



Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld.

Praktische Ansätze, Erfahrungen und
Perspektiven aus der Stadt Essen.

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon 0234 91535-0
Telefax 0234 91535-1694
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Autorinnen und Autoren

Manfred Dickersbach, LZG.NRW
Jessy Haupt, Universitätsklinikum Essen
Thomas Mikoteit, JobCenter Essen
Claudia Pieper, Universitätsklinikum Essen
Volker Reissner, LVR-Klinik Essen
Anke Schulz-Najda, Gesundheitsamt Essen
Lisa Schwermer

Redaktionelle Bearbeitung

LZG.NRW, Bochum

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout und Verlag

LZG.NRW

Bildnachweis

©Sport Moments - stock.adobe.com

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales.
Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bochum, Oktober 2019

ISBN 978-3-88139-211-2

Arbeitslosigkeit und Gesundheit als kommunales Arbeitsfeld.

Praktische Ansätze, Erfahrungen und
Perspektiven aus der Stadt Essen.

Inhalt

Arbeitsförderung und Gesundheit in Essen – es wächst zusammen, was zusammen gehört Zur Einführung in die Monografie	7
Manfred Dickersbach	
Arbeitsförderung und seelische Gesundheit im JobCenter Essen	11
Thomas Mikoteit, Volker Reissner	
Projekt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ – Konzept einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung für die Stadt Essen	61
Thomas Mikoteit, Lisa Schwermer, Anke Schulz-Najda	
Evaluation des Projekts „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“	85
Dr. Claudia Pieper, Jessy Haupt	
Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Essen – ein Blick auf die Perspektiven	99
Thomas Mikoteit, Anke Schulz-Najda	

Arbeitsförderung und Gesundheit in Essen – es wächst zusammen, was zusammen gehört

Zur Einführung in die Monografie

Manfred Dickersbach, Landeszentrum Gesundheit NRW

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und fehlender Gesundheit ist nicht mehr strittig. Viel ist geschrieben worden über die gegenseitige Bedingtheit, die Bedeutung von Gesundheit für die Vermittlungsfähigkeit arbeitsloser Menschen, die breite Palette relevanter gesundheitlicher Einflüsse, die Bedeutung von Prävention oder gesundheitsförderlicher Lebensgestaltung. Zahlreiche modellhafte Ansätze haben die Praktikabilität und Wirksamkeit konkreter Maßnahmen ausgelotet. Im Rahmen der Umsetzung des Präventionsgesetzes (PrävG) kommt dem Thema ebenfalls eine herausragende Bedeutung zu.

Der vorliegende Band widmet sich der Entwicklung eines Arbeitsschwerpunkts zu Gesundheit und Arbeitslosigkeit im kommunalen Raum. Der Ansatz, der in der Stadt Essen vom Jobcenter initiiert und später im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) mit zahlreichen kommunalen Partnern ausgebaut und weiterentwickelt wurde, steht beispielhaft für die grundsätzliche Entwicklung des Themas in den letzten Jahren - und zeigt gleichzeitig die sich abzeichnenden zukünftigen Entwicklungsziele auf: Ausgehend von konkreten und schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen arbeitsloser Menschen liegt der Schwerpunkt zunächst im Aufbau von Kooperationsstrukturen mit dem Versorgungssystem - mit dem Ziel, zeitnah und problembezogen auf akute gesundheitliche Defizite zu reagieren. Sukzessive kommen dann Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick, verbunden mit langfristigeren Zielsetzungen. Perspektivisch werden Lebensweltorientierung, gesundheitsförderliche Lebensgestaltung, gesellschaftliche Teilhabe und eine breite kommunale Maßnahmenpalette ins Auge gefasst.

Thomas Mikoteit und Volker Reissner beschreiben in ihrem Beitrag detailliert den Aufbau des Arbeitsschwerpunkts „Arbeit und Gesundheit im JC Essen“, der auf mehreren Säulen aufbaut und die inhaltliche Reichweite des Arbeitsansatzes schrittweise erweitert und differenziert. So

werden Programme zur seelischen Gesundheit um Aktivitäten und Kooperationsstrukturen zu somatischen Erkrankungen ergänzt; gleichzeitig wird eine Ausweitung der krankheits- und versorgungsbezogenen Arbeitsfelder um Elemente der Prävention und Gesundheitsförderung erkennbar. Mikoteit und Reissner beschreiben die Essener Entwicklungen anschaulich, kleinschrittig und mit einem differenzierenden Blick auf operative Details - in weiten Teilen liest sich der Beitrag wie eine Gebrauchsanleitung zur Übertragung. Deshalb bietet sich das Essener Vorgehen in großen Teilen zur Nachahmung und als modellhaftes Muster für den Aufbau eines Themenfelds „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ im Jobcenter an - auch wenn die Rahmenbedingungen in Essen besonders günstig waren, etwa was die Verfügbarkeit wichtiger Partner im Versorgungswesen und die administrative Nähe zum ÖGD und zur KGK betrifft, und nicht überall die Möglichkeiten eines großen Jobcenters vorhanden sind.

Im zweiten Beitrag gehen Thomas Mikoteit, Lisa Schwermer und Anke Schulz-Najda auf ein Projekt zur Verzahnung von Gesundheits- und Beschäftigungsförderung in Essen ein und beschreiben Wege zur intensiveren Verknüpfung der Möglichkeiten mehrerer Partner im Sinne eines Schnittstellenmanagements. Durch die Einbindung der Kommunalen Gesundheitskonferenz wird die Vernetzung des Jobcenters mit dem Gesundheitswesen systematisiert und um zahlreiche Akteure erweitert. In der praktischen Umsetzung macht sich das Projekt bewährtes Know How erprobter Modelle zunutze - in ihrer Wirksamkeit belegte Ansätze wie JobFit, AmigA oder AktivA wurden hierfür analysiert und in passender Weise in das Projektdesign integriert. Neben Neuerungen im Jobcenter (z.B. motivierende Gesundheitsgespräche, Einrichtung interdisziplinärer Fachteams) spielten Netzwerkarbeit und die Ausweitung der Kontakte ins Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle; ein Großteil der Angebote im Projektrahmen wurde dadurch erst ermöglicht bzw. erleichtert. Eine entsprechende Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz war hierfür hilfreich. Der Beitrag beschreibt im Detail die Konzeption, die einzelnen Phasen sowie die Arbeitsansätze des Projekts und führt eine differenzierte Ergebnisdiskussion durch.

Was ist bei diesem Projekt herausgekommen? In ihrem Beitrag zur Evaluation des Projekt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ werfen Claudia Pieper und Jessy Haupt einen kritisch-konstruktiven Blick auf die Ergebnisse des Essener Verzahnungsprojekts. Dabei gehen sie auf Bedarf, Akzeptanz und Umsetzbarkeit einer integrierten Arbeits- und Gesundheitsförderung ein, analysieren die zum Einsatz gekommenen Angebotsformen und geben Empfehlungen für nächste Schritte, programmatische Ergänzungen und konzeptionelle Weiterentwicklungen. Faktoren des Gelingens werden dargestellt, kritische Analysen und nicht eingelöste Erwartungen dabei aber nicht ausgespart. Die Evaluation war prozess-, struktur- und ergebnisbezogen und baute auf verschiedenen quantitativen wie qualitativen Methoden auf.

Die weiteren Perspektiven in Essen erläutern Thomas Mikoteit und Anke Schulz-Najda in ihrem abschließenden Beitrag. Weiterer Ausbau des integrierten Ansatzes, Gewinnung neuer Partner auch über die lokale Ebene hinaus, Ausweitung der Perspektive über den 1. Arbeitsmarkt hinaus und stärkere Gewichtung der soziale Teilhabe sind dabei wichtige Aspekte aus Sicht des Jobcenters. Für das Gesundheitsamt und die KGK steht die weitere Erschließung kommunaler Potentiale im Vordergrund. Quartiers- und andere lebensweltbezogene Strukturen bieten hier die Möglichkeit, bedingende und verstärkende Faktoren für Arbeitslosigkeit in den Blick

zu nehmen, soziale Teilhabe zu stärken, neue Sinnhorizonte zu öffnen und die Lebensumwelt der Betroffenen als positive Ressource für Gesundheitsförderung und Arbeitsförderung zu erschließen.

Den Autorinnen und Autoren des Bandes gelingt es durchgängig, konzeptionelle Ideenfindung und praktische Umsetzung plausibel zu verbinden und anschaulich zu machen. Dabei stehen die Leseerwartungen von Praktikern im Vordergrund - die weitere Verbreitung des Ansatzes und eine kritisch-konstruktive Diskussion mit Akteuren anderer Kommunen und anderer Arbeitsfelder ist ausdrücklich gewollt. Theoretische Hintergründe treten in diesem Sinne hinter kleinschrittigen, bewusst detaillierten Beschreibungen des konkreten Vorgehens zurück.

Der Essener Ansatz, Gesundheit und Arbeitsförderung zusammen zu denken und in schrittweise auszubauenden Maßnahmen zusammenzuführen, steht in dem beschriebenen Umfang, der Breite der Themen und aufgegriffenen Handlungsfelder und in Bezug auf die Systematisierung der Netzwerkarbeit bundesweit für sich. Gleichwohl steht auch in Essen die Entwicklung in bestimmten Bereichen eher noch am Anfang - in besonderem Maß betrifft das die lebensweltbezogenen, auf Teilhabe und individuelle Ressourcenstärkung ausgerichteten kommunalen Maßnahmen. Auch und gerade hierzu wünschen sich die Autorinnen und Autoren einen fruchtbaren Dialog mit ihren Leserinnen und Lesern.

Arbeitsförderung und seelische Gesundheit im JobCenter Essen

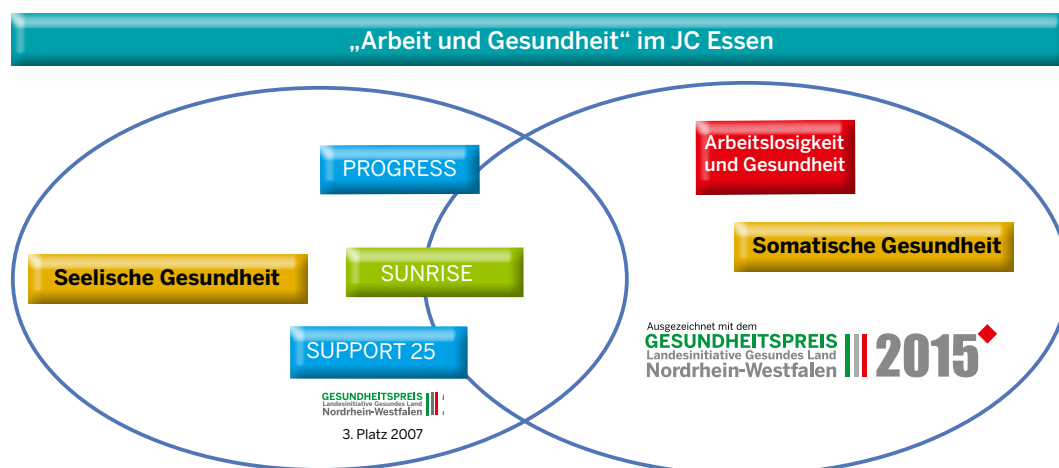
Thomas Mikoteit, JobCenter Essen;

Volker Reissner, LVR-Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

1. Die „Gesundheitswelt“ im JobCenter Essen

Das JobCenter Essen hat bereits vor mehr als 10 Jahren damit begonnen, die Gesundheit von Kundinnen und Kunden stärker in den Fokus zu nehmen. Seit 2006 wurde die gesundheitliche Ausrichtung der Arbeitsmarktförderung stetig ausgebaut und mit den lokalen Partnern des Gesundheitswesens ein umfangreiches Angebot zur Diagnostik und Versorgung von Kundinnen und Kunden mit psychischen, somatischen und Suchterkrankungen entwickelt.

Abbildung 1: „Arbeit und Gesundheit“ im JobCenter Essen



- SUPPORT 25 - Jugendarbeitslosigkeit und seelische Gesundheit – für Jugendliche zwischen 15–24 Jahren
([Support for Unemployed with Psychosocial Problems Obtaining Reintegration Training](#))
- PROGRESS- Seelische Gesundheit von Langzeitarbeitslosen zwischen 25–67 Jahren
([Project for Recording mental health and Occupational function in G-REinforcement by psycho-Social Skills training in unemployed people](#))
- SUNRISE- Integrative Betreuung von Arbeitslosen mit substanzbezogenen Störungen im Alter von 25–49 Jahren
([Integrated Support of Unemployed at Risk of Substance abuse disorders](#))

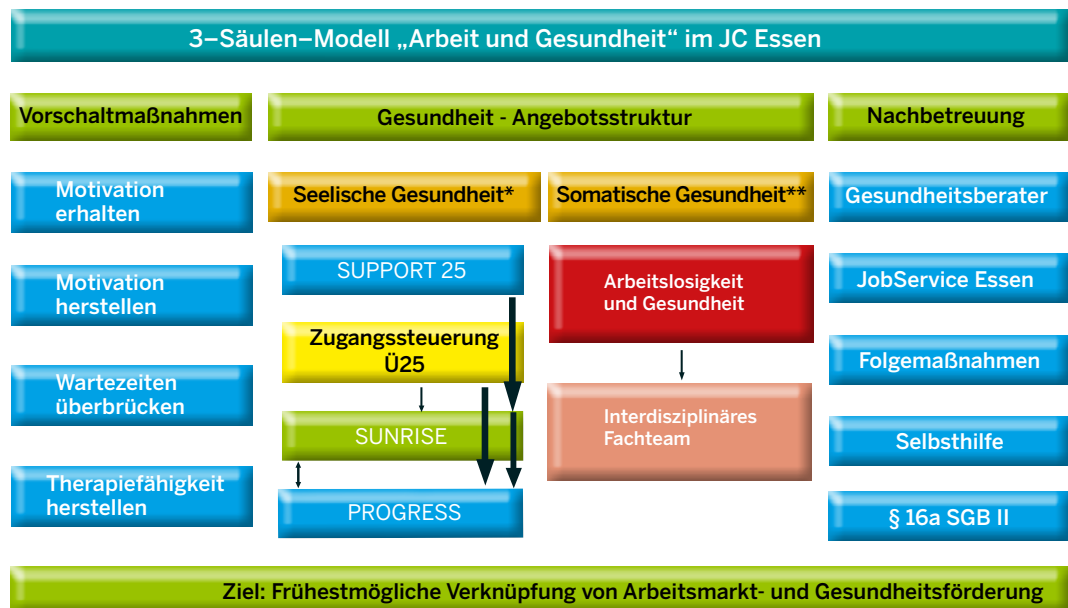
In Abhängigkeit von der individuellen gesundheitlichen Situation der JobCenter-Kundinnen und Kunden werden diese Angebote jeweils mit arbeitsmarktlichen Maßnahmen kombiniert.

Ein wichtiger Meilenstein ist in diesem Kontext die Zertifizierung des LVR-Klinikums/Universitätsklinikum Essen mit seinen psychiatrischen Fachabteilungen als Arbeitsmarktdienstleister. Dies eröffnet neue Möglichkeiten im Bereich der Zugangssteuerung von JobCenter-Kundinnen und Kunden, reduziert Schnittstellen und erhöht Erfolgswahrscheinlichkeiten.

So wird im Rahmen einer Maßnahme zur Eignungsfeststellung in einem Screeningverfahren erhoben, welches der vorhandenen Angebote mit Blick auf das dominante seelische Krankheitsbild für die Kundinnen und Kunden den richtigen Einstieg darstellt. Die Fachkräfte des JobCenters erhalten so eine qualifizierte Rückmeldung und sind damit auch ohne vertiefte gesundheitliche Fachkenntnisse in der Lage, die Kundinnen und Kunden für die nachfolgende Diagnostik richtig zuzuordnen.

Da das Klinikum neben der Diagnostik und der medizinischen Behandlung nun auch Arbeitsmarktdienstleistungen wie z.B. das Training von Schlüsselkompetenzen für den Arbeitsmarkt anbieten kann, können alle diese Leistungen aus einer Hand angeboten werden. So werden Hemmschwellen deutlich gesenkt, da die Kundinnen und Kunden sich nur einem sehr begrenzten Personenkreis öffnen müssen bzw. der Aufbau von Vertrauen deutlich einfacher möglich ist. Damit ist die Erwartung verbunden, mehr Kundinnen und Kunden mit den gesundheitsfördernden Angeboten zu erreichen und die Zielerreichung im JobCenter positiv zu beeinflussen.

Abbildung 2: 3-Säulen-Modell „Arbeit und Gesundheit“ im JobCenter Essen



* LVR/Uni-Klinikum Essen – Angebote möglichst aus einer Hand

** Vernetzung mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz Essen

Ziel des 3-Säulen-Modells ist es, den Arbeitsprozess mit den betroffenen Kundinnen und Kunden so zu gestalten, dass eine frühestmögliche und nachhaltige Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung realisiert werden kann.

Dabei wird die eigentliche Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung sowohl durch Vorschaltmaßnahmen als auch durch eine konsequente Nachbetreuung flankiert. Über die Vorschaltmaßnahmen wird der individuellen Ausgangssituationen der Kundinnen und Kunden Rechnung getragen – das Spektrum reicht dabei von Maßnahmen zum Motivationsaufbau, um die Bedeutung der Gesundheit für die Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit überhaupt zu erkennen, bis hin zu Maßnahmen, um eine Therapiefähigkeit erst herzustellen (z. B. wegen fehlender Tagesstrukturierung).

Die Erfolgswahrscheinlichkeit aller Interventionen oder Therapien hängt maßgeblich davon ab, ob es gelingt, das Erlernte in den Alltag zu integrieren und wahrnehmbare Veränderungen in der Lebenssituation zu erreichen. Um die Kundinnen und Kunden des JobCenters auch nach Abschluss der eigentlichen Maßnahmen zu unterstützen, wurden verschiedene Angebote entwickelt bzw. in die Arbeitsprozesse eingebunden.

Im Ergebnis verfügt die Stadt Essen an der Schnittstelle des JobCenters zum Gesundheitssektor über ein breit angelegtes und inhaltlich vernetztes bzw. integriertes System, das die Möglichkeiten zur beruflichen Teilhabe von Langzeitarbeitslosen maßgeblich erweitert hat. Dabei werden in einem integrierten System auch die Gleichzeitigkeiten und die Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Erkrankungen berücksichtigt.

Entscheidende Auslöser für einen Veränderungsprozess und eine Änderung der Haltung zum Thema Gesundheitsförderung im JobCenter Essen waren im Jahr 2006 praktische Erfahrungen im Bereich der Beratung und Vermittlung von Jugendlichen unter 25 Jahren (U25). Die bisherigen Routinen und Instrumente funktionierten immer seltener; die Fachkräfte des JobCenters konnten viele Jugendliche und junge Erwachsene nicht mehr erreichen.

Ein erster Ansatz zur Problemlösung ergab sich in einem fachlichen Austausch des JobCenters Essen mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Essen (LVR-Klinikum/Universitätsklinik Duisburg-Essen), dem Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit Essen und dem Gesundheitsamt der Stadt Essen.

Ausgangspunkt der Überlegungen war dabei eine US-Studie, in der Cook JA, et al. (2005) für an Schizophrenie erkrankte langzeitarbeitslose Menschen nachweisen konnten, dass die Vermittlung in Arbeit durch eine Verknüpfung von Fallmanagement und psychiatrischer Behandlung um das 1,5-fache bzw. 2-fache erhöht werden konnte. In Anlehnung an dieses Ergebnis wurden seit 2006, beginnend mit dem Angebot „SUPPORT25“, sukzessive die drei Bausteine zur seelischen Gesundheit entwickelt.

2. Seelische Gesundheit von arbeitslosen Menschen

Auch in der wissenschaftlichen Forschung hat die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen im letzten Jahrzehnt zunehmend Beachtung gefunden.

Empirische Befunde zur Gesundheit von Arbeitslosen (Hollederer A (Hrsg.), 2009) belegen inzwischen eindeutig, dass:

- Arbeitslosigkeit eine starke Belastung ist, die als chronischer Stress empfunden wird und die körperliche und seelische Erkrankungen nach sich ziehen kann.
- Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Das Krankheitsrisiko steigt dabei mit der Dauer der Arbeitslosigkeit an.
- bei Arbeitslosen ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsverhalten (z. B. bei der Ernährung) sowie eine höhere Betroffenheit bei Suchtproblematiken (z. B. Alkohol) festzustellen ist.
- Arbeitslose in den deutschen Statistiken der Suchtkrankenhilfe (ambulant und stationär) überproportional vertreten sind.

Empirische Befunde zu den Folgen länger anhaltender Arbeitslosigkeit (Paul K, Moser K, 2001) und den Belastungen, denen Arbeitslose ausgesetzt sind, diagnostizieren die folgenden Auswirkungen:

- Minderung des Selbstwertgefühls – Arbeitslosigkeit wird als Misserfolg erfahren
- Depressivität
- Verlust sozialer Kontakte und Unterstützung
- Zukunftsängste
- Verlust der Lebensperspektive
- Zunahme familiärer Konflikte
- Zerfall von Zeit- und Tagesstrukturen
- Finanzielle Probleme und Armut sind Stressfaktoren

Ein stabiler sozialer Rahmen geht zunehmend verloren – mögliche Folgen sind z. B. soziale Desintegration, seelische Erkrankung, Suchtgefährdung.

3. Die drei Bausteine zur seelischen Gesundheit im JobCenter Essen

Im Folgenden werden die drei Angebote im Bereich der seelischen Gesundheit für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) detaillierter dargestellt.

3.1 SUPPORT25 – Jugendarbeitslosigkeit und seelische Gesundheit

(Support for **U**nemployed with **P**sychosocial **P**roblems **O**btaining **R**eintegration **T**raining U25)

Im Jahr 2006 hatte jede Fallmanagement- und Vermittlungsfachkraft des JobCenters Essen im Bereich der Jugendlichen unter 25 Jahren eine nennenswerte Anzahl von Jugendlichen in der Beratung, die primär im Hinblick auf ihr psychosoziales Funktionsniveau auffällig waren. Hierzu zählten:

- Hohe Fehlzeiten in der Schule oder in Arbeitsmarktmaßnahmen
- Häufige Abbrüche von Arbeitsmarktmaßnahmen
- Schulabsentismus in der Vorgeschichte und daraus resultierende Probleme im Hinblick auf die Qualifikation
- Deutliche Probleme mit der Einhaltung eines strukturierten Tagesablaufs (extrem unzuverlässig, extrem unpünktlich,...)
- Schilderung von Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen
- Adipositas (Bodymass Index (BMI) ≥ 30)

Direkte Hinweise im Beratungsgespräch auf eine deutliche psychopathologische Belastung der Kundin bzw. des Kunden.

Die Häufung dieser Auffälligkeiten, die auf eine seelische Erkrankung hinweisen können, waren der Ausgangspunkt für die gemeinsame Entwicklung des Instrumentes durch die Universitätsklinik Duisburg-Essen und das JobCenter Essen.

Die Vermittlungsfachkräfte im JobCenter verfügen in der Regel über keine spezifische psychiatrische oder psychologische Qualifikation. Selbst wenn im Beratungsgespräch psychische Probleme und Anpassungsschwierigkeiten beobachtet werden, fällt die Beurteilung dieser Zeichen schwer: Kooperiert eine Kundin oder ein Kunde aufgrund einer bestehenden Erkrankung nicht oder handelt es sich zum Beispiel eher um Defizite im Bereich der Motivation? Eine Fehleinschätzung dieser Auffälligkeiten kann zu einer vollkommen falschen Reaktion durch die Vermittlungsfachkräfte führen (z. B. Sanktionierung der Kundin/des Kunden). Dies kann im Ergebnis zu einer Verschlechterung der gesamten Situation führen, die oft auch mit einem (erneuten) „Abtauchen“ verbunden ist. Viele Menschen mit psychosozialen Problemen versuchen zudem, gerade diese Probleme auf die unterschiedlichste Weise vor anderen Personen zu verbergen. Hier stößt die Fallarbeit im JobCenter deutlich an Grenzen.

Die Einbindung externer Expertise im Bereich der seelischen Gesundheit und eine Vernetzung mit dem Gesundheitssystem sind daher für eine erfolgreiche Arbeit des JobCenters unbedingt erforderlich, zumal im JobCenter auch keine eigene interne Unterstützungsstruktur existiert. Die vorhandenen Fachdienste (ärztlicher und psychologischer Dienst) greifen hier in der Regel nicht, da im Ärztlichen Dienst keine spezifische psychiatrische Diagnostik vorgesehen ist und im Psychologischen Dienst der Schwerpunkt in der Leistungsdiagnostik und nicht in der klinischen Psychologie liegt.

Die **kommunalen Eingliederungsleistungen** gemäß §16a Sozialgesetzbuch II (SGB II), hier die psychosoziale Beratung (z. B. bei Erziehungs-, Trennungs-, Scheidungsproblemen, bei Wohnungsverlust) ist ebenfalls nicht medizinisch/psychologisch ausgerichtet, sondern folgt eher den Ansätzen der Sozialarbeit. Dieses Angebot steht dennoch nicht isoliert da, sondern wird im Bereich der Vorschaltmaßnahmen und in der Nachbetreuung unterstützend eingesetzt (Integration in den Gesamtprozess).

3.1.1 Arbeitshypothese und Zielebenen

Seit dem 01.03.2007 verknüpft SUPPORT25 die bis dato parallel arbeitenden Bereiche des JobCenters Essen und die des Gesundheitssystems für Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren. Die Arbeitshypothese für die Entwicklung von SUPPORT25 lautete: Die Kombination von psychiatrischer Behandlung und Aktivitäten der Arbeitsvermittlung steigert die Reintegrationswahrscheinlichkeit in Ausbildung und Arbeit.

Oberstes Ziel stellt die (Wieder-)Eingliederung dieser Jugendlichen in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt dar. Dazu sind eine Verbesserung der seelischen Gesundheit und die (Re-)Integration in das soziale Umfeld erforderlich.

SUPPORT25 fokussiert damit auf zwei gleichrangige Zielebenen:

1. **Medizinische Behandlung**
Die medizinische Versorgung von jungen Menschen mit psychischer Störung im SGB II Bezug soll auf der Basis einer ausführlichen Diagnostik und ggf. Motivation zur Therapieaufnahme sichergestellt werden.
2. **Integration in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt**
Über eine Verknüpfung von psychiatrischer Behandlung und arbeitsmarktlicher Qualifizierung wird eine positive Wechselwirkung erzeugt, die die Wiederherstellung und Stabilisierung der seelischen Gesundheit fördert, und gleichzeitig auch die Integrationschancen in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt erhöht.

Die Jugendlichen müssen dabei den Weg zum Psychiater/Psychologen bzw. zu einer Klinik nicht selbst finden; die klinischen Mitarbeiter von SUPPORT25 (Psychiater, Psychologe) sind an 5 Tagen in der Woche direkt vor Ort im JobCenter U25 (= Liaisonambulanz). Dies ist ein wichtiger Erfolgsfaktor in der Umsetzung des SUPPORT25 - Ansatzes.

3.1.2 Eckpunkte und Ablauf des SUPPORT25 – Prozesses

Die Zielgruppe des Angebotes in der SUPPORT25 Liaisonambulanz umfasst Jugendliche zwischen 16,0 und 24,9 Jahren mit psychischen Erkrankungen. Wichtige Voraussetzungen für die Diagnostik und Beratung der jungen Arbeitslosen sind die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die räumliche Nähe der SUPPORT25 Liaisonambulanz zum JobCenter Essen.

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die das SUPPORT25 – Angebot nutzen, sind zu 94 bis 98 % im Sinne der International Classification of Diseases psychisch erkrankt (ICD-10; Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, 1993; Reissner V, et al., 2011). Für diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nicht selten von mehreren psychischen Störungen im Sinne einer Komorbidität betroffen sind, reichen die Angebote der psychosozialen Betreuung im Rahmen der kommunalen Eingliederungsleistungen gemäß §16 a SGB II in der Regel nicht aus. Zu den psychischen Erkrankungen zählen zum Beispiel Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Missbrauch bzw. Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen. Alle diese Erkrankungen bedingen die Arbeitslosigkeit oder sind durch die Arbeitslosigkeit mitentstanden. In jedem Fall stehen sie einer Beendigung der Arbeitslosigkeit entgegen. Im Sinne der „Social causation“- Hypothese (z. B. Winefield AH, 1995) treten gesundheitliche Einschränkungen und Erkrankungen als Folge der Arbeitslosigkeit auf. Dagegen konstatiert die „Drift“- oder „Selection“-Hypothese, dass eine vorbestehende Erkrankung zu einem erhöhten Entlassungsrisiko führt (z. B. Dooley D, Catalano R, Wilson G, 1994).

Die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Diagnostik und Beratung in der SUPPORT25 Liaisonambulanz stellt eine unabdingbare Voraussetzung dar. Nur wenn die Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst erkennen, dass etwas an ihrer gesundheitlichen Situation geändert werden muss, sind sie bereit an der Diagnostik teilzunehmen. Hierzu bedarf es eines offenen Gespräches mit dem Ambulanz-Psychotherapeuten auf dem Fundament einer vertrauensvollen Beziehung. Diese Basis wäre im Fall einer Zuweisung unter Zwang nicht gegeben. Eine Sanktionierung der Jugendlichen erfolgt daher bei Ablehnung des Angebotes nicht. Auf diese Freiwilligkeit legen daher Vermittlungsfachkräfte wie auch Ambulanz-Therapeuten großen Wert.

Die klinische Erfahrung aus mehr als zehn Jahren SUPPORT25 zeigt aber auch, dass es Jugendliche gibt, die nach einem ersten Kontakt zu den SUPPORT25-Therapeuten die Beratung abbrechen. Ein Teil dieser jungen Arbeitslosen stellt sich jedoch im Verlauf ihrer Erkrankung erneut in der SUPPORT25 Ambulanz vor. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass es im JobCenter jemanden gibt, der ihnen intensiv zugehört hat und der oft erstmals verstanden hat, warum sie so sind, wie sie sind. Wenn diese Jugendlichen und jungen Erwachsenen bereit für die Hilfe sind, finden sie den Weg zurück zu SUPPORT25.

Grundstruktur des Ablaufs in SUPPORT25

Der idealtypische Arbeitsprozess in der SUPPORT25 Liaisonambulanz selbst teilt sich in fünf Phasen auf:

- a) Identifikation von Verdachtsfällen,
- b) Diagnose erstellen,
- c) Aufklärung der Jugendlichen über die vorliegende Problemlage, (Psychoedukation) und Erarbeitung eines Lösungsansatzes,
- d) Motivation zur Behandlung herstellen und aufrechterhalten,
- e) Erstellung eines sozialmedizinisch-psychologischen Gutachtens mit Hinweisen für die nächsten Schritte in Richtung Ausbildungs- und Arbeitsmarkt.

Im Detail:

a) Identifikation von Verdachtsfällen

Die Vermittlungsfachkräfte des JobCenters identifizieren Kundinnen und Kunden mit einem möglichen Beratungsbedarf. Sie haben zuvor Schulungen erhalten, die ihnen das Erkennen der entsprechenden Auffälligkeiten erleichtern. Mittlerweile liegt auch eine entsprechende Checkliste für Arbeitsvermittler vor (Reissner V, Hebebrand J, unveröffentlicht).

Die Überweisung in die SUPPORT25 Liaisonambulanz erfolgt bei Vorliegen der oben genannten Hinweise auf ein deutlich reduziertes psychosoziales Funktionsniveau (häufiges Zu-spät-kommen, häufige Maßnahmenabbrüche, hohe Fehlzeiten, Schilderung psychischer Beschwerden etc.). Zuvor erläutert die JobCenter-Fachkraft den Kundinnen und Kunden das SUPPORT25-Angebot und vereinbart bei Einverständnis des Jugendlichen einen SUPPORT25-Termin.

Oft erfolgt direkt im Anschluss an dieses Beratungsgespräch eine erste Kontaktaufnahme zur SUPPORT25 Liaisonambulanz. Wenn psychisch kranke Jugendliche es geschafft haben, den Weg ins JobCenter zu finden, muss der sofortige Kontakt zu SUPPORT25 hergestellt werden, um diesen Prozess nicht wieder zu unterbrechen. Auch wenn dieser erste Kontakt zum Ambulanztherapeuten zeitlich kurz ausfallen kann, relativiert er sehr oft Ängste, Unsicherheiten, Vorurteile oder Stigmata, die bei den Jugendlichen vorhanden sind. In der Vorstellung vieler Jugendlicher sitzt dort ein Arzt im weißen Kittel, die „Zwangsjacke“ liegt schon unter dem Schreibtisch und „man kommt da nicht mehr raus“, wenn man erst einmal in den „Fängen“ der Psychiater/Psychologen ist. Die Realität bzw. der eigene persönliche Eindruck zeigt den jungen Erwachsenen dann aber sehr schnell, dass diese Ängste unbegründet sind und dort ganz „normale“ Menschen sitzen, die zuhören, die verstehen und die helfen können.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass dieser Weg angenommen wird. Selbst Jugendliche, die bisher nicht auf Einladungen ihrer Vermittlungsfachkraft reagiert haben, erscheinen deutlich regelmäßiger zu den Gesprächen in der SUPPORT25 Liaisonambulanz. Insgesamt liegt die Drop-Out-Rate zwischen 20 und 30 %.

Darüber hinaus können Jugendliche, die im Rahmen der Untersuchungen beim ärztlichen oder psychologischen Dienst Hinweise auf eine mögliche psychische Erkrankung geben, in der SUPPORT25 Liaisonambulanz vorgestellt werden.

b) Diagnose erstellen

Im Rahmen der Vorstellung in der SUPPORT25-Ambulanz erfolgt in der ersten Sitzung ein ausführliches Erstgespräch. Ziel ist es primär, zur Kundin/zum Kunden Vertrauen aufzubauen. Hierzu gehört die Aufklärung über die Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Ambulanz-Angebot. Der Kunde wird zudem gebeten, den Ambulanz-Therapeuten von seiner Schweigepflicht in Hinblick auf die Fachkräfte des JobCenters zu entbinden (und umgekehrt). Die im Rahmen der Diagnostik erhobenen Informationen zielen darauf ab, im Konsens zwischen Kunden, JC-Fachkräften und Therapeuten die Platzierung in einer geeigneten Arbeitsmarktaktivität zu ermöglichen.

In der zweiten Sitzung kommen Fragebögen und standardisierte Interviews zum Einsatz, um die Verdachtsdiagnose(n) zu sichern z. B. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II (SKID-I und II Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T, 1997), Symptom Checklist-90-R (SCL-90R Derogatis LR, 1976), Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory (CSSRI, Chisholm D, et al., 2000). Bei Bedarf folgen weitere Testverfahren.

c) Psychoedukation und Erarbeitung eines Lösungsansatzes

Die Beratungsstunde drei dient der Vermittlung der Befunde und der Psychoedukation. Im Fall des Vorliegens einer psychischen Erkrankung erhält der Patient eine ausführliche Aufklärung über diese Erkrankung sowie ihre psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten. Im Ergebnis werden die vorliegenden Problemlagen detailliert besprochen und ein gemeinsamer und tragfähiger Lösungsansatz erarbeitet.

d) Motivation zur Behandlung herstellen und aufrechterhalten

Besonders wichtig ist – im Falle einer Behandlungsbedürftigkeit – die motivationale Arbeit mit dem Kunden in Hinblick auf die Aufnahme einer Therapie (vierte Sitzung). In diesem Rahmen erhalten die Kunden auf verschiedenen Ebenen Unterstützung, um ihnen den Eintritt in das psychiatrische Hilfesystem, z. B. in eine ambulante oder stationäre Therapie, zu erleichtern. Auf der Zielebene „medizinische Behandlung“ und auf Basis der medizinischen Diagnose(n) bekommen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten/stationären Behandlungsplatz. Es werden konkrete Wege in das Hilfesystem aufgezeigt (Wie finde ich den richtigen Psychiater/Psychologen?). SUPPORT25 bietet bei Bedarf auch eine Begleitung zum Erstgespräch beim externen Psychiater/Psychologen an. Im Ergebnis wird so die Eintrittsschwelle in das Hilfesystem des Gesundheitswesens deutlich gesenkt. Therapieelemente gehören ausdrücklich nicht in das Angebot von SUPPORT25. Dieser Bereich fällt ausschließlich in die Zuständigkeit des Gesundheitswesens.

e) Erstellung eines sozialmedizinisch-psychologischen Gutachtens

Die Fachkräfte des JobCenters erhalten (bei vorliegender Schweigepflichtentbindung) durch die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Gutachten mit den Ergebnissen der psycho-

logischen Diagnostik sowie den Empfehlungen und Angeboten zur Förderung der seelischen Gesundheit. Die Gutachten geben Auskunft zu den folgenden Punkten:

- Feststellung bzw. der Ausschluss einer vermittlungsrelevanten seelischen Störung,
- genaue Beschreibung von Art und Schwere einer vorliegenden seelischen Störung,
- Einschätzung der therapeutischen Beeinflussbarkeit (individuelle Prognose unter Berücksichtigung von Therapie- und Veränderungsmotivation, Art der Therapie),
- Einschätzung der derzeitigen Leistungsfähigkeit/Integrationsfähigkeit hinsichtlich seelischer Stabilität, kognitiver Belastbarkeit, Umstellfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und sozialer Kompetenz. Hier wird ermittelt, ob die individuelle Situation des Jugendlichen Integrationsmaßnahmen, eventuell unter Einbeziehung einer ambulanten Therapie, zulassen oder ob medizinische Maßnahmen aktuell im Vordergrund stehen.

Bereits während der Gutachtenerstellung werden die möglichen medizinischen und arbeitsintegrativen Prozessschritte in einem Gespräch zwischen der Fachkraft des JobCenters und dem Psychiater/Psychologen aus SUPPORT25 abgestimmt. In der Folge findet ein weiteres Beratungsgespräch mit den Jugendlichen statt, um gemeinsam mit diesem einen gemeinsamen und tragfähigen Lösungsansatz für die psychischen Probleme und Hindernisse der Arbeitsmarktintegration zu erarbeiten. An diesem Gespräch nimmt bei Bedarf auch der SUPPORT25 Ambulanztherapeut teil.

Auf der Zielebene „Integration in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt“ wird hier festgelegt, welche Integrationsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Krankheit und der aktuellen Belastbarkeit (zeitlicher Umfang, weitergehender Unterstützungsbedarf...) der Jugendlichen tatsächlich möglich sind. Ist die Ausprägung der Krankheit zu schwerwiegend, steht die Therapieaufnahme im Vordergrund.

Nach einer Therapie, oder wenn möglich schon therapiebegleitend, findet eine individuelle Unterstützung bei allen notwendigen Schritten zur Eingliederung in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt statt. Häufig stellen die SUPPORT25 Ambulanztherapeuten erstmalig eine psychiatrische Diagnose bei den Kunden. Im seltenen Falle einer extrem ausgeprägten und chronischen psychischen Erkrankung kann sich auch die Frage nach einer beruflichen Rehabilitation stellen. Welcher Kostenträger notwendige Therapien finanziert, wird damit erst in der Folge relevant.

3.1.3 Quantitäten und Wartezeiten

SUPPORT25 deckt seit 2007 pro Jahr einen Bedarf an therapeutischer Behandlung bei rund 300 Jugendlichen auf. Eine zeitnahe Umsetzung der notwendigen medizinischen Maßnahmen ist allerdings nicht immer möglich. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen eine ambulante Psychotherapie erforderlich ist. Jugendliche, die aufgrund der Schwere der Erkrankung zunächst eine stationäre/teilstationäre Behandlung benötigen, können in der Regel relativ schnell in der kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. erwachsenenpsychiatrischen Klinik behandelt werden. Dies gilt ebenfalls für die ambulante Psychopharmakotherapie, die häufig ebenfalls durch die Institutsambulanzen der Klinik oder niedergelassene Psychiater gewährleistet werden kann.

Im Bereich der ambulanten Psychotherapie ist die Situation problematischer. Das derzeitige ambulante Behandlungsangebot in Essen deckt den vorhandenen Bedarf nicht ab. Wartezeiten für eine ambulante Therapie liegen durchaus bei 6 bis 12 Monaten bzw. für die Aufnahme in eine Tagesklinik bei 3 bis 6 Monaten.

Neben langen Wartezeiten für eine ambulante Therapie stellt die regelmäßige Teilnahme an einer Sitzung pro Woche für viele der schwer Betroffenen eine unüberwindbare Hürde dar. Eine Untersuchung der Compliance für Behandlungsempfehlungen durch die SUPPORT25 Liaisonambulanz zeigt, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten bevorzugt niederschwellige Beratungsstellen aufsucht, die jedoch keine regelmäßige ambulante Psychotherapie anbieten (Hagen C, et al., 2018).

3.1.4 Zwischenlösungen

Für Jugendliche, die eine ambulante Therapie benötigen, sind aufgrund der langen Wartezeiten Überbrückungsangebote zwingend notwendig. Gerade wenn es gelungen ist, die Jugendlichen zu motivieren, aktiv an ihrer seelischen Gesundheit zu arbeiten, darf dieser Erfolg nicht durch eine längere zeitliche Unterbrechung gefährdet werden. Aufgrund der psychiatrischen Störungsbilder ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass viele Jugendliche erneut „verloren“ gehen und die bislang erarbeiteten Fortschritte zunichte gemacht werden. Letztlich müsste die Arbeit wieder komplett von vorne beginnen, Effizienz und Effektivität des gesamten Prozesses wären in Frage gestellt.

Ein erster Lösungsansatz ist die Bereitstellung geeigneter Arbeitsmarktmaßnahmen, die die psychische Erkrankung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen berücksichtigen. Diese Maßnahmen sollen die Motivation der Jugendlichen zur Integration in Ausbildung und Arbeit sowie zur Aufnahme oder Fortführung einer Therapie erhalten. Beispielhaft können hier die Arbeitsgelegenheit „Tierfarm“ gem. § 16d SGB II oder Top4You, eine Aktivierungsmaßnahme gem. §45 SGB III, genannt werden. In diesen Programmen werden die Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf eine Behandlung z. B. durch Psychoedukation vorbereitet. Ein weiteres Ziel dieser Maßnahmen beinhaltet die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus. Hierzu gehören zum Beispiel die Entwicklung von Beratungszielen, das Einüben von tagesstrukturierenden Aktivitäten des täglichen Lebens, die Akzeptanz von Regeln oder das Training sozialer Kompetenzen. Diese Maßnahmen dienen auch dazu, Jugendliche, die zwar therapiemotiviert sind, aber Schwierigkeiten hätten, sich auf einer psychiatrischen Station zu integrieren, soweit zu stabilisieren, dass eine Therapie überhaupt durchgeführt werden kann.

SUPPORT25 führt zu einer inhaltlichen Veränderung der vorhandenen Arbeitsmarktinstrumente. Im Ergebnis erweitert SUPPORT den Instrumentenkoffer des JobCenters um geeignete Angebote für diese Jugendlichen. Nach der Diagnose kann der Integrationsprozess oft therapiebegleitend direkt fortgesetzt werden und benötigt dann Förderprogramme, die den aktuellen seelischen Gesundheitszustand berücksichtigen. Dies können einzelne Module in ansonsten standardisierten Maßnahmen sein (z. B. bei eher leichterem Krankheitsausprägung) oder ganz spezielle Maßnahmeangebote ausschließlich für diese Zielgruppe.

Auch an dieser Stelle im Prozess wird die fachliche Expertise der Universitätsklinik benötigt. Zum einen ist diese Expertise bei der inhaltlichen Entwicklung der Maßnahme bzw. der Maßnahmemodule erforderlich, zum anderen ist es für die Zusammensetzung der Jugendlichen in einer Maßnahme sehr wichtig, dass die vorhandenen Krankheitsbilder zusammen passen und die Jugendlichen sich nicht gegenseitig negativ beeinflussen.

Ein zweiter Lösungsansatz sieht die Einbindung von Selbsthilfegruppen vor, die nicht nur in der Phase der Wartezeitenüberbrückung eingebunden werden können, sondern auch in der Phase nach Abschluss einer Therapie. Hier kann dann das in der Therapie Erlernte vertieft und stabilisiert werden. Durch den Austausch mit anderen Kundinnen und Kunden bzw. Patientinnen und Patienten, die sich in einer ähnlichen Lage und Verfassung befinden, erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer soziale Unterstützung. Praktische Tipps, Informationen und mitfühlendes Verständnis führen häufig zu einer Entlastung der Betroffenen.

Ein dritter Lösungsansatz stellt die Entwicklung eines niederschweligen psychotherapeutischen Gruppenangebotes durch die Universitätsklinik dar. Hier wurden bereits Konzepte erarbeitet und auf ihre Umsetzbarkeit geprüft. Die klinischen Erfahrungen im Bereich U25 zeigen jedoch kein einheitliches Bild. Statistische Analysen zur Inanspruchnahme solcher Angebote sind noch nicht möglich. Eine Weiterentwicklung der bisherigen Angebote auf der Basis des erworbenen klinischen Wissens ist ein Ziel für die nahe Zukunft.

3.1.5 Evaluation/Begleitforschung

Seit der Implementierung der SUPPORT25-Liaisonambulanz erfolgte eine kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation. Die Finanzierung dieser Studien war durch die Einwerbung von Forschungsmitteln beim Land NRW und der EU möglich (z.B. Med.inNRW-Wettbewerb) und erfolgt durch die Universitätsklinik. Fünf Schwerpunktthemen wurden dabei bislang in Studien bearbeitet:

1. Beschreibung einer klinischen Population in Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen: Arbeitsvermittler wiesen ihre Kunden zu SUPPORT25 zu, die im Rahmen der Beratung konsekutiv der Studie zugeführt und untersucht wurden (Rosien M, et al., 2008; Reissner V, et al., 2011)
2. Vergleich der klinischen Population aus Studie 1 mit einer kleinen repräsentativen Stichprobe von Jugendlichen zwischen 16 und 25 Jahren im ALG-II-Bezug (Reissner V, et al., 2014)
3. Untersuchung des Verlaufes von 100 SUPPORT25-Kunden über ein Jahr inklusive eines Prä-Post-Vergleiches (Reissner V, et al., in Vorbereitung)
4. Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems im Verlauf von sechs Monaten (Hagen C, et al., 2018)
5. Komorbidität und Assoziation mit dem psychosozialen Funktionsniveau sowie mit der aktiven Jobsuche (Reissner V, et al., in Vorbereitung)

Im Detail:

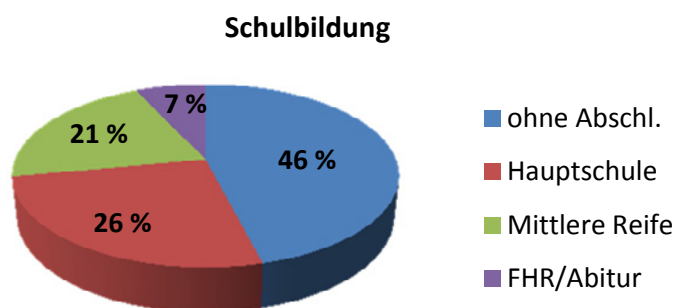
Studie 1: Prävalenz psychischer Erkrankungen in einer Inanspruchnahme-Stichprobe junger psychisch kranker ALG-II-Empfänger

Zunächst stellt sich die übergeordnete Frage nach der Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen in einer Stichprobe junger Arbeitsloser aus der SUPPORT25-Ambulanz im JobCenter Essen. Hierbei ist zu beachten, dass die zugewiesenen Kundinnen und Kunden durch die Integrationsfachkräfte bereits vorselektiert wurden, so dass die untersuchte Stichprobe keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt.

Zwischen März 2007 und März 2008 erfolgte die Zuweisung von 229 arbeitslosen Personen zwischen 16 und 25 Jahren zur SUPPORT25 Liaisonambulanz. Von diesen Kunden kompletieren N=165 (72% von 229) die Diagnostik mit einer anschließenden Psychoedukation und Therapieberatung. Die Diagnosen basierten u.a. auf standardisierten Interviews. Es erfolgte zusätzlich die Erfassung soziodemographischer Daten, der Integration in Arbeit und des Schweregrades der psychischen Symptomatik.

Der Altersdurchschnitt der Untersuchten lag bei ca. 21 Jahren. Die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer konnte keinen Schulabschluss nachweisen (siehe Abbildung 1). Im Zeitraum ihrer Kindheit bis zum Erwachsensein hatten 15,8% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen Erfahrungen mit institutioneller Erziehung (Heimerziehung, Pflegefamilie) – ein Ergebnis deutlich über dem bundesweiten Durchschnittswert. Fast die Hälfte der Befragten gab zudem an, während der Schulzeit an mindestens sechs Tagen den Unterricht „geschwänzt“ zu haben (46,8 %).

Abbildung 3: Schulbildung der Studienteilnehmer



Häufigkeit der Erkrankungen

Von den Kundinnen und Kunden, die die Integrationsfachkräfte des JobCenters der Liaisonambulanz zugewiesen haben

- litten 98 % der Jugendlichen unter mindestens einer psychischen Erkrankung,
- wurden bei 65 % der untersuchten Jugendlichen mindestens zwei psychische Erkrankungen festgestellt,
- wurden bei 30 % mindestens drei psychische Erkrankungen diagnostiziert.

98 von 100 der zugewiesenen Kundinnen und Kunden hatten somit zumindest eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung. Die erste Einschätzung der Vermittlungsfachkräfte wurde damit zu nahezu 100 % durch die Diagnostik bestätigt.

Diagnosen

Die in SUPPORT25 erstellten Diagnosen bilden ein breites Spektrum an seelischen Erkrankungen ab (Mehrfachnennungen enthalten):

- depressive Störung (47,9 %),
- Angststörung (33,4 %),
- Persönlichkeitsstörung (58,2 %).

Eine Persönlichkeitsstörung (PS), zum Beispiel eine Borderline-PS oder eine ängstlich-vermeidende PS beginnt häufig in der frühen Jugend und bleibt oft bis in das hohe Lebensalter bestehen. Eine PS ist durch extreme Verhaltensweisen gekennzeichnet, die insbesondere in sozialen Situationen mit dem Partner/der Partnerin, Freunden oder Arbeitskollegen deutliche Probleme hervorrufen. So kann etwa ein schnelles Wechseln zu aggressiven oder depressiven Gefühlen, wie es für Menschen mit einer Borderline-PS charakteristisch ist, die Integration am Arbeitsplatz deutlich erschweren. Zu dieser Hypothese passt die Tatsache, dass die Diagnose einer PS mit einem für die Betroffenen um das 2,7-fache erhöhten Risiko einhergeht, alle Reintegrationsmaßnahmen des JobCenters abubrechen (Reissner V, et al., 2011).

Studie 2: Prävalenz psychischer Erkrankungen in einer repräsentativen Stichprobe junger psychisch kranker ALG-II-Empfänger

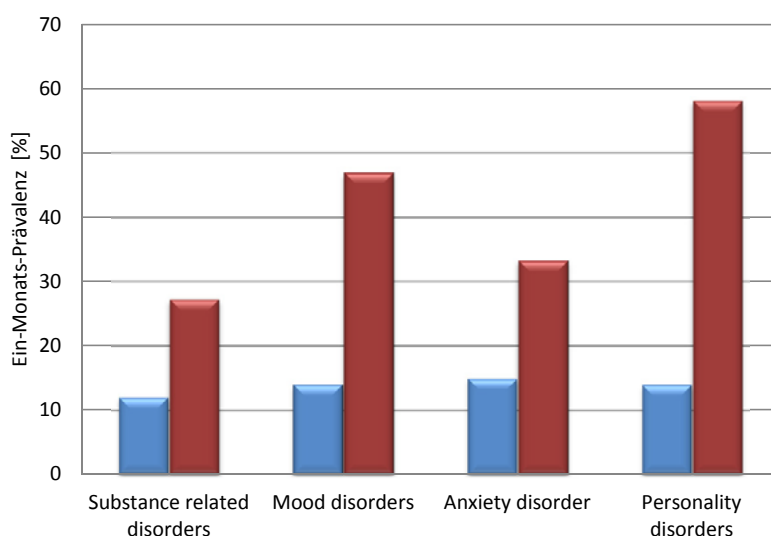
Die Tatsache, dass die Fachkräfte des JobCenters die Kunden für SUPPORT25 vorselektieren, stellt eine Limitation der oben dargestellten Studie 1 dar. Einerseits erhielten die Arbeitsvermittlerinnen und Arbeitsvermittler und Fallmanagerinnen und Fallmanager des JobCenters eine umfassende Schulung mit dem Ziel, Symptome einer psychischen Störung zu erkennen und eine Überweisung in die SUPPORT25-Liaisonambulanz einzuleiten. Dieses Procedere schließt jedoch Fehlentscheidungen nicht aus.

Daraus resultierte die Motivation zur Durchführung einer Studie mit dem Ziel, eine am JobCenter Essen rekrutierte repräsentative Stichprobe (RS) mit der oben beschriebenen klinischen Inanspruchnahme-Stichprobe (KS) aus Studie 1 zu vergleichen. Zum Zeitpunkt der Durchführung von Studie 2 lagen nur wenige repräsentative Untersuchungen zur Prävalenz (Kennzahl für die Krankheitshäufigkeit) psychischer Störungen bei arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor.

Einhundert Probanden (RS) wurden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen in der Mitte der Woche nach dem Zufallsprinzip beim Verlassen des JobCenters angesprochen. Die Studienteilnehmer erfüllten dieselben Ein- bzw. Ausschlusskriterien wie die Teilnehmer der KS (Alter: 16 und 24,9 Jahren, ALG-II-Empfänger etc.) und wurden mit demselben diagnostischen Interview untersucht.

Mindestens eine psychiatrische Diagnose erhielten 43% der RS und 98% der KS. Für die vier häufigsten Diagnosen (Angststörungen, depressive Störungen, PS, Störungen durch den Konsum legaler oder illegaler Drogen) fand sich in der KS eine signifikant höhere Ein-Monats-Prävalenz als in der RS (Abbildung 4).

Abbildung 4: Ein-Monats-Prävalenz der vier häufigsten psychischen Störungen in der repräsentativen (RS - blau) und klinischen Stichprobe (KS - rot; adaptiert nach Reissner et al., 2014)



Der Schweregrad der Psychopathologie zeigte sich in der KS signifikant ausgeprägter. Dies galt für die Gegenüberstellung der gesamten Stichproben sowie für den Vergleich der Substichproben mit psychisch Erkrankten aus der RS und KS.

Epidemiologische Studien geben die Ein-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung mit 23,4 % für Adoleszente und mit 20 % für Erwachsene an (Kessler RC, et al., 2012; Jacobi F, et al., 2004). Damit ist die Belastung der hier untersuchten Arbeitslosen durch psychische Störungen deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Als Konsequenz aus diesen Befunden wurde eine Checkliste zur Detektion psychischer Auffälligkeiten für die Vermittlungsfachkräfte auf Grundlage der Studiendaten entwickelt, die am JobCenter Essen zum Einsatz kommt (Reissner V, Hebebrand J, unveröffentlicht).

Studie 3: Psychische Belastung und Lebensqualität im Ein-Jahres-Verlauf nach Beratung in der SUPPORT25 Liaisonambulanz

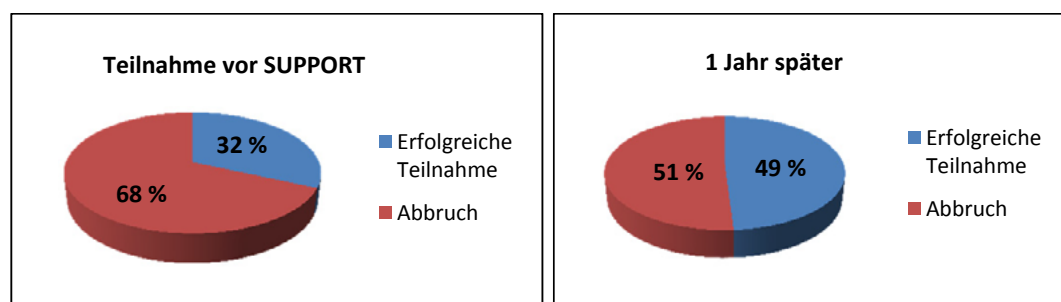
Diese Studie stellt die Frage nach dem Verlauf der psychischen Erkrankungen. Überblickt wird der Zeitraum von ca. einem Jahr nach dem Erstgespräch in der SUPPORT25 Liaisonambulanz.

Im Zeitraum zwischen 2007 und 2008 durchliefen 228 Jugendliche und junge Erwachsene den Diagnostik- und Beratungsprozess. Ein Jahr später konnten 100 dieser Kunden erneut retrospektiv befragt werden.

In dem Beobachtungszeitraum von einem Jahr nach der Beratung verbesserte sich die psychische Belastung deutlich. Die Lebensqualität in Hinblick auf die Gesundheit und die Freizeitaktivitäten sowie die Zufriedenheit mit dem Einkommen und der Beschäftigungssituation stiegen signifikant an.

Nicht nur die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen konnte gesteigert werden. Die erfolgreiche Teilnahme an arbeitsmarktlichen Maßnahmen des JobCenters verbesserte sich ebenfalls deutlich. Im Jahr vor der Teilnahme an SUPPORT25 schlossen lediglich 31,6 % der Jugendlichen mindestens eine Maßnahme erfolgreich ab. Ein Jahr später hatte sich die Quote nach den entsprechenden Interventionen auf 48,5 % signifikant gesteigert.

Abbildung 5: Teilnahme an arbeitsmarktlichen Maßnahmen vor Beratung in der SUPPORT25 Ambulanz und ein Jahr später (Erfolgreiche Teilnahme = Mindestens eine Maßnahme begonnen oder erfolgreich abgeschlossen; Abbruch = Keine Maßnahme begonnen bzw. alle begonnenen Maßnahmen abgebrochen)



Somit zeigte sich insgesamt eine Verbesserung

- der Integration in Arbeitsmarktmaßnahmen,
- des psychischen Befindens und
- der Lebensqualität

der untersuchten Arbeitslosen (Reissner V, et al., in Vorbereitung).

Studie 4: Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems

Studie 4 fokussiert auf die Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten, wie z.B. Psychotherapie, Psychopharmakotherapie oder Beratung vor und nach Nutzung des Beratungsange-

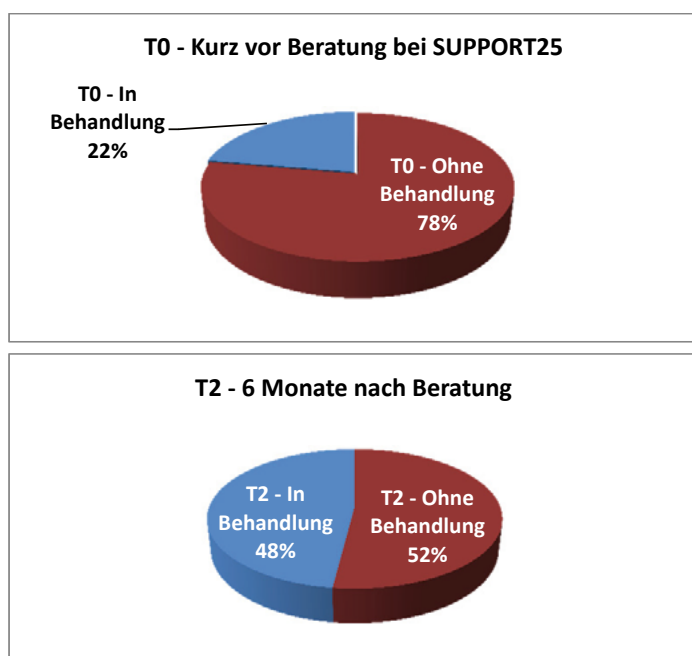
botes durch die SUPPORT25 Liaisonambulanz. Der überwiegende Teil der in der SUPPORT25 Ambulanz untersuchten Kunden erhielt die Empfehlung, weitere Hilfen aufzusuchen.

Die Erfassung der Inanspruchnahme des psychiatrischen sowie psychosozialen Hilfesystems bei 148 jungen Arbeitslosen erfolgte für den Zeitraum der drei Monate vor Studieneinschluss (T0), sowie für den Zeitraum von drei (T1) und sechs Monaten (T2) nach Studieneinschluss. Die Inanspruchnahme wurde als der Anteil der Studienteilnehmer gemessen, die einer Behandlungsempfehlung nachkamen.

Der Vergleich der Inanspruchnahme für den Drei-Monatszeitraum vor und nach Studieneinschluss zeigte eine deutliche Steigerung von 22,3 % (T0) auf 40,2 %. Die Inanspruchnahmerate stabilisierte sich für den Zeitraum vom dritten bis zum sechsten Monat bei 47,5 %.

Die Teilnehmer nutzten – auch ohne entsprechende Behandlungsempfehlung – häufiger niederschwellige Angebote von psychosozialen Beratungsstellen.

Abbildung 6: Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems kurz vor Eintritt in die SUPPORT25 Liaisonambulanz und sechs Monate später (adaptiert nach Hagen et al., 2018).



Die Praxis zeigt, dass viele Jugendliche über SUPPORT25 erstmals Kontakt zum gesundheitlichen Hilfesystem bekommen. Letztlich müssen viele dieser Jugendlichen vorher durch alle Hilfesysteme gefallen sein, die es von der Geburt bis zum Abschluss der Schulzeit in Deutschland gibt.

Insgesamt sprechen die bisherigen Studienergebnisse für eine Ausweitung niederschwelliger Angebote für die Zielgruppe der psychisch erkrankten jungen ALG-II-Empfänger (Hagen C, et al., 2018).

Studie 5: Komorbidität und Assoziation mit dem psychosozialen Funktionsniveau sowie mit der aktiven Arbeitssuche

Studie 5 beschäftigt sich mit der ausführlichen Analyse der klinischen Daten der ca. 1.700 Patienten, die die SUPPORT25 Ambulanz zwischen 2007 und 2014 besuchten. Von diesen Patienten standen 1.235 Erstgutachten zur Verfügung. Die Häufigkeit der Diagnosen in dieser großen Stichprobe stellt sich wie folgt dar (Mehrfachnennungen möglich):

- 47,5 % Angststörungen,
- 40,2 % depressive (affektive) Störungen,
- 39,0 % Persönlichkeitsstörungen,
- 19,9 % Suchterkrankungen.

Ähnlich wie in der Studie von Reissner und Kollegen (2011) zeigt sich eine ausgeprägte Komorbidität, also das gleichzeitige Auftreten von mehreren psychischen Störungen bei einem Individuum:

- 94,2 % leiden unter mindestens einer psychischen Störung.
- 57,1 % leiden unter mindestens zwei psychischen Störungen.
- 27,5 % leiden unter mindestens drei psychischen Störungen.

Das psychosoziale Funktionsniveau, gemessen mit der Global Assessment of Functioning-Skala (GAF) liegt im Durchschnitt bei 54 Punkten. Dieser Wert steht für mittelschwer ausgeprägte soziale Probleme der Patienten. Kontakte zu Freunden und Kollegen aufrecht zu erhalten oder beruflich Fuß zu fassen, fällt deutlich schwer.

In der Vergangenheit aufgetretene Faktoren, wie Schulabsentismus, institutionelle Unterbringung sowie die Kombination einer Persönlichkeitsstörung mit einer Angst- oder depressiven Störung, sind eng mit einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau verbunden. Kunden, die in der Vergangenheit der Schule unentschuldig fern blieben, haben ferner Probleme, sich zur aktiven Ausbildungs- und Arbeitssuche zu motivieren (Reissner V, et al., in Vorbereitung).

Die stabil hohe Anzahl an kranken Jugendlichen zeigt, dass hier keine temporäre Problematik vorliegt. Aus der Altersgruppe ab 15 Jahren kommen jedes Jahr viele Jugendliche mit seelischen Erkrankungen neu hinzu. Die sichere und kontinuierliche Vorselektion der Kunden mit psychischen Störungen durch die Integrationsfachkräfte des JobCenters Essen erfolgt auf der Basis einer zunehmenden Professionalisierung der Fachkräfte, die durch Schulungen und durch ihre praktischen Erfahrungen gelernt haben, auch schwierigere Fälle zu erkennen.

Fazit

Die eingangs zitierte Studie nach Cook und Kollegen (2005) sowie die am JobCenter Essen durchgeführten wissenschaftlichen Studien zeigen, dass die Kooperation zwischen der SUPPORT 25 Liasonambulanz und dem JobCenter zu Effekten in Bezug auf die Arbeitsmarktintegration und das Inanspruchnahmeverhalten des medizinischen Hilfesystems führt:

- Die Inanspruchnahme von psychiatrischen/psychologischen Hilfsangeboten ist nach der SUPPORT-Teilnahme höher. Die sehr geringe Inanspruchnahme - auch von stationären Angeboten - verändert sich nach der Intervention ebenfalls deutlich.
- Verbesserung des psychischen Befundes - nach einem Jahr zeigt sich ein Anstieg des psychosozialen Funktionsniveaus und eine Reduktion der psychopathologischen Belastung.
- Höherer Verbleib in Maßnahmen des JobCenters – hier wirken zwei Effekte: Neben der Stabilisierung der Gesundheit erfolgt durch SUPPORT eine passgenauere Platzierung der psychisch kranken Kundinnen und Kunden in Arbeitsmarktmaßnahmen.
- Die Kombination von psychiatrischer Beratung/Behandlung und Arbeitsvermittlung hat die Reintegrationswahrscheinlichkeit von Jugendlichen in Ausbildung und Arbeit erhöht.

Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass zusätzliche Faktoren zu diesen Ergebnissen beitragen.

3.1.6 Finanzierung

SUPPORT25 begann im Jahr 2007 als Projekt. Die über die Jahre dokumentierten Erfolge haben dazu geführt, dass SUPPORT25 inzwischen in die Regelstruktur des JobCenters Essen überführt wurde.

In den ersten beiden Phasen (01.03.2007 bis 30.04.2011) erfolgte die Finanzierung aus dem Eingliederungstitel (EGT) des JobCenters Essen gemäß des damals gültigen § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB II / Sonstige weitere Leistung (SWL) bzw. nach Wegfall dieses Instrumentes gemäß § 16f SGB II / Freie Förderung.

In der dritten Phase (01.04.2011 bis 30.05.2017) wurde das Projekt in die Regelstruktur überführt. Im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung wurden psychiatrisch-psychologische Fachgutachten eingekauft, die nicht durch die vorhandenen Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit bzw. das Gesundheitsamt der Stadt Essen abgedeckt werden können. In Analogie zur Finanzierungsgrundlage von ärztlichen und psychologischen Gutachten erfolgte die Umsetzung aus dem Verwaltungshaushalt gemäß § 8 SGB II in Verbindung mit § 44a SGB II.

In der vierten Phase (01.06.2017 bis lfd.) wurde die Finanzierung auf den Eingliederungstitel (EGT) umgestellt. Ausgeschrieben werden „Leistung zur Erstellung von psychiatrisch-psychologischen Fachgutachten gem. § 16 Abs. 1 SGB II i.V. m. § 32 SGB III (Eignungsfeststellung) für Jugendliche und junge Erwachsene“.

3.1.7 Übertragbarkeit von SUPPORT25

Bedarfsschätzung

Ausgangspunkt für Überlegungen zur Einführung eines SUPPORT25-Ansatzes kann die Einschätzung des vorhandenen Kundenpotentials sein. Hierzu können die Erkenntnisse und Erfahrungen aus Essen als Raster für eine Hochrechnung herangezogen werden.

Im JobCenter Essen erhalten rund 13.000 erwerbsfähige Leistungsberechtigte (ELB) zwischen 15 und 25 Jahren Leistungen nach dem SGB II. Von diesen 13.000 Jugendlichen können vom JobCenter durchschnittlich 4.500 aktiviert werden (ein Großteil geht noch zur Schule (rund 7.000) oder ist gem. §10 SGB II von der Aktivierung ausgenommen (rund 1.200)).

SUPPORT erstellt aus dieser Grundgesamtheit von 4.500 zu aktivierenden Jugendlichen pro Jahr ca. 300 Gutachten. Die „Trefferquote“ bei den untersuchten Kundinnen und Kunden liegt in einem Intervall von 93 % bis 98 %, d. h. bei fast allen zugewiesenen Jugendlichen wird mindestens eine Erkrankung diagnostiziert. SUPPORT25 deckt somit pro Jahr einen Bedarf an psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung bei 285 bis 294 Jugendlichen in der Stadt Essen auf.

Hochrechnung

Pro Jahr sind mindestens 7 bis 8 % der arbeitslosen und arbeitssuchenden Jugendlichen krank. Berücksichtigt man eine Dunkelziffer für noch nicht erkannte Erkrankungen, kann man von mindestens 10 % der Jugendlichen ausgehen, die SUPPORT benötigen und zur Mitwirkung bereit sind (Anmerkung: In der zufällig ausgewählten Vergleichsgruppe (siehe Studie 2 Seite 24) lag der Anteil psychisch belasteter Jugendlicher bei 43 %).

Rahmenbedingungen

Die wichtigste Grundvoraussetzung für die Etablierung einer psychiatrischen Liaisonambulanz sind Kooperationspartner aus dem Gesundheitssystem vor Ort, die offen für eine Zusammenarbeit und auch bereit dazu sind, einen gemeinsamen Ansatz zu entwickeln. In Essen war es sehr hilfreich, den Ärztlichen Dienst der örtlichen Agentur für Arbeit und das Gesundheitsamt der Stadt Essen aktiv mit einzubinden.

SUPPORT25 sollte in die Ablauforganisation des Bereiches U25 integriert werden. Insbesondere die direkte räumliche Anbindung an den Bereich U25 ist ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Vor dem Start sollten Schulungen für das Fallmanagement und die Vermittlungsfachkräfte durchgeführt werden, um

- vorhandene Symptome bei den Kundinnen und Kunden besser erkennen zu können und
- um die Fachkräfte des JobCenters in die Lage zu versetzen, mit den typischen Verhaltensweisen von kranken Jugendlichen im Beratungsgespräch umzugehen.

Diese Schulungen wurden von den eingebundenen Partnern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet. Der zeitliche Umfang der Einstiegsschulung betrug einen halben Arbeitstag. In der Folge findet bedarfsorientiert ein regelmäßiger fachlicher Austausch auf der Grundlage von konkreten Fällen statt.

Anmerkung: SUPPORT25 hat ein Manual zur Implementierung psychiatrischer Hilfen für Arbeitslose in einem JobCenter (Reissner V, Hebebrand J (Hrsg.), unveröffentlicht) erstellt, das die gesamten Prozesse beschreibt.

3.1.8 Zugänge zum Gesundheitssystem

SUPPORT25 eröffnet dem JobCenter die Möglichkeit, Zugänge zum Gesundheitssystem zu finden, die ohne diese Kooperation nicht möglich wären. Eine JobCenter-Fachkraft hat im Normalfall keine Kontakte zu einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Beratungsprozess wird dann schnell ein Punkt erreicht, an dem ein echter Fortschritt nicht mehr möglich ist, weil keine geeigneten Instrumente und Wege zur Verfügung stehen. Ohne eine Klärung der gesundheitlichen Situation und einer klaren Diagnose ist ein nachhaltiger Integrationsfortschritt aber nicht zu erreichen.

In Fällen, in denen die Diagnose so schwerwiegend ist, dass eine stationäre Behandlung der erste Schritt sein muss, kann über SUPPORT25 schnell ein geeigneter Therapieplatz gefunden werden. Über die Kontakte und Netzwerke der Kinder- und Jugendpsychiatrie öffnen sich darüber hinaus Wege in die ambulante Therapie, die sonst verschlossen wären. Denn am „freien Markt“ sind die Hartz IV-Empfänger bei niedergelassenen Psychotherapeuten nicht immer die erste Wahl, wenn es um die Annahme von neuen Patienten oder die Vergabe der knappen Termine geht. Beispielgebend sind hier ehemalige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes, die sich in der Zwischenzeit selbstständig gemacht haben.

3.1.9 Satellitenprojekte

Aus der Zusammenarbeit des JobCenters Essen mit dem Universitäts-Klinikum haben sich zwei weitere Kooperationen ergeben, die fachlich eng mit der Thematik von SUPPORT25 verbunden sind. Beide Themenfelder treten auch als Symptome im Kontext mit seelischen Erkrankungen auf. Finanziell beteiligt sich das JobCenter nicht an diesen beiden Projekten; die erforderlichen Mittel werden zu 100 % über Forschungsgelder gedeckt.

1) Arbeitslose Jugendliche mit extremer Adipositas

Extreme Adipositas bezeichnet eine übermäßige Vermehrung von Körperfett und wird mit einem Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ definiert. In Deutschland gelten 2,5 % der Kinder und Jugendlichen als extrem adipös (Mensink GBM, et al., 2013). Nur in wenigen Fällen ist eine definierte Erkrankung, wie z.B. eine Hormonstörung, die Ursache für Adipositas.

Menschen mit niedrigem Sozialstatus sind wesentlich häufiger von einer Adipositas betroffen (WHO 2017). Für deutsche Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus ist das Risiko einer Adipositas 3-fach erhöht (ermittelt über Familieneinkommen, elterlichen Bildungsstand und Berufsstatus).

Adipositas löst sehr häufig körperliche und seelische Begleiterkrankungen (Komorbiditäten), wie z. B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Probleme, aber auch soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, Schlafstörungen und Müdigkeit, aus.

Betroffene Jugendliche erfahren zudem Benachteiligungen in Bewerbungsprozessen, bei der Leistungsbeurteilung und der Stellenvergabe (Adipositas-Stigmatisierung) (Giel KE, et al., 2010). Im Ergebnis ergibt sich eine ungünstige gesundheitliche und berufliche Prognose.

Konservative Gewichtsreduktionsprogramme für Jugendliche, die eine Reduktion der Energieaufnahme und eine Steigerung körperlicher Aktivität vorsehen, zeigen bei Jugendlichen mit extremer Adipositas eine geringe Wirksamkeit (Danielsson P, et al., 2012). Da die konservativen Therapieoptionen oft nicht wirken, wird die Adipositas-Chirurgie auch zunehmend bei Jugendlichen angewandt, wobei in der Regel ein signifikanter Gewichtsverlust und eine Verbesserung der Komorbiditäten erreicht werden kann (Inge TH, et al., 2017). Menschen mit extremer Adipositas finden nach einer chirurgischen Behandlung (bariatrischen Chirurgie), im Vergleich zu Patienten, die keine Operation erhalten, mehr als drei Mal so häufig einen neuen Arbeitsplatz (Sharples AJ, Cheruvu CVN, 2017).

In der klinischen Versorgung sind arbeitslose Jugendliche mit extremer Adipositas allerdings unterrepräsentiert und haben selten Zugang zu verfügbaren Behandlungsangeboten einschließlich der bariatrischen Chirurgie (Zugangsbarrieren zur Adipositas-Therapie).

Jugendliche mit extremer Adipositas, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften sicherstellen können, müssen mit dem Jobcenter regelmäßig in Kontakt treten, um ihre finanzielle Grundsicherung zu erhalten. Da diese Jugendlichen von der medizinischen Versorgung häufig nicht erreicht werden, liegt in der Einrichtung einer Spezialambulanz im JobCenter eine große Chance, diese Risikogruppe auch tatsächlich in eine Behandlung einzubinden.

Aufgrund der Auswirkungen einer extremen Adipositas auf die Vermittlungsfähigkeit von Jugendlichen hat das JobCenter Essen großes Interesse an einer Kooperation und beteiligt sich aktiv an der Informationsvermittlung und der Herstellung eines Kontaktes zum medizinischen Versorgungssystem. Dabei sind alle Angebote absolut freiwillig; bei einer Ablehnung erfolgt durch das Jobcenter keine Sanktionierung.

Seit dem 01.10.2012 arbeitet das JobCenter Essen im Projekt „Jugendliche mit extremer Adipositas“ mit dem LVR-Klinikum zusammen (Hebebrand J, Mühlig Y, 2013).

In dieser ersten Förderperiode (2012-2014) wurde eine Spezialambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie des LVR-Klinikums Essen für arbeitslose Jugendliche im JobCenter Essen implementiert. Um einen möglichst niederschweligen Zugang der Teilnehmer zu ermöglichen, wurden alle diagnostischen und therapeutischen Angebote mit Ausnahme der medizinischen Untersuchung in den Räumlichkeiten des JobCenters durchgeführt.

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung untersuchte die Universitätsklinik Duisburg-Essen/das LVR-Klinikum Essen die Wirksamkeit einer zusätzlichen Gruppenintervention im Vergleich zu einer Standardbehandlung extrem adipöser Jugendlicher.

Neben der Standardbehandlung mit den Themen Ernährung, Essverhalten, Bewegung und Behandlung von Begleiterkrankungen sollen über eine Gruppenintervention zusätzlich psychologische Variablen positiv beeinflusst werden. Hier ging es primär um Lebenszufriedenheit, Stressbewältigung, Umgang mit Hänseleien, Selbstwertgefühl und psychisches Wohlbefinden, aber auch um die Initiierung von Aktivitäten zur Integration in Schule, Ausbildung oder Arbeit.

In der zweiten Förderperiode (2015 bis 2017) wurde das Projekt auf insgesamt fünf Jobcenter-Standorte im Ruhrgebiet (Essen, Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Bottrop und Gelsenkirchen) ausgedehnt. Mit der Einrichtung einer Spezialambulanz in diesen fünf Jobcentern sollte geprüft werden, ob über diesen niederschweligen Rekrutierungsweg arbeitslose Jugendliche mit Adipositas besser erreicht werden können (Mühlig Y, et al., in Revision 2018). Darüber hinaus wurden die folgenden Ziele verfolgt:

- Vermittlung von Gesundheitswissen,
- Hilfe zur Bewältigung psychischer Belastungen,
- Förderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- Erleichterung des Zugangs zu verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten (inkl. Adipositas-Chirurgie bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen),
- Planung der beruflichen Perspektive,
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungsansprüchen.

Das JobCenter Essen führte das Angebot auch im Jahr 2018 ff. mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie des LVR-Klinikums Essen weiter.

Angebote und Abläufe

Interessierte Jugendliche im Alter von 15 – 24 Jahren mit einem BodyMass-Index (BMI) ≥ 30 kg/m², erhalten im JobCenter das Angebot, an einem mehrstufigen Behandlungsprogramm zur Adipositas teilzunehmen.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Programm sind:

- Anzeichen einer somatischen oder psychiatrischen Erkrankung, die eine akute stationäre Behandlung erforderten,
- die ungenügende Fähigkeit, deutsch zu verstehen,
- Anzeichen oder Diagnose einer Intelligenzminderung (IQ <70).

Die einzelnen Stufen bzw. Angebote stellen sich wie folgt dar:

a) Identifizierung der Jugendlichen

Über den zuständigen Arbeitsvermittler/Fallmanager im JobCenter erhalten die Jugendlichen das Angebot, an einem unverbindlichen Informationsgespräch mit einer Psychologin der Spezialambulanz teilzunehmen. Hier wird das Behandlungsangebot erläutert. Das Informationsgespräch findet in den Räumlichkeiten des JobCenters statt, um Schwellenängste zu minimieren.

b) Diagnostik

Interessierte Jugendliche erhalten eine umfassende Untersuchung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes. Dazu werden Folgetermine für eine medizinische und psychologische Diagnostik im LVR-Klinikum Essen vereinbart.

c) Teilnahme an mehreren Gruppeninterventionen, jeweils 14-tägig im LVR- Klinikum Essen.

Bei anhaltendem Interesse können die Jugendlichen nach der Diagnostikphase mit einer sechs-monatigen ambulanten Gruppentherapie beginnen. Diese umfasst sechs Sitzungen (Medizin, Ernährung, Psychologie I und II, Bewegung und Medienkonsum) mit jeweils maximal 8 Teilnehmern.

Ergänzend werden auch individuelle Beratungen zu den folgenden Themen angeboten:

- Einbindung in Selbsthilfegruppen,
- Einschaltung von Fachärzten,
- Aufnahme einer Psychotherapie,
- Konservative Adipositas-Behandlungsmethoden,
- Chirurgische Adipositas-Behandlungsmethoden (bariatrische Chirurgie).

Zum Abschluss wird den Jugendlichen unter Berücksichtigung entsprechender Wünsche und Voraussetzungen eine individuelle Therapie vorgeschlagen.

d) Informations- und Vorbereitungskurs zur bariatrischen Chirurgie

Hier kann die Therapieempfehlung auch einen chirurgischen Eingriff vorsehen. Bei Interesse der Jugendlichen wird ein weiterführender Informationskurs zur bariatrischen Chirurgie mit drei Gruppen- und einer Einzelsitzung angeboten. Nur die Jugendlichen, die ihre Zuverlässigkeit in der Wahrnehmung von Terminen unter Beweis stellen, erhalten Zugang zum Informationskurs einschließlich einer eingehenden medizinischen und psychiatrischen Indikationsprüfung für eine bariatrische Operation.

Es wird ausdrücklich kein Druck aufgebaut, sich operieren zu lassen. Gut informierte Jugendliche/Erziehungsberechtigte sollen in der Lage sein, eine wohlüberlegte Entscheidung für oder gegen eine Operation zu treffen.

Der Informations- und Vorbereitungskurs wird von einem multidisziplinären Behandlungsteam durchgeführt und beinhaltet die Themen

- medizinische Aufklärung durch einen Arzt - Risiken und Nutzen einer Operation sowie die verschiedenen Methoden (z. B. Magenband, Magenverkleinerung),
- prä- und postoperative Ernährungsumstellung durch einen Ernährungswissenschaftler,
- kritische Auseinandersetzung mit der Adipositas-Chirurgie (Psychologe, bariatrisch operierter Patient, Leiter einer Adipositas-Selbsthilfegruppe),
- psychologisches Einzelgespräch (Lennerz B, et al., 2014).

e) Nachsorgeprogramm für operierte Jugendliche

Nach einer bariatrischen Operation werden die Jugendlichen in ein längerfristig angelegtes Betreuungsprogramm in der Spezialambulanz des LVR-Klinikums aufgenommen.

Hierzu gehören regelmäßige Nachuntersuchungen zur:

- medizinischen und psychosozialen Entwicklung,
- Integration in den Arbeitsmarkt,
- Ernährungsschulung,
- Schulung zu körperlicher Bewegung.

Es wird aber auch Kontakt zu anderen Betroffenen hergestellt, um z. B. eine Reflexion über die Veränderungen im Leben und mögliche Aktivitäten zur Aufrechterhaltung der Motivation zu ermöglichen.

f) Einladung zu jährlichen Verlaufsuntersuchungen

Die Jugendlichen werden zu jährlichen Verlaufsuntersuchungen eingeladen, um nachzuhalten, wie erfolgreich die Interventionen waren. Zudem gilt es frühzeitig ernährungsabhängige Mangelzustände als Folge der Operation zu erkennen, um eine entsprechende Behandlung einleiten zu können.

Ergebnisse/Erkenntnisse

Die durch die Jobcenter einbezogenen adipösen Jugendlichen waren insgesamt stark psychisch belastet. Bei der Hälfte aller Teilnehmer lag eine klinisch relevante depressive Symptomatik vor und bei 67% der Teilnehmer ergab sich eine klinisch relevante soziophobische Symptomatik. Bei einigen Teilnehmern lagen zudem multiple und teilweise auch schwerwiegende somatische Komorbiditäten vor. Bei unzureichender Behandlung besteht eine ungünstige Prognose verbunden mit hohen Krankheitskosten und dem Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit.

Von 2012 bis 2017

- wurden von den Jobcentern 176 Jugendliche für ein Informationsgespräch angemeldet, davon nahmen 123 Jugendliche tatsächlich am Gespräch teil;
- von diesen 123 haben 83 Jugendliche ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Diagnostik erklärt;
- 39 Teilnehmer gaben an, bis 12 Monate vor Behandlungsbeginn noch niemals eine professionelle Behandlungsmaßnahme (stationär oder ambulant) zu Adipositas in Anspruch genommen zu haben.
- 34 Jugendliche nahmen regelmäßig an den Sitzungen in der Adipositas-Intervention teil (= Teilnahme an mindestens fünf Schulungsterminen in sechs Monaten). 23 der 34 Teilnehmer durchliefen das Programm ohne chirurgische Operation.
- Die 11 Jugendlichen, die sich bisher einer bariatrischen Operation unterzogen, zeigten fast alle eine deutliche Gewichtsabnahme.
- Unabhängig von der Entscheidung für oder gegen eine Operation konnten die meisten der 34 Teilnehmer im Verlauf der Behandlung ihre berufliche Situation verbessern. 13 Teilnehmer (= 38,2 %) wurden auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert (Ausbildungsverhältnis 7, Festanstellung 6).

Fazit

Die Implementierung einer Spezialambulanz für arbeitslose Jugendliche mit Adipositas im Jobcenter ist eine erfolgreiche Strategie, um die Zielgruppe besser zu erreichen, in Behandlungsangebote zu integrieren und damit sowohl die gesundheitliche als auch berufliche Perspektive der Betroffenen nachhaltig zu verbessern.

2) Schulabsentismus

Sowohl Schulabsentismus als auch Arbeitslosigkeit können mit psychischen Erkrankungen einhergehen. Schulabsentismus, definiert als das entschuldigte oder unentschuldigte Fernbleiben aus der Schule, führt zu weitreichenden Konsequenzen. Mit zunehmender Dauer des Schulabsentismus steigt das Risiko für schlechte Schulleistungen und schulischen Misserfolg. Delinquenz, der Konsum psychotroper Substanzen oder das vorzeitige Verlassen des Schulsystems ohne Abschluss (Dropout) stellen sich als mit dem Schulabsentismus assoziierte Folgen dar (Henry KL, Huizinga DH, 2007; Christle CA, et al., 2007; Attwood G, Croll P, 2006). Im Jahr 2016 verließen in Deutschland 6 % aller Schüler die Schule ohne Schulabschluss (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2018).

Während im Jahr 2013 aus der Gruppe der Personen ohne schulischen Abschluss und berufliche Qualifikation ca. ein Drittel von Arbeitslosigkeit betroffen war, galt dies nur für 18 % der Hauptschüler mit regulärem Abschluss (Hausner KH, et al., 2015).

Die Prävalenz des unentschuldigten Fehlens (mehr als fünf Tage pro Schuljahr) beträgt zwischen fünf und zehn Prozent in Deutschland (Jans T, Warnke A, 2004; Wagner M, Dunkake I, Weiss B, 2004). Der Anteil der 15-jährigen Schüler aus der PISA-Studie von 2015, die in den zwei Wochen vor Befragung einen Tag oder mehr unentschuldigt fehlten, stieg zwischen 2012 und 2015 von 4,2 % auf 8,9 % (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; OECD, 2016: PISA 2015, für Deutschland).

Seit Ende 2005 besteht an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Essen die Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten. Kinder und Jugendliche, die den Schulbesuch verweigern, erhalten hier eine ausführliche psychiatrische Diagnostik in Hinblick auf die Frage nach psychischen Gründen für ihren Schulabsentismus. Sollte eine Therapie erforderlich sein, werden die betroffenen an niedergelassene Therapeuten oder in teil- bzw. vollstationäre Behandlung weiter vermittelt.

Vor diesem Hintergrund beteiligt sich das JobCenter Essen an einem wissenschaftlichen Beratungsprojekt zum Thema Schulabsentismus von Schülerinnen und Schülern aus SGB-II-Bedarfsgemeinschaften.

In einer ersten Teilstudie erfolgte eine Untersuchung zum entschuldigten bzw. unentschuldigten Fernbleiben von der Schule bei 785 Jugendlichen im Alter zwischen 15,0 und 16,9 Jahren. Als Cut-off-Wert für Schulabsentismus wurde ein Wert von mehr als 2,5 unentschuldigten Fehltagen pro Schulhalbjahr definiert (Oberwittler D, et al., 2001; Wagner M, et al., 2004). Im Ergebnis wiesen 21,1% der Jugendlichen aus dieser Gruppe mehr als 2,5 Fehltag pro Halbjahr auf. Dies ist ein vergleichsweise hoher Wert, verglichen mit Stichproben von Haupt- oder

Sonderschülern, bei denen 14,7 % bzw. 12,7 % häufiger als 2,5 Tage fehlten (Wagner et al., 2004). Einen „ausgeprägten Schulabsentismus“, d.h. 60 oder mehr unentschuldigte Fehlstunden pro Halbjahr, wiesen 7,6 % der Schüler aus SGB-II-Bedarfsgemeinschaften auf.

Die zweite Teilstudie behandelte die Beratung von Schülerinnen und Schülern mit extrem ausgeprägtem Schulabsentismus (≥ 60 unentschuldigte Fehlstunden pro Halbjahr) in einer eigens hierfür eingerichteten Liaisonambulanz für Jugendliche mit schulabsentem Verhalten im JobCenter Essen. Zu diesem Zweck wurden die Eltern der Jugendlichen angeschrieben und zu einer kostenlosen, freiwilligen Beratung eingeladen. Die geringe Teilnahmequote von 15 % (N= 9 von 60 Jugendlichen) ermöglichte allerdings nur eine eingeschränkte deskriptive Beschreibung. Diese Jugendlichen berichteten im Mittel über 188,4 Stunden unentschuldigter Abwesenheit pro Halbjahr. Die geringe Bereitschaft der Jugendlichen bzw. ihrer Familien, eine Beratung zum Thema Schulabsentismus in Anspruch zu nehmen, zeigt, wie schwer diese Gruppe zu erreichen ist. Möglicherweise sind diese Schüler nur über niederschwellige, aufsuchende Maßnahmen zu erreichen (Reissner V, et al., 2017).

Diese Ergebnisse führten dazu, dass das JobCenter Essen das Thema Schulabsentismus weiterhin im Fokus hat und sein Engagement in diesem Feld auch nach Beendigung der Studie fortsetzt. So ist das JobCenter Essen Mitglied im Essener Netzwerk Schulvermeidung, das den „Essener Leitfaden zum Umgang mit schulvermeidendem Verhalten“ entwickelte – dieser ist zu finden unter: (https://www.essen.de/rathaus/aemter/ordner_40/schulvermeidung/umgang_mit_schulvermeidung.de.html). Zudem besteht die Möglichkeit für die Vermittlungsfachkräfte, die Expertise der Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten am LVR-Klinikum/Universitätsklinikum Essen zu nutzen und Jugendliche zur Beratung zu überweisen.

3.2 PROGRESS – Seelische Gesundheit von Langzeitarbeitslosen zwischen 25 – 67 Jahren

(Project for Recording mental health and Occupational functioning – REinforcement by psycho-Social-Skills training)

Der erfolgreiche SUPPORT25-Ansatz wurde ab dem Jahr 2009 auf den Bereich der erwachsenen JobCenter-Kundinnen und Kunden übertragen. Kooperationspartner ist hier das LVR-Klinikum/Universitätsklinikum Duisburg/Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

PROGRESS richtet sich an erwachsene SGB II-Kundinnen und Kunden ab 25 Jahren, bei denen es Hinweise auf arbeitsmarktrelevante Beeinträchtigungen durch psychische Störungen gibt oder die eine bekannte psychische Einschränkung haben, sich aber noch nicht in Behandlung befinden.

3.2.1 Ziele

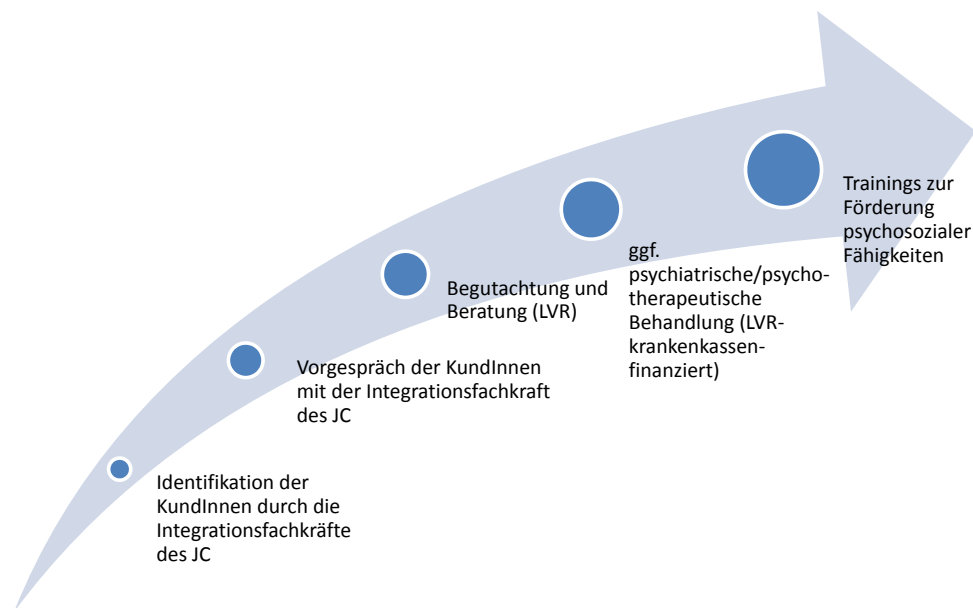
PROGRESS umfasst die folgenden Zielebenen:

- Berücksichtigung von vermittlungsrelevanten Gesundheitsinformationen im Integrationsprozess:
 - Feststellung bzw. Ausschluss von psychischen Störungen,
 - differenzierte Beurteilung von Einschränkungen psychosozialer Fähigkeiten (z.B. Fähigkeit zur Anpassung an Regel und Routinen, Gruppenfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit),
 - Einschätzung der therapeutischen Beeinflussbarkeit,
 - Aussage zur Planung weiterer Schritte im Integrationsprozess.
- Förderung der seelischen Gesundheit von Langzeitarbeitslosen über die Entwicklung eines individuellen Behandlungskonzeptes,
- Reduktion festgestellter vermittlungsrelevanter psychologischer Funktions- und Fertigungsdefizite durch psychologisch geleitete Interventionen,
- Aktivierung von individuellen Stärken und Fähigkeiten.

3.2.2 Inhalte und Ablauf

Der typische Arbeitsprozess bei PROGRESS besteht aus fünf Phasen:

Abbildung 7: Phasen des Arbeitsprozesses im Rahmen von PROGRESS



a) Identifikation der Kundinnen und Kunden durch die Fachkräfte des JobCenters

Die Identifikation der Kundinnen und Kunden, die für PROGRESS in Frage kommen, kann in verschiedenen Bereichen erfolgen. Neben den originär zuständigen Fachkräften des JobCenters können auch die eingebundenen Vertragsärzte des medizinischen Fachdienstes sowie das Gesundheitsamt Kundinnen und Kunden in das Angebot steuern.

b) Vorgespräche mit Kundinnen und Kunden durch die Fachkräfte des JobCenters

Auch das Angebot PROGRESS ist freiwillig; eine Ablehnung durch die Kundinnen und Kunden führt nicht zu einer Sanktionierung. Daher wird den Kundinnen und Kunden, die für PROGRESS in Betracht kommen, das Angebot von den JobCenter-Fachkräften ausführlich erläutert und eine Motivation zur Teilnahme aufgebaut. Interessierte werden dann in der Folge zur weiteren Beratung und Begutachtung zum LVR-Klinikum gesteuert.

c) Beratung und Begutachtung durch die Fachkräfte des LVR-Klinikums Essen

Der Bereich der psychischen Erkrankungen ist ein hochsensibler Bereich, bei dem es vielen Kundinnen und Kunden schwer fällt, sich anderen Personen gegenüber zu öffnen. Es kommt daher im Rahmen der Begutachtungssituation zunächst darauf an, ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Psychologen und Kunden herzustellen, durch das valide gutachterliche Aussagen erst möglich werden.

Ziel der Begutachtung ist es, den Integrationsfachkräften des JobCenters fachlich fundierte Informationen zum Umgang mit eventuellen psychischen Störungen in der Lebensführung der Kunden und im Integrationsprozess zur Verfügung zu stellen.

Der Beratungs- und Begutachtungsprozess zur Untersuchung der seelischen Gesundheit umfasst durchschnittlich 5 Einzeltermine von ca. 45 Minuten in den Räumlichkeiten des LVR-Klinikums. Die Anzahl und Dauer der Termine können dabei je nach individuellem Bedarf variieren.

Die Einzeltermine beinhalten die folgenden Elemente:

- ausführliches Erstgespräch zur Orientierung über die bestehenden psychischen Probleme (Inhalte: Beziehungsaufbau, Aufklärung und Einverständnis, Austausch über Probleme und Ziele, gesundheitliche und berufliche Vorgeschichte, aktuelle berufliche Ziele),
- diagnostische Untersuchung der seelischen Gesundheit mit klinischen Interviews und das Bearbeiten von standardisierten Fragebögen,
- standardisierte Beurteilung von möglichen Beeinträchtigungen in verschiedenen psychischen Fähigkeitsdimensionen,
- Rückmeldung und Erläuterung der Untersuchungsergebnisse sowie ggf. Beratung zu weiterführenden Angeboten zur Förderung der seelischen Gesundheit.

Die klinische Diagnostik setzt dabei mindestens die folgenden standardisierten Testverfahren ein:

- SKID-I und SKID-II – Interviews zur Diagnose von psychischen Störungen,
- CSSRI – Inanspruchnahme von psychosozialer Unterstützung,
- HEALTH-49 – Selbstbeurteilungsinstrument psychosoziale Gesundheit,
- Mini-ICF – Funktionseinschränkungen durch psychische Erkrankungen,
- FERUS – Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeit,
- ERI – Erfassung von Ressourcen (Selbstbeurteilung),
- FKK – Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen,
- MSWS – Multidimensionale Selbstwertkala.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Teilnehmenden bei der Bearbeitung der diagnostischen Fragebögen viel Unterstützung benötigen.

Die Untersuchungsergebnisse werden in einem sozialmedizinischen Gutachten zusammengefasst. Das Gutachten umfasst in der Regel die folgenden Informationen:

- Vorliegen psychischer Störungen und daraus resultierender Fähigkeitsbeeinträchtigungen,
- Einschätzung des aktuellen psychischen Funktionsniveaus mit Bezug auf weitere geplante Integrationsaktivitäten,
- Einschätzung von psychischen Ressourcen,
- allgemeine Informationen zum Erkrankungsbild und zu Behandlungs- bzw. Therapieoptionen,
- Erstellung einer Prognose unter Berücksichtigung bisheriger Behandlungen,
- Vorschläge zur Teilnahme an Fähigkeiten-Trainings.

d) Einleitung psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung durch das LVR-Klinikum Essen

Bei Bedarf kann im Klinikum direkt mit einer therapeutischen Behandlung begonnen werden oder ein Kontakt zu ambulanten Therapieangeboten vermittelt werden. Diese Leistungen sind rein krankenkassenfinanziert und nicht Bestandteil der JobCenter-Maßnahme.

e) Trainings/Interventionen zur Förderung der psychosozialen Fähigkeiten

Kundinnen und Kunden, bei denen eine Empfehlung zur Teilnahme an einem Fertigkeiten-Training in vermittlungsrelevanten Bereichen vorliegt, können an einem oder mehreren der folgenden Interventionsangebote teilnehmen:

- Achtsamkeit,
- Menschen mit sozialen Ängsten,
- Problemlösetraining,
- Selbstmanagement,
- Training sozialer Kompetenzen,
- Umgang mit kreisenden Gedanken.

Die auf den Ergebnissen der Begutachtung basierenden Trainings- bzw. Interventionsangebote zur gezielten Förderung von vermittlungsrelevanten Fähigkeiten werden in Gruppenform angeboten. Die einzelnen Trainings umfassen 6 bis 8 Termine à 60 Minuten und können jeweils von maximal 10 Personen besucht werden. Jedes Training deckt dabei verschiedene Fähigkeiten ab.

3.2.3 Evaluation

Pro Jahr münden rund 300 JobCenter-Kundinnen und Kunden in PROGRESS ein. Dabei zeigte sich eine deutliche Unterversorgung bei der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten. Die Kombination aus prekären sozialen Umständen und psychischen Störungen führt dazu, dass Angebote des medizinischen Versorgungssystems von diesem Personenkreis nur in geringem Umfang genutzt werden:

Im Rahmen der Maßnahme werden vom LVR-Klinikum regelmäßig Evaluationsberichte erstellt (LVR-Evaluationsbericht 7/2016). Daraus lassen sich exemplarisch die folgenden Erkenntnisse ableiten.

Grunddaten der PROGRESS-Teilnehmer

- 60% der teilnehmenden waren Männer, 40 % Frauen.
- Der Altersdurchschnitt lag bei 38,2 Jahren (Spektrum: 25 – 55 Jahre).

Häufigkeit der Diagnose(n) für Seelische Störungen nach ICD-10

Von 100 einbezogenen PROGRESS- Kunden litten:

- 93,2 % mindestens an einer und
- 67,7 % an mehreren

klinisch relevanten psychischen Störungen. Multiple und komplexe Erkrankungsbilder sind somit eher die Regel und nicht die Ausnahme.

Diagnostizierte Erkrankungen

Die in PROGRESS erstellten Diagnosen bilden ein breites Spektrum an seelischen Erkrankungen ab (Reihenfolge nach Quantität):

- Angststörungen,
- Depressionen,
- Persönlichkeitsstörung,
- Suchterkrankungen,
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Die Hälfte der Teilnehmenden erhielten eine psychiatrische Medikation, jedoch nur zu 50 % in einer ausreichenden Dosis. Meist wurden die Medikamente auch nicht durch einen Facharzt, sondern durch den Hausarzt verschrieben.

Beeinträchtigungen in den verschiedenen psychischen Fähigkeitsdimensionen

Die größten Beeinträchtigungen wurden in den folgenden vermittlungsrelevanten Fähigkeitsdimensionen (ICF-App-Kategorien) festgestellt:

- Selbstbehauptungsfähigkeit,
- Selbstpflege,
- Gruppenfähigkeit,
- Proaktivität und Spontanaktivität,
- Widerstandsfähigkeit,
- Konversations- und Kontaktfähigkeit.

Diese Themenbereiche wurden in den angebotenen Fertigkeiten-Trainings aufgegriffen.

3.2.4 Weiterentwicklung

PROGRESS stellt ab dem Jahr 2019 keine isolierte Maßnahme mehr dar, sondern wird Bestandteil eines integrierten Gesamtsystems (siehe hierzu 1. Die „Gesundheitswelt“ im JobCenter Essen).

Dazu wird PROGRESS in die neu implementierte Zugangssteuerung von JobCenter-Kundinnen und Kunden in die unterschiedlichen Angebote zur seelischen Gesundheit integriert. Ebenso ist eine Nutzung der gemeinsam mit dem LVR-Klinikum entwickelten modularen Maßnahme möglich – z.B. Nutzung des Moduls „Aufsuchende Sozialarbeit“ (siehe hierzu 3.3.5 Das Klinikum als Arbeitsmarktdienstleister (AMDL)).

3.3 SUNRISE – Suchterkrankungen bei Langzeitarbeitslosen

(Integrated Support of UNemployed at Risk of Substance abuse disorders)

3.3.1 Suchterkrankungen und Arbeitsmarkt

Suchterkrankungen haben Auswirkungen auf die Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Die folgenden Punkte beschreiben diesen Zusammenhang:

- Die geschätzte Zahl der stoffgebundenen Suchtkranken in Deutschland liegt (ohne Tabakkonsum) bei über 4,5 Millionen Menschen (Pabst A, et al., 2013).
- Abhängigkeitserkrankungen gehören zu den tabuisierten Erkrankungen, mit der Folge, dass sehr viele Abhängige – z. B. 92,4 % der Alkoholabhängigen - nicht in suchtmmedizinischer Behandlung sind (Kohn R, et al., 2004).
- Abhängigkeitserkrankungen verlaufen häufig chronisch und weisen hohe Komorbiditäten auf. Betroffene werden häufig erst dann erreicht, wenn die Störung bereits fortgeschritten ist und erste psychische und körperliche Folgeschäden bereits eingetreten sind (Trautmann S, Wittchen HU, 2016).
- Menschen mit substanzbezogenen Erkrankungen haben ein erhöhtes Risiko von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein. Suchtkranke sind häufiger arbeitslos (2-6x) (Henkel D, Zemlin U, 2008).
- Arbeitslose sind häufiger als Erwerbstätige von Suchterkrankungen betroffen. Sie haben ein ≥ 2 x erhöhtes Risiko (Henkel D, Zemlin U, 2008).
- Unter Arbeitslosen sind substanzbezogene Störungen noch häufiger zu beobachten als in der Allgemeinbevölkerung; bzw. Arbeitslose sind in den Statistiken der deutschen Suchtkrankenhilfe überproportional vertreten (Hollederer A (Hrsg.), 2009).
- Arbeitslose erreichen die dauerhafte Suchtmittelabstinenz weitaus seltener als Erwerbstätige und haben fast doppelt so hohe Rückfallquoten (Henkel D, Zemlin U, 2008).
- Suchtprobleme werden dem Jobcenter von den Kundinnen und Kunden nur relativ selten offenbart. Auch im Beratungsprozess der Jobcenter wird nur ein Bruchteil der tatsächlich bestehenden Suchterkrankungen erkannt, da viele Leistungsberechtigte sich nicht eingestehen wollen, dass sie süchtig sind bzw. versuchen, die bestehende Problemlage auf unterschiedlichste Weise zu verbergen.
- Im JobCenter Essen wissen wir bei ca. 10 % der SGB II-Kundinnen und Kunden, dass mindestens eine suchtbetogene Diagnose (ICD-10) vorliegt. Aber wir wissen nicht, wie viele Kundinnen und Kunden im JobCenter tatsächlich von einer Suchterkrankung betroffen sind (Dunkelziffer).
- Nach der rehabilitativen Behandlung sind Rückfälle bei Arbeitslosen besonders häufig. Die große Mehrheit der Rückfälle tritt im ersten halben Jahr nach Entlassung auf (bis zu einem Monat: 30,3 %; bis zu 3 Monate 58,5 %; bis zu 6 Monate 83,4 % (Missel P, et al., 2011).
- Anhaltende Arbeitslosigkeit nach einer erfolgreich absolvierten Therapie erhöht die Rückfallgefahr deutlich. Der Behandlungserfolg der medizinischen Rehabilitation hängt in hohem Maße von der Eingliederung in Arbeit ab. Deshalb ist „Arbeit“ im Zusammenhang mit der Bewältigung der Sucht von entscheidender Bedeutung.

- Im Vergleich zu nicht langzeitarbeitslosen Suchtkranken weist die Gruppe der Langzeitarbeitslosen mit suchtbedingten Vermittlungshemmnissen einen höheren Schweregrad der Suchterkrankung und eine höhere Anzahl komorbider psychischer Störungen auf. Langzeitarbeitslose Suchtkranke benötigen daher nach einer suchtfachklinischen Behandlung eine intensivere und längere fachpsychiatrische und sozialtherapeutische Betreuung als der durchschnittliche Suchtkranke (Scherbaum N 2009).
- Bei Suchtkranken liegen neben der Suchterkrankung sehr häufig weitere psychiatrische und somatische Komorbiditäten vor (z.B. Depressionen, Angststörungen, Hepatitis, HIV), so dass sie insgesamt gesundheitlich erheblich eingeschränkt sind.
- Neben der Sucht- und den Begleiterkrankungen treten oft weitere Vermittlungshemmnisse auf (z. B. fehlender Schul- und Berufsabschluss, Verschuldung, Straffälligkeit, fehlende Tagesstruktur), die die Integration in Arbeit zusätzlich erschweren.
- Die Integrationswahrscheinlichkeit sinkt mit der Anzahl der vorliegenden Vermittlungshemmnisse – schon ein Hemmnis reduziert die Übergangsquote in den 1. Arbeitsmarkt erheblich. Aufgrund der Vielzahl der Vermittlungshemmnisse sind, realistisch betrachtet, auch der sogenannte 2. und 3. Arbeitsmarkt in den Blick zu nehmen.

3.3.2 SUNRISE - Integrative Betreuung von Arbeitslosen mit substanzbezogenen Störungen

SUNRISE unterscheidet sich von den beiden vorhergehenden Ansätzen, da es nicht in Kooperation mit den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Klinikums, sondern mit der „Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin“ umgesetzt wird. Dennoch ist die seelische Gesundheit auch hier ein Kernelement, denn neben einer Suchterkrankung liegt sehr oft eine psychiatrische Begleitstörung vor.

Ziele und Arbeitshypothese

Grundsätzliches Ziel ist eine langfristige Substanzfreiheit der einbezogenen Kundinnen und Kunden, zumindest aber die Reduzierung des Konsums oder eine Substitutionsbehandlung. Bei begleitenden psychiatrischen Erkrankungen erfolgt darüber hinaus eine psychotherapeutische und medikamentöse Unterstützung. Dazu ist eine Integration der Kundinnen und Kunden in das Hilfesystem erforderlich.

Die Praxis in der Essener Klinik zeigt, dass ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten im SGB II-Bezug stehen. Nach Einschätzung der Klinik haben Patientinnen und Patienten eine gute bzw. eine bessere Prognose, wenn sich nach einer erfolgreichen Entgiftung auch im Lebensumfeld etwas verändert. Nur allein die Sucht zu behandeln, reicht meist nicht aus: Für Veränderungsprozesse muss einerseits Veränderungsmotivation hergestellt werden - andererseits braucht Veränderung erlebte Alternativen, die andere Wege und neue Perspektiven aufzeigen. Letztlich gilt es, eine milieukonträre Normalität zu vermitteln, die alternative Möglichkeiten zur Lebensgestaltung nahelegt.

Hier setzt SUNRISE an - wenn es gelingt, so die Hypothese, unmittelbar nach der Entgiftung die weiteren medizinischen Behandlungen mit Vermittlungs- oder Qualifizierungsaktivitäten

des JobCenters zu kombinieren, dann kann dies zu einer nachhaltigen Stabilisierung beitragen, Rückfälle verhindern und Integrationswahrscheinlichkeiten in den Arbeitsmarkt erhöhen.

Eckpunkte der Kooperation

Die Kooperation zwischen der „Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin“ und dem JobCenter Essen besteht seit dem 01.04.2012. SUNRISE richtet sich dabei an SGB II-Empfängerinnen und Empfänger zwischen 25 und 67 Jahren, bei denen ein Verdacht auf eine Suchterkrankung in Verbindung mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung vorliegt.

Die Teilnahme an SUNRISE ist freiwillig, d.h. bei Ablehnung des Angebotes erfolgt keine Sanktionierung durch das JobCenter Essen.

Grundstruktur des Ablaufs

SUNRISE besteht aus einem Team von Psychologinnen und Psychologen und Ärztinnen und Ärzten, die im Rahmen der Anamnese und Diagnostik die aktuelle psychische Verfassung und Lebenssituation der einbezogenen JobCenter-Kundinnen und Kunden erheben. Dazu werden zwischen 2 bis 4 Gespräche geführt, in denen mittels Fragebögen und standardisierten Interviews die erforderlichen Daten erhoben werden. Kundinnen und Kunden des JobCenters müssen dabei den Weg zu den Fachkräften des Klinikums nicht selbst finden.

Die vier psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik sind an festgelegten Wochentagen vor Ort in den JobCenter-Standorten und führen die Erstgespräche (wichtiger Erfolgsfaktor). Folgegespräche können, je nach der individuellen Verfassung der Patientinnen und Patienten/Kundinnen und Kunden auch in der LVR-Klinik stattfinden. Die erstellten Gutachten werden vor Versand an das JobCenter von einem Facharzt revidiert.

Der typische Arbeitsprozess bei SUNRISE besteht aus mehreren Phasen:

1. Identifikation von Kundinnen und Kunden mit Verdacht auf Substanzmissbrauch

Die JobCenter-Fachkräfte sprechen Kundinnen und Kunden, die im Beratungs-gespräch über eine Suchterkrankung berichten oder bei denen sie oder die ggf. eingeschalteten Fachdienste einen Substanzmissbrauch vermuten, auf die Unterstützungsmöglichkeiten von SUNRISE an. Bei Interesse erfolgt eine Terminvereinbarung mit den LVR-Fachkräften.

2. Erster Beratungstermin im JobCenter durch SUNRISE-Fachkräfte der Klinik

Im ersten Beratungsgespräch werden zur Anamnese und Diagnostik standardisierte Fragebögen und Interviews eingesetzt. Dies sind z. B.:

- Soziodemographischer Fragebogen,
- EuropASI (standardisierte Erfassung der Vorgeschichte und der psychosozialen Begleiterscheinungen),
- C/AUDIT; OCDS-G (substanzbezogene Testverfahren zur Frage der Suchtschwere, Behandlungsmotivation und Substanzwirkung); SKID- II Screening, SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R).

3. Zweiter Beratungstermin im LVR-Klinikum

Im zweiten Termin wird die Anamnese und Diagnostik, in Abhängigkeit von den Ergebnissen des ersten Termins, fortgeführt. Soweit schon möglich erfolgt eine Rückmeldung an die Fachkräfte des JobCenters zu den Ergebnissen, verbunden mit konkreten Behandlungsempfehlungen.

In diesem Termin werden in der Regel die folgenden Verfahren eingesetzt:

- Ggf. Fortführung EuropASI,
- Diagnostik durch MINI, SKID-II, TMT-A und B (neuropsychologische Testungen zur Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit), VLMT.

4. Ggf. dritter und vierter Beratungstermin im LVR-Klinikum

In Abhängigkeit vom individuellen Einzelfall können weitere Termine mit den Fachkräften des LVR-Klinikums erforderlich sein, um die Diagnostik abzuschließen.

5. Erstellung der psychiatrisch-psychologischen Fachgutachten mit suchtmmedizinischer Expertise

Zum Abschluss des Prozesses wird vom LVR-Klinikum ein 2-seitiges psychiatrisch-psychologisches Fachgutachten mit suchtmmedizinischer Expertise zu den Ergebnissen der Diagnostik erstellt und dem JobCenter zur Verfügung gestellt. Darin enthalten sind sowohl Empfehlungen zu notwendigen Therapien als auch eine Beurteilung zur Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit der Kundinnen und Kunden.

Gemeinsam mit den Kunden werden im Anschluss mögliche passende Hilfsangebote besprochen und die nächsten Schritte in medizinischer und vermittlerischer Hinsicht vereinbart. Therapieempfehlungen können gegebenenfalls direkt über die beteiligten Mitarbeiter der Klinik umgesetzt werden (Schnittstellenreduktion). Darüber hinaus wird festgelegt, welche Integrationsmaßnahmen unter Berücksichtigung der Krankheit und der Belastbarkeit möglich sind (zeitlicher Umfang, Unterstützungsbedarf).

Die Finanzierung der einzelnen Angebote ist dabei streng getrennt zwischen den Bereichen Gesundheit und Arbeit. Angebote im Rahmen der stationären Entgiftung und der Suchtambulanz sind:

- Behandlung der akuten körperlichen und psychischen Entzugsbeschwerden,
- Ggf. Einleitung von Anschlussbehandlungen,
- Suchtberatung,
- Einzelgespräche und Gruppenangebote.

Das folgende Schaubild stellt den Prozess noch einmal dar.

Abbildung 8: Der Arbeitsprozess von SUNRISE

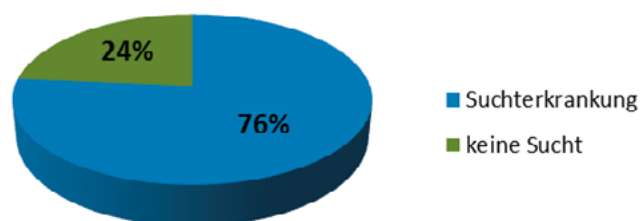
Identifikation von KundInnen mit Verdacht auf Substanzmissbrauch	Die JobCenter-Fachkräfte sprechen KundInnen, die in der Beratung eine Suchterkrankung offenbaren oder bei denen sie oder eingeschaltete Fachdienste einen Substanzmissbrauch vermuten, auf die Unterstützungsmöglichkeiten von SUNRISE an. Bei Interesse erfolgt eine Terminvereinbarung mit den LVR-Fachkräften.
1. Beratungstermin im JobCenter durch SUNRISE - Fachkräfte der Klinik	Im ersten Beratungsgespräch werden zur Anamnese und Diagnostik standardisierte Fragebögen und Interviews eingesetzt, z. B. <ul style="list-style-type: none"> • Soziodemographischer Fragebogen • EuropASI, C/AUDIT, OCDS-G; SKID- II Screening, SCL-90-R
2. Beratungstermin im LVR-Klinikum	Fortführung der Anamnese und Diagnostik. Hier werden folgenden Verfahren eingesetzt: <ul style="list-style-type: none"> • Ggfls. Fortführung EuropASI • Diagnostik durch MINI, SKID-II, TMT-A und VLMT
Ggfls. 3. und 4. Beratungstermin im LVR-Klinikum	In Abhängigkeit vom individuellen Einzelfall können weitere Termine mit den Fachkräften des LVR-Klinikums erforderlich sein, um die Diagnostik abzuschließen.
Erstellung und Versand der Gutachten	Zum Abschluss des Prozesses erstellt das LVR-Klinikum ein psychiatrisch-psychologisches Fachgutachten mit suchtmmedizinischer Expertise für das JobCenter. Darin enthalten sind sowohl Empfehlungen zu notwendigen Therapien als auch eine Beurteilung zur Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit der Kundinnen und Kunden.

3.3.3 Evaluation/wissenschaftliche Begleitung

Der SUNRISE-Ansatz wird durch das LVR-Klinikum Essen kontinuierlich wissenschaftlich begleitet. Für den Zeitraum von April 2012 bis Dezember 2015 liegen die folgenden deskriptiven Daten und Auswertungsergebnisse vor (Schwinning C, 2018).

Grunddaten der SUNRISE-Teilnehmenden

Abbildung 9: Teilnehmende von SUNRISE



Bei 76,4 % der teilnehmenden Essener JobCenter Kundinnen und Kunden wurde mindestens eine substanzbezogene Störung diagnostiziert. 31,4 % der Kundinnen und Kunden wiesen zu-

dem multiple Substanzstörungen auf. Die Kombination von Alkohol- und Cannabisabhängigkeit trat dabei mit 18,2 % am häufigsten auf.

Das Durchschnittsalter der Kundinnen und Kunden, die an SUNRISE teilgenommen haben, lag bei 41,0 Jahren (Spanne 25 – 60 Jahre).

Abbildung 10: Teilnehmende nach Geschlecht

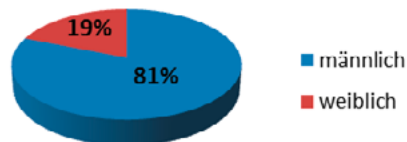
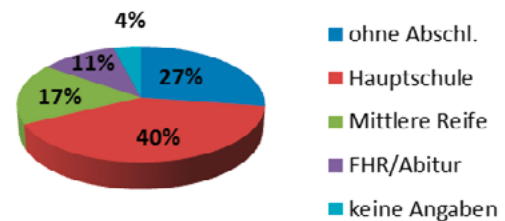


Abbildung 11: Teilnehmende nach Schulbildung



Die Beteiligung von Männern an SUNRISE lag deutlich über der von Frauen. Bei der Schulbildung fällt auf, dass fast 30 % der suchtkranken Kundinnen und Kunden über keinen Schulabschluss verfügen.

Abbildung 12: Teilnehmende nach Staatsbürgerschaft

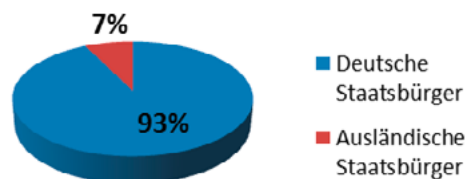
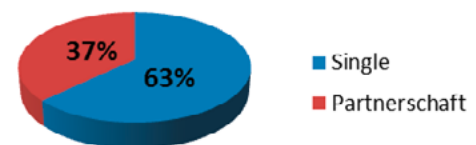


Abbildung 13: Teilnehmende nach Familienstand



Der Anteil der JobCenter-Kundinnen und Kunden, die keine deutsche Staatsbürgerschaft aufwiesen, war mit 7,1 % eher gering. Darüber hinaus lebt der Großteil der suchtkranken Teilnehmenden nicht in einer Partnerschaft (62,9 %).

Diagnosen und komorbide psychische Erkrankungen

Mehr als die Hälfte der JobCenter-Kundinnen und Kunden (53,2 %) litten neben einer substanzbezogenen Störung auch an komorbiden psychischen Erkrankungen, wie z.B. depressiven Episoden, posttraumatischen Belastungsstörungen, Agrophobien oder einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.

Beginn des regelmäßigen Substanzkonsums

Die substanzbezogene Störung hatte in den meisten Fällen bereits im Jugend- bzw.

im jungen Erwachsenenalter begonnen. Das Durchschnittsalter bei der Aufnahme eines regelmäßigen Konsums (ohne Nikotin) lag bei 22,1 Jahren.

Bei der Mehrheit der JobCenter-Kundinnen und Kunden lag der regelmäßige Konsum der Hauptdroge zeitlich vor der aktuellen Arbeitslosigkeit. Nur in wenigen Fällen hatte der Konsum erst nach Beginn der Arbeitslosigkeit eingesetzt. Im Mittel begann der regelmäßige Konsum 11 Jahre vor Beginn der aktuellen Arbeitslosigkeit (Scherbaum N, et al., 2016).

Fazit

Die Drop-out-Rate war mit 16,5 % anders als erwartet eher gering. Der niederschwellige Zugang zu den Fachkräften des LVR-Klinikums direkt in den Standorten des JobCenters ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, um die suchtkranken SGB II-Kundinnen und Kunden mit diesem Unterstützungsangebot zu erreichen.

3.3.4 Aktuelle Weiterentwicklungen

SUNRISE stellt ab dem Jahr 2019 keine isolierte Maßnahme mehr dar, sondern wird Bestandteil eines integrierten Gesamtsystems (siehe hierzu 1. Die „Gesundheitswelt“ im JobCenter Essen). Darüber hinaus zeigt SUNRISE, dass substanzbezogene Störungen bei JobCenter-Kundinnen und Kunden in erheblichem Ausmaß diagnostiziert werden.

Nach einer medizinischen Rehabilitation sind Rückfälle bei Arbeitslosen besonders häufig zu beobachten. Die Mehrheit der Rückfälle tritt dabei im ersten halben Jahr nach der Entlassung auf (Missel P, et al., 2011).

Diese frühzeitigen Rückfälle sind ein starkes Indiz für die Notwendigkeit einer besseren Verknüpfung der Schnittstellen von medizinischer Rehabilitation, arbeitsmarktlicher Betreuung und ambulanter Nachbehandlung. Diese Schnittstellen sind durchaus ein alltägliches Problem, da z. B. von den alkoholabhängigen Patienten in der stationären Suchtkrankenhilfe knapp die Hälfte arbeitslos ist (Drogen- und Suchtrat, 2015).

Ein relevanter Grund für diese Rückfälle kann die Unterbrechung der in der medizinischen Rehabilitation eingeleiteten Prozesse nach der Entlassung aus der Fachklinik sein. Die Rehabilitation findet bei diesen Personen oft weit entfernt vom Wohnort statt, und die dort erarbeiteten Ergebnisse, die große Relevanz für die nachfolgenden arbeitsmarktlichen Aktivitäten im JobCenter haben, sind dort i.d.R. nicht bekannt.

Die berufliche Orientierung im Rahmen von BORA (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) liefert wichtige Erkenntnisse für die Integration in Arbeit. Dies sind z.B.

- eine realistische Selbsteinschätzung und die Motivation zur Arbeitsaufnahme fördern,
- eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit liefern,
- Förderbedarfe definieren,
- grundlegende Fertigkeiten des Erwerbslebens trainieren,
- eine konkrete berufliche Perspektive entwickeln.

Hier setzen die aktuellen Weiterentwicklungen in Essen an. Die folgenden Prozessoptimierungen gehen dabei deutlich über die bisherige Diagnostik und die Therapievermittlung in SUNRISE hinaus und gestalten den Rückkehr-/Empfangsraum nach einer suchtfachklinischen Behandlung neu.

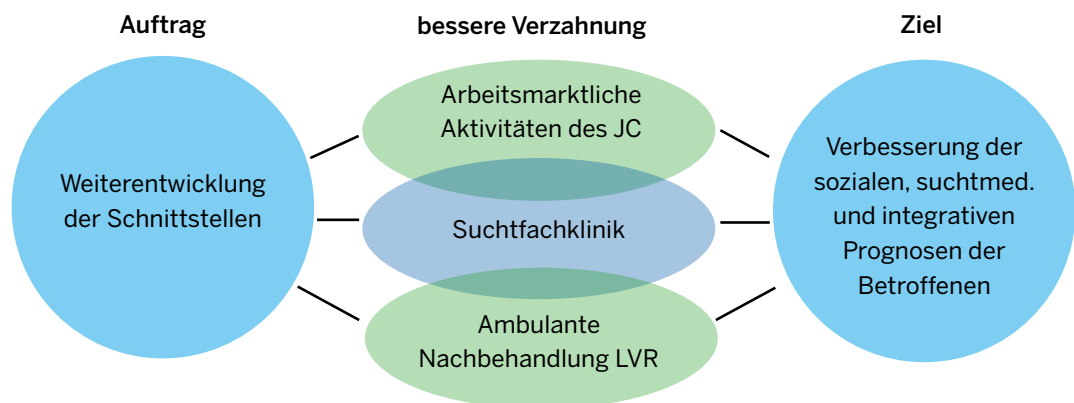
Kooperationsvereinbarungen mit überörtlichen Suchtfachkliniken

Das JobCenter und das LVR-Klinikum Essen haben dazu im Jahr 2018 mit 10 überörtlichen Suchtfachkliniken Kooperationsvereinbarungen geschlossen. JobCenter und Klinikum verlassen damit die rein lokale Ebene und erweitern das Kooperationsnetz über die Stadtgrenzen hinaus. Dieser Ansatz ist als offenes System angelegt, so dass jederzeit weitere Partner hinzukommen können. Die Fachberaterinnen und Fachberater der zuständigen Rehabilitationsträger können ebenfalls in den gemeinsamen Prozess eingebunden werden.

Ziele der Kooperationsvereinbarung

- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Schnittstellen zwischen Suchtfachklinik, JobCenter und der ambulanten suchtmmedizinischen Nachbehandlung. Durch die verbesserte Kooperation soll die soziale und suchtmmedizinische Prognose der Betroffenen verbessert werden.
- Hauptziel ist eine unter allen Partnern inhaltlich und zeitlich abgestimmte nahtlose Prozesskette in den Bereichen Gesundheit und Arbeitsmarktintegration.
- Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive. In einer weit entfernten Suchtfachklinik sind in der Regel keine vertieften Kenntnisse über den lokalen Arbeitsmarkt am Wohnort der Patientinnen und Patienten vorhanden.

Abbildung 14: Weiterentwicklung der Kooperation zwischen LVR-Klinikum Essen, JobCenter und überörtlichen Suchtfachkliniken



Zielgruppe

Personen, die in der Stadt Essen SGB II-Leistungen erhalten und sich zur medizinischen Rehabilitation in einer Fachklinik zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen befinden (= BORA-Zielgruppe 4). Die Teilnahme an diesem Angebot ist für die Kundinnen und Kunden vollkommen freiwillig; eine Ablehnung führt nicht zu einer Sanktionierung.

Prozessorganisation

Eine systematische Vernetzung der Suchtfachkliniken mit den JobCentern und der ambulanten Nachbehandlung ermöglicht den Transfer der Therapieergebnisse und der Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation in die Weiterbetreuung und in den Alltag der Patientinnen und Patienten am Wohnort. Im Kern geht es um die integrierte Entwicklung eines Gesundheits- und Integrationsfahrplans für die Patientinnen und Kunden.

Dieses Ziel wird in mehreren Prozessschritten erreicht:

1. Gemeinsame Erstellung eines beruflichen Integrationsplans

Schon in der Suchtfachklinik erfolgt die Verknüpfung mit dem JobCenter, das so schon deutlich früher in den Prozess eingebunden wird.

Die Fachkräfte in den Suchtfachkliniken und im JobCenter erstellen gemeinsam den beruflichen Reintegrationsplan für die Patientinnen bzw. Kunden. Dazu werden die Fachkräfte des JobCenters bereits aktiv in die berufsbezogenen Beratungsprozesse in den Suchtfachkliniken eingebunden. Im Ergebnis entsteht ein verbindlich abgestimmter beruflicher Integrationsfahrplan, der in seiner inhaltlichen Ausgestaltung die jeweiligen Fördermöglichkeiten der beiden Partner nutzt.

2. Zeitlich und inhaltlich nahtlose Fortführung des beruflichen Integrationsplans

Nach Rückkehr der PatientInnen bzw. KundInnen an ihren Wohnort geht der in der medizinischen Rehabilitation begonnene Prozess zur beruflichen Wiedereingliederung nahtlos in die anschließende Förderung der beruflichen Reintegration im JobCenter über. Ein durch eine Tätigkeit strukturierter Tag ist ein günstiger Faktor für die weitere Abstinenz, daher darf es an dieser Stelle nicht zu einem Bruch kommen.

3. Zeitlich und inhaltlich nahtlose Fortführung der medizinischen Nachbetreuung

Gleiches gilt auch für den Bereich der medizinischen Nachbetreuung aus der Suchtfachklinik. Es ist von großer Bedeutung, dass neben den arbeitsmarktlichen Maßnahmen auch die suchtmmedizinische Nachbehandlung parallel und nahtlos nach der Entlassung sichergestellt wird.

Für die ambulante suchtspezifische (Nach-)Behandlung liefert der oft mehrmonatige Therapieverlauf Informationen über zukünftige Anknüpfungspunkte der Therapie, z.B. zu komorbiden psychischen Störungen und zur Medikation.

Rahmenabsprachen

Neben der Gestaltung des grundlegenden Prozesses wurden weitere Absprachen getroffen, um die Umsetzung zu unterstützen bzw. zu erleichtern. Dazu gehören z. B.

- Einigung auf eine gemeinsame Diagnostik in den Suchtfachkliniken,
- Information über die Struktur der im JobCenter verwendeten ärztlichen und psychologischen Gutachten,
- Entwicklung einer gemeinsamen Schweigepflichtentbindung,
- verbindliche Festlegung von Kommunikationswegen und Ansprechpartnern,

- Abstimmung einheitlicher Informations- und Rückmeldeformate,
- gegenseitige Information über die jeweils verfügbaren Maßnahmen und Angebote im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung.
- Jeder Reha-Patient aus Essen erhält innerhalb der ersten 1 bis 2 Wochen nach Entlassung einen Termin bei der zuständigen Vermittlungsfachkraft im JobCenter Essen und zur ambulanten suchtspezifischen Nachbehandlung im LVR-Klinikum Essen/Kamillushaus (Selbstverpflichtung).
- Gemeinsame Beratungsgespräche von Patienten bzw. Kundinnen, der Fachkraft in der Fachklinik und der Vermittlungsfachkraft des JobCenters Essen werden unter Nutzung von Videokonferenztechniken geführt. So besteht trotz räumlicher Distanz die Möglichkeit zu visueller Kommunikation. Eine Telefonkonferenz zwischen allen Partnern ist natürlich ebenfalls möglich. Auf diese Weise können Ergebnisse besprochen, Ziele definiert und verbindliche Absprachen getroffen werden. Der Kontaktweg und die jeweils beteiligten Personen werden fallbezogen definiert.

Evaluation

Im Rahmen des „Aktionsplans gegen Sucht NRW“ hatten das LVR-Klinikum und das JobCenter Essen einen Förderantrag beim seinerzeitigen Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW (MGEPA) gestellt. Über diese Förderung wird auch die Evaluation dieses Ansatzes sichergestellt.

Die Evaluation umfasst die Bereiche Implementierung und Erfolg der Maßnahmen. Zielgröße für den Erfolg ist vor allem die Inanspruchnahme des Angebotes. Hierbei wird der Prozentsatz der Patienten mit Inanspruchnahme von Terminen beim JobCenter bzw. LVR-Klinikum Essen/ anderen Nachbehandlern in den ersten vier Wochen nach Entlassung mit den Daten der Kontrollgruppe aus einer Baseline-Erhebung verglichen. Diese Baseline-Erhebung ist dem Projektstart vorgeschaltet und erhebt die Daten in den kooperierenden überörtlichen Suchtfachkliniken.

Ergänzend werden weitere Variablen erhoben, wie z.B.

- Abstinenzrate,
- Aufnahme einer arbeitsmarktlichen Maßnahme,
- Geschlechtsspezifische und migrationsbiografische Unterschiede beim Substanzkonsum und den psychiatrischen Komorbiditäten.

Fazit

Durch die gemeinsame Zielsetzung – Erwerbsfähigkeit wieder herstellen oder erhalten – gibt es eine natürliche gemeinsame Arbeitsgrundlage zwischen den Suchtfachkliniken und den Jobcentern.

Das Konzept setzt deutlich früher im Prozess an, reduziert Schnittstellen und erhöht Erfolgswahrscheinlichkeiten.

Nach Rückkehr der Patientinnen bzw. Kunden an den Wohnort ist die nahtlose Fortführung der vereinbarten Integrationschritte und die medizinische Nachbetreuung sichergestellt. Es gibt damit keinen Bruch mehr im Prozess – weder zeitlich noch inhaltlich. So entsteht im Ergebnis eine Win-Win-Win-Situation für die Kliniken, das Jobcenter und insbesondere die Patienten bzw. Kundinnen.

3.3.5 Das Klinikum als Arbeitsmarktdienstleister (AMDL)

Ein wichtiger Meilenstein für die Weiterentwicklung ist die Zertifizierung des LVR-Klinikums/ Universitätsklinikums Essen als Arbeitsmarktdienstleister. Dies eröffnet auch im Bereich der Verknüpfung der gesundheitlichen Angebote mit den arbeitsmarktlichen Maßnahmen des JobCenters neue Möglichkeiten.

Da das Klinikum neben der Diagnostik und der medizinischen Behandlung nun auch Arbeitsmarktdienstleistungen (AMDL), wie z.B. das Training von Schlüsselkompetenzen für den Arbeitsmarkt anbieten kann, können alle Leistungen aus einer Hand angeboten werden. Die AMDL werden dabei in die Ausschreibungen zur Eignungsfeststellung integriert.

So werden Schnitt- und Hemmschwellen deutlich gesenkt und Zugangswege zu Therapien erweitert, verbunden mit der Erwartung, mehr Kundinnen und Kunden mit den Angeboten zu erreichen und die Zielerreichung im JobCenter positiv zu beeinflussen.

Die systematische Verknüpfung von Therapie und Arbeitsmarktförderung sowie die Einbettung von SUNRISE in das Gesamtsystem (siehe 1. Die „Gesundheitswelt“ im JobCenter Essen) bedeutet dann auch, dass die bisher genutzten Maßnahmeangebote in SUNRISE neu ausgerichtet werden.

Gemeinsam mit dem LVR-Klinikum und Suchthilfeträgern wurde eine modulare Maßnahme entwickelt. Die Module berücksichtigen dabei sowohl die Besonderheiten einer Suchterkrankung als auch der psychischen Komorbiditäten.

Das folgende Schaubild zeigt die Elemente der modularen Maßnahme sowie ein weiteres Angebot für suchtkranke Kundinnen und Kunden, die zwar im Leistungsbezug stehen, die das JobCenter aber nicht wirklich erreicht.

Abbildung 15: Spezielle Maßnahmen für Suchtkranke mit und ohne weitere psychische Komorbiditäten



4. Offene Fragen und Problemstellungen

Die Bedeutung des gesundheitlichen Zustandes der Jobcenter-Kundinnen und Kunden für die Beschäftigungs- und damit die Vermittlungsfähigkeit ist im Alltag eines Jobcenters längst angekommen. Bei einem mindestens 35 % igen Anteil von gesundheitlich eingeschränkten Kundinnen und Kunden (Dietz M, et al., 2009) wird dies auch offensichtlich.

In der Praxis des JobCenters Essen wird von den Vermittlungsfachkräften in den letzten Jahren eine anhaltende Ausweitung der Fallzahlen von psychiatrisch auffälligen Kundinnen und Kunden registriert. Viele Studien der letzten Jahre bestätigen diese Erkenntnisse, z. B.

- Zunahme von Stress durch Veränderungen im Arbeitsleben (Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen (2013),
- Arbeitslose fühlen sich gestresster als leitende Angestellte (DAK-Studie 2014),
- steigende Verordnungen von Psychopharmaka bei Arbeitslosen (BKK Gesundheitsreport 2010),
- steigende Verordnungen von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen (Deutsches Ärzteblatt 2016).

Die Fallzahlen von Kundinnen und Kunden mit psychischen Auffälligkeiten nimmt kontinuierlich zu. So belegen z.B. Daten von Arbeitslosen zur Arbeitsunfähigkeit aus dem Bereich der AOK im Zeitraum von 2009 bis 2011 einen Anstieg von 32,6 % auf 40,2 %. Mehr als 1/3 der SGB II-Kunden weisen innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose auf, im SGB III sind es lediglich 1/4 der Arbeitslosen (IAB Forschungsbericht 12/2013).

Gerade das SGB II ist in diesem Kontext ein „Sammelbecken“, denn es ist für viele Menschen die letzte Auffanglinie zur Sicherung des Lebensunterhaltes. In dieser Logik kumulieren sich im Jobcenter Menschen mit den geschilderten Problemlagen. Die Daten in Essen zeigen, dass viele dieser Kundinnen und Kunden, bei denen akute psychiatrische Diagnosen vorliegen, noch nie in einer medizinischen Behandlung waren. Die Kumulation wird noch dadurch verstärkt, dass selbst therapiebereite SGB II – Kundinnen und Kunden durchaus „Wettbewerbsnachteile“ haben, wenn es um die Vergabe von knappen Terminen bei niedergelassenen Therapeuten geht.

Diese Entwicklungen müssen stärker in den Fokus genommen werden, denn sie haben Konsequenzen für die Integration in den Arbeits- und Ausbildungsmarkt und auch Auswirkungen auf andere gesellschaftliche Bereiche.

Eine fehlende oder verzögerte Behandlung führt dazu, dass viele (schwer) kranke Kundinnen und Kunden des JobCenters keine Chance haben, in absehbarer Zeit eine Verbesserung bzw. Stabilisierung ihrer seelischen Gesundheit zu erreichen. Neben den nachteiligen Auswirkungen einer unbehandelten Krankheit wird diesen Menschen gleichzeitig die Möglichkeit genommen, sich aktiv und erfolgreich am Arbeitsleben zu beteiligen. Gerade bei Jugendlichen hat dies schwerwiegende und sehr langfristige Folgen, denn eine fehlende berufliche Qualifikation führt in der Regel dazu, dass eine stabile ökonomische Unabhängigkeit von staatlichen Transferleistungen immer unwahrscheinlicher wird.

Entzieht sich zudem eine Person den Unterstützungsmöglichkeiten des Jobcenters oder anderer Institutionen, hat dies durchaus weitreichendere gesellschaftliche Folgen, denn der Lebensunterhalt muss immer gesichert werden.

Auch aus einer rein arbeitsmarktpolitischen Perspektive wird - unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung in Deutschland - schnell deutlich, dass es sich eine Gesellschaft nicht leisten kann, von vorneherein auf eine größere Anzahl von Arbeitskräften zu verzichten, wenn dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden soll.

Volkswirtschaftlich betrachtet entstehen dadurch hohe Folgekosten, und es sollte sich eigentlich nicht die Frage stellen, ob es akzeptabel ist, durch fehlende psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten im Gesundheitsbereich „Ewigkeitskosten“ im Bereich der Grundsicherung auszulösen.

Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik sind bundesweit gemeinsam gefordert, die schon eingeleiteten Schritte konsequent weiterzuentwickeln und auszubauen, denn die in der Stadt Essen festgestellten Problemlagen existieren in ganz Deutschland. Die erforderliche Unterstützung sollte nicht davon abhängig sein, ob ein SGB II-Bezieher zufällig in einer Region lebt, in der es die lokalen Strukturen ermöglichen, entsprechende Angebote oder Kooperationen zur Verfügung zu stellen. Vielmehr sind überall grundlegende Strukturen erforderlich, um dem wachsenden Anteil psychisch belasteter Menschen gerecht zu werden.

Viele Jobcenter-Kundinnen und Kunden leiden neben den seelischen Erkrankungen auch an somatischen Komorbiditäten und weisen darüber hinaus noch weitere Vermittlungshemmnisse, wie z. B. fehlende Schul- und Berufsabschlüsse, Verschuldung etc., auf. Hier ist es eher unwahrscheinlich, dass eine Integration in den 1. Arbeitsmarkt gelingt.

Da diese Kundinnen und Kunden aber in die Verantwortung der Jobcenter fallen, sind Angebote jenseits des 1. Arbeitsmarktes erforderlich, um dieser Personengruppe eine Teilhabe zu ermöglichen. Hier eröffnen der sogenannte 2. Arbeitsmarkt (Soziale Teilhabe) oder der 3. Arbeitsmarkt (Sozialer Arbeitsmarkt) berufliche Perspektiven, die weiter konsequent ausgebaut werden müssen.

5. Literatur- und Quellenverzeichnis

Attwood G, Croll P: Truancy in secondary school pupils: Prevalence, trajectories and pupil perspectives. *Research Papers in Education*, 2006, 21, 467-484.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung. *Bildung in Deutschland 2018*. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung. In. Frankfurt am Main: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung.

BKK Gesundheitsreport 2010. *Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*; BKK Bundesverband (Hrsg.), Essen.

Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van Wijngaarden B: Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory-European Version: development of an instrument for international research. *EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *Br J Psychiatry* 2000, Suppl, 39, s28-33.

Christle CA, Jolivette K, Nelson M. (2007): School characteristics related to high school dropout rates. *Remedial and Special Education* 2005, 28, 325-339.

Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, et al.: Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry* 162 (10), 1948-56.

DAK-Gesundheit: *Arbeitslose und Studentinnen leiden unter chronischem Stress*. 2014

Danielsson P, Kowalski J, Ekblom Ö, et al.: Response of severely obese children and adolescents to behavioural treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012; 166: 1103-1108

Derogatis LR, Rickels K, Rock AF: The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry* 1976, 128, 280-289.

Deutsches Ärzteblatt 22-23/2016 *Psychopharmaka-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*

Dietz M, Müller G, Trappmann M: Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) - Daten des Panels „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS). (2009 ff.)

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH: *Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10*. (2. ed.). Bern: Huber 1993

Dooley D, Catalano R, Wilson G: Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Community Psychol*, 1994. 22, 745-765.

Giel KE, Thiel A, Teufel M, et al.: Weight bias in work settings – a qualitative review. *Obes Facts* 2010; 3: 33-40

Hagen C, Banfer S, Werkstetter L, Hebebrand J, Reissner, V: Inanspruchnahme des psychosozialen Hilfesystems bei jungen, psychisch erkrankten Arbeitslosengeld-II-Empfängern vor und nach Nutzung eines psychiatrisch-psychologischen Beratungsangebotes. *Gesundheitswesen* 2018, 80, 598-605.

Hausner KH, Söhnlein D, Weber B, Weber E: Qualifikation und Arbeitsmarkt: Bessere Chancen mit mehr Bildung. In IAB-Kurzbericht. Nürnberg 2015: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung.

Hebebrand J, Mühlig Y: JA-Studie „Jugendliche mit extremer Adipositas“ im JobCenter Essen (U25); LVR-Klinikum Essen - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2013

Henkel D, Zemlin U: Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag (Frankfurt am Main) 2008. Tabelle Arbeitslosenquoten (%) im ambulanten und stationären Sektor der Suchtkrankenhilfe nach Hauptdiagnose und Geschlecht, Deutsche Suchthilfestatistik 2005 (IFT 2006)

Henkel D, Zemlin U: Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag (Frankfurt am Main) 2008. Tabelle 12-Monatsprävalenz Substanz-bezogene Störungen Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen.

Henkel D, Zemlin U: Arbeitslosigkeit und Sucht. Fachhochschulverlag (Frankfurt am Main) 2008. Rückfallquoten (%) der konstant Arbeitslosen (N=181) und Erwerbstätigen (N=314) 6 Monate nach stationärer Suchtrehabilitation. Henkel et al. 2005 (ARA-Studie: Alkoholabhängige)

Henry KL, Huizinga DH: Truancy's effect on the onset of drug use among urban adolescents placed at risk. *Journal of Adolescent Health*, 40, e9-e17. 2007

Holleder A (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Fachhochschulverlag 2009.

IAB Forschungsbericht 12/2013 – aktualisierte Fassung vom 04.11.2013, Menschen mit psychischen Störungen im SGB II, Michael Schubert, Katrin Parthier, Peter Kupka, Ulrich Krüger, Jörg Holke, Philipp Fuchs - ISSN 2195-2655.

Inge TH, Jenkins TM, Xanthakos SA et al.: Long-term outcomes of bariatric surgery in adolescents with severe obesity (FABS-5+): a prospective follow-up analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 165-173

Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R: Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004, 34, 597-611.

Jans T, Warnke A: Schulverweigerung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2004, 152, 13002–13012.

Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR: Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012, 69, 381-389.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ. 2004 Nov; 82(11):858-66.

Lennerz B, Wabitsch M, Geisler A, et al.: Manual-basiertes Vorgehen zur Vorbereitung und Nachsorge von bariatrisch-chirurgischen Eingriffen bei Jugendlichen. Adipositas 2014; 8: 5-11

Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, et al.: Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2013; 56: 786-794

Missel P, et al.: Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Sucht Aktuell 1-2011, Seite 31.

Mühlig Y, Remy M, Holle R, Scherag A, Wabitsch M, Hebebrand J: Arbeitslose Jugendliche mit extremer Adipositas: Behandlung und Perspektiven für eine Hochrisikogruppe. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, Thieme 2018 – in Revision

Oberwittler D, Blank T, Köllisch T, Naplava T: Soziale Lebenslagen und Delinquenz von Jugendlichen. Ergebnisse der MPI-Schülerbefragung 1999 in Freiburg und Köln. In Arbeitsberichte 1/2001 aus dem Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg i.Br. 2001: Edition Iuscrim.

OECD. (2016). PISA 2015 Results (Volume II): Policies and Practice for successful Schools. In OECD (Ed.). Paris: OECD Publishing.

Pabst A, et al.: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht 2013, 59(6), 321-331

Paul K, Moser K: Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel J, Bacher J, Moser K, Erwerbslosigkeit. 2001.

Pressestelle des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter Nordrhein-Westfalen (28.08.2013) - Ministerin Steffens: Immer mehr psychische Erkrankungen - Gesundheitssystem alleine kann Entwicklung nicht stoppen.

Reissner V, Rosien M, Jochheim K, Kuhnigk O, Dietrich H, Holleder A, Hebebrand J: Psychiatric disorders and health service utilization in unemployed youth. Journal of Public Health, 2011, 19, S. 13-20.

Reissner V, Muhe B, Wellenbrock S, Kuhnigk O, Kis B, Dietrich H, Hebebrand J: DSM-IV-TR Axes-I and II mental disorders in a representative and referred sample of unemployed youths - Results from a psychiatric liaison service in a job centre. Eur Psychiatry, 2014, 29, 239-245.

Reissner V, Hebebrand J (Hrsg.): Beratung von psychisch kranken arbeitslosen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der psychiatrischen SUPPORT25 Liaisonambulanz - Manual zur Implementierung psychiatrischer Hilfen für Arbeitslose in einem JobCenter, 2014.

Reissner V, Knollmann M, Burgmann-Kaden B, Mikoteit T, Hebebrand J, Wölfle J: Schulabsentismus bei jugendlichen ALG-II-Empfängern aus Bedarfsgemeinschaften Ergebnisse aus einer Liaisonambulanz für Schulabsentismus. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2017, 11, 133-140.

Rosien M, Reissner V, Hebebrand J: SUPPORT 25 – Jugendarbeitslosigkeit und seelische Gesundheit. Psychotherapie im Dialog, 2008, 9, 311-312.

Scherbaum N: Substanzbezogene Störungen und Arbeitslosigkeit - Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin – LVR-Klinikum Essen/Institut der Universität Duisburg-Essen 2009.

Scherbaum N, Specka M, Kaspar C, Mikoteit T, Lieb B: „Arbeitslosigkeit und Sucht – Das SUNRISE-Projekt“ Thieme-Verlag, Das Gesundheitswesen (2016).

Schwinning C: Vortrag: Das SUNRISE-Projekt – „Fachtag Langzeitarbeitslosigkeit und psychische Gesundheit“ im LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen (27.06.2018).

Sharples AJ, Cheruvu CVN: Systematic review and meta-analysis of occupational outcomes after bariatric surgery. Obes Surg 2017; 27: 774-781

Trautmann S, Wittchen HU: Häufigkeit und Versorgungssituation von Suchtkranken in Deutschland, Sucht Aktuell 02. 2016, 11-13

Wagner M, Dunkake I, Weiss B: Schulverweigerung: Empirische Analysen zum abweichenden Verhalten von Schülern. . Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 2004, 56, 457-489.

WHO: Obesity and overweight. Fact Sheet. 2004; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>; Stand: 04.12.2017

Winefield AH: Unemployment: Its psychological costs. International Review of Industrial and Organizational Psychology, 1995, 10, 169-212.

Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T: SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Göttingen: Hogrefe 1997.

Projekt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ – Konzept einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung für die Stadt Essen

Thomas Mikoteit, JobCenter Essen; Lisa Schwermer, Gesundheitsamt Essen, i.R.; Anke Schulz-Najda, Gesundheitsamt



Ausgezeichnet mit dem
GESUNDHEITSPREIS ||| 2015
Landesinitiative Gesundes Land
Nordrhein-Westfalen

Schülerinnen und Schüler des städtischen Hugo-Kückelhaus-Berufskollegs entwickelten das Konzept-Logo

1. Arbeitslosigkeit und Gesundheit – ein lange übersehenes Thema?

In der kommunalen Gesundheitsförderung und -versorgung wurde die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen in der Vergangenheit wenig in den Blick genommen und selten von den kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW aufgegriffen.

Auch in der Arbeitsvermittlung war das Thema Gesundheit lange Zeit kein prioritäres Thema. Gesundheitliche Einschränkungen wurden bei der Vermittlung berücksichtigt, aber Gesundheitsförderung und -stabilisierung spielten in der täglichen Arbeit und in Maßnahmen der Arbeitsverwaltung keine wirkliche Rolle. Die arbeitsmarktlichen Instrumente waren primär auf die fachliche Qualifizierung von Arbeitslosen ausgerichtet.

In den letzten zehn Jahren hat die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Menschen allerdings in der praktischen Arbeit und auch in der wissenschaftlichen Forschung zunehmend Beachtung gefunden. So haben z. B. der bundesweite „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“ oder das bundesweite „Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ arbeitslose Menschen deutlich als Zielgruppe erkannt.

Was machte und macht das Thema bisher auf der kommunalen Ebene schwierig? Welche Möglichkeiten bestehen und welche Bedingungen sollten gegeben sein, um ein erfolgreiches Projekt zu starten? Dieser Beitrag stellt einen kommunalen Ansatz vor und zeigt den Entwicklungsprozess eines Konzepts in einer Arbeitsgruppe von Akteuren der Arbeits- und Gesundheitsförderung in Essen und die Schaffung der Startvoraussetzungen für das Projekt. Dargestellt werden der Projektverlauf, die Implementierung in die Organisationsstruktur des JobCenters und die operative Bewertung der bisherigen Ergebnisse.

2. Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Empirische Befunde zur Gesundheit von Arbeitslosen (Hollederer A (Hrsg.), 2009) belegen:

- Arbeitslosigkeit ist eine starke Belastung, die als chronischer Stress empfunden wird und die körperliche und seelische Erkrankungen nach sich ziehen kann.
- Arbeitslose weisen im Vergleich zu Beschäftigten einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf. Das Krankheitsrisiko steigt dabei mit der Dauer der Arbeitslosigkeit.
- Bei Arbeitslosen ist ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsverhalten (z. B. bei der Ernährung) sowie eine höhere Betroffenheit bei Suchtproblematiken (z. B. Alkohol) festzustellen.
- Arbeitslose sind in den deutschen Statistiken der Suchtkrankenhilfe (ambulant und stationär) überproportional vertreten.

Weitere Befunde zu den Folgen länger anhaltender Arbeitslosigkeit (Paul K, Moser K, 2001) und den Belastungen, denen Arbeitslose ausgesetzt sind, zeigten folgende Auswirkungen:

- Minderung des Selbstwertgefühls – Arbeitslosigkeit wird als Misserfolg erfahren,
- Depressivität,
- Verlust von sozialen Kontakten und von Unterstützung,
- Zunahme von Zukunftsängsten,
- Verlust der Lebensperspektive,
- Zunahme familiärer Konflikte,
- Zerfall von Zeitstrukturen,
- Verstärkung von finanziellen Problemen und Armutsrisiken als Stressfaktoren.

Ein stabiler sozialer Rahmen geht zunehmend verloren – mögliche Folgen sind soziale Desintegration, Erkrankung und Suchtgefährdung. Erwerbslosigkeit fördert bei Arbeitslosen selbst und in ihrem Umfeld Prozesse, die negative Folgen auslösen können, da Erwerbslosigkeit grundsätzlich gesellschaftlich negativ belegt ist. In der Folge werden Arbeitslosen weitere negative Eigenschaften zugeschrieben, die objektiv mit der Arbeitslosigkeit nichts zu tun haben (Übertragung negativer Eigenschaften). Die Erwerbslosigkeit bestimmt die Stellung des Arbeitslosen in der Gesellschaft und hat Auswirkungen auf den Umgang anderer Menschen. Darüber hinaus übernehmen die Arbeitslosen selbst diese negativen Bewertungen und zeigen in der Folge ein „erwartetes“ Verhalten (Goffmann E, 1967).

Diese Befunde werden durch die Ergebnisse des BKK Gesundheitsreports (2010) bestätigt. Die Forschung konnte in den letzten Jahren vor allem im Vergleich von arbeitslosen mit erwerbstätigen Menschen wesentliche Unterschiede zu ihrer Gesundheitssituation und zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen aufzeigen.

- Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage und der Krankengeldtage ist bei Arbeitslosen signifikant höher.
- Die Zahl der Krankenhaustage ist 2,5 mal so hoch.
- Die Zahl der Krankenhausaufenthalte, insbesondere wegen psychischer Störungen, ist erheblich höher.

Die Anzahl der Psychopharmaka-Verordnungen ist ebenfalls erheblich höher.

Länger anhaltende Arbeitslosigkeit erhöht somit die psychosozialen Belastungen und die Krankheitsrisiken. Bei gleichzeitig geringerer Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und riskanterem Gesundheitsverhalten entstehen so höhere Krankheitskosten als bei Erwerbstätigen. Diese Effekte verstärken sich gegenseitig. Handlungsmöglichkeiten erscheinen sehr schwierig und zudem in einem anderen gesellschaftlichen Feld zu liegen. Auch können Akteure des Gesundheitssystems kaum mit eigenen Erfahrungen an die psycho-sozial-gesundheitliche Realität von Arbeitslosen anknüpfen. Dies mag zum Teil erklären, warum in der Vergangenheit nur wenige Ansätze der Gesundheitsförderung und -versorgung für diese Zielgruppe entwickelt wurden.

Weiterhin scheinen arbeitslose Menschen im Gesundheitssystem nahezu unsichtbar zu sein. Nach eigenen Befragungen bei Mitgliedern der Gesundheitskonferenz Essen wird der berufliche Hintergrund selten erfragt oder bei vermuteter Arbeitslosigkeit kaum angesprochen. Häufungen von arbeitslosen Patientinnen und Patienten in bestimmten Bereichen, wie z. B. bei Gefäßerkrankungen, werden zwar vermutet und wahrgenommen, da aber praxistaugliche Handlungsoptionen in der Arztpraxis und im Krankenhaus fehlen, wird dieser Hintergrund meistens nicht aufgegriffen.

Aus den Forschungsergebnissen wird ebenfalls deutlich, dass präventive Ansätze bei Langzeitarbeitslosen zu kurz greifen. Notwendig sind Konzepte mit präventiven, gesundheitsfördernden und gesundheitsversorgenden Elementen, die ermutigende, partizipative und lebensweltnahe Strategien verfolgen.

3. Ausgangslage und Vorgehen in Essen

In Essen lebten zum Projektstart im Jahr 2014 rund 60.000 erwerbsfähige Leistungsberechtigte. Mindestens bei 35 % ist von gesundheitlichen Einschränkungen auszugehen – dies entsprach rund 21.000 Kundinnen und Kunden des JobCenters Essen.

Die Stadt Essen ist seit 2012 eine Optionskommune, d. h. die Verantwortlichkeit für Langzeitarbeitslose liegt alleine bei der Stadt Essen. Seither besteht für die Fachbereiche Gesundheit und Arbeit eine integrierte kommunale Steuerung. In einem Prozess gemeinsamer Zielentwicklung wurde festgelegt, dass das Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit von beiden Fachbereichen in den Fokus genommen und kontinuierlich weiterentwickelt wird. Bereits der Blick auf die damaligen Kosten der Arbeitslosigkeit bestätigten diese Schwerpunktsetzung (rund 500 Mio. € in der Summe aller Leistungen).

Aber auch seinem gesetzlichen Auftrag kann das JobCenter nur gerecht werden, wenn Gesundheitsorientierung konsequent in der fachlichen Arbeit berücksichtigt, in die Beratungs- und Vermittlungsprozesse integriert und systematisch mit den Aufgabenbereichen und Akteuren der Gesundheitsförderung und -versorgung im Rahmen der Regelversorgung verknüpft wird. Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung wurden im SGB II/III nicht ausdrücklich erwähnt, aber auch nicht ausgeschlossen. Die Berücksichtigung der Gesundheit lässt sich aber aus §1 SGB II - Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitslose - herleiten. Hier wird ausgeführt, dass die Leistungen der Grundsicherung insbesondere darauf auszurichten sind, dass die Erwerbsfähigkeit einer leistungsberechtigten Person erhalten, verbessert oder wieder hergestellt wird. Die Erwerbsfähigkeit kann nur erhalten oder wieder hergestellt werden, wenn auch der gesundheitliche Zustand der Kundinnen und Kunden des JobCenters eine Beschäftigung am Arbeits- und Ausbildungsmarkt zulässt. Insbesondere muss die fachliche Arbeit im JobCenter auch die Gesundheit im Blick haben, denn nur dann ist eine nachhaltige Integration auch ein realistisches Ziel.

Das JobCenter Essen verfügte zudem bereits durch frühere Projekte zu psychischen Erkrankungen über positive Kooperationserfahrungen mit dem Gesundheitssystem, die für ein Konzept im somatischen Bereich genutzt werden konnten (siehe hierzu den Beitrag von Mikoteit und Reissner im selben Band) . Dabei sollen auch Gleichzeitigkeiten und Wechselwirkungen zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen und sozialen Belastungen in den Blick genommen werden, um gesellschaftlicher Ausgrenzung entgegenzuwirken (bei 10-15 % der Kundinnen und Kunden des JobCenters Essen wird von Suchtproblematiken, verbunden mit psychiatrischen Co-Morbiditäten, ausgegangen).

Arbeitsgruppe „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“

Nach mehreren Impulsreferaten in zwei Gesundheitskonferenzen wurde im März 2013 die Arbeitsgruppe „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ gebildet. Sie erhielt den Auftrag, ein Konzept zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Ziel war es, Erkrankungsrisiken bei langzeitarbeitslosen Menschen zu verringern, Erkrankungen so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln sowie Belastungen zu vermindern.

In der Arbeitsgruppe arbeiteten seitdem unter gemeinsamer Leitung des JobCenters und der Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz das JobCenter Essen, die Ärztekammer, die AOK Rheinland/Hamburg, die BARMER-GEK, die BKK Novitas, die AG Sozialdienste der Essener Krankenhäuser, die AG Wohlfahrt als Trägerin von Beratungsstellen und Beschäftigungsträgern und die Gleichstellungsstelle unter dem Aspekt arbeitslose Alleinerziehende zusammen. Während der Projektlaufzeit hat diese Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz auch die Funktion einer Steuerungsgruppe übernommen.

Die Arbeitsgruppe verständigte sich als gemeinsame inhaltliche Basis auf die „Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen von 2007“ (Dt. Bundestag, 2007).

Weitere erste grundlegende Klärungen beinhalteten, das Essener Konzept als Stufenplan zu entwickeln – d. h. mit einer eingegrenzten und von ihren Voraussetzungen her eher günstigen Startzielgruppe zu beginnen und das Konzept in einem zweiten Schritt auf weitere Zielgruppen auszuweiten, wenn Wirkungen nachweisbar sind. Die Arbeitsgruppe ließ sich damit auf einen gemeinsamen Lernprozess ein. Sie prüfte verschiedene bekannte und evaluierte Ansätze wie AmigA Brandenburg und Stuttgart, Jobfit/Bundesverband der Betriebskassen, AktivA Dresden und Zug-um-Zug Köln auf ihre Anwendbarkeit in Essen und entwickelte daraus und auf dem Hintergrund der beteiligten Organisationen in der Arbeitsgruppe ein Essener Konzept. Es wurde im Juni 2014 von der Gesundheitskonferenz bestätigt, ebenso die Schaffung der Voraussetzungen (Strukturen, Prozesse, Fortbildungen, Materialien u. a.) für den Start.

4. Grundzüge des Konzepts

4.1 Ziele

- Verzahnung von Gesundheits- und Beschäftigungsförderung in Essen, d. h. intensivere Verknüpfung der Möglichkeiten aller beteiligten Partner mit gezielter Organisation und Steuerung der Prozesse in gemeinsamer Verantwortung im Sinne eines Schnittstellenmanagements,
- Senkung des Erkrankungsrisikos, Verhinderung der Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und der mit Erwerbslosigkeit verbundenen psychosozialen Belastungen durch zielgruppenspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -stabilisierung,
- Sensibilisierung und Motivation von Arbeitslosen, aktiv und so früh wie möglich, etwas für den Erhalt ihrer Gesundheit und damit für ihre Integration in den Arbeitsmarkt zu tun,
- Sensibilisierung der Akteure des Gesundheitswesens für die Bedarfe und Bedürfnisse von arbeitslosen Klienten und Klientinnen, bzw. Patienten und Patientinnen,
- Aktive Einbindung der Kundinnen und Kunden/Patientinnen und Patienten in die Entwicklung von Gesundheits- und Integrationszielen,
- Förderung von Gesundheitsmotivation und Bereitschaft, an der individuellen Lebenssituation und an gesundheitsrelevanten Einstellungen etwas zu verändern, mit Orientierung auf Ermüdung, Erprobung und Empowerment,

- Förderung des Bewusstseins über den Zusammenhang von Beschäftigungschancen und eigener Gesundheit und der Notwendigkeit eigener Aktivität,
- Intensive Beratung mit dem Ziel, der Erkrankung einen angemessenen Stellenwert einzuräumen und passgenaue Möglichkeiten zu entwickeln, wie Arbeit mit und trotz Erkrankung möglich ist,
- Entwicklung von Strategien für Zielgruppen mit besonderen Bedarfslagen,
- Steigerung des individuellen Leistungsvermögens und der Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit,
- Erhöhung der Integrationsquote von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen - Gesundheit als Teil des Integrationsprozesses,
- Ausbau des Anteils der Gesundheitsorientierung in den Arbeitsmarktinstrumenten des JobCenters Essen.

4.2 Strukturen und Kernelemente des Projekts

4.2.1 Laufzeit und Phasen

Die Laufzeit des Projektes betrug ein Jahr. Bei Erfolg sollte der Ansatz in die Regelstrukturen des JobCenters überführt werden. Die Arbeit mit den Kundinnen und Kunden begann im Februar 2015, nachdem alle notwendigen Strukturen geschaffen wurden.

Dabei sollten ganz bewusst keine vorübergehenden Projektstrukturen aufgebaut werden, sondern die Regelstrukturen der beteiligten Organisationen waren Grundlage für die Entwicklung der neuen Prozesse. Auf der Basis einer begleitenden Evaluation wurden im laufenden Prozess Anpassungen oder Veränderungen der Projektstruktur im Konsens der Projektpartner abgestimmt.

4.2.2 Startzielgruppe

Das Projekt richtete sich an SGB II-Empfänger mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen. Die Startzielgruppe sollte aus 100 Kundinnen und Kunden des JobCenters bestehen, die neben den gesundheitlichen Einschränkungen keine weiteren gravierenden Vermittlungshemmnisse aufwiesen. Diese Eingrenzung wurde vorgenommen, um grundsätzlich zu prüfen, ob die geplanten Interventionen nachhaltig Wirkung zeigen. Dazu wurden in der Arbeitsgruppe Einschluss- und Ausschlusskriterien als individuelle Voraussetzungen für die Teilnahme definiert:

- Die Möglichkeit zur Integration in Arbeit innerhalb von zwölf Monaten musste grundsätzlich vorhanden sein.
- Die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an gesundheits- und integrationsfördernden Maßnahmen musste vorliegen (Motivation).
- Die grundsätzliche Möglichkeit zur Verbesserung/Stabilisierung des Gesundheitszustandes durch gesundheitsfördernde Angebote musste gegeben sein.
- Es musste die Möglichkeit bestehen, eine Beschäftigung begleitend zur Gesundheitsförderung auszuüben.
- Eine akute psychiatrische Erkrankung oder Suchterkrankung durfte nicht vorliegen.
- Es durfte kein laufendes Rentenverfahren anhängig sein.

Grundsatz der Freiwilligkeit

Die Teilnahme an allen gesundheitsfördernden Angeboten war freiwillig. Die Ablehnung der Teilnahme löste keine Sanktionen aus. Dies war und ist sicherlich eine wichtige Voraussetzung für Gespräche, Klärungen und Entscheidungen.

Grundsatz der Nachhaltigkeit

Um persönliche Entwicklungen zu ermöglichen und zu stützen, war eine Nachbetreuungszeit von sechs Monaten vorgesehen.

4.2.3 Zugänge zum Projekt

Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten über die folgenden Wege Zugang zum Projekt:

a) über Organisationsbereiche innerhalb des JobCenters

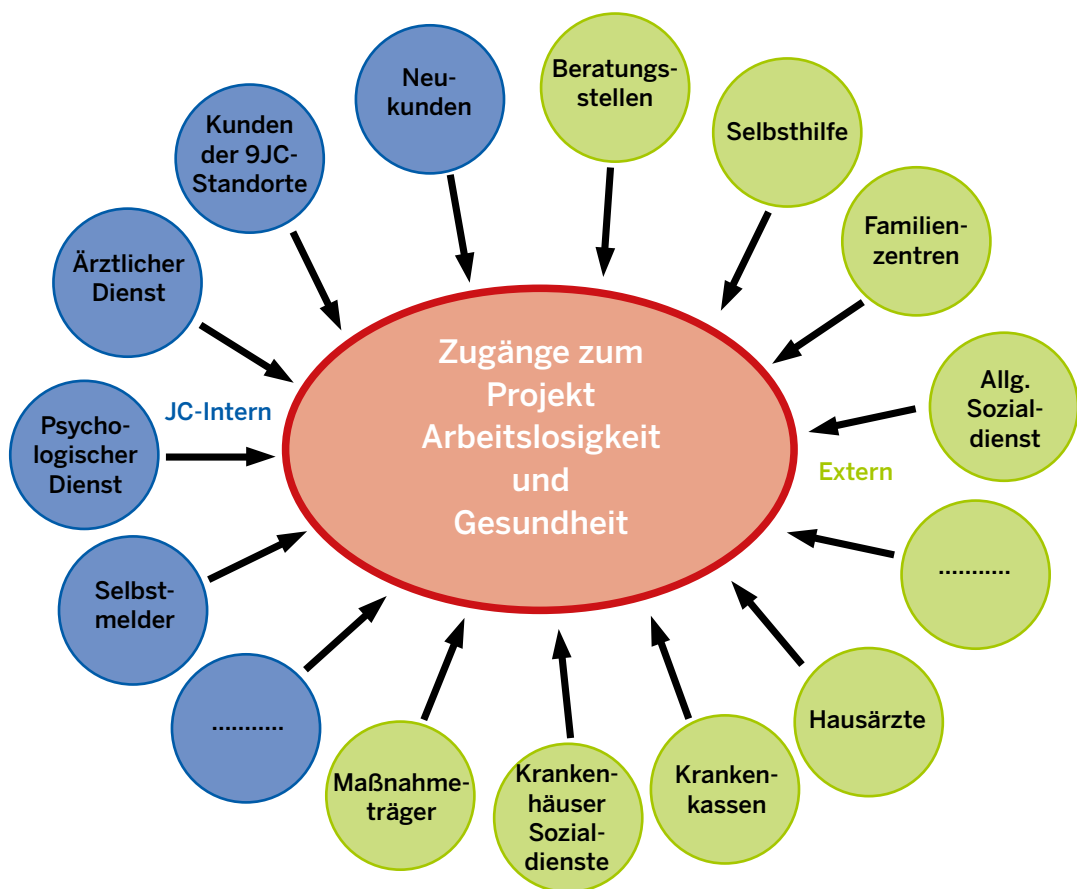
- Neukundenbereich,
- Bestandskunden der Vermittlungsfachkräfte in allen Standorten des JobCenters im Stadtgebiet – auch besondere Zielgruppen wie Alleinerziehende und Migranten wurden dabei berücksichtigt,
- Meldungen aus dem ärztlichen und psychologischen Dienst,
- Interessierte, die vom Projekt gehört haben.

b) über Netzwerkpartner und Multiplikatoren

Da Kundinnen und Kunden dem JobCenter in der Regel keine vertieften Kompetenzen im Bereich der Gesundheitsförderung zuordnen und daher bei konkreten Angeboten zurückhaltend reagieren oder auch Furcht vor möglichen Konsequenzen haben, wenn sie ein Gesundheitsangebot ablehnen (trotz der besprochenen Freiwilligkeit), ist die Einbindung „neutraler“ Netzwerkpartner sinnvoll. Es kommt eben oft darauf an, wer etwas sagt oder vorschlägt. Mit der Einbindung der externen Partner war die Hoffnung verbunden, mehr Kundinnen und Kunden des JobCenters mit den gesundheitsfördernden Angeboten zu erreichen. Konkret waren eingebunden

- Maßnahmeträger, bei denen die Kundinnen und Kunden an einer Maßnahme teilgenommen haben,
- Beratungsstellen in der Stadt Essen, z. B. Arbeitslosenberatung,
- Allgemeiner Sozialer Dienst des Jugendamtes (ASD),
- Familienzentren in den Kindertageseinrichtungen (Kitas),
- Krankenkassen,
- Krankenhäuser, insbesondere Sozialdienste in den Krankenhäusern,
- Haus- und Fachärzte,
- Selbsthilfekontaktstelle.

Abbildung 1: Interne und externe Zugangswege in das Projekt.



4.2.4 Aufgaben und Prozesse

a) JobCenter Essen

Fachkräfte des JobCenters Essen

Alle Vermittlerinnen und Vermittler/Fallmanagerinnen und Fallmanager in den zehn Standorten des JobCenters wurden zum Projektstart zu den gesundheitlichen Fragestellungen und Anforderungen des Projekts geschult, um motivierte Kundinnen und Kunden in den jeweiligen Kundenbeständen zu identifizieren.

Kundinnen und Kunden, die die notwendige Motivation zeigen, wurden so von allen JobCenter-Fachkräften zur weiteren Umsetzung an speziell geschulte Fachkräfte überstellt (Motivierende Gesundheitsberater).

Motivierende Gesundheitsberaterinnen und -berater in allen JobCenter Standorten

In jedem Standort des JobCenter wurden zunächst zwei Fachkräfte als Spezialisten für gesundheitliche Fragestellungen qualifiziert, um Projektteilnehmende zu identifizieren und zu informieren, mit ihnen motivierende Gesundheitsgespräche (MGG) zu führen und sie während der Teilnahme im Projekt zu begleiten. Sukzessive wurden und werden weitere Fachkräfte geschult, so dass am Ende des Prozesses alle Fachkräfte MGG-Gespräche führen können und diese Ebene organisatorisch entfällt. Die MGG-Gesprächsführungsmethodik wurde in Essen aus dem Jobfit-Programm (Bellwinkel M (Hrsg.), 2009) übernommen.

Interdisziplinäres Fachteam (IFT)

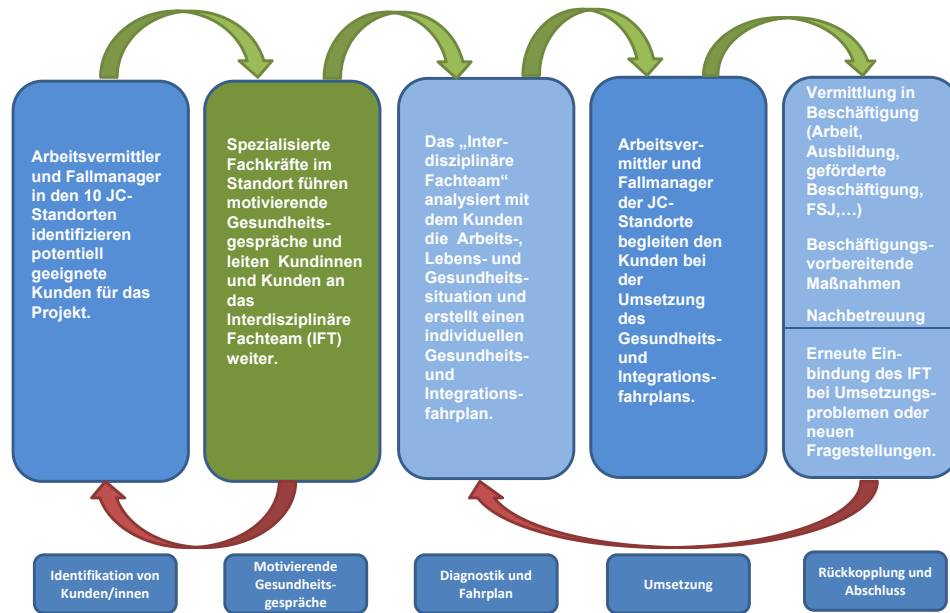
Das JobCenter Essen hat ein „Interdisziplinäres Fachteam“ (IFT), bestehend aus sozialmedizinischen und psychologischen Fachkräften sowie mehreren Fallmanagement- und Vermittlungsfachkräften, eingerichtet. Bei Bedarf kann dieses Team durch Fachkräfte des Jugendamtes fallbezogen erweitert werden.

Das interdisziplinäre Fachteam wurde speziell zu motivierenden Gesundheitsgesprächen, Möglichkeiten des Versorgungsmanagements der Krankenkassen, Ausgestaltung von Präventionskursen und den Möglichkeiten der beteiligten Partner im Gesundheitssystem geschult.

Das Fachteam erhebt in einer qualifizierten Eingangsdiagnostik die individuelle Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation der von den motivierenden Gesundheitsberatern zugewiesenen Kundinnen und Kunden. Dieses Element wurde aus dem Konzept „Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung (AmigA)“ (MASGF Brandenburg (Hrsg.), 2008) übernommen.

Auf der Grundlage dieser qualifizierten Eingangsdiagnostik hat das Fachteam über eine weitere Projektteilnahme entschieden und im positiven Fall zusammen mit dem Betroffenen passende Strategien zur Verbesserung der Situation in allen genannten Bereichen entwickelt. Es entstand so eine individuell auf den Arbeitslosen zugeschnittene Kombination von arbeitsmarktintegrativen und gesundheitsfördernden Maßnahmen, die Vermittlungshemmnisse abbauen und die Chancen auf eine Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit erhöhen sollte (= individueller Gesundheits- und Integrationsfahrplan).

Abbildung 2: Prozessschritte und Rückkopplungen im Verfahren



b) Netzwerkpartner aus dem Gesundheitssystem

Das Konzept der integrierten Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung wurde unter intensiver Mitarbeit der Partner im Gesundheitssystem erstellt. Die wesentlichen Akteure des Gesundheitssystems waren in die Entwicklung des Projekts über eine Arbeitsgruppe der Gesundheitskonferenz eingebunden. Für die Umsetzung der mit den JobCenter-Kundinnen und Kunden abgestimmten und gesundheitsförderlichen Maßnahmen war die Einbindung dieser Partner/Experten sinnvoll und erforderlich.

Diese Experten haben das Interdisziplinäre Fachteam während des gesamten Prozesses beraten und begleitet. Darüber hinaus verstanden sie sich als Mittler an der Schnittstelle zwischen Arbeitsförderung und dem Essener Gesundheitssystem mit der Aufgabe

- gesundheitliche Leistungen für andere Arbeitsfelder transparent zu machen,
- bei Bedarf Lotsenfunktionen zu entwickeln und
- innerhalb der eigenen Organisationen Sensibilität für die Bedarfe und Bedürfnisse von Arbeitslosen zu fördern.

Krankenkassen

Im Projekt haben die Krankenkassen über spezielle Kooperationsvereinbarungen mit allen großen Kassen spezifische Gesundheitskurse gem. § 20 SGB V zu Bewegung und Stressbewältigung angeboten.

Ärztchammer

Die Ärztekammer fungierte als Mittler zwischen der Ärzteschaft, dem JobCenter und den sozialen Trägern und hat geeignete Kommunikationswege entwickelt sowie Informations- und Fortbildungsveranstaltungen organisiert. So wurden auch interessierte niedergelassene Ärzte und Ärztinnen in die Lage versetzt,

- ihren Patienten und Patientinnen die Möglichkeiten des Projekts nahezubringen und
- sich fachlich mit dem interdisziplinären Fachteam bei der Umsetzung der gesundheitlichen Maßnahmen abzustimmen.

Sozialdienste der Essener Krankenhäuser

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialdienste der Essener Krankenhäuser (AG) haben im Kontext des Projekts bei der Patientengruppe der Arbeitslosen die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gezielt thematisiert, da ein akuter Krankenhausaufenthalt häufig Anlass ist, die eigene Situation zu überdenken. Wesentliche Inhalte waren dabei die Beratung und Information zu bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung von JobCenter und Krankenkassen, die gezielten Hinweise auf das Projekt (Flyer) und Motivation zur Teilnahme der Patientinnen und Patienten.

AG Wohlfahrt

Über die AG Wohlfahrt wurden die Träger von Beratungsstellen (Familie, Erziehung, chronische Erkrankung, Selbsthilfe, Migration, Schulden, Sucht) und Beschäftigungs- und Qualifizierungsträgern eingebunden. Sie haben als Multiplikatoren ihren arbeitslosen Klienten und Klientinnen die Möglichkeiten des Projekts nahe gebracht und in ihren Maßnahmen die gesundheitsbezogenen Themen und Angebote verstärkt.

4.3 Kooperationsschritte

Neben den schon beschriebenen Prozessen im JobCenter Essen (siehe Punkt 4.2.4) wurden mit dem Netzwerk der Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitssystem weitere Kooperationsschritte festgelegt:

- Information, Beratung und Motivation von möglichen Teilnehmenden sowie Unterstützung bei Schwierigkeiten,
- Bereitstellung von gesundheitsfördernden Angeboten für den individuellen Gesundheits- und Integrationsfahrplan,
- Information und Beratung des Interdisziplinären Fachteams im Einzelfall mit Zustimmung des Teilnehmenden,
- Bewertung von Einzelerfahrungen für den Gesamttablauf.

Für die Ausgestaltung des individuellen Gesundheits- und Integrationsfahrplans wurden sukzessive eine Reihe von gesundheitsfördernden bzw. -stabilisierenden Angeboten und arbeitsfördernden Maßnahmen entwickelt. Neu war nicht nur die Verknüpfung dieser Angebotsondern die Beratung, in welcher Dringlichkeit und Reihenfolge die Nutzung der Angebote sinnvoll ist, damit sie sowohl für die individuelle Gesundheit wie für berufliche Integration förderlich sind.

Mögliche Gesundheitsangebote waren z. B.:

- Beratung durch das Interdisziplinäre Fachteam (IFT),
- Besprechung von notwendigen Behandlungen und Therapien mit Überleitung zu Haus- und Fachärzten,
- Einleitung medizinischer/beruflicher Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Präventionskurse der Krankenkassen (§ 20 SGB V) mit erleichtertem Zugang in den Bereichen Bewegung, Stress und Ernährung,
- Einbindung der Angebote des Essener Sportbundes,
- Anstoßen von Leistungen des Versorgungsmanagements über Haus- und Fachärzte,
- Überleitung zu psychosozialen Beratungsstellen (Familie, Erziehung, Schulden, Selbsthilfe),
- psychologische Kurzintervention bei auftretenden Problemen oder Krisen,
- Einbindung von Programmen zur psychischen Gesundheit wie SUPPORT25, SUNRISE und PROGRESS bei psychiatrischer Problematik (siehe dazu auch den speziellen Beitrag von Mikoteit und Reissner in diesem Band).

Mögliche arbeitsfördernde Angebote waren z.B.:

- Vermittlung in Ausbildung oder Arbeit auf dem ersten und zweiten/dritten Arbeitsmarkt – gesundheitlich angemessene Beschäftigung realisieren (Teilzeit- und Vollzeit, Minijob, Ehrenamt),
- Einbindung des JobService Essen zur Akquisition leidensgerechter Arbeitsstellen und Unterstützung bei der Arbeitssuche (Bewerbungstraining, Coaching, Nachbetreuung),
- Vermittlung in vorhandene Regelangebote zur Qualifizierung, Stabilisierung und Erprobung,
- Vermittlung in spezialisierte Maßnahmen des JobCenters im Kontext des Projektes.

Diese Angebote wurden auf der Grundlage der gemachten Erfahrungen, des deutlicher werdenden Bedarfs und der Zwischenergebnisse der Evaluation im Projektverlauf weiter- oder auch neuentwickelt.

5. Begleitende Evaluation

Die Gesundheitskonferenz und alle Projektpartner hielten eine externe Evaluation für förderlich und notwendig. Sie war Voraussetzung für eine verlässliche Ergebnisbewertung und gab Rückmeldungen zur Wirksamkeit der konzipierten Maßnahmen, der Herangehensweise und zur Zielerreichung.

Vorarbeiten erfolgten unter Mitwirkung des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Universität Duisburg-Essen (IMIBE). Die Evaluation bezog sich dabei nicht nur auf die Ergebnisse, sondern auch auf den Prozess und die Strukturen. Darüber hinaus wurden die beteiligten Gruppenteilnehmenden, die Beteiligten im JobCenter und das Netzwerk der Experten im Gesundheitssystem in den Blick genommen. Es wurden quantitative und qualitative Methoden einbezogen und Rückmeldungen zur Zielerreichung schon im laufenden Prozess gegeben. Die schon vorhandenen Evaluationsergebnisse der Ansätze AmigA und Jobfit wurden dabei berücksichtigt.

Die Finanzierung erfolgte unter Beteiligung des Landesentrums Gesundheit NRW durch das seinerzeitige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA NRW). Die Evaluationsergebnisse sind im Beitrag von Pieper und Haupt in diesem Band im Detail nachlesbar.

6. Zwischenfazit Projektplan und Konzeptionierung

Die handelnden Personen in der kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) und im JobCenter Essen haben das Thema Arbeit und Gesundheit als Schwerpunktthema in der Agenda der KGK verankert und zielen auf eine Verbesserung der gesundheitlichen und arbeitsmarktintegrativen Situation langzeitarbeitsloser Menschen in Essen ab.

Die KGK hat damit den Rahmen für die Zusammenarbeit aller Akteure geschaffen und einen Grundkonsens in der Kommune hergestellt. Letztlich hängt es auch von „weichen“ Faktoren ab – sind die handelnden Personen in Essen bereit, ihre individuellen Spielräume bei der Ausgestaltung zu nutzen?

Ohne diesen Grundkonsens wäre die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung des Konzeptes einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung nicht möglich gewesen. Das JobCenter Essen hatte keinen Zugang zu den Netzwerken des Gesundheitssystems. Darüber hinaus sprechen Kundinnen und Kunden – nicht ganz zu Unrecht – dem JobCenter die Kompetenz in Gesundheitsfragen ab. Ein nachhaltiger Erfolg ist unter diesen Rahmenbedingungen nur gemeinsam mit den Experten und Partnern des Gesundheitssystems möglich.

In der Folge wurde das Konzept einer integrierten Arbeits- und Gesundheitsförderung (siehe Link am Ende des Textes) von den beteiligten Akteuren entwickelt und beschlossen. Dabei wurden Forschungsergebnisse zum Thema und die evaluierten Erfahrungen bisheriger Projekte im Bundesgebiet berücksichtigt. Die Elemente des Konzeptes wurden innerhalb der Regelstrukturen entwickelt und erprobt, um nach Ende der Projektphase einen möglichst einfachen und nahtlosen Übergang in das Regelgeschäft sicherzustellen.

7. Operative Bewertung der Ergebnisse

Neben den Daten, die für die wissenschaftliche Evaluation erhoben wurden, hat das JobCenter eine laufende Auswertung zur Inanspruchnahme des Projektes durch die Kundinnen und Kunden erstellt. Diese Auswertung wurde regelmäßig in der gemeinsamen Arbeitsgruppe besprochen und bis zur Vorstellung der Ergebnisse und damit dem offiziellen Projektabschluss in der kommunalen Gesundheitskonferenz weitergeführt.

a) Erfolgsdefinition im Projekt

Die Projektpartner hatten sich zu Beginn des Projektes auf die folgende Erfolgsdefinition verständigt:

„Die Integrationsquote der gesundheitlich eingeschränkten Menschen erreicht das Niveau der offiziellen Integrationsquote im gesamten JobCenter Essen“.

b) Integrationen

Die folgende Tabelle stellt die entsprechenden Ergebnisse für den Zeitraum von Februar 2015 – Februar 2018 dar.

Tabelle 1: Erreichte Integrationen in den Arbeitsmarkt im Projektverlauf (absolut)

Projekt Arbeitslosigkeit und Gesundheit		Stand: 28.02.2018 Schiprowski		Integrationszeitpunkte
Motivierende Gesundheitsgespräche		Quoten		
Anzahl Vormerkungen MGG seit Projektstart	855			
Integration im MGG - Prozess	16		Integrationen vor den MGG-Gesprächen (Aktivierung erfolgt).	0. Phase
MGG-Gespräche seit Projektstart	779	41,85%	der MGG-Gespräche führen zu einer IFT - Vormerkung.	
Anzahl Vormerkungen IFT seit Projektstart	326			
Integrationen nach MGG	92	11,81%	der TN sind schon nach den MGG-Gesprächen integriert.	1. Phase
Interdisziplinäres Fachteam				
Anzahl IFT-Teilnehmer seit Projektstart	321			
Laufende IFT-Prozesse	35			
Abgeschlossene IFT-Prozesse seit Projektstart	277	44,40%	der IFT - Prozesse führen zur Erstellung eines Fahrplans.	
Erstellte IFT-Fahrpläne seit Projektbeginn	123			
Ergebnisse				
Integration im IFT-Prozess	36		Integrationen vor abschließender Erstellung der Fahrpläne.	2. Phase
IFT-Fahrpläne in Umsetzung	117			
Integrationen während der Umsetzung der Fahrpläne	26			3. Phase
Integrationen nach Abarbeitung der Fahrpläne	17			4. Phase
Abbruch des IFT-Prozesses	124	44,77%	der TN brechen den IFT-Prozess ab.	
davon:				
Gesundheit, Integrationsprognose >12 Monate	61	49,19%	der TN brechen ab, da Gesundheitszustand schlechter als bisher bekannt.	
fehlende Motivation	59	47,58%	der TN brechen ab, wenn es "ernst" wird mit der Umsetzung.	
Wegfall Hilfebedürftigkeit	2	1,61%	sind keine SGB II - Kunden mehr.	
Rente / Übergang SGB XII	0	0,00%		
Sonstiges (Umzug, Tod,...)	2	1,61%		
Gesamtintegrationen Projekt (alle 5 Phasen)				187
Aktuelle Zielerreichung (100 TN mit IFT - Fahrplan bzw. im laufenden Prozess integriert)				179,00%

Die in der Projektlaufzeit erzielten 187 Integrationen in den Arbeitsmarkt erfolgten tatsächlich in verschiedenen Phasen des Prozesses und sind daher differenziert abgebildet:

Phase 0

8,5 % der Integrationen erfolgten schon nach der Aktivierung durch die originär zuständigen Fachkräfte des JobCenters, aber noch vor den motivierenden Gesundheitsgesprächen.

Phase 1

Fast die Hälfte der Integrationen (49,2 %) erfolgte nach den motivierenden Gesundheitsgesprächen, also noch bevor der Prozess zur Erstellung des Gesundheits- und Integrationsfahrplan durch das IFT angestoßen wurde.

Eine Interpretation dieses sehr hohen Wertes ist nur unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen sinnvoll. Im günstigsten Fall hat die motivierende Gesundheitsberatung bei den Kundinnen und Kunden dazu geführt, stärker auf die eigene Gesundheit zu achten und zu erkennen, dass Arbeit auch mit gesundheitlichen Einschränkungen möglich ist. Dies ist im Kontext der Definition der Startzielgruppe auch schlüssig. Bei einer Erweiterung der Zielgruppe auf Kundinnen und Kunden mit weiteren gravierenden Vermittlungshemmnissen werden sich die Ergebnisse sicherlich anders darstellen.

Phase 2 und Phase 3

19,3 % der Integrationen wurden vor der abschließenden Erstellung des Gesundheits- und Integrationsfahrplans durch das IFT realisiert, also vor Abschluss des Prozesses (Phase 2).

13,9 % konnten während der Umsetzung der Fahrpläne integriert werden. Auch hier gelten die unter Phase 1 genannten Erklärungsansätze.

Phase 4

Nach Abarbeitung der Gesundheits- und Integrationsfahrpläne durch die Kundinnen und Kunden konnten 9,1 % der Integrationen erzielt werden. Dieser Wert könnte sich noch erhöhen, da die Integrationen auch noch zeitversetzt stattfinden.

c) Integrationsquoten

Da die Projektlaufzeit die Jahre 2015 – 2018 umfasst und die einzelnen Jahre für das JobCenter unterschiedliche Integrationsquoten aufweisen, wurde als Vergleichsgröße der Durchschnittswert aller Projektjahre herangezogen (= 17,67 %).

Tabelle 2: Erreichte Integrationen in den Arbeitsmarkt im Projektverlauf (nach Quoten)

Phasen	Integrationen 28.02.18	Int. Quoten	Quote JC Gesamt	Differenz
Phase 0 (während MGG-Prozess)	16	1,87	-	-
Phase 1 (nach MGG-Prozess)	92	10,76	-	-
Phase 2 (vor Fahrplanerstellung)	36	4,21	-	-
Phase 3 (während Umsetzung)	26	3,04	-	-
Phase 4 (nach Abarbeitung)	17	1,99	-	-
Gesamt	187	21,87	17,67	+ 4,2%

Zähler = Anzahl im Projekt erzielter Integrationen (187); Nenner = Vormerkungen MGG (855)

Die Integrationsquote im Projektzeitraum lag bei 21,87 % und damit um 4,2 %-Punkte über der Integrationsquote des gesamten JobCenters Essen. Im Ergebnis kann - bei allen Unschärfen einer Durchschnittsbetrachtung - festgehalten werden, dass die Integrationsquote der gesundheitlich eingeschränkten Menschen im Projektrahmen mindestens das Niveau der offiziellen Integrationsquote (K2) im gesamten JobCenter Essen erreicht.

Damit wird deutlich, dass die Zielgruppe erreicht wurde und in den Arbeitsmarkt vermittelbar ist. Erfolge sind aber nur möglich, wenn die Kundinnen und Kunden freiwillig und aus Überzeugung mitwirken (Motivation). Berücksichtigt werden muss aber auch, welcher Aufwand notwendig war, um dieses Ergebnis zu erzielen.

d) Kundenakquisition

Die Akquisition von Kundinnen und Kunden für die Teilnahme am Projekt war sehr aufwendig, obwohl die Kundinnen und Kunden auf mehreren Ebenen vorgefiltert wurden:

855 Vormerkungen der Vermittlungsfachkräfte (= Vorfilterung) führten zu 123 Gesundheits- und Integrationsfahrplänen ($855/123 = \text{Faktor } 7,00$),

um 100 Kunden für das Interdisziplinäre Fachteam vormerken zu können, müssen 238 MGG geführt werden ($779/326 = \text{Faktor } 2,38$),

um 100 Gesundheits- und Integrationsfahrpläne zu erstellen, müssen 225 IFT-Prozesse durchgeführt werden ($277/123 = \text{Faktor } 2,25$).

e) Abbrüche des laufenden IFT-Prozesses

Die folgende Grafik zeigt die Anzahl der Abbrüche im laufenden IFT-Prozess und die Gründe für den Abbruch.

Tabelle 3: Abbrüche im Projektverlauf

Gründe	Anteil abs.	Anteil %
Kunden kränker als bekannt*	61	49,19
Fehlende Umsetzungsmotivation**	59	47,58
Wegfall Hilfebedürftigkeit	2	1,61
Sonstiges***	2	1,61
Gesamt	124	100

* somatisch, aber auch psychisch

** Abbruch zum Beginn der Umsetzung der Gesundheits- und Integrationspläne oder Ängste vor „Psychologen“

*** Rente, Umzug, Tod

Bei insgesamt 277 IFT-Prozessen gab es 124 Abbrüche (= 44,77 %). Diese hohe Abbruchquote wurde so nicht erwartet, da ein Großteil der Kundinnen und Kunden den ganzen Prozess komplett bzw. größtenteils durchlaufen hat.

Die Analyse hat gezeigt, dass knapp 50 % der Kundinnen und Kunden deutlich kränker waren als dies dem JobCenter vor dem Prozess bekannt war. Diese Kundinnen und Kunden wurden an die anderen Bereiche der Essener „Gesundheitswelt“ (siehe dazu den Beitrag von Mikoteit und Reissner im gleichen Band) überstellt, um den begonnenen Prozess fortzuführen.

Die andere Hälfte der Abbrecher hat entweder „kalte Füße“ bekommen, als es um die tatsächliche Umsetzung der im Gesundheitsfahrplan verbredeten Verhaltensänderungen und Aktivitäten ging oder hatte große Angst vor der psychologischen Untersuchung und ist nur zu diesem Termin nicht mehr erschienen.

f) Präventionskurse

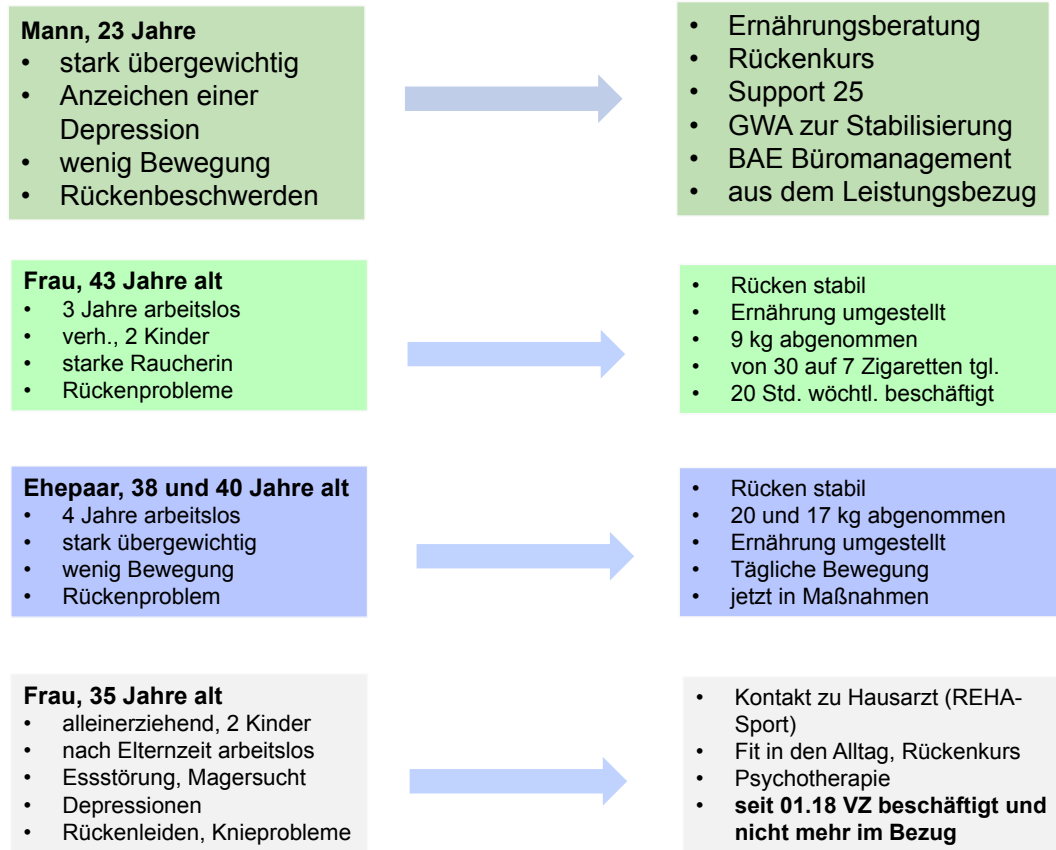
Die Umsetzung der Präventionskurse hat im Projektzeitraum z. T. zu hohen Aufwendungen geführt und war mit Blick auf die Inhalte nicht immer zielgruppenadäquat. Im Detail:

- Die erforderlichen Vereinbarungen mit allen großen Krankenkassen zur Umsetzung der Präventionskurse (§ 20 SGB V) waren sehr zeitaufwendig.
- Die Akquisition der Teilnehmenden für die Kurse war sehr aufwendig.
- Die Praxis hat gezeigt, dass neben den klassischen Rückenkursen weitere Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung (z. B. Aqua Fit), Stressabbau notwendig sind.
- Für viele Kundinnen und Kunden war der angebotene Rückenkurs zu anspruchsvoll – hier sind niederschwelligere Angebote erforderlich (Angst oder Überforderung führen zum Abbruch).
- Im Gegensatz dazu liefen die Ernährungskurse vollkommen problemlos.

g) Fallbeispiele

In der folgenden Grafik sind exemplarisch vier positive Fallbeispiele aufgeführt:

Tabelle 4: Positive Fallbeispiele



Darüber hinaus gibt es auch Feedbacks von Kundinnen und Kunden, die zeigen, dass die Beratungen und Kursinhalte angekommen sind:

- „Seit der Ernährungsberatung lasse ich die Finger von Fertiggerichten.“
- „Mir war gar nicht bewusst, was alles für Fette und Zucker in manchen Lebensmitteln enthalten ist.“
- „Dank dieses Angebotes haben wir es geschafft, 20 und 17 kg abzunehmen und sind überglücklich.“
- „Endlich mal nicht nur eine Maßnahme, sondern ein gutes Angebot, das mir viel gebracht hat.“

h) Unterstützung durch externe Partner

Das JobCenter hat bei allen externen Partnern (siehe Schaubild Zugangswege unter Punkt 4.2.3) Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen zum Projekt durchgeführt. Darüber hinaus wurden Flyer für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. Kundinnen und Kunden erstellt, die den externen Partnern zur Verfügung gestellt wurden.

Abbildung 3: Projektflyer



Die Einbindung der externen Partner bei der Akquisition und Motivation von JobCenter-Kundinnen und Kunden hat über keine der definierten Zugangswege funktioniert. Im gesamten Projektzeitraum hat es weder über das eigens eingerichtete e-mail-Postfach noch telefonische oder schriftliche Kontaktversuche gegeben (= 0 Kontakte).

Die Einbindung von Haus- und Fachärzten hat allerdings funktioniert, wenn die Ärzte aus dem Interdisziplinären Fachteam (IFT) heraus den Kontakt aufgenommen haben. In den meisten Fällen konnten diese Haus- und Fachärzte in die Umsetzung der Gesundheits- und Integrationsfahrpläne eingebunden werden.

8. Einbindung in die Regelstruktur – notwendige Anpassungen

Das Projekt wird aktuell in die Regelstruktur des JobCenter Essen überführt. Um dies zu erreichen, sind allerdings Optimierungen notwendig. Die konkreten Handlungsfelder ergeben sich dabei aus den geschilderten Erfahrungen in der operativen Umsetzung. Die folgenden Optimierungen wurden schon vorgenommen oder sind aktuell in der Umsetzung:

a) Präventionskurse

Im Bereich der Präventionskurse entfallen die aufwendigen Verhandlungen mit den größten Krankenkassen zur Einrichtung von Kursen, da sich das JobCenter Essen seit dem Jahr 2017 am bundesweiten Modellprojekt des GKV Spitzenverbandes und der Bundesagentur für Arbeit beteiligt. Damit steht dem JobCenter Essen ein jährliches Budget der Krankenkassengemeinschaft zur Verfügung, um eine schnelle und flexible Einrichtung von Präventionskursen und eine Ausweitung der Angebotsstruktur umzusetzen.

So ist es z. B. nun auch möglich, noch niedrigschwelligere Angebote für Kundinnen und Kunden einzurichten, für die die bisher angebotenen Rückenkurse noch zu anspruchsvoll waren. Diese Überforderung hat in der Regel zum Abbruch des Kurses geführt.

Darüber hinaus sind weitere Kursangebote im Bereich der Ernährung, Bewegung (z. B. Aqua-Gymnastik seit 2018 im Angebot) und Stressabbau erforderlich.

Die alleinige und aufwendige Akquisition und die Motivationserhaltung der Teilnehmenden für die Präventionskurse über die MGG-IFT-Schiene werden durch eine Integration von Präventionsangeboten in Maßnahmenangebote des JobCenters erweitert.

Da die Kurse soweit möglich vor Ort bei einem Träger oder trägerübergreifend an einem Ort stattfinden werden, wird eine Reduzierung der Abbrüche bzw. der Ausfallzeiten erwartet, auch wenn die Teilnahme natürlich freiwillig bleibt. Darüber hinaus ist auch echte Prävention möglich, nicht nur ein „Reparaturbetrieb“, weil z. B. über Gruppenangebote im Rahmen der Gemeinwohlarbeit auch Kundinnen und Kunden erreicht werden können, bei denen noch keine offensichtlichen Erkrankungen vorliegen, die aber zur Risikogruppe gehören.

b) Unterstützung durch externe Partner

Nach der Überführung des Projektes in die Regelstruktur wird eine erneute Information und Werbung bei allen externen Partnern durchgeführt. Ziel wird es dabei sein, anhand von Erfolgsbeispielen zu verdeutlichen, dass es sich um ein dauerhaftes und damit verlässliches Angebot handelt.

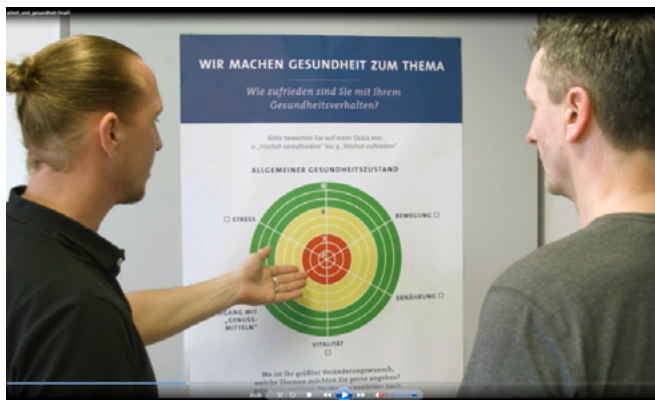
c) Angebote für Abbrecherinnen und Abbrecher

Für Kundinnen und Kunden, die noch nicht die erforderliche Motivation für eine Mitwirkung aufweisen oder in den verschiedenen Phasen des Prozesses aussteigen, wird es spezielle Angebote geben. Ziel ist dabei immer, sie in das System zu integrieren oder zurückzuholen.

d) Hemmschwellen abbauen und Motivation aufbauen

Um Kundinnen und Kunden Sorgen und Ängste zu nehmen, was sie im Bereich der Gesundheitsförderung im JobCenter Essen erwartet, wurde ein Video-Clip produziert, der über die Internetseiten des JobCenters Essen oder YouTube erreichbar ist.

Abbildung 4: Informations-Video zum Projekt (Standbild)



Der Clip zeigt, wie ein fiktiver Kunde die verschiedenen Stationen der Gesundheitsförderung im JobCenter durchläuft - vom ersten Gespräch bei der Vermittlungsfachkraft über die Untersuchungen beim Arzt und Psychologen, die Falldiskussion im Interdisziplinären Fachteam bis hin zum Ernährungskurs oder der Rückenschule. Die Fachleute, auf die die Kundinnen und Kunden im JobCenter auch tatsächlich treffen, kommen im Film zu Wort. Der Link zum Film: www.essen.de/arbeitsundgesundheit.

Aktuell sind weitere Filmsequenzen in Planung, die vertiefte Einblicke in die einzelnen Kursangebote geben oder bei denen man Übungen auch zuhause nachmachen kann (Stichwort: Übertragung in den Alltag).

e) Schnittstellen reduzieren

Es erfolgt eine sukzessive Aufstockung der Anzahl der Gesundheitsberater in allen Standorten des JobCenters Essen. Ziel ist es, dass alle Vermittlungs- und Fallmanagementfachkräfte in der Führung von motivierenden Gesundheitsgesprächen (MGG) geschult sind. Dies ist sicherlich sehr aufwendig, aber aus unserer Sicht notwendig, da jede Fachkraft in ihrem Sachgebiet über eine große Anzahl gesundheitlich eingeschränkter Kundinnen und Kunden verfügt – nach Einschätzungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) bis zu 40 %.

Durch diese Schulungen wird die Schnittstelle zwischen der originär zuständigen Fachkraft und den Gesundheitsberaterinnen und -beratern (MGG) mittelfristig entfallen und den Prozess insgesamt vereinfachen und verkürzen.

9. Fazit

Durch positive Vorerfahrungen des JobCenters Essen, durch interne Festlegung als Kernthema der Arbeitsmarktintegration und durch die Koppelung mit den Möglichkeiten der Mitglieder der Gesundheitskonferenz ist ein aus der Praxis entwickelter Ansatz entstanden, dem es gelungen ist, Langzeitarbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu stabilisieren, ihre Gesundheit und Aktivität zu fördern und ihre Chancen auf Vermittlung in Beschäftigung zu erhöhen.

Angesichts der in der Forschung beschriebenen Gesundheitssituation von Arbeitslosen ist ein auf Primärprävention beschränkter Ansatz nicht ausreichend. Auch eine interne Befragung des JobCenters Essen ergab, dass lediglich 213 aller Kunden und Kundinnen des JobCenters Essen nach Einschätzung ihrer Vermittler und Vermittlerinnen an einem üblichen Präventionskurs der Krankenkassen teilnehmen würden.

Der Essener Ansatz ist durch den umfänglichen Auftrag an das Interdisziplinäre Fachteam, die individuelle Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation zu erheben, offen für Bedarfe auf verschiedenen Ebenen. Dies gilt sowohl für präventive und gesundheitsfördernde wie auch für medizinische, rehabilitative und arbeitsintegrative Bedarfe.

Ein Netzwerk aus Partnern im Gesundheitsbereich wie Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen aber auch Beratungsstellen, Beschäftigungsträgern, Sozialen Diensten, der Gleichstellungsstelle und der Selbsthilfe entwickelte das Projekt und begleitete die Umsetzungsschritte im Sinne eines Schnittstellenmanagements. Dies zielte sowohl auf gegenseitige Transparenz und auf den Abbau von Barrieren und Aufbau von tragfähigen Kooperationen und führte zu Veränderungsprozessen in den Gesundheitsorganisationen wie auch im JobCenter. Über die Projektlaufzeit konnten weitere Partner wie Sportvereine, die auch soziale Integration im Nahbereich ermöglichen, eingebunden werden.

In Essen wurden damit wesentliche Schritte getan, um die Unsichtbarkeit der Lebenssituation Arbeitslosigkeit, die Distanz zum Thema auf der Ebene der Individuen wie auch auf der Organisationsebene zu verringern.

Realistische Ziele, ein Stufenplan, partizipative Ansätze, die Bewertung von Zwischenergebnissen und die Anpassung des Konzepts im laufenden Prozess haben geholfen, Misserfolge zu verringern und Zuversicht in die Verbesserungsmöglichkeiten bei der Arbeits- und Gesundheitsförderung von Arbeitslosen zu erhöhen.

Die wichtigste Erfolgsvoraussetzung in Essen ist das gegenseitige fachliche Interesse des JobCenters und des Gesundheitsamtes an einer Kooperation, so dass von Beginn an sowohl Erkenntnisse, Erfahrungen, Ressourcen und Handlungsspielräume praxisnah in die Entwicklung des Konzepts und in die Planung der Umsetzung einfließen. Dies wird gestützt durch die verwaltungsorganisatorische Verbindung der Bereiche Arbeit und Gesundheit bei der Stadt Essen innerhalb eines Geschäftsbereichs sowie durch den Ansporn der Akteure im Essener Gesundheitsbereichs, in wichtigen Bereichen realisierbare „Essener Standards“ zu setzen. Zusätzlich qualifiziert der durch das Landeszentrum Gesundheit NRW angestoßene Austausch die Arbeit in der eigenen Kommune.

Die während des Projektes geschlossenen Kooperationen sollen auch zukünftig im Sinne der Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen in Essen fortgeführt werden. Daher hat die Gesundheitskonferenz im März 2018 den folgenden Beschluss gefasst:

„Die Gesundheitskonferenz beschließt die Weiterführung der bestehenden Arbeitsgruppe „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“. Die AG wird das Schwerpunktthema weiter begleiten und berichten, wenn neue Erkenntnisse vorliegen oder sich weitere Handlungsbedarfe ergeben.“

10. Literaturverzeichnis

Bellwinkel M (Hrsg.): JobFit NRW. Ein Modellprojekt zur Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Regelstrukturen der Arbeitsmarktpolitik unter Beteiligung der Gesetzlichen Krankenkassen. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag 2009

BKK Bundesverband Essen (Hrsg.): BKK-Gesundheitsreport Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft, Essen 2010

Deutscher Bundestag: Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Drucksache 2007, 16/6339, S. 336-347

Goffman E: Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp Verlag 1967

Hollederer A (Hrsg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Frankfurt: Fachhochschulverlag 2009

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (Hrsg.): AmigA. Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. Leitfaden für die praktische Umsetzung, 2008

Moser K, Paul K: Negatives psychisches Befinden als Wirkung und Ursache von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse einer Metaanalyse. In: Zempel, J., Bacher J., Moser, K. Erwerbslosigkeit. Opladen: Leske + Buderich, 2001

Link zur Projektbroschüre

Zu Beginn des Projektes wurde eine ausführliche Projektbroschüre erstellt, die unter dem folgenden Link abrufbar ist: https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/56/Broschue-re_Arbeitslosigkeit_und_Gesundheit.pdf

Evaluation des Konzepts einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung für die Stadt Essen

Dr. Claudia Pieper; Jessy Haupt, beide: Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE)

1. Zur Einführung

Viele JobCenter-Kunden sind von massiven gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Hierauf zugeschnittene Modelle der Gesundheitsförderung und -versorgung waren in Deutschland lange nur in geringem Maße etabliert, und es fehlt an Evaluationen (Grobe T, Schwartz FW, 2003). Die veröffentlichten Evaluationen vergleichbarer Projekte berichten durchaus nicht nur positive Effekte (Schuring M, et al., 2009). Daher war das Ziel des Essener Modellprojekts, durch die Integration von gesundheitsfördernden Maßnahmen in die Arbeitsvermittlung die Kundinnen und Kunden für ihre Gesundheit zu sensibilisieren und über diesen Weg die Integration in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Die Einschlusskriterien beinhalteten - aus Sicht der Evaluatoren sinnvollerweise - somatische Erkrankungen und die erkennbare Motivation der Kunden. Die Förderung von JobCenter-Kunden mit psychischen Erkrankungen beispielsweise wird bereits durch andere Maßnahmen zielgerichtet durchgeführt (siehe dazu den Beitrag von Mikoteit und Reissner in diesem Band).

Durch eine begleitende Evaluation des Essener Modellprojekts wurde überprüft, inwieweit die gesundheitsfördernden Angebote an den Projektzielen ausgerichtet waren und ihre beabsichtigte Wirksamkeit entfalteten. Der Fokus der Evaluation lag dabei auf der Erhebung von Faktoren wie der subjektiven Gesundheitswahrnehmung der Teilnehmenden und deren Zufriedenheit mit den Angeboten. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf den kommunalen Netzwerk- und Kooperationsstrukturen, um hieraus entsprechende Erkenntnisse für die weitere Zusammenarbeit herauszuarbeiten.

2. Evaluationsdesign

Die Evaluation wurde durch die Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE, Universitätsklinikum Essen (AöR), Leitung Dr. Claudia Pieper) durchgeführt. Die Evaluation wurde dabei kooperativ unterstützt durch das JobCenter Essen.

Folgende, sowohl qualitative als auch quantitative Evaluationstechniken und -instrumente kamen zum Einsatz:

1. Quantitative Erhebungen:

standardisierte schriftliche Teilnehmendenbefragungen zu zwei Zeitpunkten,

standardisierte schriftliche Beschäftigtenbefragung des JobCenters,

2. Qualitative Interviews mit Mitgliedern des IFT und Netzwerkpartnern,

3. Beobachtende Teilnahme an Arbeitsgruppensitzungen,

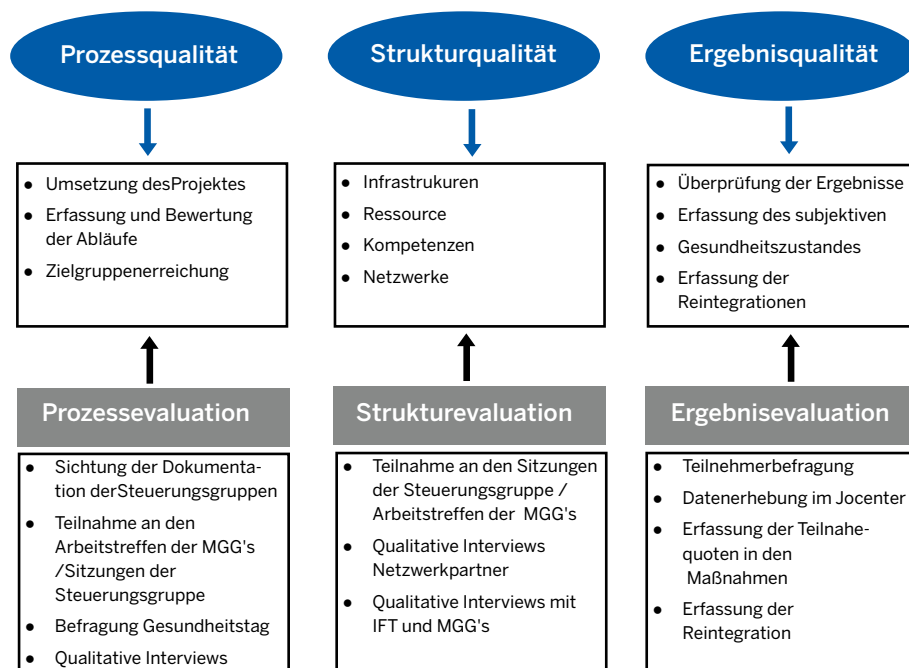
4. Maßnahmen-Dokumentation durch das JobCenter.

Hinsichtlich der Gestaltung der Interviews richtete sich das Forschungsinteresse auf die Job-Center-Beschäftigten bzw. Mitglieder des Interdisziplinären Fachteams und der Arbeitsgruppe in der Gesundheitskonferenz als Expertinnen und Experten in ihrem Arbeitsfeld und in ihrer jeweiligen Funktion im Projekt. Dort ermöglichten sie den Zugang zu ihrem Erfahrungs- und Faktenwissen in ihren jeweiligen Bereichen.

2.1 Fragestellung der Evaluation

Für die komplexe Intervention wurde ein Evaluationsdesign aus Elementen einer Struktur- und Prozess- sowie einer Ergebnisevaluation gewählt (Abbildung 1). Im Einzelnen bedeutete dies die regelmäßige Teilnahme an Sitzungen, die Auswertung ausgewählter Unterstützungsverläufe der Netzwerk-Partner und die Analyse der Arbeit des Fachteams.

Abbildung 1: Evaluationsdesign des Projekts



Eine Struktur¹- und Prozessevaluation setzt auf die regelmäßige und aktive Mitwirkung aller Beteiligten. Sie beinhaltet eine intensive Zusammenarbeit mit dem JobCenter (JC) und eine regelmäßige Analyse der Dokumentationen, da diese mitentscheidend für die Qualität der Ergebnisevaluation ist.

2.2 Zielvariablen der Evaluation

Im Fokus der Erhebungen standen entsprechend dem Gesamtkonzept folgende Aspekte:

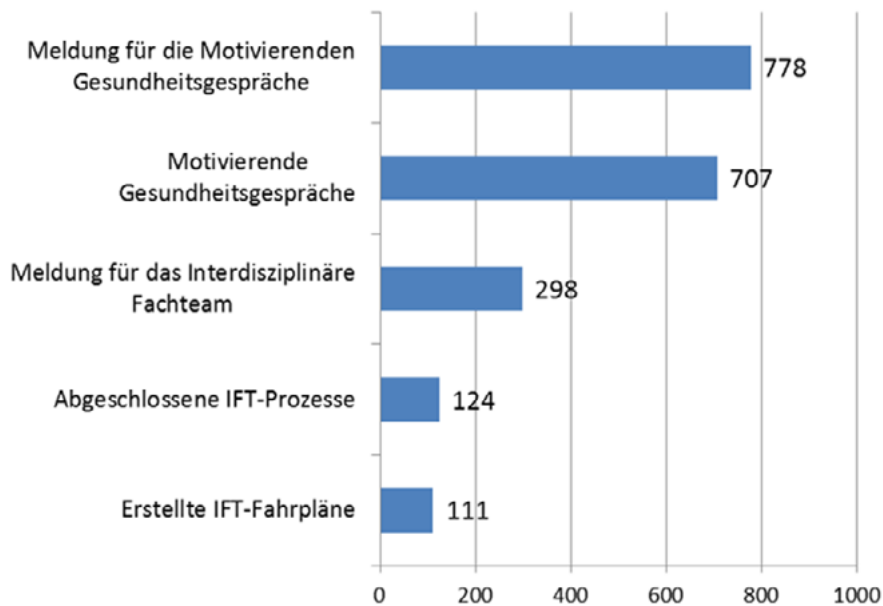
- Sensibilisierung der JC-Kunden für die eigene Gesundheit,
- Definition der Zielgruppe,
- Einrichtung gesundheitsfördernder Angebote für JC-Kunden,
- Bewertung der Fortbildung der JobCenter-Beschäftigten zum Projekt,
- Struktur und Aufgaben des Interdisziplinären Fachteams (IFT),
- Netzwerkstruktur und kommunale Einbindung.

¹ Einzelne Elemente wie zur Verfügung stehende Ressourcen wurden nur teilweise berücksichtigt.

3. Ausgewählte Ergebnisse

Das JobCenter Essen hat die Zahlen zur laufenden Integration von JobCenter-Kunden in das Projekt während der Projektlaufzeit erhoben. Die Meilensteine von den durchgeführten Motivierenden Gesundheitsgesprächen (MGG) bis hin zu den erstellten Gesundheitsfahrplänen zeigt Abbildung 2. Insgesamt wurden 707 von 778 angemeldeten MGG durchgeführt. Im Anschluss wurden 42 % der JobCenter-Kundinnen und Kunden aus den MGG an das Interdisziplinäre Fachteam (IFT) weitergeleitet. Von diesen 298 Kundinnen und Kunden schlossen 124 den IFT-Prozess ab (41 IFT Prozesse waren zum Stand 09/2017 noch im Verfahren, 7 JobCenter-Kunden waren vorgemerkt, haben aber nicht am IFT-Prozess teilgenommen).

Abbildung 2: Integration von Teilnehmenden in das Projekt (Stand 09/2017, Quelle: T. Mikoteit, Gesundheitskonferenz 07.03.2018)



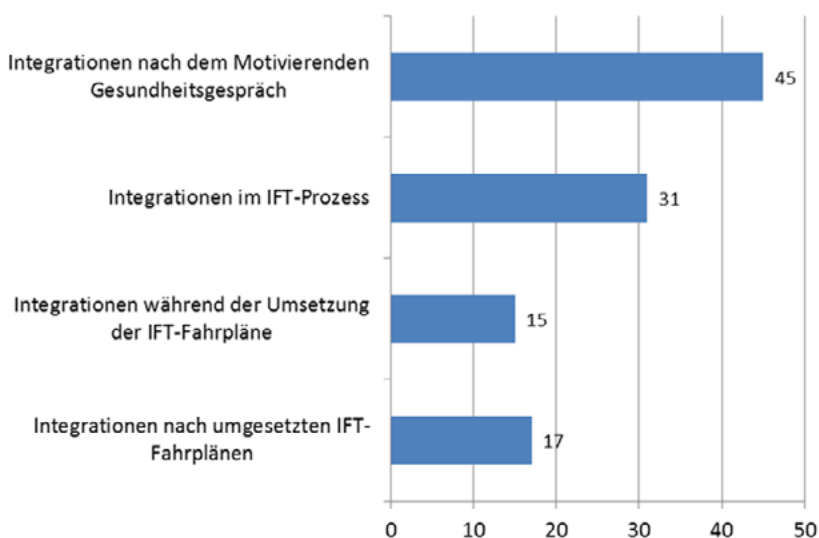
126 JobCenter-Kunden brachen den Prozess nach der Meldung an das IFT aus folgenden Gründen ab:

- 61 aus gesundheitlichen Gründen bzw. weil keine Integrationsprognose innerhalb der nächsten 12 Monate vorlag,
- 59 aus Gründen der Motivation,
- 3 wegen Wegfall der Hilfebedürftigkeit,
- 3 unbekannt.

3.1 Integrationen in den Arbeitsmarkt (Stand 09/2017)

Im Evaluationszeitraum wurden von den 778 im Rahmen des Projekts gemeldeten JobCenter-Kunden insgesamt 108 Kunden (14 %) wieder in den Arbeitsmarkt integriert. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Abschlussberichts lagen keine Informationen vor, in welche Art von Beschäftigungsverhältnissen die JobCenter-Kunden vermittelt wurden. Die Reintegrationen in den Arbeitsmarkt erfolgten zu verschiedenen Zeitpunkten, wobei die meisten Reintegrationen nach den MGG zu verzeichnen sind (Abbildung 3).

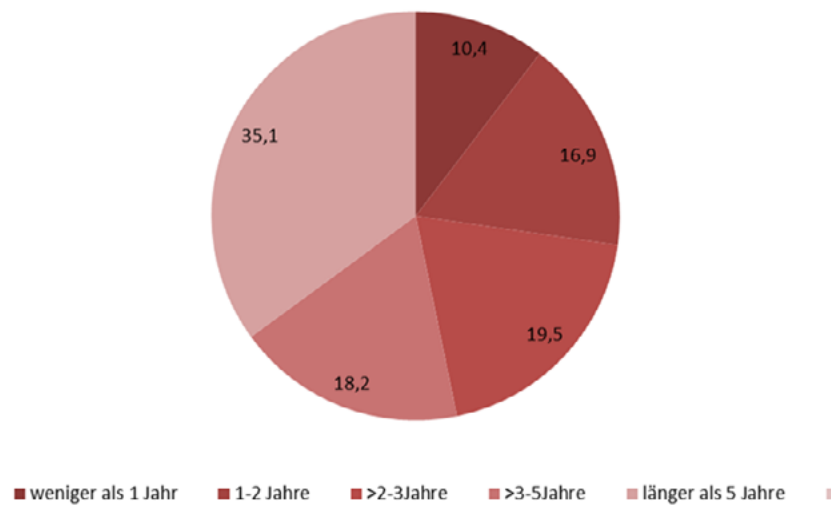
Abbildung 3: Reintegrationen in den Arbeitsmarkt im Projekt (Stand 09/2017, eigene Darstellung, Quelle: T. Mikoteit, Gesundheitskonferenz 07.03.2018)



3.2 Teilnehmende

119 Teilnehmende wurden im Rahmen der Evaluation erfasst. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden JobCenter-Kunden betrug 42 Jahre; dabei reichte die Altersspanne von 19 bis 60 Jahre. Das Geschlechterverhältnis war mit 55 % Männern und 45 % Frauen weitgehend ausgeglichen. Wie Abbildung 4 zeigt, waren 74 % länger als zwei Jahre, 53 % länger als drei Jahre und 35 % länger als fünf Jahre arbeitslos.

Abbildung 4: Dauer der Arbeitslosigkeit der erfassten Projektteilnehmenden (N=119)



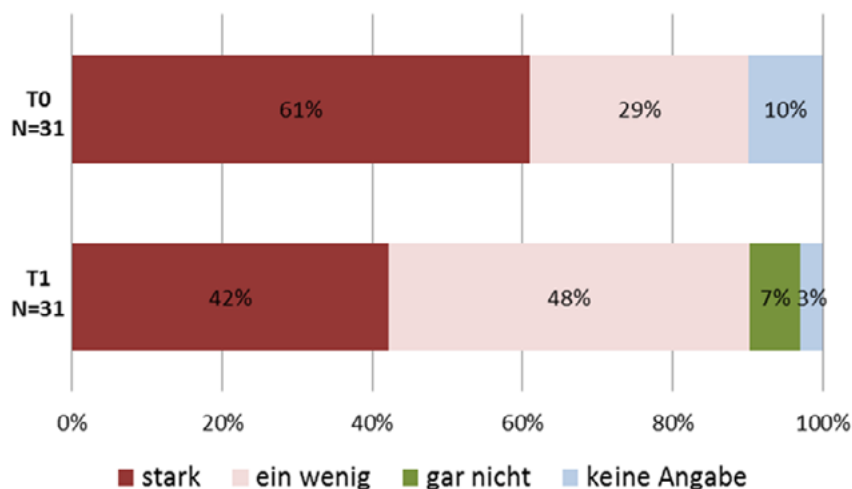
Betrachtet man die weiteren soziodemographischen Charakteristika der Teilnehmenden, wird deutlich, dass es sich – entsprechend der Zielsetzung und Einschlusskriterien des Projekts – um eine besondere Gruppe von JC-Kunden im SGB II-Bezug handelt: Die Stichprobe umfasst einen hohen Anteil von Teilnehmenden mit abgeschlossener Ausbildung und hoher Motivation, die sich in den erfolgreichen Integrationen (n=108; 14 %) im Projektverlauf widerspiegelt.

3.3 Befragung der Teilnehmenden

Nahezu alle Teilnehmenden (95 %) erwarteten zu Beginn der Maßnahmen, dass diese sowohl Ihre Vermittlungschancen verbessern als auch Ihre gesundheitlichen Beschwerden reduzieren sollten. Nach Abschluss der Maßnahme gaben 54 % derer, die die Frage beantwortet haben, an, mit der Maßnahme insgesamt zufrieden gewesen zu sein. Es zeigt sich dabei, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Maßnahme insgesamt und der Aussage, nun mehr auf die Gesundheit zu achten. Die Ergebnisse zeigen dabei keine Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Ausbildungsvoraussetzungen usw.

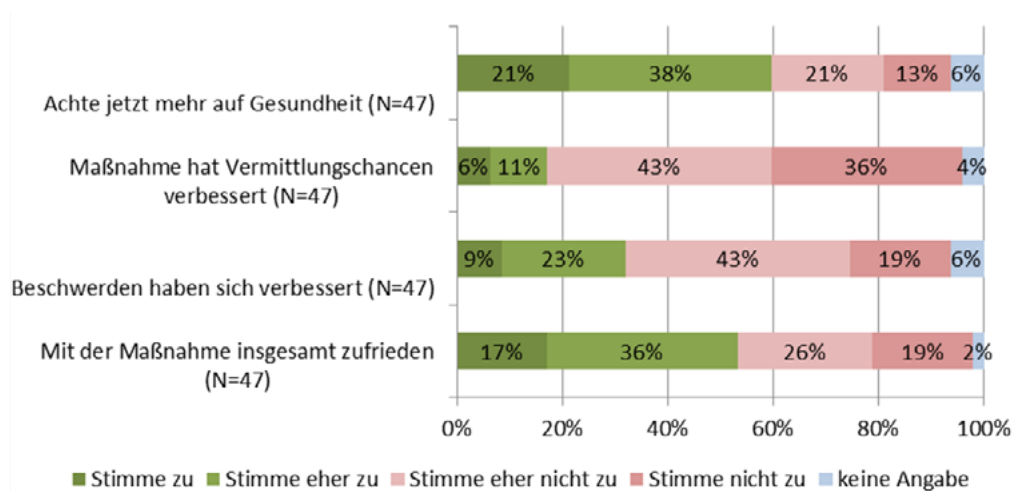
Die Teilnehmenden waren zu Projektbeginn insbesondere mit der Arbeitssituation, der finanziellen Lage, ihrer Gesundheit und der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung eher unzufrieden. Zum Projektende gaben die Teilnehmenden in diesen Bereichen, vor allem bei der Gesundheit, teilweise eine höhere Zufriedenheit an. Der Anteil derer, die sich bei schweren alltäglichen Tätigkeiten aufgrund ihres Gesundheitszustandes stark beeinträchtigt fühlten, reduzierte sich von 68 % auf 43 % (Abbildung 5).

Abbildung 5: Beeinträchtigung bei alltäglichen Tätigkeiten



Die Zufriedenheit mit dem Projekt insgesamt wurde ebenfalls zum Ende der Maßnahmen erhoben. Hierfür lagen insgesamt 47 Fragebögen vor. Eine Übersicht gibt Abbildung 6: Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden, die diesen Fragebogen ausgefüllt haben, gibt an, nun mehr auf ihre Gesundheit zu achten (59 %) und 53 % sind mit dem Projekt insgesamt zufrieden. Der größte Teil der Teilnehmenden (82 %) glaubt jedoch (eher) nicht, dass sich die Vermittlungschancen durch die Teilnahme am Projekt verbessert haben.

Abbildung 6: Bewertung des Projekts insgesamt zum Projektende durch die Teilnehmenden



3.4 Maßnahmen im Rahmen des Integrationsfahrplans und Präventionskurse

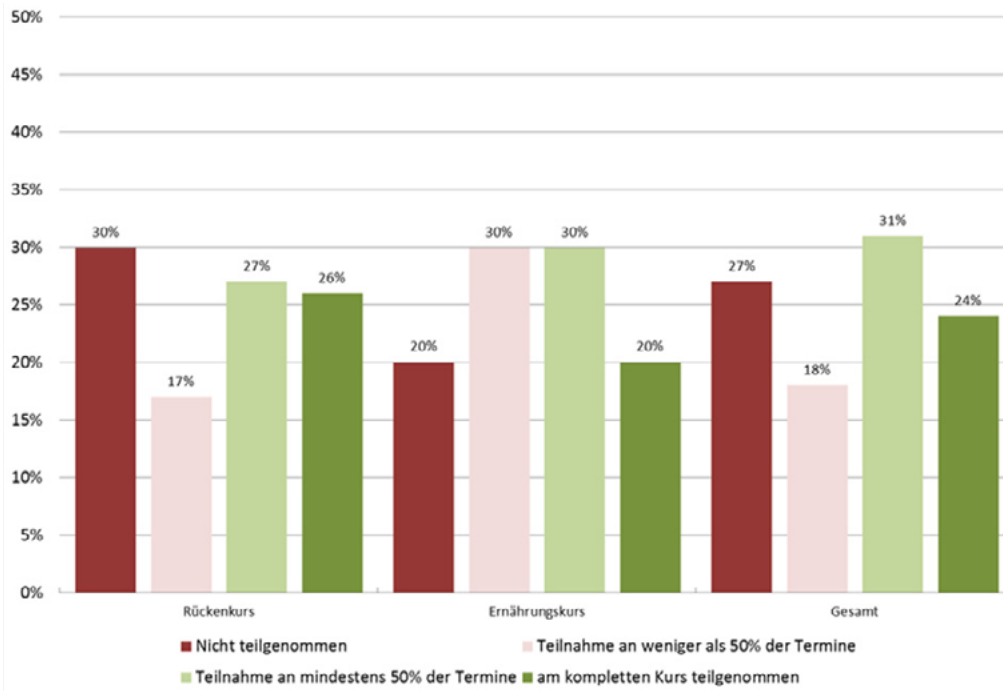
Tabelle 1 zeigt die Maßnahmen, die für die Projektteilnehmenden im Rahmen des Integrationsfahrplans implementiert worden sind, sowie die Anzahl der empfohlenen Maßnahmen. Am häufigsten wurden für die 119 Projektteilnehmenden nach Auswertung der Maßnahmen-Checklisten die im Rahmen des Projektes entstandenen Präventionskurse empfohlen. Für 15 Projektteilnehmende lag keine Checkliste vor. Aufgrund der überwiegenden gesundheitlichen Probleme der Teilnehmenden in den Bereichen Rücken/Bewegung/Stress sowie im Bereich Übergewicht/Ernährung wurden ein kombinierter Rücken-/Stress-Kurs sowie ein Ernährungskurs angeboten.

Tabelle 1: Teilnahme an gesundheitsorientierten Maßnahmen gemäß IFT-Checkliste (Mehrfachzuweisungen von Maßnahmen möglich)

Maßnahme	Anzahl
Präventionskurs Rücken/Stress	85
Präventionskurs Ernährung	63
Präventionskurse der GKV	5
Fachärztliche Abklärung	22
Empfehlung Psychotherapie	26
Rehasport	35
Medizinische Rehabilitation	23
Gewichtsreduktionsprogramme	31
Selbsthilfegruppen	20
Kostenlose Gesundheitsangebote	30

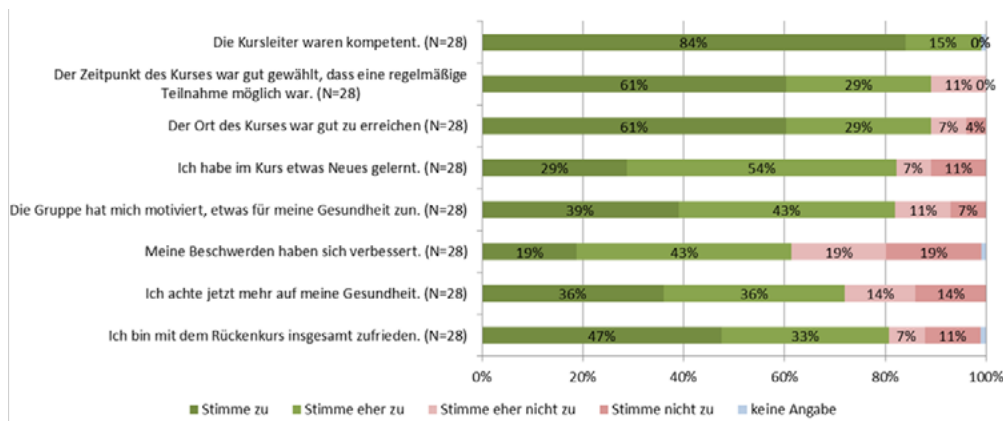
Von den Teilnehmenden, denen ein Präventionskurs (hier Rücken- oder Ernährungskurs) der GKV empfohlen wurde, haben 73 % den für Sie gebuchten Kurs angetreten. Die meisten Teilnehmenden (75 %) haben den Kurs durchgehend oder mindestens an der Hälfte der Termine besucht. Abbildung 7 zeigt eine detaillierte Beschreibung der Teilnahmequoten. Vor dem Hintergrund der an sich sonst niedrigen Teilnahme Erwerbsloser bzw. von Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status an solchen Präventionsangeboten ist dies durchaus hervorzuheben. Zu berücksichtigen ist gleichwohl der regelmäßige hohe Motivationsaufwand durch die JobCenter-Beschäftigten.

Abbildung 7: Teilnahmequoten der Präventionskurse im Projekt



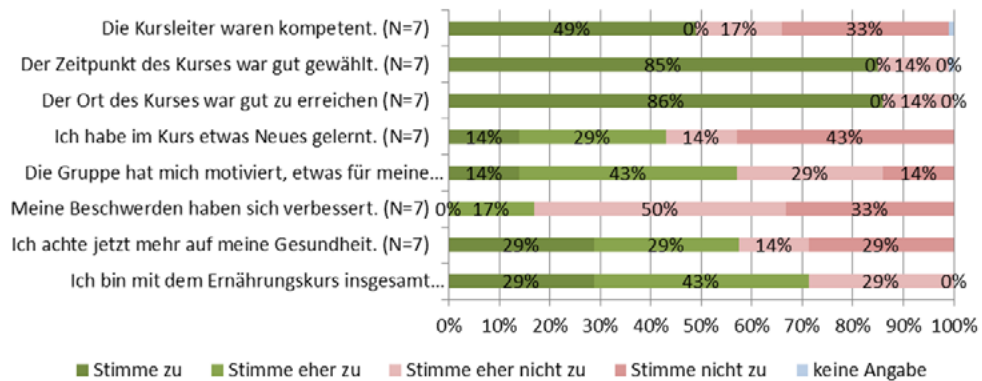
Unterschiede zeigen sich in der Bewertung der Präventionskurse, je nachdem, ob die Teilnehmenden an einem Rückenkurs oder Ernährungskurs teilgenommen haben. Positiv bewertet wurden die Verbesserung der Beschwerden, das vermehrte Achten auf die Gesundheit und die Zufriedenheit insgesamt von Teilnehmenden eines Rückenkurses. Hauptgründe waren die gute Erreichbarkeit des Kursortes, die Kompetenz der Kursleitung und die körperliche Auswirkung. Eher gegenteilige Bewertungen für nahezu dieselben Parameter erhielt der Ernährungskurs. Hier fanden sich entsprechend keine Hinweise auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation² (siehe Abbildung 8 und Abbildung 9).

Abbildung 8: Bewertung des Rückenkurses durch die Teilnehmenden



² Die Aussagen beziehen sich auf die Angaben aller Befragten, die zu t1 einen Bogen ausgefüllt haben. Die entsprechend kleinere Stichprobe, die zu t0 und t1 Angaben gemacht hat, wird im Abschlussbericht separat dargestellt.

Abbildung 9: Bewertung des Ernährungskurses durch die Teilnehmenden



3.5 Befragung der Beschäftigten

Die im Rahmen des Modellprojekts auf freiwilliger Basis durchgeführte Schulung der Integrationsfachkräfte im Konzept der motivierenden Gesundheitsgespräche wurde von den Beschäftigten überwiegend positiv bewertet. Die motivierenden Gesundheitsgespräche wurden als sinnvolle Beratungsinstrumente eingeschätzt, die sich gut in die Integrationsarbeit einbinden lassen und dazu befähigen, die Beratungsgespräche stärker unter Einbezug von Aspekten der Gesundheitsorientierung durchzuführen. Die geschulten Integrationsfachkräfte der Jobcenter standen dem Modellansatz überaus positiv gegenüber.

Trotz einer hohen Arbeitsbelastung wurden neue Projekte mehrheitlich als Chance betrachtet, das Angebot des JobCenters sinnvoll zu ergänzen. Insgesamt hatte eine deutliche Mehrheit der JobCenter-Beschäftigten Interesse an dem Thema Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen und hat dieses Feld auch als Aufgabe des JobCenters angesehen, um grundsätzlich die Vermittlungschancen seiner Kunden zu erhöhen.

Von den verschiedenen Projektmaßnahmen war zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews lediglich der Bezug auf den Rückenkurs möglich. Dieser wurde von den befragten Jobcenter-Beschäftigten positiv bewertet und als geeignet erachtet. Das Angebot weiterer Gesundheitskurse im Rahmen der Projektmaßnahmen wurde als dringend notwendig erachtet und Vorschläge dazu auf dem Arbeitstreffen eingebracht.

3.6 Netzwerk und kommunale Einbindung

Die Steuerungsgruppe hat sich zu Projektbeginn regelmäßig - in den ersten beiden Projektjahren fünf Mal im Jahr - getroffen. Im Projektverlauf beschloss die Steuerungsgruppe, die Anzahl der jährlichen Treffen zu reduzieren. In den Jahren 2016 und 2017 fanden zwei Treffen pro Jahr statt. Wie im Evaluationsdesign beschrieben, wurden mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppe ebenfalls qualitative Interviews durchgeführt. Im Projektverlauf wechselte ein Teil der Ansprechpartner der jeweiligen Kooperationspartner. Gründe hierfür waren Veränderungen in den Zuständigkeiten, Ausscheiden aus dem Berufsleben bzw. berufliche Veränderungen. („Ich

habe das ehrlich gesagt geerbt. Meine Vorgängerin war in dem Projekt und als ich dann vor zwei Jahren die Nachfolge angetreten habe, war klar, ich gehe auch in dieses Projekt.“)

Viele Mitglieder der Steuerungsgruppe hatten Vorerfahrungen in der Gesundheitsförderung. Jedoch nur wenige hatten Vorerfahrungen mit der speziellen Zielgruppe des Projekts bzw. in der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Dem JobCenter Essen wurde somit eine zentrale Rolle zugeschrieben, und es wurde als starker Akteur von den anderen Mitgliedern wahrgenommen. („... das Konzept wurde ja im Wesentlichen schon vom JobCenter mit getrieben, das muss man sagen.“)

Die starke Stellung des JobCenters ist aus Sicht der Evaluatoren sowohl ein bedeutender Aspekt der „Alleinstellung“ im Netzwerk als auch ein wesentlicher Gelingensfaktor des Projekts. Aufgrund seiner breiten Erfahrung im Projektgeschäft ist das JobCenter nicht wesentlich auf die Unterstützung von kommunalen Partnern angewiesen. Entsprechend wurde vom JobCenter der Fokus auf die internen Abläufe und nicht auf Akquise und Einbindung der Netzwerkpartner gelegt.

Die Analyse der Netzwerk-Orientierung bzw. der Einbindung des Projekts in den kommunalen Raum ergab insgesamt, dass kaum Aktivitäten aus dem Setting Kommune zu verzeichnen waren. Eine Vernetzung im Sinne der Zuweisung von Teilnehmenden in das Projekt durch Netzwerkpartner wie (Haus)Ärzte, Sozialdienste oder andere hat kaum stattgefunden. Die Kontakte zwischen den Kooperationspartnern fanden in der Regel auf den Arbeitstreffen der Steuerungsgruppe statt. Weiterhin gab es informelle und anlassbezogene Kontakte wie beispielsweise zur Organisation der Maßnahmen oder von Veranstaltungen zwischen dem JobCenter-Essen und den jeweiligen Kooperationspartnern.

4. Zum Abschluss

4.1 Zusammenfassung

Die Ergebnisse des Projekts lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Integrationsquote bezogen auf die Integration von Projekt-Teilnehmenden in den Arbeitsmarkt hat die Zielvorgaben überschritten.
- Die Wirkung für die eigene Gesundheit wurde von den Teilnehmenden eher positiv beurteilt.
- Die JobCenter-Beschäftigten stützten das Projekt und fühlten sich gut vorbereitet und geschult.
- Die Einbindung kommunaler Partner ging über regelmäßige Arbeitstreffen bis auf wenige Ausnahmen nicht hinaus.
- Die Außenwirkung bei der Essener Bevölkerung ist steigerungsfähig: Der größte Teil der am 1. Essener Gesundheitstag³ befragten Besucher (76 Prozent) kannte das Projekt „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ des JobCenters noch nicht.

³29. August 2017, siehe auch https://www.essen.de/meldungen/pressemeldung_1104980.de.html

4.2 Empfehlungen

Folgend Empfehlungen werden aus den Evaluationsergebnissen abgeleitet:

- Die vorhandenen niederschweligen gesundheitsförderlichen Angebote in Essen werden gelistet und Zugangsvoraussetzungen geklärt. Dabei wird eine räumliche Zuordnung der Angebote im Hinblick auf die Erreichbarkeit vorgenommen.
- Das Selbsthilfepotenzial wird durch Aufnahme der entsprechenden Angebote lokaler Selbsthilfegruppen gestärkt.
- Wird künftig eine stärkere Kooperation gewünscht, sollten konkrete Zielvereinbarungen getroffen werden.⁴
- Zur Stabilisierung der erreichten Effekte wird das Konzept erweitert: Erreicht werden kann dies durch eine Nutzung und Mobilisierung der gesundheitsförderlichen Potentiale der Lebenswelt über die Ansprache arbeitsloser Menschen im Quartier; beispielhaft seien hier Anlaufstellen für Unterstützungsangebote, angesiedelt bei Selbsthilfestellen oder Arbeitslosenberatungen genannt.
- Das Maßnahmenspektrum wird um ein Selbstvermittlungcoaching (SVC) im Rahmen der Arbeitsmarktintegration ergänzt, um positive Effekte nachhaltig bei den Teilnehmenden zu stabilisieren. Dem SVC liegt das Konzept der Selbstwirksamkeit von Albert Bandura zugrunde. Die Methode des SVC wurde in dem Modellprojekt „Aufbau, Erprobung und Weiterentwicklung von Angebotsformen des Selbstvermittlungcoachings im SGB II“, gefördert durch das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und dem Europäischen Sozialfonds entwickelt (Jaehring K, et al. (Hrsg.) 2012).

4.3 Ausblick

Neue Themen und Herausforderungen erfordern auf regionaler Ebene nicht nur eine Vernetzung und Transparenz vorhandener Angebote und Zuständigkeitsbereiche von Institutionen, sondern auch ein systematisches Lernen und eine Analyse des jeweiligen institutionellen Gesamtgeflechtes. Die Evaluationsergebnisse können dazu beitragen, die Angebote in Essen weiter zu entwickeln und ggf. enger zu verzahnen. Dies gilt insbesondere für eine nachhaltige Verankerung des Themas Gesundheit für Erwerbslose in der Kommune, also über die bloße Nutzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen hinaus. Denkbar wären die genannten Anlaufstellen für Unterstützungsangebote, angesiedelt bei Selbsthilfestellen oder Arbeitslosenberatungen.

Um positive Effekte nachhaltig zu stabilisieren, wird die Erweiterung des Maßnahmenspektrums um ein Selbstvermittlungcoaching (SVC) im Rahmen der Arbeitsmarktintegration empfohlen. Motivierende Gesundheitsgespräche, Maßnahmenfahrpläne und Präventionskurse können Verhaltensänderungen anstoßen; zur nachhaltigen Stabilisierung ist eine Hilfestellung nötig. Diese sollte sinnvollerweise dazu anregen, eigene Maßnahmen zu ergreifen bzw. das Verhalten langfristig zu verändern. Die Projektmaßnahmen bieten initial die Möglichkeit, durch den intensivierten und gesundheitsbezogenen Austausch und das Gespräch mit den Arbeitsvermittlern oder auch anderen JC-Kunden eine neue Perspektive einzunehmen und neue

⁴ Dabei sind Modalitäten zu finden, unter denen eine Zusammenarbeit realistisch ist.

Motivation zu bekommen. Fraglich ist, ob es im Regelbetrieb immer möglich ist, diesen hohen Motivationsaufwand zu erbringen, wie er im Beispiel der Teilnehmendenmotivation für die Präventionskurse durch die JC-Beschäftigten erbracht wurde.

Motivation für die weitere Fortführung des Projekts in Essen ist zweifellos dieses Teilnehmendenzitat: „Das Auffangen der Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Dass die Personen sich verstanden fühlen, mit den Problemen, die einen belasten.“

Zusammenfassend geben die hier vorgestellten Ergebnisse Hinweise auf den Bedarf, die Akzeptanz und die Umsetzbarkeit der integrierten Arbeits- und Gesundheitsförderung. Die Akzeptanz ist auch zurückzuführen auf die wertschätzende Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung und den partizipativen Ansatz. In dieser Gruppe von Teilnehmenden, die zu einem hohen Anteil ohne festen Lebenspartner war und überwiegend seit mehr als drei bzw. fünf Jahren keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachging, sind Gruppenangebote ein wichtiger Ansatzpunkt, um einer Vereinzelung entgegenzuwirken und gemeinsam die Vorstellung einer – gesünderen und aktiveren – Lebensweise zu entwickeln und umzusetzen. Die Erweiterung des Maßnahmenspektrums um Angebote zur Sicherung der Nachhaltigkeit von positiven Effekten kann dazu verhelfen, auch individuellen Fortschritten unterhalb der Ebene der Reintegration einen entsprechenden Stellenwert als Ziel von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zuzubilligen.

Eine weitere Projektbegleitung und -evaluation im Sinne einer nachhaltigen Qualitätssicherung wird empfohlen, da neu implementierte Interventionen ein Risiko sinkender Effektivität haben. In der Implementierungs- und Erprobungsphase ist die Motivation der Beschäftigte meist höher, anschließend besteht die Gefahr sinkender Erfolgsquoten.

Quantitative Veränderungen sind messbar bei Maßnahmen und Interventionen der Gesundheitsförderung wie beispielsweise verhaltensbezogenen Interventionen. Andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind eher mit qualitativen Methoden bewertbar. Die Evaluation des Projekts „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ hat die Vorteile der qualitativen Methoden gezeigt.

5. Literaturverzeichnis

Grobe T, Schwartz FW: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes - Heft 13. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut 2003.

Jaehrling K, Mesaros L, Slomka C: Institut Arbeit und Qualifikation (Hrsg.). Evaluation des Modellprojekts „Aufbau, Erprobung und Weiterentwicklung von Angebotsformen des Selbstvermittlungcoachings im SGB II“. Duisburg 2012.

Schuring M, Burdorf A, Voorham J, der Weduwe K, Mackenbach JP: Effectiveness of a health promotion programme for long-term unemployed subjects with health problems: a randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009, 63: 893-899.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Essen – ein Blick auf die Perspektiven

Thomas Mikoteit, JobCenter Essen; Anke Schulz-Najda, Gesundheitsamt Essen

1. Sinnvolle Entwicklungen aus Sicht des JobCenters

Im JobCenter Essen hat vor mehr als 10 Jahren ein Prozess zur Verknüpfung der Themenfelder Arbeit und Gesundheit begonnen. Damals war noch gar nicht abzusehen, dass dieser Bereich einmal so eine Bedeutung für die fachliche Arbeit im Jobcenter haben würde. Rückblickend kann man festhalten, dass es über die Jahre eine stetige Weiterentwicklung und Innovationen in allen Bereichen gegeben hat.

Aktuell geht es darum, die einzelnen bisher eher unabhängig voneinander gewachsenen Kooperationen mit der Essener Gesundheitskonferenz und den drei Fachbereichen des LVR-/ Universitäts-Klinikums miteinander zu verknüpfen.

Das im Auftrag der kommunalen Gesundheitskonferenz in der Stadt Essen entwickelte „Konzept einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung“ hat einen Weiterentwicklungsprozess angestoßen, in den alle vorhandenen Bereiche einbezogen werden. Ziel ist ein vollständig integrierter Ansatz, bei dem alle Angebote ineinander greifen, sich ergänzen oder auch gemeinsam genutzt werden können (Gesamtstrategie).

Diese Verknüpfung führt auch dazu, dass Schnittstellen innerhalb des JobCenters, bei den externen Partnern und zwischen allen Akteuren anders ausgestaltet werden. So werden beispielsweise die „Motivierenden Gesundheitsgespräche“ und die Möglichkeiten des „Interdisziplinären Fachteams“ auch in den Bereich der seelischen Gesundheit übertragen. Umgekehrt fließen aber auch die sehr umfangreichen Erfahrungen aus der Evaluation der Angebote zur seelischen Gesundheit mit ein.

Von großer Bedeutung ist dabei die Zertifizierung des LVR-/Universitätsklinikums Essen als Arbeitsmarktdienstleister (AMDL). Dies eröffnet völlig neue Möglichkeiten in den Bereichen der Zugangssteuerung und der Maßnahmeangebote für JobCenter-Kundinnen und Kunden, da Schnittstellen reduziert und so Erfolgswahrscheinlichkeiten erhöht werden können. Dazu werden zunehmend auch eher breiter angelegte Maßnahmeangebote durch eine modulare Maßnahmestruktur ersetzt.

Viele Jobcenter-Kundinnen und Kunden weisen neben den seelischen und somatischen Erkrankungen noch weitere Vermittlungshemmnisse, wie z. B. fehlende Schul- und Berufsabschlüsse auf. Hier ist es oft eher unwahrscheinlich, dass eine Integration in den 1. Arbeitsmarkt gelingt. Um auch dieser Personengruppe eine Teilhabe zu ermöglichen, sind Angebote jenseits des 1. Arbeitsmarktes erforderlich. Hier eröffnen der sogenannte 2. Arbeitsmarkt (Soziale Teilhabe) und 3. Arbeitsmarkt (Sozialer Arbeitsmarkt) berufliche Perspektiven, die weiter konsequent ausgebaut werden müssen.

Darüber hinaus verlässt die Kooperation im Bereich der Suchterkrankungen nun auch die rein lokale Ebene und verknüpft sich mit vielen Partnern im ganzen Land NRW.

Ein Ende dieses gemeinsamen Prozesses ist daher aus der Perspektive aller Partner nicht in Sicht und auch nicht wünschenswert. Die praktische Arbeit liefert ständig neue Impulse und Erkenntnisse, die dazu anregen, auch einmal andere Wege auszuprobieren und als offenes System auch weitere Partner aktiv einzubinden. Im Kern geht es dabei immer darum, die Möglichkeiten zur beruflichen Teilhabe bzw. die Integrationschancen für Jobcenter-Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen zu verbessern bzw. zu erweitern.

2. Weitere Möglichkeiten des kommunalen Handlungsraums

Der Ansatz einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung zeigt in besonderem Maße, dass (und auf welche Weise) der öffentliche Gesundheitsdienst über die Kommunale Gesundheitskonferenz maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit sonst schwer für dieses Thema erreichbarer Menschen nehmen kann. Über die breite Anbindung der unterschiedlichen Akteure der Kommunalen Gesundheitskonferenz fühlen sie sich mit ihren gesundheitlichen Problemen ernstgenommen und nicht auf das Thema Arbeitslosigkeit reduziert. Die Zusammenarbeit der kommunalen Akteure hat die vom JobCenter Essen begonnene Verknüpfung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit weitergeführt. Sie hat darüber hinaus aufgezeigt, dass eine integrierte Förderung erfolgreich ist.

Die Erkenntnisse aus diesem Ansatz haben das Angebot in diesem Sektor für die Kunden und Kundinnen des JobCenters Essen erweitert. Somit partizipieren, über die direkt geförderten Personengruppen hinaus, weitere Kundengruppen.

Über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die kommunale Gesundheitskonferenz wurde eine ausgeweitete Nutzung der kommunalen Potentiale zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit initiiert. Die Steuerungsgruppe fungierte als Vernetzer und ist auch perspektivisch für weitere Entwicklungen nutzbar.

Durch den Beschluss der kommunalen Gesundheitskonferenz, die Arbeitsgruppe Arbeitslosigkeit und Gesundheit weiterzuführen, besteht die Möglichkeit, das Thema auch in Zukunft integriert zu betrachten und die Handlungsmöglichkeiten vieler Akteure zusammenzuführen. Gerade quartiers- und lebensweltbezogene Ansätze bieten die Möglichkeiten, die Menschen direkt in ihren Lebenszusammenhängen zu erreichen. Die erfolgreiche Kooperation des JobCenters Essen und der Kommunalen Gesundheitskonferenz Essen bietet auch für solche Handlungsformen und Entwicklungen eine vielversprechende Plattform.

Lebenslagen- und lebensraumorientierte Ansätze gewinnen zunehmend an Aufmerksamkeit und Bedeutung. Die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen steht hier bundesweit noch eher am Anfang, aber die Potentiale etwa quartiersbezogener Ansätze sind durchaus bereits erkannt und im Rahmen einzelner Projekte erprobt. Auch die Bundesagentur für Arbeit weist in ihren neuen „Leitgedanken unserer Strategie zur Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit und der Hilfebedürftigkeit“ (Bundesagentur für Arbeit, 2018) vom November 2018 den lebenslagenorientierten Integrationsstrategien eine große Bedeutung zu. Im Kern geht es darum, soziales Umfeld, Wohn- und allgemeine Lebensbedingungen, ja die gesamte Kontaktfläche etwa eines Quartiers mit der Vielzahl seiner gesundheitsförderlichen Möglichkeiten für arbeitslose Menschen zu erschließen und nutzbar zu machen, oftmals isoliert lebende Menschen für ein breites soziales Miteinander zu gewinnen, neue soziale Kontakte zu ermöglichen und den oft engen zwischenmenschlichen Bezugsrahmen dieser Menschen aufzubrechen und zu erweitern. Die besondere Lebenssituation von Zuwanderern und Flüchtlingen zu berücksichtigen, die vielfältigen Ansprachemöglichkeiten im kommunalen Raum für jugendliche Arbeitslose zu nutzen, die Familien einzubeziehen: Die gesundheitsförderlichen Potentiale einer solchen, breit angelegten Vorgehensweise, die auch und besonders die bedingenden Faktoren von Arbeitslosigkeit in den Blick nimmt, liegen auf der Hand - auch wenn hier ein längerer Atem erforderlich ist und die Effekte sich nicht zwangsläufig in kurzfristigen Steigerungen der Vermittlungsquoten niederschlagen.

Vor dem Hintergrund der breit angelegten Entwicklung der Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in Essen, die durch das JobCenter Essen initiiert wurde und mittels des „Konzepts einer integrierten Gesundheits- und Arbeitsförderung“ weitergeführt und um zahlreiche kommunale Arbeitspartnerschaften bereichert wurde, erscheint die weitere Erschließung des kommunalen Handlungsraums und die systematische Nutzung lebensweltorientierter Potentiale als folgerichtiger nächster Schritt. Die vermittlungs- und teilhabebezogenen Zielsetzungen bisheriger und zukünftiger Arbeitsansätze könnten auf diese Weise ein noch solideres, belastbares und auf Nachhaltigkeit und langfristigen Erfolg angelegtes Fundament erhalten.

3. Literatur

Bundesagentur für Arbeit, „Leitgedanken unserer Strategie zur Reduzierung der Langzeitarbeitslosigkeit und der Hilfebedürftigkeit“, Nürnberg 2018

Kontakthinweise zu den Autorinnen und Autoren

Manfred Dickersbach
Landeszentrum Gesundheit NRW, Gesundheitscampus 10, 44801 Bochum
manfred.dickersbach@lzg.nrw.de

Jessy Haupt
Sozialdienst, ehem. IMIBE
Universitätsklinikum Essen (AöR), Hufelandstr. 55, 45147 Essen
jessy.haupt@uk-essen.de

Thomas Mikoteit
JobCenter Essen, Ruhrallee 175, 45136 Essen; thomas.mikoteit@jobcenter.essen.de

Claudia Pieper
Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE), Universitätsklinikum
Essen (AöR), Hufelandstr. 55, 45147 Essen
claudia.pieper@uk-essen.de

Volker Reissner
LVR-Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,
Wickenburgstr. 21, 45147 Essen
volker.reissner@uni-due.de

Anke Schulz- Najda
Gesundheitsamt Essen, 53-0 Stab, Hindenburgstr.29, 45121 Essen
anke.schulz-najda@gesundheitsamt.essen.de

Lisa Schwermer (i.R.)
ehem. Gesundheitsamt Essen, Hindenburgstr.29, 45121 Essen

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus 10
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1694
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

