre vor dem ersten regelmäßigen Substanzkonsum der Hauptsubstanz. Bei drei Personen begann die Arbeitslosigkeit 2 bis 28 Jahre vor dem ersten regelmäßigen Konsum der Hauptsubstanz. Bei drei Personen lagen beide Ereignisse ungefähr zur gleichen Zeit und bei den restlichen vier Personen trat der regelmäßige Substanzkonsum der Hauptsubstanz 1 bis 14 Jahre vor der ersten Arbeitslosigkeit auf.

Soziale und rechtliche Situation

Keiner der Befragten gab an, mit Menschen zusammenzuleben, die substanzbezogene Probleme haben. Auch hatten neun von zehn Befragten mindestens eine Person in ihrem Umfeld, auf die sie sich im „Ernstfall“ verlassen könne, vier Befragte zählten mindestens 3 solcher Personen in ihrem Umfeld. Dabei gaben acht Befragte an, dass diese Verlassenspersonen zum überwiegenden Anteil keine substanzbezogenen Probleme hätten.

Die Freizeitgestaltung schwankte gleichmäßig zwischen keinerlei Freizeitaktivitäten bis hin zu 5 verschiedenen Freizeitaktivitäten (MW = 2,5). Dennoch langweilten sich sechs der zehn Teilnehmenden häufig.

Sechs der zehn Personen berichteten von rechtlichen Problemen im Sinne mindestens einer Verurteilung im Leben. Dabei gab es vier Klienten, die bereits eine Freiheitsstrafe (auch ohne Bewährung) erhalten haben. Zwei der Teilnehmenden enthielten sich der Antwort. Dennoch verneinten alle Teilnehmenden aktuelle Rechtsprobleme.

Psychischer Status

Hinsichtlich des psychischen Status gaben vier Teilnehmende an, mindestens einmal im Leben in stationärer Behandlung gewesen zu sein. Ebenso berichteten vier Klienten von einer ambulanten Behandlung aufgrund von psychischen oder emotionalen Problemen in der Vergangenheit. Die Selbsteinschätzung der psychischen oder emotionalen Probleme in den letzten 30 Tagen und im gesamten Leben ist Tabelle 2 zu entnehmen. Im Mittel litten die Teilnehmenden an 11,1 Tagen (SD = 12,1) innerhalb der letzten 30 Tage unter diesen Problemen, wobei drei Personen angaben, an keinem Tag Leidensdruck zu spüren. Sieben

Versuchspersonen wünschten sich eine Behandlung oder Beratung wegen psychischer oder emotionaler Probleme.

Tabelle 2

Auftreten psychischer und emotionaler Probleme in den letzten 30 Tagen bzw. im gesamten Leben in absoluten Zahlen.

Problembereich	Letzte 30 Tage	Lebenszeit
Depression	5	7
Schwere Angst- und Spannungszustände	3	4
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis oder Konzentration	4	5
Halluzinationen	0	1
Schwierigkeiten, gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren	1	2
Verschreibung von Medikamenten für ein psychisches oder emotionales Problem	2	4
Selbstmordgedanken	0	2
Selbstmordversuche	0	3 (1-3 Versuche)

Diagnostik

DSM-IV Achse I – Psychische Störungen

Mit Hilfe des M.I.N.I. Interviews war es möglich, eine Diagnostik psychischer Störungen auf der Achse I des DSM-IV vorzunehmen, wobei zu beachten ist, dass das M.I.N.I. Interview gute psychometrische Kennwerte erreicht, vom Umfang her jedoch deutlich weniger breit aufgestellt ist, als beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview zum DSM-IV Achse I (SKID-I). Bei der Durchführung des M.I.N.I. erfüllten 4 Teilnehmende die Kriterien einer Major Depression, ebenso zeigte sich bei 4 Personen eine depressive Symptomatik, die eher in den Bereich der Dysthymie fällt. Bei 3 Versuchspersonen gab es Hinweise auf Suizidalität (keine akute Suizidalität) und bei 2 Versuchspersonen gab es Anzeichen hypomaner Episoden. Eine Person litt unter einer Panikstörung mit Agoraphobie. Eine Person erfüllte die Kriterien einer Sozialen Phobie und eine Person die einer Zwangsstörung. Von einer PTBS waren drei Klienten betroffen. Außerdem ergaben sich bei zwei Teilnehmenden Hinweise auf eine Generalisierte Angststörung. Fünf Klienten erfüllten die Kriterien für eine frühere Major Depression (davon noch zwei zum aktuellen Zeitpunkt).

DSM-IV Achse II - Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeitsstrukturen wurden über das SKID-II-Interview erhoben. Allerdings wurden im Rahmen des Projektes nur Verdachtsdiagnosen gestellt, da der Beobachtungszeitraum für eine gesicherte Diagnose zu kurz war und fremdanamnestische Daten fehlen. Nach Durchführung des SKID-II-Screenings wurde das SKID-II-Interview durchgeführt. Es konnte bei 2 Befragten ein Verdacht auf eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung festgestellt werden. Darüber hinaus ergaben sich keine eindeutigen Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung.

Inanspruchnahme der Gruppenintervention

9 von 10 Teilnehmenden nahmen an mindestens einer Gruppensitzung teil. Im Mittel nahmen die Versuchspersonen an rund 6 Sitzungen teil (SD = 4,1). Eine Person besuchte alle 12 Sitzungen.

Aufnahme einer Behandlung

Zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik befand sich keiner der Teilnehmenden in einer Behandlung bezüglich substanzbezogener Störungen. In der ersten Nachbefragung unmittelbar nach Beendigung der Gruppenteilnahme gaben vier von acht Teilnehmenden an, aktuell in einer Behandlung wegen ihrer substanzbezogenen Störung zu sein, davon drei ambulant und ein Teilnehmender tagesklinisch. Außerdem gab eine Person an, eine stationäre Langzeittherapie zu planen und eine Person, einen Termin in einer Suchtambulanz vereinbart zu haben, der jedoch noch nicht stattgefunden habe. Eine weitere Versuchsperson äußerte während des Nacherhebungstermins den Wunsch nach einer Terminvereinbarung in der klinikeigenen Suchtambulanz.

In der zweiten Nachbefragung (12 Wochen nach Beendigung der Gruppenteilnahme) gaben vier von sechs zur Befragung erreichte Teilnehmende an, aktuell in einer Behandlung wegen ihrer substanzbezogenen Störung zu sein. Außerdem gab eine Person an, eine tagesklinische Entzugssyndrombehandlung zu planen.

Sechs der zehn Teilnehmenden haben sich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Projektteilnahme in Behandlung begeben, d.h. mindestens einen Termin in einer psychiatrischen Klinik wahrgenommen.

Ergebnisse der Verlaufsuntersuchungen

FTNA

Als Mittelwert des FTNA Fragebogens zum Zigarettenkonsum ergibt sich in der Erstbefragung (n = 10) mit 4,1 (MIN = 0, MAX = 9, SD = 2,9) ein eher geringer Wert in Bezug auf eine Gebrauchsstörung von Zigaretten. In der ersten Nachbefragung (n = 8) steigt dieser Wert auf 6,1 im Mittel (MIN = 0, MAX = 10, SD = 3,3) und in der zweiten Nachbefragung (n = 4) auf 6,8 (MIN = 3, MAX = 10, SD = 3,0).

Rosenberg Selbstwertskala

In der Erstbefragung ergibt sich ein Mittelwert von 1,8 (MIN = 0,5; MAX = 2,7; SD = 0,8), in den Nacherhebungen von 1,9 (MIN = 0,8; MAX = 2,8; SD = 0,7) in der ersten und 1,8 (MIN = 1,3; MAX = 2,2; SD = 0,4). Der Selbstwert der Teilnehmenden verändert sich im Verlauf kaum und kann auf der Skala von 0 bis 3 als mittelgradig eingestuft werden.

MINI-ICF-APP

Im individuellen Lebensumfeld ergeben sich im Rahmen des MINI-ICF-APP folgende, in Tabelle 4 dargestellten, Werte auf der Skala von 0 („keine Funktionsstörung“) bis 4 („voll ausgeprägte Funktionsstörung“):

Tabelle 3

Mittelwerte, Spannweite und Standardabweichungen des MINI-ICF-APP bezüglich des individuellen Lebensumfeldes (IL) und des allgemeinen Arbeitsmarktes (AAM).

Skala	Bezugs-Rahmen	T0 (n = 10)	T1 (n = 8)	T2 (n = 4)
Anpassung an Regeln und Routinen	IL	1,5 (1-3; 0,9)	1,3 (0-4; 1,4)	1,5 (0-3; 1,3)
	AAM	1,8 (1-4; 1,0)	1,5 (0-4; 1,5)	1,8 (0-4; 1,3)
Planung und Strukturierung von Aufgaben	IL	1,5 (0-3; 0,9)	1,5 (0-3; 0,9)	1,8 (0-3; 1,3)
	AAM	1,8 (1-3; 0,6)	1,9 (0-3; 1,1)	2,0 (0-3; 1,4)
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	IL	0,6 (0-2; 0,7)	1,0 (0-2; 0,5)	1,3 (1-2; 0,5)
	AAM	0,9 (0-2; 0,7)	1,3 (1-2; 0,5)	1,5 (1-2; 0,6)
Kompetenz- und Wissensanwendung	IL	2,0 (1-3; 0,7)	2,0 (0-3; 1,1)	1,8 (0-3; 1,3)
	AAM	2,3 (2-3; 0,5)	2,1 (1-3; 0,8)	2,0 (1-3; 0,8)
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	IL	1,6 (0-3; 0,8)	1,5 (0-3; 0,9)	2,0 (1-4; 1,4)
	AAM	1,6 (0-3; 0,8)	1,6 (0-3; 1,1)	1,8 (1-3; 1,0)
Proaktivität und Spontanaktivitäten	IL	1,6 (0-3; 1,0)	1,8 (0-3; 1,3)	2,0 (1-4; 1,4)
	AAM	1,7 (0-3; 1,0)	1,8 (0-3; 1,1)	2,0 (1-4; 1,4)
Widerstands- und Durchhaltefähigkeit	IL	1,3 (0-3; 1,0)	1,5 (1-2; 0,5)	1,3 (0-2; 1,0)
	AAM	1,5 (0-3; 1,1)	2,0 (1-4; 1,1)	1,8 (1-3; 1,0)

Skala	Bezugs-Rahmen	T0 (n = 10)	T1 (n = 8)	T2 (n = 4)
Selbstbehauptungsfähigkeit	IL	1,7 (0-3; 0,8)	1,6 (1-2; 0,5)	1,5 (1-2; 0,6)
	AAM	2,0 (0-3; 0,9)	1,6 (1-3; 0,7)	1,5 (1-2; 0,6)
Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten	IL	1,4 (0-3; 1,0)	1,8 (0-4; 1,5)	1,3 (0-3; 1,5)
	AAM	1,4 (0-3; 0,8)	1,6 (0-4; 1,6)	1,3 (0-3; 1,5)
Gruppenfähigkeit	IL	1,3 (0-3; 1,2)	1,3 (0-3; 1,0)	1,5 (0-4; 1,9)
	AAM	1,2 (0-3; 1,0)	1,5 (0-3; 1,1)	1,5 (0-3; 1,3)
Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen	IL	1,7 (0-3; 1,2)	1,9 (0-4; 1,5)	2,0 (1-3; 0,8)
	AAM	1,7 (0-3; 1,2)	1,9 (0-4; 1,5)	2,0 (1-3; 0,8)
Selbstpflege und Selbstversorgung	IL	1,4 (0-2; 0,7)	1,3 (0-2; 0,9)	1,5 (0-3; 1,3)
	AAM	1,4 (0-2; 0,7)	1,3 (0-2; 0,9)	1,5 (0-3; 1,3)
Mobilität und Verkehrsfähigkeit	IL	0,6 (0-2; 0,8)	0,6 (0-3; 1,2)	1,8 (0-4; 1,7)
	AAM	0,7 (0-2; 1,0)	0,6 (0-3; 1,2)	2,0 (0-4; 1,6)

Essener Ressourcen Inventar

Mittels Essener Ressourcen Inventar wurden Ressourcen und Probleme erfasst. In den letzten 3 Jahren hatte die Hälfte der Versuchspersonen schwerwiegende negative Ereignisse erlebt, wozu Haft, Trennungen, Tod eines Haustieres, Verschlechterung des Verhältnisses zu engen Bezugspersonen und Zeitarbeit gezählt wurden. Im Gegensatz dazu berichteten 3 Versuchspersonen von einschneidenden positiven Erlebnissen: Eine bessere Beziehung zur Familie, Geburt des ersten Enkelkindes, Therapie wegen des Substanzkonsums und das Kennenlernen der Verlobten.

Zusätzlich wurden in der ersten Befragung die Ressourcen der letzten drei Jahre (3J) auf verschiedenen Skalen erfasst. Außerdem wurden in jeder Befragung der Zustand in den letzten 4 Wochen (4Wo) erfragt. Die Kennwerte sind der nachfolgenden Tabelle 3 zu entnehmen. Auf der Skala von 0 bis 4 sind insbesondere der Faktor der strukturellen Ressourcen eher gering ausgeprägt. Die sozialen Ressourcen erreichen als stärkster Faktor einen mittleren Bereich. Insgesamt schwankt die Ausprägung über die Messzeitpunkte wenig.

Tabelle 4

Mittelwerte, Spannweite und Standardabweichungen (in Klammern) des Essener Ressourcen Inventars.

Skala	MW T0 3J	MW T0 4Wo	MW T1 4Wo	MW T2 4Wo
Faktor Personale Ressourcen	1,5 (0,5-2,3; 0,6)	1,6 (0,6-2,2; 0,6)	1,6 (0,8-2,5; 0,6)	1,5 (1,2-1,8; 0,3)
Faktor Soziale Ressourcen	2,1 (0,6-3,0; 0,9)	2,2 (0,2-3,0; 1,1)	1,8 (0,3-2,8; 0,8)	1,9 (1,0-3,0; 1,0)
Faktor Strukturelle Ressourcen	1,0 (0,0-2,0; 0,6)	1,0 (0,0-2,0; 0,7)	1,5 (0,3-2,7; 0,8)	1,0 (0,0-2,3; 1,0)

BSI-18

Im BSI-18 erreichen die Versuchspersonen in der Erstbefragung einen Mittelwert von 1,19 (MIN = 0; MAX = 3,2; SD = 1,1). Diese Werte verändern sich in den Nacherhebungen kaum: In der ersten Nachbefragung ergibt sich ein Mittelwert von 1,1 (MIN = 0,1; MAX = 2,7; SD = 0,9) und in der zweiten Nachbefragung ein Mittelwert von 1,7 (MIN = 0,3; MAX = 3,3; SD = 1,2). Der Belastungsgrad bleibt hinsichtlich psychischer Symptome relativ konstant und entspricht den Werten der Normstichprobe von Menschen mit psychischer Erkrankung. Diese liegen im deutlich erhöhten Bereich gegenüber gesunden Kontrollpersonen.

SOCRATES

Für den SOCRATES sind zwei Auswertungsschemata möglich. Einerseits lässt er sich hinsichtlich den drei Faktoren „Taking Steps“, „Recognition“ und „Ambivalence“ auswerten (Miller & Tonigan, 1996). Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt und liegen für alle Skalen durchgehend im sehr niedrigen Bereich (≤ 10 . Perzentil) im Sinne einer geringen Veränderungsbereitschaft, auch wenn sich die Werte auf den Skalen „Taking Steps“ und „Recognition“ in den Nachbefragungen im Vergleich zur Erstbefragung tendenziell erhöhen.

Tabelle 5

Mittelwerte, Spannweite und Standardabweichungen des SOCRATES in dreifaktorieller Lösung.

Skala	T0	T1	T2
Taking Steps	13,8 (0-3; 11,0)	20,8 (9-32; 8,1)	20,5 (16-31; 7,1)
Recognition	15,9 (0-28; 12,4)	16,4 (0-28; 11,5)	22,3 (18-25; 3,1)
Ambivalence	6,6 (0-16; 5,2)	5,6 (0-9; 5,2)	6,3 (1-10; 3,9)

Der SOCRATES kann jedoch auch in einer fünffaktoriellen Lösung nach den Stadien der Veränderung (Transtheoretisches Modell) (DiClemente & Prochaska, 1998) ausgewertet werden. Diese Ergebnisse lassen sich in der nachfolgenden Tabelle 7 finden.

Tabelle 6

Mittelwerte, Spannweite und Standardabweichungen des SOCRATES in fünffaktorieller Lösung anhand des transtheoretischen Modells der Veränderung von Prochaska und DiClemente (1998).

Skala	T0	T1	T2
Vorahnungsphase	6,9 (0-12; 5,3)	7,1 (0-12; 4,9)	9,0 (8-10; 0,8)
Absichtsbildung	6,6 (0-16; 5,2)	5,6 (0-9; 2,8)	6,3 (1-10; 3,9)
Entscheidung	9,4 (0-16; 6,9)	9,3 (0-16; 6,6)	13,3 (9-16; 3,1)
Handlung	7,1 (0-16; 5,7)	9,8 (1-16; 4,7)	10,0 (8-16; 4,0)
Aufrechterhaltung	6,7 (0-16; 5,4)	11,0 (4-16; 3,8)	10,5 (8-15; 3,3)

BDI-II

Hinsichtlich Depressivität liegen die Mittelwerte zu allen Messzeitpunkten im niedrigen mittelschweren Bereich, nämlich bei 20,7 (MIN = 2, MAX = 45, SD = 14,8) in der Erstbefragung, bei 22,6 (MIN = 6, MAX = 49, SD = 16,0) für die erste Nachbefragung und in der zweiten Nachbefragung bei 22,8 (MIN = 6, MAX = 48, SD = 18,1).

CUDIT

Der Mittelwert des CUDIT unter den Cannabis-konsumierenden Befragten entwickelt sich von 14,3 (MIN = 2, MAX = 36, SD = 12,8; n = 6) in der Erstbefragung über 17,0 (MIN = 0, MAX = 31, SD = 13,0, n = 6) in der ersten Nacherhebung hin zu 4,0 (MIN = 0, MAX = 8, SD = 5,7, n = 2) in der Katamnese und liegt damit zu den ersten beiden Testzeitpunkten im auffälligen Bereich (>7).

AUDIT

Im AUDIT wird von den Alkohol-konsumierenden Versuchspersonen im Mittel ein Wert von 14,4 in der Erstbefragung erreicht (MIN = 1, MAX = 34, SD = 13,7, n = 9), in der T1-Erhebung wird ein Mittelwert von 15,6 erreicht (MIN = 0, MAX = 36, SD = 12,2, n = 8) und in der letzten Nacherhebung im Mittel 21,3 (MIN = 13, MAX = 29, SD = 6,6, n = 4). Diese Werte überschreiten alle den Cut-off von 8 Punkten, bieten also einen Hinweis auf eine alkoholbezogene Störung.

Bewertung der Gruppensitzungen

Nach jeder Gruppensitzung wurde eine „End of session Befragung“ durchgeführt, in der die jeweilige Sitzung auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht hilfreich“) bis 4 („sehr hilfreich“) bewertet wurde. Diese Bewertung erfolgte – sofern aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmender möglich – anonym. Jedoch ist auch bei nicht-anonymer Angabe von zuverlässigen Daten auszugehen, da die Teilnehmenden mit positiver wie negativer Kritik stets offen umgegangen sind. Teilweise nahmen auch Patientinnen und Patienten der Klinik an der angebotenen Gruppe teil, da diese im letzten Studienabschnitt in den Räumlichkeiten der Klinik durchgeführt wurde, um auch der letzten Versuchsperson eine Teilnahme an allen Gruppensitzungen zu ermöglichen. Dieser Teilnehmer war mit der Fortführung in der Klinik einverstanden und befürwortete dies.

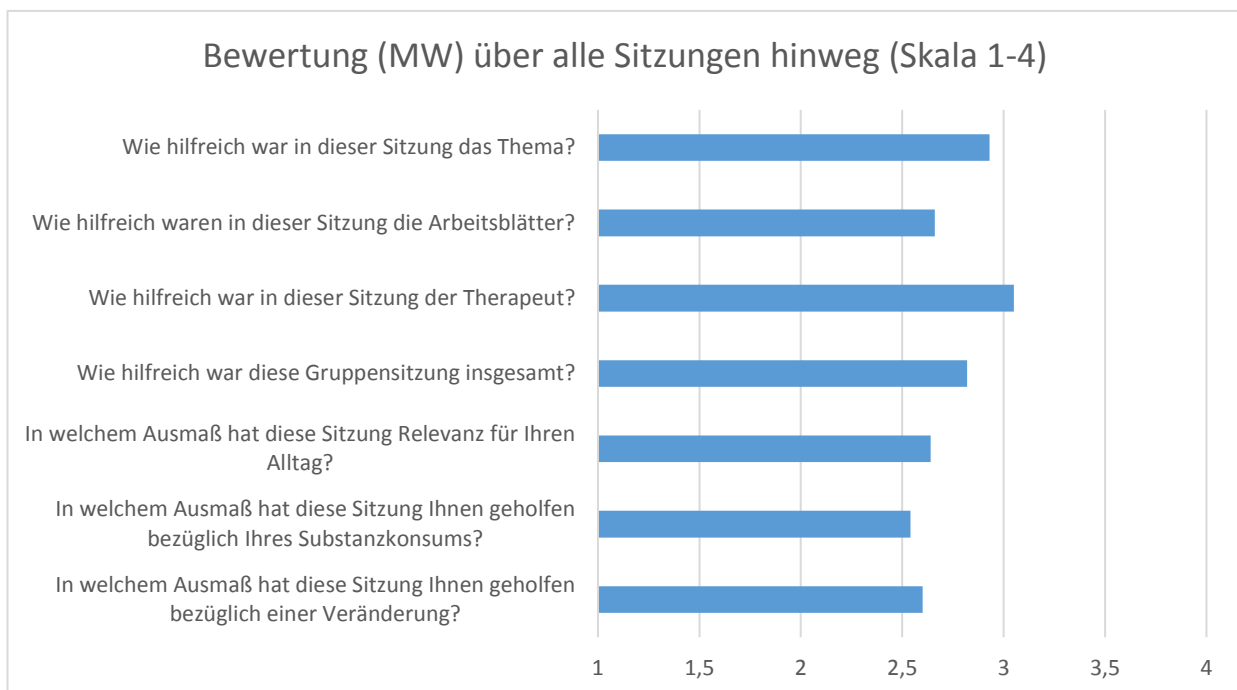


Abbildung 2. Bewertung der Gruppensitzungen (Mittelwerte) hinsichtlich verschiedener Fragestellungen.

Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen zur Liaisonambulanz

Die Inanspruchnahme der Liaisonambulanz ist insgesamt als gut zu bewerten. Die Betroffenen nutzten das Angebot teils über mehrere Termine hinweg. Die Notwendigkeit des Angebots wird durch die häufig hohe Belastung der Betroffenen in den Gesprächen deutlich. Viele Kundinnen und Kunden des JobCenters hätten den ersten Schritt in Behandlung mit großer Wahrscheinlichkeit nicht eigenständig unternommen, treten sehr desorganisiert und teilweise auch hilflos auf. So ist die aufsuchende Arbeit im Rahmen eines Ortes, den die Kundinnen und Kunden bereits kennen und sowieso besuchen müssen, unserer Erfahrung nach eine gute Möglichkeit, einen ersten Kontakt herzustellen. Die JobCenter befinden sich in Wohnortnähe, was eine gute Erreichbarkeit und kurze Wege bedeutet. Darüber hinaus ermöglicht die Liaisonambulanz eine erste Orientierung und Empfehlung für weitere Schritte, die individuell abgestimmt werden. So konnten Beratungen über weiterführende Behandlungen gegeben und die entsprechenden Ansprechpartner vermittelt werden. Viele Teilnehmer hatten wenig Kenntnisse über das Suchthilfesystem. Grund dafür ist unter anderem sicherlich die geringe Anbindung an das Gesundheitssystem und eine dadurch geringe Kenntnis der angebotenen Leistungen, aber auch krankheitsbedingte Schwierigkeiten (z.B. eine geminderte Konzentrationsfähigkeit) und ein eher geringer Bildungsgrad. Durch die Sprechstunde vor Ort konnten Vorurteile gegenüber Behandelnden – wie psychologisches oder ärztliches Fachpersonal – und Behandlungseinrichtungen abgebaut werden. Außerdem erwies sich die Liaisonambulanz als gut durchführbar, was praktische Aspekte betrifft: Die kurzfristige Möglichkeit zur Inanspruchnahme wurde immer

wieder genutzt, auch Mitarbeitende des JobCenters wiesen kurzfristig Klienten zur Sprechstunde zu. Den Teilnehmenden konnten schnell Unterstützungsmöglichkeiten aufgewiesen werden und so Entlastung geschaffen werden.

Vergleicht man die Erfolge für die Vermittlung in eine weiterführende Behandlung mit denen nach Teilnahme an einem Gutachten, so ergibt sich für die Sprechstunde tendenziell eine leicht erhöhte Vermittlungsquote. Darüber hinaus ist das Angebot einer Liaisonambulanz wesentlich weniger zeitintensiv, als die Erstellung eines psychologischen bzw. suchtmedizinischen Gutachtens. Es ergibt sich also eine tendenziell schnellere Vermittlung in Behandlung durch das Aufsuchen der Liaisonambulanz und eine tendenziell höhere Wahrscheinlichkeit der Aufnahme einer weiteren Behandlung.

Die Unabhängigkeit des Aufsuchens der Sprechstunde von der Fallmanagerin oder dem Fallmanager ist ein großer Vorteil: Die Teilnehmenden mussten sich gegenüber dem JobCenter nicht offenbaren, sondern können eigenständig Hilfe aufsuchen.

Schlussfolgerungen zum Gruppenangebot

Die Nachfrage der Mitarbeitenden des JobCenters Essen, nach einem weiterführenden Angebot war im Vorfeld groß. Entgegen der Planung, rund 50 Personen einzuschließen, wurden im Verlauf jedoch nur 26 Personen für die Projektteilnahme angemeldet. Davon konnten letztendlich zehn Personen erfolgreich in das Projekt eingeschlossen werden und die Eingangsdiagnostik vollständig abschließen.

Die meisten Personen besuchten mehrere Sitzungen, jedoch schaffte es davon nur eine Person, an allen Sitzungen und Befragungen teilzunehmen. Eine zusätzliche Herausforderung stellte die Punktabstinenz dar. Da es im Gruppensetting nicht zumutbar und darüber hinaus wenig sinnvoll ist, akut intoxikierte Teilnehmende zu integrieren, war die Forderung nach Punktabstinenz notwendig. Teils musste jedoch eine Gefahrenabwägung stattfinden und daher Personen von der Gruppenteilnahme ausgeschlossen werden, wenn der aktuelle Konsum von Alkohol so hoch war, dass jedwede Abstinenz ohne vorherige Entzugssyndrombehandlung ein gesundheitliches Risiko darstellte.

Weiterhin gab es interne Herausforderungen. Hier gibt einen Informationsverlust durch die natürliche Fluktuation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des JobCenters. Zudem befindet sich das JobCenter Essen in Hinblick auf Hilfsangebote für Langzeitarbeitslose mit psychischen Störungen in einem dynamischen Entwicklungsprozess mit einer Vielzahl von Angeboten. Somit muss jeder Fallmanager oder Fallmanagerin erstens Kenntnis der angebotenen Hilfen haben, zweitens den Bedarf bei den Klienten erkennen und drittens die jeweilige Person mindestens einem der Projekte zuordnen. Auf diesem Weg gibt es viele Stolpersteine, die sich im Laufe des Projektes abgezeichnet haben und nur teilweise behoben werden konnten. Aus dem Verständnis für diese Hindernisse wurden Schlussfolgerungen für die künftige Vernetzung von JobCenter und Hilfsangeboten bei dieser hoch belasteten Klientel entwickelt. Ein Faktor scheint die große Anzahl der Maßnahmen zu sein, aus denen die Mitarbeitenden des JobCenters wählen können und müssen. So gibt es allein in der Kooperation zwischen dem JobCenter Essen und der LVR-Klinik Essen drei weitere Projekte für Menschen mit psychischen Erkrankungen (SUNRISE, PROGRESS und SUPPORT25). Hier die „richtige“ Auswahl zu treffen, ist für die mitarbeitende Person des JobCenters aus verschiedenen Gründen schwierig und es ergibt sich eine Unsicherheit bei der zuweisenden Person: Alle Projekt sind in sich komplex strukturiert und „von außen“ ist es auf den ersten Blick schwer erkennbar, welches Projekt für welchen Kunden oder welche Kundin am besten geeignet ist und was genau es beinhaltet. So werden Kundinnen und Kunden möglicherweise zunächst in einer breit aufgestellten Maßnahme angemeldet und anschließend nicht mehr zu spezifischeren Maßnahmen (wie SUNRISE-PLUS) angemeldet.

Die Implementierung des Projektes wurde durch diverse „Werbemaßnahmen“ unterstützt. So haben die leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projekts die zuweisenden Teams in den JobCentern besucht und das Projekt ausführlich vorgestellt, Flyer, Poster und Handouts verteilt und die Kontaktdaten für Rückfragen hinterlassen. Außerdem wurde ein reger Austausch mit den Mitarbeitenden des JobCenters gefördert und bei Neuanmeldungen und eingeschlossenen Kundinnen und Kunden der persönliche Kontakt gesucht und aufrechterhalten. In diesem Zusammenhang wurde vor allem ein Kontakt auf dem „kurzen Weg“ per Telefon oder E-Mail bevorzugt, um die organisatorischen Hemmnisse gering zu halten. Darüber hinaus nahm das Team im Sommer 2017 am Gesundheitstag des JobCenters Essen teil, um das Projekt auch bei anderen Kooperationspartnerinnen und -partnern des JobCenters und vor allem bei den Kundinnen und Kunden des JobCenters bekannt zu machen und Interesse zu wecken. Auf diesem Wege konnte die Vernetzung verbessert werden. Weiterhin erfolgten immer wieder Kontakte mit den verantwortlichen Teamleitungen der Standorte des JobCenters, die das Projekt in ihren Teamsitzungen immer wieder aufgriffen und den Bedarf an Postern und Flyern an das Projektteam rückmeldeten. Regelmäßige Kontakte zwischen den leitenden Personen der Institutionen dienten dem Austausch auf allen Ebenen. Es zeigt sich immer wieder, dass dieser persönliche Kontakt und die Ansprechbarkeit sehr wichtige Bausteine im Projekt waren. Der Austausch, der vor Ort stattfand, bot immer wieder die Möglichkeit, kurzfristige Rückfragen zu stellen und im individuellen Fall abzusprechen, ob ein Kunde oder eine Kundin vom Projekt profitieren könnte. Dies war im Rahmen der Präsenzzeiten der Mitarbeitenden des Projekts möglich, die die Liaisonambulanz durchführten. Darüber hinaus waren die Projektmitarbeitenden, die für die Diagnostik zu Beginn der

Gruppenteilnahme und für die Durchführung der Gruppensitzungen zuständig waren, zu – für die Mitarbeitenden der JobCenter – einsehbar Zeiten vor Ort und für Rückfragen verfügbar. Darüber hinaus ergeben sich auch bei den Kundinnen und Kunden selbst verschiedene Hemmnisse. Die Vernachlässigung wichtiger Verpflichtungen und Aufgaben gehört bereits zu den diagnostischen Kriterien von substanzgebundenen Störungen. Dadurch wird eine kontinuierliche therapeutische Arbeit teilweise erschwert, es ist viel Kontaktpflege und Motivationsaufbau notwendig. Auch die Angst vor Stigmatisierung spielt eine Rolle. Diese Sorge kann dazu führen, dass Kundinnen und Kunden sich nicht öffnen und nicht von ihren psychischen Beschwerden berichten, was wiederum eine Hemmschwelle ist, psychiatrische Hilfe angeboten zu bekommen und in Anspruch zu nehmen. Ebenfalls steht eine geringe Veränderungsmotivation im Hinblick auf Substanzgebrauchsstörungen der Teilnahme im Weg. Diese zeigt sich bei den hier untersuchten Teilnehmenden durch sehr niedrige Werte im SOCRATES Fragebogen (Miller & Tonigan, 1996). Dieses Ergebnis belegt ein geringes Problembewusstsein der Klienten, das zu einer geringen Veränderungsmotivation führt.

Darüber hinaus kann man davon ausgehen, dass soziale Isolation ein aufrechterhaltender Faktor für Substanzgebrauchsstörungen ist. Daher ist es wichtig, wieder Sozialkontakte zu etablieren, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Dies ist eine Komponente des Gruppentrainings und ließ sich bei einigen Teilnehmenden beobachten, die in den Gruppensitzungen oder auch in der Diagnostik ihre nahezu einzigen sozialen Kontakte hatten. Manche Klienten schätzten diesen Austausch sehr und etablierten sich dadurch eine neue Ressource. Auch hier wurde die persönliche und sehr ausgiebige Kontaktpflege seitens der Projektmitarbeitenden zu den teilnehmenden Kundinnen und Kunden eine wichtige Säule des Projekts. Immer wieder wurden die Kundinnen und Kunden angerufen, um Termine zu vereinbaren, an die Gruppentermine zu erinnern oder bei verpassten Terminen die Hinderungsgründe zu eruieren. Das Projektteam stand den Teilnehmenden bei verpassten Terminen unterstützend zur Verfügung, damit die Einhaltung in der kommenden Zeit besser funktioniert. So entwickelte sich im Laufe der Zeit bei einigen Teilnehmenden auch eine gute Bindung an die Klinik als Anlaufstelle bei Problemen oder Rückfällen. Von den Teilnehmenden wurde rückgemeldet, dass die stets positive und wertschätzende Kommunikation seitens des Projektteams das Vertrauen in die Klinik stärkte. Dies ermöglichte es den Teilnehmenden auch nach zwischenzeitlichen Kontaktabbrüchen immer wieder, sich zu melden und Hilfe zu erhalten. Generell war der subjektive Gewinn für einige Teilnehmende hoch. So berichteten diese, dass sie eigenständig keine Behandlung aufgenommen hätten und, dass sie den Austausch über verschiedene Themen sehr schätzen würden. Einige Teilnehmende gewannen neue Perspektiven für sich und über sich selbst, sie berichteten, sich mit den Themen der Gruppensitzungen teils noch nie vorher auseinandergesetzt zu haben. Außerdem nutzten sie die Gelegenheit für viele individuelle Rückfragen. Einige Teilnehmende wünschten sich vertiefende Informationen über Suchtmittelkonsum und Entzugssyndrombehandlungen, die im Rahmen der Gruppensitzungen ebenfalls diskutiert werden konnten. Die Identifikation mit anderen Gruppenteilnehmenden erleichterte einen Teil der Personen sehr, da sie merkten, dass Andere mit ähnlichen Schwierigkeiten umzugehen hatten, und schaffte ein Gefühl der Verbundenheit untereinander.

Betrachtet man die genannten Herausforderungen, aber auch die positiven Ergebnisse des angebotenen Programms, so zeigt sich, dass eine Gruppenintervention im Rahmen der Kooperation möglich ist. Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass ein hoher Aufwand betrieben werden muss, um einerseits die Schnittstellen zu pflegen und andererseits die Kunden zu erreichen. Subjektiv profitierten die Teilnehmenden von der Intervention, es wäre jedoch wünschenswert, eine höhere Anzahl von Klienten zu erreichen, um das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu verbessern.

Durch die Durchführung der Sprechstunde und der Gruppenintervention im JobCenter, sollte die Hürde verringert werden, einen ersten Schritt in das Suchthilfesystem zu machen. Dies ist auch gelungen, dennoch ist die Vielzahl und Regelmäßigkeit der Termine bzw. die damit verbundene (Selbst-)Verpflichtung für einen Teil der Klienten immer noch eine zu hohe Hürde. Einige Kundinnen und Kunden sind nicht einmal zum ersten Termin erschienen oder haben es nicht geschafft, Folgetermine einzuhalten. Eine Person ist zwar zu den Diagnostik-Terminen erschienen, hat jedoch an keiner Gruppensitzung teilgenommen. Dies unterstreicht einmal mehr die Ambivalenz von Menschen mit einer substanzgebundenen Störung. Trotz der offensichtlichen Nachteile des Konsums, den die Kundinnen und Kunden für sich meist erkennen, gibt es zahlreiche Hinderungsgründe für eine Veränderung. Selbsterklärend ist, dass bei der gegebenen Stichprobe von ambivalenten Klienten nicht immer eine Krankheitseinsicht gegeben sein oder erarbeitet werden kann. Jede einzelne Person, die sich in Behandlung begibt, hätte dies ohne die Maßnahme zum jetzigen Zeitpunkt voraussichtlich nicht getan und ist somit als Erfolg zu verbuchen. Dennoch ist es wichtig zu überlegen, wie eine noch größere Erreichbarkeit geschaffen werden kann. Die Liaisonambulanz scheint hier aktuell ein Mittel der Wahl zu sein. Dafür sprechen mehrere Gründe, die im entsprechenden Abschnitt zur Liaisonambulanz verdeutlicht werden. Allerdings kann die Verknüpfung des JobCenter mit dem Gesundheitssystem für einige Menschen auch problematisch sein, nämlich dann, wenn diese nicht wollen, dass das JobCenter von gesundheitlichen Problemen erfährt. Nicht jeder Kunde oder jede Kundin möchte seine oder ihre psychischen Beschwerden im JobCenter öffentlich machen.

Eine Grundvoraussetzung für das Projekt war die Freiwilligkeit der Teilnahme. Gerade im Kontext medizinisch-therapeutischer Maßnahmen gilt hier der Respekt vor der Autonomie des Individuums, also auch

der Respekt vor der Entscheidung, an einer definierten Maßnahme nicht teilzunehmen. Grundsätzlich wird angenommen, dass Betroffene von einer (psychotherapeutischen) Intervention mehr profitieren, wenn sie diese freiwillig, also intrinsisch motiviert, in Anspruch nehmen (Deci & Ryan, 2008).

Evaluation

Evaluation der Liaisonambulanz

Zum Zwecke der Evaluation wurde die Anzahl der Anmeldungen und der tatsächlich erschienenen Kundinnen und Kunden erfasst. Darüber hinaus sollten die Kundinnen und Kunden nach 4 Wochen kontaktiert werden, um zu erfragen, ob sie in diesem Zeitraum eine suchtspezifische Behandlung aufgenommen haben (und wenn ja, welcher Art) oder auf der Warteliste für eine Behandlung stehen (und wenn ja, welcher Art).

Diagnostikinstrumente für das Gruppenangebot

Suchtmittel- und Sozialanamnese mittels strukturiertem Interview (EUROP-ASI-R)

Ein strukturiertes Interview wurde bereits im Rahmen des SUNRISE-Projektes verwendet. Es orientiert sich am European Addiction Severity Index in der revidierten Fassung (Kokkevi & Hartgers, 1995). Das Interview lässt sich in sechs Themengebiete gliedern: Körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Suchtmittelanamnese, familiärer Hintergrund und Sozialbeziehungen, rechtliche Probleme und psychischer Status. In Bezug auf den Konsum, werden insgesamt 12 Substanzgruppen systematisch abgefragt, dabei werden sowohl aktuelle Konsummuster als auch Monats- und Lebenszeit-Prävalenzen berücksichtigt. Die Erhebung wurde ergänzt durch die Fragen, ob die Klienten des JobCenters aktuell wegen ihres Substanzkonsums in einer spezifischen Behandlung sind oder auf einer Warteliste stehen. Falls zutreffend, wurde die Art der Behandlung erfragt, z.B. Entzugssyndrombehandlung, Substitutionsbehandlung, Entwöhnung, Betreutes Wohnen, etc.

Deutsche Version des Mini International Neuropsychiatric Interview German Version 5.0.0 DSM-IV (M.I.N.I.)

Das M.I.N.I. (Ackenheil, Stotz, Dietz-Bauer, & Vossen, 1998) ist ein strukturiertes klinisches Interview für psychische Störungen der Achse-I nach DSM-IV.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)

Nach Durchführung des M.I.N.I. wurde das Screening für das Strukturierte Klinische Interview zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (Fydrich, Renneberg, Schmitz, & Wittchen, 1997) ausgewertet und relevante Bereiche im Rahmen des strukturierten Interviews erfragt.

Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA)

Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (Bleich, Havermann-Reinecke, & Kornhuber, 2002) lässt über 6 geschlossene Fragen eine Beurteilung der Stärke des Konsums von Zigaretten zu.

Rosenberg-Selbstwertkala (RSWS)

Die deutsche Version der Rosenberg-Selbstwertkala wurde 2003 von von Collani und Herzberg veröffentlicht. Es gibt Auskunft über den Selbstwert der Klienten.

Beurteilung der Funktionseinschränkungen durch psychische Erkrankungen (Mini-ICF-APP)

Das Mini-ICF-APP (Linden, Baron, & Muschalla, 2009) erfasst auf 13 Ebenen Funktionseinschränkungen durch psychische Erkrankungen. Dabei ist der Bezugsrahmen flexibel. Im vorliegenden Projekt wurde entsprechend der Empfehlungen der Autoren ein Standardkontext als Bezugsrahmen genutzt (Hotel) und zusätzlich das individuelle Lebensumfeld beurteilt.

Essener Ressourceninventar (ERI)

Das ERI von Tagay et al. (2014) misst die drei Dimensionen „Personale Ressourcen“, „Soziale Ressourcen“ und „Strukturelle Ressourcen“. Zusätzlich wird die Einschätzung nicht nur für die letzten 4 Wochen erhoben, sondern zusätzlich für den Zeitraum der letzten 3 Jahre abgefragt.

Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18)

Das BSI-18 (Franke & Derogatis, 2000) erfasst psychische und somatische Belastungsfaktoren in den letzten 7 Tagen auf den Skalen „Somatisierung“, „Depressivität“ und „Ängstlichkeit“.

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Die Items basieren auf der achten Version des englischsprachigen Fragebogens „The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale“ (Miller & Tonigan, 1996), welcher die Bereitschaft zur Verhaltensänderung bei substanzbezogenen Störungen erfasst. Die Formulierungen wurden sinngemäß übersetzt (Wetterling, Veltrup, & Junghanns, 1997).

Becks Depressions Inventar II (BDI-II)

Das Beck-Depressions-Inventar ist ein international verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptome (z.B. Niedergeschlagenheit, Versagen, Unzufriedenheit, Reizbarkeit, Schuldgefühle, Schlafstörungen, etc.). In dieser Untersuchung wurde die deutsche Bearbeitung des BDI (Hautzinger, Keller, & Kühner, 2006) in der weiterentwickelten Form (BDI-II) verwendet.

Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT-M)

Der CUDIT-M (Adamson & Sellman, 2003) erfragt in 10 Items die Tendenz zu einer cannabisbezogenen Störung und ist inhaltlich stark an den AUDIT (siehe unten) angelehnt.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Der AUDIT (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993) erfasst durch 10 Items die Häufigkeit und Schwere, sowie die Folgen des Alkoholkonsums der Befragten.

Internet Addiction Test (IAT-s)

Die Häufigkeit und Menge des Internetgebrauchs werden durch den IAT-s erhoben (Pawlikowski, 2011).

Screening Fragebogen zum Konsum von Methamphetamin

Der Screening Fragebogen zum Gebrauch von Methamphetamin (unveröffentlicht) kann Aufschluss über Art, Menge und Kontext des Gebrauchs geben.

Kooperation und Vernetzung

Die Zusammenarbeit zwischen dem JobCenter Essen und der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, LVR-Klinikum Essen, wird im neuen Projekt „Fit for Work“ fortgeführt. Durch die Kooperation soll die Vermittlung von Teilnehmenden in adäquate Behandlungsmaßnahmen erleichtert werden. Langfristig führt dies zu einer Minderung der Vermittlungshemmnisse. Zusätzlich stehen die Fachkräfte des LVR-Klinikums Essen den Mitarbeitenden des JobCenters Essen für psychiatrische Rückfragen zur Verfügung. Das Folgeprojekt „Fit for Work“ wird durch das JobCenter Essen finanziert.

Nachhaltigkeit

Das hier vorgestellte Projekt ist eine wichtige Informationsquelle für die Entwicklung der Hilfen für Langzeitarbeitslose mit psychischen und substanzbedingten Erkrankungen in der weiteren Zusammenarbeit des JobCenters Essen und des LVR-Klinikum Essen. Ab 2019 wird ein neu strukturiertes Gesamtkonzept „Fit for Work“ umgesetzt. Ein wesentliches Element hierbei ist ein vereinfachtes Anmeldeprocedere, sodass nicht mehr die betreuende Person im JobCenter entscheiden muss, zu welcher Maßnahme und Hilfe der Kunde oder die Kundin zugeordnet wird. Vielmehr soll die Zuweisung künftig durch das LVR-Klinikum mittels Screeningverfahren abgeklärt werden. Hierdurch kann das Fachwissen und Projektwissen der Klinikmitarbeitenden voll ausgeschöpft werden und die Mitarbeitenden des JobCenters werden entlastet. Grundsätzlich ist es für Mitarbeitende des JobCenters nicht einfach, eine substanzgebundene Störung zu erkennen oder anzusprechen. Daher ist es wichtig, die Mitarbeitenden im Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen zu schulen und das Ansprechen von Substanzkonsum zu üben. Beispielhaft ist hier der Impulsvortrag der Fachtagung, der beim Publikum großes Interesse geweckt hat. Ebenso ist es notwendig, den Mitarbeitenden möglichst einfache und effiziente Kurzinterventionen zu vermitteln, was zukünftig verstärkt umgesetzt werden sollte. Zudem kann auch eine geringe oder ambivalente Krankheitseinsicht oder auch Scham wegen einer Suchterkrankung die Motivation des Kunden oder der Kundin erschweren, ein Hilfsangebot anzunehmen. Es ist womöglich einfacher, einen Kunden oder eine Kundin zur Teilnahme an einem breit gefächerten Projekt zu motivieren, in dem neben der psychischen Gesundheit auch körperliche Faktoren berücksichtigt und bearbeitet werden (z.B. im Sinne von Gesundheitskursen).

Zudem soll das Gesamtkonzept mehrere Module von Hilfen und Interventionen umfassen, so dass Kundinnen und Kunden passgenau Angebote unterbreitet bekommen können. Angefangen bei Angeboten zur Motivationsstärkung und Gruppenfähigkeit, wie die hier dargestellten Konzepte der Liaisonambulanz oder des Gruppenkonzeptes, über sozialmedizinische Begutachtung bis hin zur Vermittlung in spezifische Behandlung einschließlich der Nachsorge nach einer erfolgreichen rehabilitativen Behandlung. Durch diese Neustrukturierung soll auch die Zahl der „Fehlzuweisungen“ minimiert werden (z.B. Kundinnen und Kunden ohne substanzgebundenen Störungen in suchtspezifischen Angeboten) bzw. eine passende Reaktion wird bei einer „Fehlzuweisung“ oder bei späterem Erkenntnisgewinn erleichtert (z.B., wenn erst im Verlauf der Teilnahme eine substanzgebundene Störung bekannt wird).

Finanzierungsplan

Die Minderausgabe in Höhe von € 2.133,58 gem. beigefügter Kostenaufstellung mit chronologischer Angabe der Einzelpositionen ergibt sich aus einer Nichtverwendung bzw. Minderausgabe bewilligter Mittel der Bewilligungspositionen „Reisekosten“ (Höhe der zuwendungsfähigen Ausgaben € 0,00 / Höhe der bewilligten Mittel € 600,00) und „Kosten Organisation und Fachtag“ (Höhe der zuwendungsfähigen Ausgaben € 866,42 / Höhe der bewilligten Mittel € 2.400,00). Der Fachtag konnte kostengünstiger realisiert werden, Reisekosten fielen nicht an.

Dokumentation

Bei der zu diesem Projekt durchgeführten Fachtagung unter dem Titel „Langzeitarbeitslosigkeit und psychische Gesundheit“, am 27. Juni 2018, stießen die Essener Projekte zu Langzeitarbeitslosigkeit und substanzbezogenen Störungen auf großes Interesse. Die Fachtagung bot ein Kommunikationsforum, um das durchgeführte Projekt modellhaft vorzustellen und den Transfer auf andere Kommunen zu diskutieren. Insgesamt gab es 61 Teilnehmende aus verschiedenen Kommunen, JobCentern, aus dem Suchthilfesystem, Justizvollzugsanstalten und von Maßnahmenanbietern. Nach einer Begrüßung und thematischen Einführung durch die Projektleiter des hier vorgestellten Projekts, Herrn Prof. Dr. N. Scherbaum und Herr T. Mikoteit, wurde durch den Gastreferenten Herrn Dr. B. Lieb eine Übersicht über den Kontext Arbeitslosigkeit und Suchterkrankungen gegeben. Herr Dr. B. Lieb hat das Kooperationsprojekt SUNRISE (JobCenter Essen und LVR-Klinikum Essen) mehrere Jahre lang in seiner damaligen Funktion als Oberarzt des LVR-Klinikum Essen begleitet. Im Anschluss stellte Frau C. Schwinning, Psychologin des LVR-Klinikums Essen, aktuelle Daten aus diesem Projekt vor. Weiterhin gab Herr T. Mikoteit, Abteilungsleiter des JobCenters Essen, einen Überblick über die Rückkehr ins Berufsleben aus der Perspektive des JobCenters, woraufhin Frau A. Fasbender (Psychologin) das in diesem Bericht beschriebene Projekt und dessen Ergebnisse vermittelte. Im Rahmen einer angeregten Podiumsdiskussion unter Beteiligung von Klinikleitung und Abteilungsleitung des JobCenters konnten viele Aspekte reflektiert und diskutiert werden, sowie Fragen beantwortet werden. Beispielsweise können zukünftig womöglich auch Daten des JobCenters anstelle von Selbstberichten der Teilnehmer genutzt werden (u.a. Dauer der Arbeitslosigkeit, erstmalige Arbeitslosigkeit, etc.), was die Zuverlässigkeit der Daten erheblich verbessern kann und die Auswertungen noch besser interpretierbar macht. Von mehreren Teilnehmern wurde der Ausbau spezifischer Angebote für Menschen mit psychischen Störungen gefordert und als notwendig rückgemeldet. Es zeigte sich ein großes Interesse an konkreten, praktischen Hinweisen zum Umgang mit Menschen, die an einer substanzgebundenen Störung leiden. In einem abschließenden Impulsvortrag konnten nützliche Tipps für diesen Umgang und die Ansprache von Substanzkonsum vermittelt werden. Eine intensivere Vernetzung zur wissenschaftlichen Evaluation wurde angeregt.

Zusammenfassung (zur Veröffentlichung vorgesehen)

Das Projekt „Integration von Therapie und Arbeitsförderung bei Personen mit Langzeitarbeitslosigkeit und substanzbezogener Abhängigkeit“ unter dem Arbeitstitel „SUNRISE-Plus“ verfolgte das Ziel, die psychiatrisch-suchtmedizinische Therapie und Arbeitsförderung zu verknüpfen, um behandlungsinteressierten Menschen den Zugang in das Suchthilfesystem zu erleichtern. Diesbezüglich wurden einerseits eine Liaisonambulanz und andererseits eine Gruppenintervention im JobCenter Essen in Zusammenarbeit mit der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des LVR-Klinikums Essen etabliert. Durch den Kontakt in der Liaisonambulanz konnten 48 behandlungsbedürftige Personen erreicht werden. Davon wurden 31,3% in eine suchtspezifische Behandlung vermittelt. An der angebotenen Gruppenintervention nahmen 10 Personen teil, von denen 6 Personen im Gesamtverlauf in eine suchtspezifische Behandlung vermittelt werden konnten. Die Ergebnisse wurden dem Fachpublikum im Rahmen eines Fachtages für psychische Gesundheit und Langzeitarbeitslosigkeit vermittelt. In diesem Kontext fand ein reger Austausch mit dem Publikum statt. Die gewonnenen Erkenntnisse aus dem hiesigen Projekt sind in hohem Maße relevant für die Erarbeitung weiterer Kooperationsprojekte zwischen dem JobCenter Essen und der Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin des LVR-Klinikums Essen. So konnten die Bausteine der Liaisonambulanz und der Gruppenintervention ab 2019 in das neue Gesamtkonzept „Fit for Work“ aufgenommen werden, das einen ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung für Kunden des JobCenters Essen bietet.

Hinweis:

Die Zusammenfassung wird in der Projektdatenbank veröffentlicht. Veröffentlichungen aus dem Abschlussbericht werden mit dem Projektträger abgestimmt.