

Alltag (wieder) erleben

Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Angebote
für psychisch und suchterkrankte Menschen
im Rheinisch-Bergischen Kreis

Projektbericht

Impressum

© 2017 Der Landrat
Rheinisch Bergischer Kreis
Dezernat III
Amt für Gesundheitsdienste
Planung und Koordination gesundheitlicher Hilfen
Am Rübezahlwald 7
51469 Bergisch Gladbach

Redaktion: Rheinisch-Bergischer Kreis

Projektleitung, Recherche, Entwicklung, Verfasser:

Beier, Thomas; Diplom-Sozialpädagoge, Systemischer Berater;
Rheinisch-Bergischer Kreis; Bergisch Gladbach

Wissenschaftliche Begleitung und Beratung, Verfasser:

Klein, Prof. Dr. Michael; Leiter des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW, Köln

Wissenschaftlicher Mitarbeiter:

Post, Stefan; Student der Katholischen Hochschule Köln

Weitere Mitwirkende und Beratung:

Bender, Annelie; Diakonisches Werk, Kirchenkreis Lennep; Wermelskirchen

Böhm, Ulrike; alpha e.V.; Wermelskirchen

Breidenbach, Johannes; JobCenter RheinBerg; Bergisch Gladbach

Damps, Dieter; JobCenter RheinBerg; Bergisch Gladbach

Funk, Kay-Jörg; Caritasverband für den Rheinisch-Bergischen Kreis e.V.; Bergisch Gladbach

Hagen, Thomas; Rheinisch-Bergischer Kreis, Amt für Gesundheitsdienste; Bergisch Gladbach

Hansen, Christa; JobCenter RheinBerg, Bergisch Gladbach

Hörstermann, Katharina; Rheinisch Bergischer Kreis, Sozialplanung; Bergisch Gladbach

Lühring, Gerd; Die Kette e.V.; Bergisch Gladbach

Galow, Nicoletta; Rheinisch-Bergischer Kreis, Amt für Gesundheitsdienste; Bergisch Gladbach

Potthoff, Annette, Diakonisches Werk, Kirchenkreis Lennep; Remscheid

Pütz, Thomas; Caritasverband für den Rheinisch-Bergischen Kreis e.V.; Bergisch Gladbach

Scherzberg, Dr. Cornelia; Rheinisch-Bergischer Kreis, Amt für Gesundheitsdienste; Bergisch Gladbach

Schweyher, Bernhard; alpha e.V.; Wermelskirchen

Seydholdt, Claudia; Die Kette e.V.; Bergisch Gladbach

Vorwort



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Gesundheit im Jahr 1946 als „*Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen*“.

Diese umfassende Definition der WHO zeigt, dass Gesundheit weder ein rein medizinisch, noch ein rein psychologisch oder ein rein individuell beeinflussbares Gut ist. Entsprechend vielfältig sind auch die Einflussfaktoren auf Gesundheit.

Gesundheit ist ein Begriff, der sehr unterschiedlich gedeutet wird. Jeder von uns hat eine persönliche Sichtweise von Gesundheit. Je nach individueller Interpretation oder Fachrichtung hat Gesundheit also auch eine andere Bedeutung. Nur durch ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention können aufeinander abgestimmte Maßnahmen auf den Weg gebracht werden.

Grundgedanke ambulanter sozialpsychiatrischer Hilfe, zu der auch die Suchtberatung gehört, ist, Problemsituationen und Konflikte primär dort zu lösen, wo sie entstehen. Hieraus ergeben sich – auch in Anbetracht demografischer Entwicklungen – hochkomplexe Anforderungen an ein leistungsfähiges zukunftsorientiertes Hilfesystem.

Um psychisch und suchterkrankte Menschen zu erreichen, sind ein möglichst einfacher, kostenfreier, unverbindlicher (niederschwelliger) Zugang zu Hilfsangeboten und eine neutrale Beratung notwendig, die im Rheinisch Bergischen Kreis durch die an freie Träger übertragenen Leistungen des Gesundheitsamtes vorgehalten werden.

Derzeit besteht im Rheinisch-Bergischen Kreis bereits ein umfangreiches Hilfenetzwerk für von psychischer- und Suchterkrankung gefährdete, betroffene und behinderte Menschen. In diesem Netzwerk versteht sich das Gesundheitsamt als koordinierende Einrichtung, die mit den kreisfinanzierten Angeboten der beauftragten gemeinnützigen Träger eine vermittelnde, aber auch fortlaufende unterstützende Beratung und Begleitung für hilfeschuchende Bürgerinnen und Bürger anbietet.

Dabei wird eine ganzheitliche Sichtweise vertreten, die nicht nur die Symptomatik berücksichtigt, sondern den Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit und auch sein Lebensumfeld einbezieht. Die Hilfsangebote orientieren sich an den individuellen Fähigkeiten, bauen auf die noch vorhandenen Ressourcen der Betroffenen und fördern sie, um auf eine Besserung der Lebenssituation der Hilfesuchenden hinzuwirken. Auch bei bereits chronifizierten Krankheitsprozessen soll dem Betroffenen eine bestmögliche Lebensqualität erhalten und die Notwendigkeit wiederkehrender stationärer Aufenthalte soweit möglich reduziert werden.

Mit der Kommunalen Gesundheitskonferenz wurde bereits vor einigen Jahren ein Instrument geschaffen, das die fachübergreifende Förderung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger im Rheinisch-Bergischen Kreis zum Ziel hat. Die kreisweite Sozialplanung „Motiv Mensch“ steht für einen integrierten und partizipativen Planungsansatz und wird aktuell umgesetzt. Ziel ist hierbei neben vielen weiteren Aspekten die Minderung bzw. Vermeidung sozialer Unterstützungsbedarfe sowie die Optimierung der Angebote und Leistungen im Rheinisch-Bergischen Kreis.

Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde die Verwaltung des Rheinisch-Bergischen Kreises im Dezember 2015 durch den Kreistag beauftragt, gemeinschaftlich mit den Trägern der sozialpsychiatrischen und Sucht-Beratungsstellen die Angebote anhand verschiedenster Qualitätsstandards und wissenschaftlicher Empfehlungen zu analysieren und die im Auftrag des Gesundheitsamtes geleisteten Hilfen zu optimieren.

Dies geschah im Laufe des Jahres 2016 in Form zweier intensiver Projekte mit wissenschaftlicher Begleitung unter Beteiligung der Leistungserbringer der Hilfen. Hierbei wurden vielfältigste Aspekte berücksichtigt. Die zukünftige Erfassung soll zum einen Informationen zu Inanspruchnahme und Wirkung der Hilfen, zum anderen aber auch Erkenntnisse zu den Bezügen der Lebensumwelten der Bürgerinnen und Bürger liefern, die diese Hilfen in Anspruch nehmen. Somit können diese in der Sozialplanung berücksichtigt und eine gemeindefähige Anpassung ermöglicht werden.

Mit der Neuausrichtung der Hilfen, deren optimierter Dokumentation und der Einführung eines kontinuierlichen partizipativen Qualitätsprozesses in Kooperation mit den beauftragten Trägern ist der Rheinisch-Bergischen Kreis einen wesentlichen Schritt weiter in der Evaluation und dem zukunftsorientierten Ausbau des Hilfenetzwerks.

Das Ergebnis ist als eine durch Expertenmeinung, aus dem aktuellen psychiatrischen Versorgungssystem heraus, entstandene Weiterentwicklung der Hilfen und der Anerkennung von Erfordernissen zu verstehen.

Ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich bei allen Akteuren für ihr Engagement und hoffe, dass wir in Kooperation mit den beteiligten Organisationen die psychiatrische Versorgung im Rheinisch-Bergischen Kreis für die Bürgerinnen und Bürger stetig verbessern und zukunftsfähig im Sinne der eingangs benannten Definition ausbauen können.

Markus Fischer

Dezernent für Soziales, Schule, Gesundheit, Familie und Jugend des Rheinisch-Bergischen Kreises

Vorsitzender der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Vorsitzender der Kommunalen Konferenz für Alter und Pflege

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
1 Einführung	- 1 -
2 Grundlagen	- 2 -
2.1 Soziostrukturelle Basisangaben zum Rheinisch-Bergischen Kreis	- 2 -
2.2 Rechtliche Grundlagen	- 4 -
3 Ausgangslage	- 4 -
3.1 Allgemeine Ausgangslage aus wissenschaftlicher Perspektive	- 4 -
3.1.1 Versorgungsforschung	- 4 -
3.1.2 Wirkungsforschung in der sozialen Arbeit	- 5 -
3.1.3 Sozialmonitoring.....	- 5 -
3.2 Sozialplanung	- 6 -
3.2.1 Allgemeine Sozialplanung	- 6 -
3.2.2 Sozialplanung „Motiv Mensch“ im Rheinisch-Bergischen Kreis.....	- 7 -
4 Angebotsstrukturen im Rheinisch-Bergischen Kreis	- 8 -
4.1 Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) der Unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt). -	8 -
4.2 Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ)	- 9 -
4.2.1 Sozialdienst der SPZ.....	- 9 -
4.2.2 Tagesstrukturierendes Angebot/Kontaktstelle der SPZ.....	- 9 -
4.2.3 Gerontopsychiatrischer Sozialdienst.....	- 10 -
4.3 Suchtberatungsstellen.....	- 10 -
4.3.1 Psychosoziale Beratung und Begleitung für Substituierte (PSB).....	- 11 -
4.3.2 Tagesstrukturierendes Angebot/Kontaktstelle	- 11 -
4.4 Selbsthilfegruppen	- 12 -
5 Dokumentation	- 12 -
6 Anlass und Ziele des Projekts	- 13 -
6.1 Überregionale Entwicklungen und Rahmenbedingungen (MK)	- 13 -
6.2 Projektauftrag	- 14 -
6.3 Projektumsetzung	- 14 -
6.3.1 „Praktisches Vorgehen“	- 14 -
6.3.2 Konzeptentwicklung unter wissenschaftlicher Begleitung	- 15 -
6.4 Ergebnisse der Workshops mit den Trägern	- 16 -
6.4.1 Sozialpsychiatrie	- 17 -
6.4.2 Ergebnisse im Bereich Suchthilfe	- 20 -

6.4.3	Sektorenübergreifende Innovationen.....	- 23 -
6.4.4	Zusammenfassende Modifikation der Angebote.....	- 24 -
6.5	Herausforderungen.....	- 25 -
7	Ergebnisse.....	- 25 -
7.1	Sozialraumorientierte Erfassung.....	- 26 -
7.2	Dokumentation/Monitoring.....	- 26 -
7.3	Qualitätsdialog.....	- 28 -
7.4	Vereinbarte Innovationen.....	- 28 -
7.4.1	Sozialpsychiatrie.....	- 28 -
7.4.2	Suchthilfe.....	- 29 -
7.5	Zusammenfassung weiterer Themen zur Innovationen der Hilfen.....	- 30 -
8	Vertragsgestaltung.....	- 30 -
9	Ausblick und Handlungsempfehlungen.....	- 31 -
9.1	Vernetzung und Gesundheitsförderung.....	- 31 -
9.2	Frühintervention.....	- 32 -
9.3	Schnittstelle Sucht und Sozialpsychiatrie.....	- 32 -
9.4	Sozialraumorientierte Dezentralisierung.....	- 32 -
9.5	Innovationsförderung.....	- 33 -
9.6	Ausbau der Angebotsvielfalt - Mehr Konzepte, mehr Innovation, mehr Effizienz.....	- 33 -
	Literaturverzeichnis.....	- 34 -
	Anhang.....	I
	Hilfenetzwerk/angrenzende Bereiche.....	I
	Krankenkassen.....	I
	Medizinische und Rehabilitative Versorgung für Sucht und Psychiatrie.....	II
	Stationäre Versorgung für den Rheinisch Bergischen Kreis.....	II
	Ambulante medizinische Versorgung einschließlich Substitution.....	II

1 Einführung

Die Hilfen für Menschen mit psychischen Krankheiten und Suchtstörungen gehören zu den Versorgungs- und Präventionsaufgaben der Gesellschaft, um Schaden von Einzelnen und Familien abzuwenden, Lebensqualität zu fördern und Gesellschaft und Wirtschaft insgesamt zu fördern.

Diese Aufgaben werden ganz wesentlich von kommunalen Verantwortlichen, u.a. den Gesundheitsämtern wahrgenommen.

Neben der Aufgabenerfüllung als solchen gehört vor dem Hintergrund des schnellen gesellschaftlichen Wandels die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung dieser Hilfen zu den prioritären Aufträgen der Gegenwart und der Zukunft. Dieser Thematik widmet sich das hier vorgestellte Projekt in Bezug auf die sozialpsychiatrischen Hilfen und Hilfen für Suchtkranke im Rheinisch-Bergischen Kreis. Da diese schon seit vielen Jahren im Kreisgebiet vorgehalten werden, haben sich bereits Hilfestrukturen und -netzwerke entwickelt. Bei der wissenschaftlich-fachlichen Analyse dieser Leistungen zeigt sich insgesamt ein hohes Qualitätsniveau. Daher steht im Vordergrund des Projekts neben der Analyse der Strukturen deren evidenzbasierte Weiterentwicklung.

Die Hilfesysteme für psychisch Kranke und Suchtkranke haben sich in Deutschland im Wesentlichen seit den Reformen der 60er und 70er Jahre entwickelt.

In der Suchthilfe war vor der Psychiatrie-Enquête (1975) schon die Einführung eines Systems der medizinischen Rehabilitation (1968) ein wichtiger Meilenstein.

Im Bereich der Hilfen für psychisch Kranke haben besonders die Psychiatrie-Enquête und die Sozialpsychiatrie als Disziplin und soziale Bewegung für Veränderungen und Weiterentwicklungen gesorgt.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde für psychiatrische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser die Möglichkeit geschaffen, Institutsambulanzen einzurichten und die Soziotherapie einzuführen, um psychisch Kranke nach einem Klinikaufenthalt bei der Wiedereingliederung zu unterstützen. Heute gibt es nach der Deinstitutionalisierung im Rahmen der Psychiatriereform ein annähernd flächendeckendes Netz von Wohnheimen für chronisch psychisch beeinträchtigte und suchtkranke Menschen. Ebenso besteht eine kaum zu überschauende Hilfefülle in den Bereichen Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur.

Die Behandlung und Rehabilitation wurde so zu einem großen Teil in die Gemeinden zurückverlagert. Außerdem gibt es eine Vielzahl von regionalen Gremien zur Kooperation, Vernetzung und Interessenvertretern. (vgl. Bühring 2001, Wienberg 2008)

Trotz – wie auch im vorliegenden Projekt festgestellt – lückenhafter Datenlage, bestehen Anzeichen dafür, dass die Zahl der institutionalisierten Personen in den letzten Jahrzehnten wieder angewachsen ist. Dabei findet eine Verlagerung von der Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern in weniger aufwendige Formen der Unterbringung wie z.B. Tagesstätten und ambulant betreutes Wohnen statt. Dies hat auch eine Verlagerung der Kosten zur Folge, womit zugleich eine intransparente Hilfelandschaft mit teils unklaren Standards und fehlender Evaluation entstanden ist. (vgl. Wienberg 2008)

Durch den raschen Wandel der Gesellschaft, die Beschleunigung der Arbeits- und Individualisierungsprozesse und die Zunahme der Alltagsmobilität sind mehr Menschen an den Rand der Gesellschaft geraten. Zum Teil können die Menschen bei diesen Prozessen – z.B. durch Krankheit oder Behinderung – nicht mithalten oder verlieren durch Erschöpfung und Alterung den Anschluss. Insofern trifft die Hilfesysteme ein doppeltes Dilemma: Einerseits sind sie selbst Gegenstand des gesellschaftlichen Wandels, profitieren von diesem, aber unterliegen auch seinen Anforderungen und Zwängen nach Anpassung und Modernisierung. Andererseits haben sie immer mehr Menschen zu versorgen und zu unterstützen, die als Modernisierungsverlierer gelten. Am ehesten lassen sich die Anforderungen an das Hilfesystem durch kontinuierliche Innovation und Evaluation bewältigen. Damit haben sie die Chance, den Modernisierungsanforderungen nicht reaktiv hinterherzulaufen, sondern diese auch proaktiv mitgestalten zu können.

Die hier untersuchten Hilfen der Träger der Suchtberatungsstellen und Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinisch-Bergischen Kreis bieten betroffenen Menschen und Angehörigen in diesen Hilfesystemen Orientierung und Unterstützung.

Wie Stadler und Ramstetter 2008 in der Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen berichten, wirken sich gemeindenahere psychiatrische Angebote, wie diese im Rheinisch-Bergischen Kreis dank der Bemühungen der beauftragten Träger bestehen, positiv auf das bürgerschaftliche Engagement aus, bauen Vorurteile ab und tragen zu einer Entstigmatisierung bei.

Umso wichtiger ist – bei gleichzeitig hohem Kostendruck der öffentlichen Hand, die diese Angebote finanziert – eine kontinuierliche Evaluation und Entwicklung der einzelnen Angebote, der ortsnahen Hilfesysteme und der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements.

2 Grundlagen

2.1 Soziostrukturelle Basisangaben zum Rheinisch-Bergischen Kreis

Im Rheinisch-Bergischen leben mit Stand vom 31.12.2012 laut amtlicher Einwohnerfortschreibung von IT.NRW 276.285 Menschen. Das Verhältnis der Einwohnerzahlen von Frauen und Männern betrug zu diesem Zeitpunkt 142.013 (w) zu 134.272 (m). Die Bevölkerungszahlen der acht kreisangehörigen Städte und Gemeinden betragen laut der Fortschreibung des Bevölkerungsstandes nach der Volkszählung im Jahr 1987 am 31.12.2012 (vgl. Rheinisch-Bergischer Kreis 2014):

Burscheid:	18.641
Bergisch Gladbach	105.919
Kürten:	19.472
Leichlingen:	27.427
Odenthal:	15.701
Overath:	26.768
Rösrath:	27.345
Wermelskirchen:	35.012

Der Rheinisch-Bergische Kreis ist durch seine Nähe zu den Ballungsgebieten geprägt. Er grenzt an die kreisfreien Städte Köln, Leverkusen, Solingen und Remscheid sowie an den Oberbergischen Kreis und den Rhein-Sieg-Kreis.

Die Bevölkerungsdichte mit 635 Einwohnern pro km² (Stand 2005) liegt über dem Durchschnitt der Kreise in Nordrhein-Westfalen, der durchschnittlich 430 Einwohner pro km² (Stand 2005) beträgt.

Im eher protestantisch geprägten sogenannten Nordkreis mit den Städten Leichlingen, Burscheid und Wermelskirchen orientiert sich die Bevölkerung eher in das Bergische Land, im südlichen, meist katholisch geprägten Teil mit den Städten Bergisch Gladbach, Overath und Rösrath sowie der Kommune Odenthal stärker in das Rheinland. Die mit Abstand größte Stadt im Kreisgebiet ist Bergisch Gladbach mit z. Zt. mehr als 100.000 Einwohnern.

Die unterschiedliche Prägung zeigt sich auch in den Strukturen der Hilfeangebote. (vgl. Schädler, 2005)

Altersstruktur am 01.01.2013 im Rheinisch Bergischen Kreis		
Bevölkerung insgesamt	276.285	100
davon im Alter von Jahren	Anzahl	%
unter 6	13.732	5,0
6 bis unter 18	34.635	12,5
18 bis unter 25	20.164	7,3
25 bis unter 30	12.527	4,5
30 bis unter 40	27.051	9,8
40 bis unter 50	46.561	16,9
50 bis unter 60	42.308	15,3
60 bis unter 65	16.887	6,1
65 und mehr	62.420	22,6
18 bis unter 65	165.498	59,9
Weiblich	142.013	51,4
Nichtdeutsche	17.686	6,4

(vgl. IT-NRW, 2014)

2.2 Rechtliche Grundlagen

Neben dem in § 10 erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) verankerten Anspruch der gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen, basieren die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, sowie für abhängigkeiterkrankte Menschen auf der Grundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NW) und des Sozialgesetzbuches (SGB II) in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch (SGB XII). Sie liegen in der Aufgaben- und Finanzverantwortung des Rheinisch-Bergischen Kreises.

3 Ausgangslage

3.1 Allgemeine Ausgangslage aus wissenschaftlicher Perspektive

3.1.1 Versorgungsforschung

Versorgungsforschung, ein Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung, das sich auf die Mikroebene des Gesundheitssystems bezieht, ist ein grundlagen- und anwendungsorientiertes fachübergreifendes Forschungsgebiet. Sie dient der wissenschaftlichen Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen und untersucht den Innovationstransfer und die Implementierungsstrategien in die Praxis der Versorgung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen. Sie hilft, durch ein wissenschaftlich fundiertes Vorgehen Versorgungs- und Qualitätsdefizite zu identifizieren, an der Entwicklung bzw. Umsetzung neuer Versorgungskonzepte mitzuwirken und ihre Wirksamkeit zu evaluieren.

Psychische Störungen galten lange als Problemfall in der Versorgung kranker Menschen. Dies resultiert nicht nur in der Abwehr, welche die entsprechenden Problematiken in der Bevölkerung auslösen, sondern auch in der Randständigkeit der Psychiatrie innerhalb der Medizin.

Insgesamt kann eine erhebliche Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft festgestellt werden, was wiederum zu Marginalisierung, Ausgrenzung und Ablehnung von Hilfen führt (Schomerus et al., 2011; Schomerus et al., 2012). Dabei sind diese Prozesse auf gesellschaftlicher, professioneller und individueller Ebene zu beobachten.

Es kann neben der Fremdstigmatisierung auch zu erheblicher Selbststigmatisierung kommen, was die beschriebenen Prozesse noch intensivieren und bis zu Suizidalität führen kann. Deshalb sind in der gemeindenahen Versorgung niedrighschwellige, bedarfs- und bedürfnisgerechte Hilfen besonders wichtig. Die beschriebenen Versorgungsprobleme bei psychischen Störungen sind bei Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen besonders stark (Jacobi et al., 2004).

Auf der Ebene der kommunalen Versorgungsplanung sollten daher evidenzbasierte Konzepte der Frühintervention, Niedrigschwelligkeit, Bedarfsgerechtigkeit und generell der evidenzbasierten Hilfen obligatorisch werden (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2013).

3.1.2 Wirkungsforschung in der sozialen Arbeit

Die Wirkungsforschung in Bezug auf psychosoziale Interventionen ist in Deutschland noch deutlich unterentwickelt. Insbesondere in der Sozialen Arbeit bestand daran bislang wenig Interesse oder eine derartige Wirkungsforschung galt als unmöglich, weil sie zu reduktionistisch sei und somit nicht alle Variablen im Blick haben könne (Miethe et al., 2011; Ziegler, 2009).

Es wird jedoch häufig verkannt, dass es im Sinne einer rationalen Steuerung eines Hilfesystems keine Alternative zum Bemühen gibt, Effektivität und Effizienz nachzuweisen. Bemühen muss also auch in den Praxisbereichen der Sozialen Arbeit sein, die Wirksamkeit der Konzepte und Hilfen empirisch zu untersuchen, sie auf der Basis der Effektivitätsstudien weiterzuentwickeln und damit zukunftssicher und bedarfsgerecht zu gestalten.

Was die Wirkung gemeindenaher psychosozialer Hilfen betrifft, ist offensichtlich, dass derartige Effektivitäts- und Effizienzstudien einerseits dringend gebraucht werden, um die Hilfen evidenzbasiert weiterzuentwickeln, dass aber andererseits der Aufwand und die Kosten zur Durchführung so immens sind, dass sie fast nur im Kontext von geförderten Modellprojekten durchführbar sind.

Andererseits kann der Aufbau eines evidenzbasierten Hilfe- und Versorgungssystems in erkenntnisgenerierenden Teilschritten geschehen (Hoff & Klein, 2015), die – jeweils aufeinander aufbauend – zu immer komplexeren Forschungsmodellen führen.

So kann durchaus zunächst die Wirksamkeitseinschätzung von an den Hilfen beteiligten Fachkräften als klinische Expertise eingeholt werden. Um die Evidenzbasierung der Hilfen fortzuführen, sollten von den Behandlern unabhängige Studien folgen. In deren Rahmen sollten Klientinnen und Klienten nach Zufriedenheit und Lebensqualität befragt werden. Weiterhin können dann klinische Vergleichsstudien in Bezug auf verschiedene Behandlungsansätze und -methoden begonnen werden.

3.1.3 Sozialmonitoring

Voraussetzung für ein planvolles und wirkungsorientiertes Vorgehen, die Nutzung von Steuerungspotentialen und Grundlage für die entsprechenden Entscheidungen ist ein kontinuierliches sogenanntes Sozialmonitoring. Dieses soll die relevanten Daten der Klientinnen und Klienten erfassen und dokumentieren, um Lebenslagen und Bedarfe möglichst reliabel und valide beurteilen zu können.

Mit Instrumenten zur Datenerfassung und der Bereitstellung der aufgearbeiteten Daten wird versucht, anhand weniger Indikatoren soziale Lebensverhältnisse und Teilhabechancen möglichst umfassend abzubilden. Die erhobenen Daten können ausgewertet und so Transparenz zu sozialen Lagen und Problemkonstellationen in zu definierenden Sozialräumen schaffen. Anhand der ausgewerteten und interpretierten Daten können längerfristig Entwicklungsprozesse gefördert werden.

Sozialmonitoring ist Teil der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung, dient der Verbesserung von Entscheidungsgrundlagen und entfaltet somit Wirkungen weit über das Handlungsfeld „Soziales“ hinaus, vor allem in die Bereiche Prävention, Wohnungsplanung, Gesundheitsversorgung und kommunale Sicherheitsvorsorge hinein.

3.2 Sozialplanung

3.2.1 Allgemeine Sozialplanung

„Kommunale Sozialpolitik hat mit adäquaten Zielsetzungen zu reagieren. Kommunale Entwicklungsplanung und Sozialplanung sind gefordert, um Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und nach Möglichkeit steuernd einzugreifen. Das verlangt eine Umorientierung von einer reaktiven hin zu einer präventiven Orientierung, auch schon vor dem Hintergrund sich weiter verknappender Ressourcen.“ (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement, 2009)

Die kommunale Gesundheits- und Sozialpolitik ist aufgefordert, vorausschauend zu planen und Versorgungsstrukturen aufzubauen, die zukunftssicher und möglichst krisenfest agieren.

„Eine Sozialplanung, die obigen Anforderungen gerecht wird, ist:

- Querschnittsaufgabe, welche dafür sorgt, dass Fachplanungen ihre Grenzen überschreiten
- integrierte Planung, welche alle Fachplanungen im Handlungsfeld "Soziales" koordiniert
- ein wesentlicher Bestandteil kommunaler Entwicklungskonzepte (Kreisentwicklungskonzept, Stadtentwicklungskonzept)
- adressaten- und beteiligungsorientiert
- sozialräumlich ausgerichtet
- Partner kommunaler Wirtschaftspolitik
- wirkungsorientiert, orientiert an den Maximen der Effektivität (Wirksamkeit)
- wirtschaftlich, indem sie den Haushalt/die Finanzen berücksichtigt und sich an der Maxime der Effizienz orientiert
- ein Instrument, welches erforderliche Organisations- und Qualitätsentwicklungskonzepte sowohl innerhalb der Verwaltung als auch bei Leistungsanbietern anstößt
- kooperativ.

Diese "Moderne" Sozialplanung stellt damit nicht die Summe isolierter Einzelprozesse dar, sondern ist in einen gesamtstrategischen Prozess eingebettet. Sie ist lebenslagen- und wirkungsorientiert und basiert auf definierten Budgets (d. h. sie ist finanziert). Moderne Sozialplanung ist sozialräumlich organisiert, transparent und bietet Mitwirkung an für alle Beteiligten (Betroffene und Leistungserbringer).“ (Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement, 2009)

Dies bedeutet, dass sich Sozialplanung im Spannungsfeld Politik, Wissenschaft und Praxis bewegt und sowohl Sozialforschungs-, Planungs- als auch Koordinationstätigkeit zugleich beinhaltet. Ein wesentliches Instrument zur Ermittlung von Bedürfnis- und Lebenslagen ist

die Sozialberichterstattung. Soziale Unterstützungssysteme und deren Wirkungen können hier vorausschauend ermittelt und überprüft werden. Sozialplanung kann also im Rahmen der neuen kommunalen Steuerungsmodelle das Management im Sozialbereich durch die Entwicklung datengestützter Zielvorstellungen, valide Bedarfsuntersuchungen und die laufende Evaluation bestehender Leistungsangebote unterstützen und leistet damit einen Beitrag zu einem bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Angebot sozialer Dienstleistungen und Einrichtungen.

In ihrer gesellschaftlichen Funktion vertritt Sozialplanung die Sicht von unten, operiert bewusst parteiisch und zielt auf soziale Gerechtigkeit und den Abbau regionaler Ungleichheit ab. Die Organisation von Planungsprozessen sorgt für Mitwirkung und Beteiligung der Betroffenen in politischen und konzeptionellen Entscheidungsprozessen und versetzt die Akteure so in die Lage, Prozesse der Organisationsentwicklung und des Qualitätsmanagements fachlich zu initiieren und zu begleiten (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialplanung>, 2016).

Die Grundsätze kommunaler Sozialplanung sollten sich insgesamt an den 3 Ws orientieren: Wirtschaftlichkeit, Wissenschaftlichkeit und Wirksamkeit. Damit ist angestrebt, dass weder Sparzwänge noch die Wünsche nach jeder denkbaren Leistung dominieren. Vor dem Hintergrund rationaler, klienten- und bürgerorientierter Planung und Steuerung sollen wissenschaftliche Erkenntnisse in den jeweiligen Hilfeprozess einfließen.

3.2.2 Sozialplanung „Motiv Mensch“ im Rheinisch-Bergischen Kreis

Die Sozialplanung im Rheinisch-Bergischen Kreis wurde im Jahr 2015 auf eine Initiative der Jugendhilfe- und Sozialdezernenten sowie der Vorstände der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände und der Geschäftsführung des JobCenters Rhein-Berg ins Leben gerufen. Hintergrund waren die sozialen, demografischen und wirtschaftlichen Entwicklungen im Rheinisch-Bergischen Kreis, die einen strategischen Planungsprozess erfordern, der die soziale Sicherung mit möglichst effizientem und effektivem Mitteleinsatz gewährleistet.

Für die Analyse der Bedarfe und der sozialen Lage in den Kommunen des Rheinisch-Bergischen Kreises wurde ein langfristig ausgerichtetes Sozialmonitoring eingerichtet, in dem für verschiedene relevante Themenbereiche (z.B. Soziales, Jugend und Soziodemografie) Daten aus der Verwaltung des Rheinisch-Bergischen Kreises und dessen Kommunen gesammelt werden. Als räumliche Gliederungsebene für das Monitoring und die Analysen wurden so genannte Wohnplätze ausgewählt, die im Zuschnitt zum größten Teil kleiner sind als die Stadt- bzw. Gemeindeteile. Insgesamt ist der Rheinisch-Bergische Kreis aktuell in 87 Wohnplätze untergliedert. Die Erhebung von Bedarfen anhand kommunaler Verwaltungsdaten soll durch eine Analyse der Inanspruchnahme der Leistungen der Träger ergänzt werden, um beispielsweise die räumliche und inhaltliche Passung zwischen Angebot und Nachfrage zu koordinieren und zu optimieren. Somit entsteht erstmalig eine kreisweit abgestimmte Dateninfrastruktur mit Indikatoren zu den sozialen Lebensverhältnissen, die in die Sozialberichterstattung einfließen.

Die Ergebnisse des Sozialberichts werden in kommunalen Fachplanerkonferenzen (Beteiligte sind Fachplaner aus den Bereichen Jugend, Pflege, Senioren, Gesundheit, Daseinsvorsorge, Stadtplaner, Sozialplaner des Rheinisch-Bergischen Kreises und das Jobcenter)

analysiert und durch Erfahrungswissen ergänzt. Die Erkenntnisse aus den kommunalen Fachplanerkonferenzen werden in eine überkommunale Fachplanerkonferenz rückgekoppelt und mit den Kollegen aus den anderen Kommunen diskutiert. Auf Grundlage der Diskussionen in den Fachplanerkonferenzen werden Empfehlungen für die politischen Entscheidungsgremien ausgesprochen, die zuvor von einer Steuerungsgruppe, bestehend aus den Jugendhilfe- und Sozialdezernenten der kreisangehörigen Kommunen, der Geschäftsführung des Jobcenters und den Vorständen der Mitglieder der AG Wohlfahrt, bewertet wurden. Anhand der Informationen können Wohnplätze dann ggfs. zu Handlungsräumen zusammengefasst und Maßnahmen auf kommunaler und Kreisebene eingeleitet werden.

4 Angebotsstrukturen im Rheinisch-Bergischen Kreis

Im Rheinisch-Bergischen Kreis wurden die Aufgaben der niedrigschwelligen Hilfen und der Beratung 1998 auf freigemeinnützige Träger delegiert.

Die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen werden seitdem im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) in Trägerschaft des Vereins „alpha e.V.“ für den Nordkreis, in Trägerschaft des Vereins „Die Kette e.V.“ für den Südkreis und für den gerontopsychiatrischen Beratungsdienst und im Rahmen der Personalgestellung für den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes durch „Die Kette e.V.“ kreisweit erbracht.

Die Suchtkrankenhilfe wird im Rahmen der Suchtberatungsstellen in Trägerschaft des „Diakonischen Werkes des Evangelischen Kirchenkreises Lennep“ für den Nordkreis und der des „Caritasverbandes für den Rheinisch-Bergischen Kreis e.V.“ für den Südkreis geleistet.

4.1 Sozialpsychiatrischer Dienst (SpD) der Unteren Gesundheitsbehörde (Gesundheitsamt)

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes bietet Beratung und Begleitung für psychisch und suchtkranke, bzw. davon bedrohte Menschen und deren Angehörige in enger Zusammenarbeit mit anderen Institutionen des örtlichen psychiatrischen Versorgungsnetzes.

Unter fachärztlicher Leitung werden insbesondere Menschen beraten und vermittelt, die u.a. krankheitsbedingt nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, die eigene Erkrankung und deren lebenspraktischen Auswirkungen zu erkennen. Deshalb erfolgt die Beratung oft auf Veranlassung von Verwandten, Freunden oder Bekannten, Nachbarn, Krankenhäusern und verschiedenen Behörden. Die Beratung ist freiwillig und erfolgt auch aufsuchend beim Hilfebedürftigen.

Bei akuten Krisensituationen, Fremd- oder Eigengefährdung werden Maßnahmen zum Schutz der Betroffenen oder der Angehörigen eingeleitet und bei Bedarf eine Unterbringung in einem Krankenhaus veranlasst.

Im Rheinisch-Bergischen Kreis wird diese Aufgabe von eigenen Mitarbeitern, aber auch zu Teilen in Aufgabenübertragung durch Mitarbeiter des gemeinnützigen Vereins „Die Kette e.V.“ und der Suchtberatungsstelle der Diakonie in Wermelskirchen geleistet.

Die ärztliche Leitung wird vom Arzt des Gesundheitsamtes wahrgenommen, welcher auch die Fachaufsicht innehat. Arzt und Sozialarbeiter bilden somit eine zusammengehörende Einheit.

Die nach dem ÖGDG vorzuhaltenden beraterischen Leistungen (Suchtberatung und Sozialdienst) sind an gemeinnützige Träger vergeben. Die Koordination der Hilfen erfolgt über das Gesundheitsamt.

4.2 Sozialpsychiatrisches Zentrum (SPZ)

Das Sozialpsychiatrische Zentrum ist eine Möglichkeit, Menschen in seelischen Notlagen den Zugang zu den Hilfeangeboten zu erleichtern.

Das Angebot beinhaltet offene Kontaktstellen, Gruppentreffen und Beratung, Vermittlung in weiterführende Hilfen, der Koordination der Hilfen und der Initiierung und Beratung von Selbsthilfegruppen. Für die Treffen der Selbsthilfegruppen werden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Die Übergänge zwischen den einzelnen Angeboten der Sozialpsychiatrischen Zentren sind fließend. Das Beratungsangebot richtet sich an Betroffene und Angehörige.

Je nach individuellem Bedarf und den Besonderheiten der Erkrankung des Einzelfalls können die erforderlichen Hilfen so aufeinander abgestimmt und weitere, ergänzende und ersetzende Hilfen vermittelt werden.

4.2.1 Sozialdienst der SPZ

Die Hilfe umfasst individuelle Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsleistungen im Sinne eines Case-Managements, die von qualifizierten Fachkräften erbracht werden. Die Leistungen entsprechen dabei den Bestimmungen des PsychKG NRW und des ÖGDG im Zusammenhang mit den verschiedenen Sozialgesetzbüchern im Hinblick auf Vor- und Nachsorgeleistungen. Die Hilfen zielen darauf ab, vorhandene Ressourcen der Klientinnen und Klienten zu fördern und sie bei der Krankheits- und Problemeinsicht zu unterstützen, ggfs. erforderliche Hilfen zu ermitteln, einzuleiten und zu koordinieren. Der Umfang richtet sich nach den Erfordernissen des jeweiligen Einzelfalls und ist auf die Dauer des Bedarfs ausgerichtet. Bei akuten sozialen oder medizinischen Krisen dient die Beratung der Vermittlung kurzfristiger Hilfen (z. B. stationäre Krankenhausversorgung). Die Beratung findet sowohl in den Beratungsstellen als auch in Form von aufsuchenden Hilfen, z. B. durch Hausbesuche statt.

Ziel der Hilfe sind u.a. die Vermeidung von Benachteiligungen, die Förderung selbstbestimmter Lebensführung sowie die Stabilisierung der Angehörigen zur Verbesserung und dem Erhalt der individuellen Lebenssituation von Erkrankung oder Behinderung bedrohter und betroffener Personen.

4.2.2 Tagesstrukturierendes Angebot/Kontaktstelle der SPZ

Die Kontaktstellen der Sozialpsychiatrischen Zentren als geschützter sozialer Lebensraum dienen als Zugang zu den Hilfeangeboten und kommunikativer Treffpunkt für Menschen mit

psychischer Beeinträchtigung und Behinderung. Darüber hinaus gehört die Vermittlung lebenspraktischer Hilfen, die Stärkung eigener Potentiale und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu den vorrangigen Zielen dieses Angebotes, da psychisch erkrankte Menschen häufig krankheitsbedingt nicht in der Lage sind diese Dinge selbstständig aufrecht zu erhalten oder zurück zu erlangen.

Professionelle Begleitung soll den Besucherinnen und Besuchern helfen, den Tendenzen zur Isolation und Vereinsamung entgegenzuwirken. Ebenso sollen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen z.B. in Kontaktaufbau und -pflege, im Freizeitverhalten oder im Ausüben gezielter Tätigkeiten weiterentwickelt bzw. gestärkt werden.

Neben den regelmäßig stattfindenden offenen und themenorientierten Gruppenangeboten werden zusätzlich Freizeitaktivitäten (z.B. Ausflüge, Sportaktivitäten usw.) und Ferienfahrten angeboten.

4.2.3 Gerontopsychiatrischer Sozialdienst

Der gerontopsychiatrische Sozialdienst ist ein ambulanter, aufsuchender Fachdienst und bietet für psychisch erkrankte Menschen ab dem 55. Lebensjahr mit Beeinträchtigungen wie Depressionen, Neurosen, Psychosen oder Demenzerkrankungen und deren Angehörige analog zur vor- und nachgehenden Beratung ein individuelles Beratungs- und Betreuungsangebot.

Gemeinsam mit dem betroffenen Menschen wird – nach Möglichkeit unter Einbezug des sozialen Umfeldes – ein Hilfefkonzept erarbeitet, um eine möglichst selbstständige Lebensführung in der gewohnten eigenen häuslichen Umgebung zu erhalten. Unterstützende Maßnahmen und die Vermittlung weiterer Hilfen sollen dazu beitragen, Heim- und Klinikaufenthalte weitgehend zu vermeiden.

4.3 Suchtberatungsstellen

Das Beratungsangebot, der durch den Rheinisch Bergischen Kreis beauftragten Beratungsstellen, richtet sich an Abhängigkeitsgefährdete, an Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige, an Menschen mit illegalem Drogenkonsum, Glücksspielsüchtige, Menschen mit problematischem Medienkonsum, deren Bezugspersonen und das nähere soziale Umfeld. Ziel der Suchtberatung ist die Stabilisierung im Lebensumfeld, Suchtmittelreduktion oder der Motivation zu abstinenter Lebensweise. Sie wird von qualifizierten Fachkräften durchgeführt und umfasst regelmäßige Einzel – und Gruppengespräche (Orientierungsgruppen). Angehörige und Personen aus dem näheren Umfeld können ebenfalls eine Beratung in Anspruch nehmen. Sie erhalten Informationen und Unterstützung und die Möglichkeit sich mit ihrer Rolle auseinanderzusetzen, was sich in der Regel immer auch auf das Beziehungsgeflecht auswirkt und die Betroffenen zu einer Veränderung motivieren kann.

Die Suchtberatungsstellen informieren über Wirkung und Folgen von Suchtmittelkonsum, Suchtverläufen, Behandlungsmöglichkeiten und über Selbsthilfegruppen. Betroffene Klientinnen und Klienten können ihr eigenes Konsumverhalten reflektieren und werden dabei unterstützt neue Ziele und entsprechende Wege dorthin zu entwickeln.

Ambulante Suchtberatung bietet Psychoedukation, psychosoziale Beratung und Vermittlung in weiterführende Maßnahmen, wie qualifizierte Entgiftungsmaßnahmen und ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen.

Im niedrigschweligen Rahmen kann professionelle Beratung spezifische Formen der Lebens- und Alltagsbegleitung beinhalten.

Ist der Betroffene krankheitsbedingt nicht in der Lage die Beratungsstellen aufzusuchen kann auch eine aufsuchende Beratung am Aufenthaltsort der Klientel durchgeführt werden.

4.3.1 Psychosoziale Beratung und Begleitung für Substituierte (PSB)

Substitutionsbehandlung ist die ärztliche Vergabe eines Heroinersatzmedikamentes (z.B. Methadon, Diamorphin) mit begleitenden psychosozialen Hilfen zur Stabilisierung und Förderung des längerfristigen Ausstiegs. Bei dieser Behandlungsform ist eine psychosoziale Begleitung gesetzlich vorgeschrieben und wird in Form einer dauerhaften Beratung im Kontext der medizinischen Behandlung i.d.R. durch Suchtberatungsstellen in kommunaler Finanzierung geleistet (siehe Anhang). Dies ist für viele Drogenkonsumenten der Beginn einer verbindlichen, kontinuierlichen Auseinandersetzung mit ihrer Suchterkrankung und kann außerdem die Vorbereitung einer späteren stationären Langzeittherapie mit dem Ziel einer abstinenten, drogenfreien Lebensführung sein. Viele Suchtmittelabhängige erfahren hier erstmals ein kontinuierliches und verlässliches Beziehungsangebot.

Die psychosoziale Begleitung bietet im Rahmen eines Fallmanagements konkrete Unterstützung im Hilfenetz und bei der Lebensbewältigung, fördert Ressourcen und Eigenverantwortlichkeit, unterstützt bei der Existenzsicherung und materiellen Absicherung sowie der Verbesserung der psychischen und somatischen Gesundheit.

Substituierende Ärzte fördern und fordern in der Regel dieses Behandlungssegment.

4.3.2 Tagesstrukturierendes Angebot/Kontaktstelle

Das Cafe au lait ist ein niedrigschwelliges Angebot der Suchtberatungsstelle im Südkreis. Es bietet suchtkranken Menschen, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, von sich aus die höherschweligen Beratungsangebote anzunehmen, einen Zugang zum Hilfesystem aufzubauen. Hier steht nicht der Ausstieg aus der Sucht im Vordergrund, sondern die Verbesserung der alltäglichen Lebenssituation, Tagesstrukturierung und Überlebenshilfe- und sicherung. Hier besteht die Möglichkeit zu Duschen, Wäsche zu waschen und Mahlzeiten in Anspruch zu nehmen. Tendenzen zur Isolation und Vereinsamung soll entgegengewirkt werden und Kontaktaufbau gefördert werden. Es werden auch Freizeitangebote, wie Ausflüge oder ein Kinobesuch durchgeführt.

4.4 Selbsthilfegruppen

In Selbsthilfegruppen treffen sich regelmäßig Personen, die sich in ähnlichen Lebenssituationen befinden oder an der gleichen Krankheit leiden. Sie tauschen sich aus und stärken und motivieren sich gegenseitig. Manche Selbsthilfegruppen gehen mit ihren Themen an die Öffentlichkeit und vertreten die Belange ihrer Mitglieder.

Sowohl die Suchtberatungsstellen, als auch die SPZ empfehlen ihren Klientinnen und Klienten die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Sie unterstützen ihre Klienten bei der Gründung neuer Selbsthilfegruppen und bieten ihnen bei Bedarf Beratung einzelner Gruppenmitglieder an. Auch bei schwierigen Gruppendynamiken geben sie bei Bedarf Unterstützung. Diese Selbsthilfegruppen haben eine enge Anbindung an die Suchtberatungsstellen oder SPZ.

Die Selbsthilfe-Kontaktstellen und -Büros des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes vermittelt Kontakte zu Selbsthilfegruppen. Sie unterstützt und berät Personen organisatorisch bei der Gründung von Gruppen, bietet jedoch keine fachliche Unterstützung an. Bei Erfordernis werden die Gruppen an die für die jeweiligen Themenbereiche zuständigen Fachdienste oder Einrichtungen verwiesen und bei der Kontaktaufnahme unterstützt.

5 Dokumentation

Anhand der Analyse der bislang vorhandenen Daten konnten weder korrelative Zusammenhänge bei der Inanspruchnahme noch belastbare Aussagen zur tatsächlichen Wirksamkeit der Hilfen getroffen werden. Es waren lediglich quantitative verlässliche Aussagen wie beispielsweise, dass im Jahr 2015 insgesamt 1329 Personen die Suchtberatungsstellen und 708 Personen die sozialpsychiatrischen Zentren mindestens einmal aufsuchten oder im häuslichen Umfeld beraten wurden möglich.

Auch landes- und bundesweit ließen sich kaum evidenzbasierte Daten finden, die zur Weiterentwicklung der hiesigen Angebote hilfreich wären.

Da die wissenschaftliche Wirksamkeits- und Versorgungsforschung in den überprüften Bereichen hierzulande noch sehr am Anfang steht, sind weitergehende Ergebnisse und differenzierte Evidenzen noch nicht zu erwarten. Die Bemühungen im Rheinisch-Bergischen Kreis treffen also auf eine Aufbruchssituation im Bereich der Wirksamkeitsforschung psychosozialer Hilfen, insbesondere im Bereich der Sozialen Arbeit.

Bislang sind keine vergleichbaren Projekte oder Systeme mit den wünschenswerten Ergebnissen bekannt und auch in der Fachliteratur ließen sich bis auf eine erste in der Schweiz 2015 erschienene Wirksamkeitsstudie keine Materialien für den Zweck der beabsichtigten Wirksamkeitsanalyse in den jeweiligen Fachgebieten finden (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2013). Daher mussten für die zukünftige Erhebung und Interpretation der Daten ab 2017 Indikatoren zur Dokumentation überwiegend neu entwickelt, abgestimmt und festgelegt werden.

Die auf der Basis von bundesweiten Vergleichsstandards, Expertengesprächen und Praxisbesuchen vor Ort erstellte Analyse der vorhandenen Hilfestrukturen ergab, dass die Anbieter die aktuellen Qualitätsstandards der jeweiligen Fachrichtung – z.B. im Bereich der Suchthilfe, u.a. entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), im Bereich der Sozialpsychiatrischen Zentren u.a. die Qualitätsvorgaben des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) – erfüllen und dass nach derzeitigem Kenntnisstand die Leistungen im bisherigen Umfang weiter notwendig sind. Dies ergibt sich aus dem Leistungsvergleich mit anderen Regionen, der Auflistung der jeweils notwendigen Leistungen und der Analyse der bevölkerungsstrukturell zu erwartenden Krankheitslast in den nächsten Jahren. Insbesondere im Bereich Sucht ist bei gleichbleibend hohen Konsumquoten für Alkohol und Cannabis nicht mit einem Rückgang der Anzahlen an Hilfesuchenden zu rechnen.

Da die Leistungsdaten zwischen verschiedenen Landkreisen aufgrund mangelnder Kompatibilität der erhobenen Daten nicht direkt vergleichbar sind, können diese nur auf qualitativ vergleichende Weise („analog“) betrachtet werden. Auch ein direkter Vergleich der Finanzierung dieser Hilfsangebote ist nicht möglich. In den an den Rheinisch-Bergischen Kreis angrenzenden Kreisen und Städten werden vergleichbare Hilfen weitgehend pauschal finanziert und häufig sind die Träger noch undifferenziert mit der Leistungserbringung beauftragt.

6 Anlass und Ziele des Projekts

6.1 Überregionale Entwicklungen und Rahmenbedingungen (MK)

Die Anforderungen und Bedingungen eines modernen Gesundheitssystems ändern sich, gerade im Bereich der psychischen Gesundheit („mental health“) kontinuierlich, in den letzten Jahren sogar rapide. Diese Prozesse werden durch die zentralen Problemlagen des gesellschaftlichen Wandels stimuliert. Hierzu gehören vor allem Globalisierung und Migration, demographischer Wandel, Beschleunigung des Alltags, Stressverdichtung in der Arbeitswelt, Mobilitätserhöhung, Individualisierung. Zu den wichtigen Fragen eines modernen Gesundheits(versorgungs)systems gehören neben der Reichweite, der Teilhabe, der Bedarfsgerechtigkeit vor allem die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Angebote und Interventionen. Dies gilt sowohl für die zunehmend wichtiger werdenden präventiven, gesundheitspädagogischen wie auch für die eher klassischen Angebote im korrektiven und rehabilitativen Bereich. Dabei spielen Ansätze der Teilhabe, des bürgerschaftlichen Engagements, des Empowerments, der Risikokompetenz und der Selbstregulation seit einigen Jahren eine besonders wichtige und unverzichtbare Rolle.

Durch verschiedene Faktoren (veränderte Krankheitsbilder, Ursachen und Häufigkeiten, Veränderungen betreffend der Zielgruppen durch z.B. demografische Entwicklungen), aber auch durch allgemeine gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen (z.B. demographischer Wandel, Digitalisierung, Migration) zeichnen sich für die Zukunft in Bezug auf Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen Veränderungen in den Bedarfssituationen bzw. dem Nachfrageverhalten der Klientinnen und Klienten ab.

Es ist zu erwarten, dass diese überregionalen Entwicklungen sich auch im Rheinisch-Bergischen Kreis auswirken und die hiesigen Bedarfe und Anforderungen genauso wie das Nachfrageverhalten der Bevölkerung verändern.

6.2 Projektauftrag

Aufgrund oben beschriebener Inhalte ergeben sich Fragestellungen zur Weiterentwicklung bzw. Veränderungserfordernissen in Bezug auf Zielrichtung, Wirkung und Form der Hilfsangebote bis hin zu den zur Verfügung stehenden und einzusetzenden Ressourcen und Methoden.

Die Verwaltung des Rheinisch-Bergischen Kreises wurde daher mit Beschluss des Kreistags vom 10.12.2015 beauftragt, die seit 01.07.2009 bestehenden Leistungs- und Finanzierungsvereinbarungen mit den v.g. freigemeinnützigen Trägern der Sozialpsychiatrischen Zentren sowie die seit dem 01.01.2010 bestehenden Vereinbarungen mit den Trägern der Hilfen für abhängigkeiterkrankte Menschen mit Wirkung zum 31.12.2016 zu kündigen.

Die vorsorgliche Kündigung der Leistungsverträge erfolgte nicht mit der Zielsetzung der Einsparung, sondern um die derzeitig vorgehaltenen Angebote gemeinsam mit den Trägern im Hinblick auf eine effektivere Aufgabenwahrnehmung zu überarbeiten und insbesondere auch die Aspekte Partizipation, Hilfe zur Selbsthilfe und Gesundheitsförderung stärker in den Fokus zu nehmen. Das Hilfesystem und dessen Finanzierung sollte auf Aktualität, Quantität und Qualität überprüft und auf der Grundlage der Ergebnisse entsprechende neue Finanzierungs- und Leistungsvereinbarungen mit den genannten Trägern erarbeitet werden. Die überarbeiteten und neu verfassten Vereinbarungen sollten zum 01.01.2017 abgeschlossen werden. (vgl. Rheinisch-Bergischer Kreis, 2015)

6.3 Projektumsetzung

6.3.1 „Praktisches Vorgehen“

Nach Kündigung der Verträge mit den Leistungsanbietern wurde den Projektteilnehmern in zwei Auftaktveranstaltungen am 21.12.2015 die Intentionen der Projekte und der Zeitrahmen vorgestellt und Projektgruppen für die jeweiligen Teilprojekte „Sucht“ und „Psychiatrie“ gebildet. Die nachfolgenden Treffen der Projektgruppen fanden i.d.R. von Januar bis Mai jeweils 14-täglich statt.

Die Projektgruppe „Sucht“ bestand aus je zwei Vertretern der Träger Caritas für den Rheinisch-Bergischen Kreis e.V., des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Lennep und des JobCenters Rhein-Berg, welches Kooperationsvereinbarungen mit den Trägern hat.

Die Projektgruppe „Sozialpsychiatrie“ setzte sich aus je zwei Vertretern der Träger der beiden sozialpsychiatrischen Zentren Die Kette e.V. und alpha e.V.. zusammen. Im weiteren Verlauf stieß auch hier das JobCenter Rhein-Berg hinzu, da auch zu diesem Zeitpunkt schon ein hohes Interesse bestand, mit dem Bereich Sozialpsychiatrie zukünftig ebenfalls Kooperationsvereinbarungen zu schließen.

Zunächst erfolgte in den jeweiligen Projektgruppen und Vor-Ort-Besuchen eine analysierende Zusammenstellung aller bereits bestehender Angebote im Kreisgebiet, deren Vernetzungen mit anderen Anbietern, sowie die Aufarbeitung der unterschiedlichen Unterstützungsweisen und der daraus resultierenden Abgrenzungen.

Hierbei ist festzuhalten, dass neben den sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) und Suchtberatungsstellen im Kreisgebiet weitere Einrichtungen, wie Krankenhäuser, Institutionsambulanzen, niedergelassene Ärzte (einschließlich der substituierenden Ärzte), Selbsthilfegruppen sowie Anbieter von ambulant und stationär betreutem Wohnen Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen sowie für abhängigkeiterkrankte Menschen anbieten (siehe Anhang).

In diesem Netzwerk halten gemäß dem gesetzlichen Auftrag die SPZ und Suchtberatungsstellen des Rheinisch-Bergischen Kreises in den verschiedensten Problembereichen umfassende Beratung, Begleitung und Vermittlung im Sinne eines fallführenden und -steuernden Case-Managements vor. Die Beratungsstellen und SPZ sind somit eine erste Anlaufstelle für betroffene Personen sowie deren Angehörige. Sie bieten einen Überblick und unterstützen beim Zugang in die verschiedensten öffentlichen Hilfesysteme, z.B. Schuldnerberatung, JobCenter, Jugendämter, (Fach-) Kliniken, Ärzte, Therapeuten, Selbsthilfegruppen usw.. Häufig findet in den Beratungsstellen eine erste Auseinandersetzung betroffener Personen und deren Angehöriger mit der eigenen Situation statt.

Ergänzend dazu wird die Bildung von Selbsthilfegruppen gefördert und für diese bei Bedarf eine fachliche Beratung ermöglicht. Auch die Koordinationsstelle des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, die Selbsthilfegruppen in der Organisation unterstützt, verweist u.a. auf die fachliche Beratung durch die Suchtberatungsstellen und SPZ.

Im Gegensatz zu diesem fachübergreifenden Beratungsansatz erfolgt bei den anderen Hilfeanbietern wie z.B. Kliniken, Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen etc. i.d.R. eine auf die jeweilige Indikation fokussierte Beratung und Behandlung.

6.3.2 Konzeptentwicklung unter wissenschaftlicher Begleitung

In den beiden Teilprojekten sollten in Zusammenarbeit mit Praxisvertretern und den Fachkräften des Gesundheitsamtes Leitlinien einer modernen, adäquaten Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen im regionalen Bezug auf den Rheinisch-Bergischen Kreis (RBK) erarbeitet und praxistauglich im Rahmen einer Konzeption mittelfristiger Dauer für ihre Umsetzung vorbereitet werden. In den Workshops erfolgte eine lösungsorientierte Diskussion der Inhalte und Vorschläge mit dem Ziel konsentierter Lösungen.

Auf Basis der oben beschriebenen Vorarbeiten der beiden Projektgruppen im Gesundheitsamt des Rheinisch-Bergischen Kreises fanden in den Teilprojekten Sucht und Psychiatrie je zwei Workshops unter der wissenschaftlichen Begleitung von Prof. Dr. Michael Klein, Leiter des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW, Köln, statt. In diesen wurden mit den Teilnehmern u.a. derzeitige und zukünftig veränderte Bedarfe der Klienten und mögliche Innovationen ausführlich erörtert. Dazu wurden vorhandene Modernisierungskonzepte (z.B. „Health in all Policies“, Agenda gegen Health Inequalities, Strategien zur selektiven und indizierten Prävention im Bereich „Mental Health“) im nationalen und internationalen Kontext recherchiert, die aktuelle wissenschaftliche Debatte komprimiert und den Fachkräften in der Region vorgestellt.

Es wurde weiterhin die zwingende Notwendigkeit der Integration von Wirksamkeitsfaktoren (hierzu zählen vor allem Maße der subjektiven Zufriedenheit, der Lebensqualität und der erreichten Veränderungen) in eine zukünftige steuerungsorientierte Dokumentation erarbeitet und übereinstimmend angenommen.

Die künftige Dokumentation soll Ergebnisse liefern, wo Handlungsbedarfe bestehen (z.B. zum Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen, Versorgungsstruktur etc.) und so zu einer effizienten Entscheidungsfindung und Hilfeplanung für das gesamte Kreisgebiet beitragen. Prinzipiell können im Bereich der Versorgung aus Sicht der Versorgungsforschung Über-, Unter- und Fehlversorgung bestehen. Diese gilt es zu identifizieren.

Die Ergebnisse der Dokumentation der Hilfeangebote sind somit in die Gesundheitsberichterstattung sowie die integrierte und partizipative Sozialplanung (Motiv Mensch) im Rheinisch-Bergischen Kreis einzubinden.

Anhand der wissenschaftlich fundierten Empfehlungen wurden Schwerpunkte für die Weiterentwicklung festgelegt, die in die Leistungsvereinbarungen einfließen und weitere, die im Rahmen des ab 2017 neu eingeführten Qualitätsdialogs (Kapitel 7.3) aufgegriffen werden sollen.

Die Zielkriterien wurden überarbeitet und neu strukturiert, um Instrumente zur Bemessung der Wirksamkeit der Angebote zu entwickeln. Im Rahmen der Dokumentation wird ein Sozialmonitoring etabliert, welches durch die Untere Gesundheitsbehörde des Rheinisch-Bergischen Kreises im Rahmen des Qualitätsdialoges gemeinsam mit den Trägern ausgewertet wird. Diese Ergebnisse sollen zur passgenauen Angebotssteuerung im Rahmen der Sozialplanung auf Kreis- und kommunaler Ebene beitragen.

Im Rahmen der Workshops wurde herausgearbeitet, dass unter Berücksichtigung bewährter Ansätze des Qualitätsmanagements eine zunehmend stärkere Orientierung auf Wirksamkeit und entsprechende Indikatoren (zur Generierung entsprechender Evidenzen bzw. Anwendung bereits evidenzgesicherten Wissens in den Bereichen der Hilfen für psychisch Kranke und Suchtkranke) erfolgen soll. Dies wird sowohl unter kurz- als auch langfristiger Perspektive zu verwirklichen sein.

Durch eine entsprechende kontinuierliche Evaluation soll zukünftig abgebildet werden können, ob

- (1) die Erreichbarkeit der Angebote für die Menschen des Rheinisch-Bergischen Kreises gegeben ist,
- (2) die Hilfen zu einer Verbesserung der Lebenssituation des Einzelnen – möglichst im erwünschten Lebensumfeld – beitragen und
- (3) in welcher Form eine stete Weiterentwicklung der Angebote sowie die Vernetzung der Hilfesysteme erreicht werden können.

Dies soll unter Berücksichtigung der finanziellen Ressourcen zu einer bedarfsgerechten Modernisierung und Weiterentwicklung des Hilfeangebots für die Bürgerinnen und Bürger des Rheinisch-Bergischen Kreises führen.

6.4 Ergebnisse der Workshops mit den Trägern

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Workshops mit den Trägern in den Bereichen Sozialpsychiatrie und Suchthilfe dargestellt. Hiervon fanden in jedem Bereich je zwei Workshops mit einer Dauer zwischen 2 und 3 Stunden in der Kreisverwaltung des Rheinisch-

Bergischen Kreis statt. Die Workshops waren methodisch als Fokusgruppen gestaltet. Dies bedeutete, dass vor dem Hintergrund einzelner zielbezogener Inputs jeweils ein Diskussionsprozess in der Gruppe mit dem Ziel der Klärung, Reflexion und ggfs. Konsentierung stattfand. Nicht alle in den Workshops diskutierten Inhalte erzielten Konsentierungen und können nicht zu kurzfristig umsetzbaren Innovationen führen. Manche der erörterten Inhalte und Zielvorstellungen sind nur unter langfristiger Perspektive umsetzbar.

6.4.1 Sozialpsychiatrie

Der erste Workshop im Bereich der Sozialpsychiatrie fand am 31.05.2016 statt.

Leitthema: Von den bisherigen Angeboten zu den Künftigen. Neuausrichtung der Dienste heißt die vorhandenen Stärken und Qualitäten evaluieren, sichern und geeignete Innovationen auf den Weg bringen. Woher kommen die Begründungen für die Notwendigkeit der Neuerungen? Empirische evidenzbasierte Herleitung einschl. Expertenkonsens.

Zentrale Themen und Vorschläge der Sitzung waren:

- (1) Innovation und Modernisierung (Bedarfsgerechtigkeit der Maßnahmen)
- (2) Qualität (Ergebnismessung, Outputorientierung)

Ad 1: Die notwendigen Innovationen und Modernisierungen im Rheinisch-Bergischen Kreis sollen aufgrund des weitgehenden noch nicht Vorhandenseins belastbarer Daten durch Expertenkonsens erhoben und konsentiert werden. Die Fragestellungen orientieren sich an der „Versorgungsoptimierungsmatrix“: Erreichungsquote, Beziehungskontinuität, Morbidität, Effektivität der Hilfen. Dadurch soll eine Neuausrichtung der Hilfen vor dem Hintergrund der Bedarfsgerechtigkeit geschehen. Dafür werden Ideen und Vorschläge gesammelt.

Ad 2: Erhebung wirksamkeitsorientierter Daten aus der laufenden Versorgungspraxis.

Input Zielvorgaben: Mit minimalem Aufwand maximale Informationen gewinnen („Messung in der Breite“).

Routineerhebungen ab 2017:

Als Methode zur Erhebung wird ein kompaktes Standardscreeninginstrument für alle Klientinnen und Klienten entwickelt und zum Einsatz gebracht. Es soll wenige Variablen (max. 10 pro Fall) umfassen und dabei eine große Breite als Messbereich abdecken. Dafür geeignet sind subjektive Lebenszufriedenheitsangaben, vor allem in den Bereichen: Arbeit, Familie, Beziehungen, Wohnen, Gesundheit, Finanzen. Diese Quality of Life –Daten (QoL) sollen bei

allen Klienten, die in den Sozialpsychiatrischen Hilfsangeboten beraten und versorgt werden erhoben und gemessen werden (außer im niedrigschwelligen Bereich – Kontaktstelle wo lediglich Besuchsfrequenzen und Weitervermittlungsquoten dokumentiert werden).

Als Querschnittsmessung soll dauerhaft ein grobes Feedback zur Klientenzufriedenheit erhoben werden. Durch wiederholte Messungen (längerfristig, d.h. ab 2017) können Zeitreihen erhoben und dadurch Verläufe und Trends deutlich gemacht werden.

Die Outputqualität könnte durch veränderungsbezogene Fragen (und später echte Katamnesen) erhoben werden:

- (1) „Wie beurteilen Sie Ihre heutige Lebensqualität im Unterschied zu der vor einem Jahr?“
Längerfristige Analysen durch Messwiederholungen mit pseudonymisierten Klientencodes.
- (2) Zusätzliche Maßnahmen zur Verbesserung und Vertiefung der Datenqualität: Bei stichprobenartig auszuwählenden Klientinnen und Klienten Zusatzstudien („Messung in die Tiefe“) mit interessierenden Variablen durchführen, z.B. zu Bedarfen, Servicefeedback, persönlichen Problemlagen, Behandlungskarrieren, weitergehende Hilfewünsche, Elternschaft und Kindesentwicklung. Dabei sollte quantitative oder qualitative Untersuchungsmethodik angewandt werden.

Der zweite Workshop im Bereich der Sozialpsychiatrie fand am 05.07.2016 statt.

Leitthema: Modernisierung und Innovationen. Konsequenzen für die Praxis im Rheinisch-Bergischen Kreis

Durch die ausführlichen Analysen, Interviews und Besuche im Vorfeld sowie den ersten Workshop zum Themenbereich „Sozialpsychiatrie“ im Rheinisch-Bergischen Kreis wurde einerseits klar, dass bereits jetzt eine Arbeit auf fachlich hohem Niveau geleistet wird, und dass andererseits – auch deshalb – eine kontinuierliche Evaluation und Weiterentwicklung dieser Arbeit besonders notwendig ist. Auch in der Vergangenheit wurden schon wiederholt wichtige Innovationen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung der Klientel angestoßen. Dies soll durch ein neues Datenerfassungssystem jedoch besser dokumentiert und abgebildet werden, so dass empirisch gestützte Analysen zu differentiellen Fragestellungen und zur Wirksamkeit der Hilfen durchgeführt werden können.

Zunächst wurden im zweiten Workshop vor dem Hintergrund der derzeitigen fachlichen Diskussion zur Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Hilfen in Kommunen und Kreisen Themen identifiziert, die unter Innovationsaspekten längerfristig verfolgt werden sollten.

Die prioritären Themen beziehen sich sowohl auf Klientengruppen, als auch auf Interventionsmethoden.

- 1) Z.B. sollen Hilfen für bisher schwer erreichbare chronisch psychisch kranke Menschen entwickelt werden. Beispielhaft kann hier die Gruppe der sogenannten „Nesthocker“ genannt werden. Menschen mit chronischen psychischen Problemen, die bei den Eltern leben und versorgt werden und drohen unversorgt zu werden, wenn die Eltern altern. Hierfür sollen neue Zugänge (familienbasiert, ressourcenorientiert) geschaffen werden. Vernetzung mit anderen Hilfsdiensten, wie ambulante und stationäre Pflegedienste, WFBM, Hausärzte soll dabei eine große Rolle spielen.
- 2) Die fachliche Arbeit mit älteren Klientinnen und Klienten soll vor dem Hintergrund des demographischen Wandels weiterentwickelt und verstärkt werden.
- 3) Ein besonderes Augenmerk soll auf die Verstärkung der Erreichung der Erstauffälligen (besonders im jungen Alter) gerichtet werden. Hierfür ist eine verstärkte, nachhaltige Kooperation mit der Jugendhilfe wünschenswert.
- 4) Hilfen für Migrantinnen und Migranten mit psychischen Problemen sind zu diskutieren dabei insbesondere Schaffung neuer Zugänge zur Klientel unter Berücksichtigung vorhandener Modellprojekte (z.B. MIMI) und Konzepte (z.B. Familienzugang).

Diese Personengruppe sollte hinsichtlich der Entwicklung eines Hilfebedarfes erst genauer beobachtet und geprüft werden. Entsprechende Ansätze können bei gegebenem Bedarf dann entwickelt und ausgebaut werden. Hierfür können Erfahrungen aus derzeit noch laufenden oder in Kürze beginnenden Modellprojekten des Bundes oder Landes genutzt werden.

In Bezug auf Interventionsmethoden wurde festgestellt:

- (1) Die Beratungsprozesse sollen weiterhin auf der Basis kontinuierlicher psychosozialer Diagnostik gestaltet werden.
Die Qualität der Dokumentationssysteme und der Effizienzuntersuchungen soll erhöht werden.
Die Qualifikations- und Weiterbildungsrountinen in den Einrichtungen stellen sicher, dass die Fachkräfte sich jeweils auf aktuellem Wissens- und Kompetenzniveau befinden, z.B. bei der Nutzung elektronischer Medien in der Beratung und Diagnostik.
- (2) Für die Beratung der Betroffenen und deren Angehörige sollen psychoedukative Gruppen angeboten werden. Dafür sollten psychoedukative Gruppenmaterialien adaptiert bzw. entwickelt werden, die über psychische Erkrankungen alltagsnah informieren. Ziel sind Betroffene und Angehörige mit verbesserter Krankheits- bzw. Gesundheitsmündigkeit im psychischen Bereich („Mental Health Literacy“).
- (3) Die Angebote in Bezug auf psychisch Kranke sollte mit Blick auf eine stärkere Familienorientierung (und damit auch transgenerationale Orientierung) entwickelt werden. So soll Frühintervention bei jungen Erwachsenen und Aufklärung und Sensibilisierung in der Bevölkerung erreicht werden. Die Einbeziehung der Familie kann hilfreich sein bei der Hilfeanbahnung oder den Betroffenen den Zugang zu den Hilfen zu erleichtern (z.B. beim „Nesthockersyndrom“, bei besonders köhäsiven Migrantenfamilien).
- (4) Es sollte eine stärkere Nutzung elektronischer Medien, wie Online-Angebote und Smartphone Applikationen genutzt werden. (vgl. Klein et al., 2016) Dies kann auch in Form von Modellprojekten geschehen. Dadurch sollen zum einen Erreichbarkeit und Reichweite der Klientinnen und Klienten wie auch der Hilfen optimiert werden, zum anderen Effizienz gesteigert und Arbeitsressourcen optimiert werden.
- (5) Generell sollte die Automatisierung von Arbeitsprozessen in Bezug auf die Interventionsmethoden stärker angegangen werden, um Ressourcen für Innovationen in anderen prioritären Bereichen und Reichweitenoptimierung freizusetzen. Hierzu ist allerdings zunächst eine Sensibilisierung und Informationsvermittlung zur Frage, wie die digitalisierte Arbeitswelt („Arbeitswelt 4.0“; vgl. Apt et al., 2016) sich auch in diesem Bereich vermutlich auswirken wird, wünschenswert. Die Erprobung und Umsetzung neuer Arbeitsprozesse und -methoden kann auch zunächst in Modellprojekten geschehen.

6.4.2 Ergebnisse im Bereich Suchthilfe

Der erste Workshop im Bereich der Suchthilfe fand am 06.06.2016 in der Kreisverwaltung des Rheinisch-Bergischen Kreises statt.

Leitthema: Von den bisherigen Angeboten zu den Künftigen.

Neuausrichtung der Dienste heißt die vorhandenen Stärken und Qualitäten evaluieren, sichern und geeignete Innovationen auf den Weg bringen. Woher kommen die Begründungen für die Notwendigkeit der Neuerungen? Empirische evidenzbasierte Herleitung einschl. Expertenkonsens.

Zentrale Themen und Vorschläge für den ersten Workshop:

(1) Innovation und Modernisierung (Bedarfsgerechtigkeit der Maßnahmen)

Die notwendigen Innovationen und Modernisierungen im Rheinisch-Bergischen Kreis sollen aufgrund des weitgehenden nicht Vorhandenseins belastbarer Daten durch Expertenkonsens erhoben und konsentiert werden. Die Fragestellungen orientieren sich an der „Versorgungsoptimierungsmatrix“: Erreichungsquote, Beziehungskontinuität, Morbidität, Effektivität der Hilfen. Dadurch soll eine Neuausrichtung der Hilfen vor dem Hintergrund der Bedarfsgerechtigkeit und der bestehenden Angebote geschehen.

(2) Qualitätsbeurteilung der Maßnahmen (Ergebnisqualität, Output, Reichweite, Nachhaltigkeit). Der Diskussionsprozess im Bereich der Suchthilfe zeigte hierbei große Ähnlichkeit mit dem für die Sozialpsychiatrie. Daher werden die Ergebnisse nur in Kürze referiert und ansonsten auf das vorherige Kapitel zur Evidenzbasierung verwiesen.

Der Input lautete auch hier, mit minimalem Aufwand maximale Informationen zu gewinnen („Messung in der Breite“). Da bisher keine belastbaren Daten zur differentiellen Wirkungseinschätzung und Outputqualität der Suchthilfe vorliegen, sollen wie im Workshop der Sozialpsychiatrie Routineerhebungen ab 2017 im Rheinisch-Bergischen Kreis begonnen werden. Als Methode wird hierfür ein ähnliches kompaktes Standardscreeninginstrument zur Lebenszufriedenheit entwickelt und soll bei allen Klientinnen und Klienten die in der Suchthilfe beraten werden vor allem in den Bereichen: Arbeit, Familie, Beziehungen, Wohnen, Gesundheit, Finanzen erhoben und gemessen werden (außer im niedrighwelligen Bereich, wo lediglich Besuchsfrequenzen und Weitervermittlungsquoten dokumentiert werden). Mögliche Fragen könnten z.B. sein: „Wie beurteilen Sie Ihre heutige Lebensqualität im Unterschied zu der vor einem halben Jahr?“ (vierteljährliche Erhebung). Dadurch sind längerfristige Analysen durch Messwiederholungen mit anonymisierten Klientencodes möglich. Durch wiederholte Messungen werden Zeitreihen erhoben, so dass dadurch Verläufe und Trends analysiert werden können.

Die Outputqualität könnte noch durch veränderungsbezogene Fragen (und später im Bereich der Suchtberatung „echte“ Katamnesen hinsichtlich Abstinenz und Konsumreduktion) erhoben werden.

Zur Verbesserung und Vertiefung der Datenqualität könnten später zusätzliche Messungen z. B. bei stichprobenartig ausgewählten Klienten zu relevanten Fragestellungen durchgeführt werden. Derartige Studien können über Modellprojekte oder wissenschaftliche Abschlussarbeiten (z.B. Master-Thesen) an Hochschulen durchgeführt werden.

Der zweite Workshop im Bereich der Suchthilfe fand am 11.07.2016 statt. Auch hierbei wurden – wie zuvor im Bereich der Sozialpsychiatrie – Prioritäten zur Innovation herausgearbeitet und konsentiert.

Durch die ausführlichen Analysen, Interviews und Besuche im Vorfeld sowie den ersten Workshop zum Themenbereich „Suchthilfe“ im Rheinisch-Bergischen Kreis wurde einerseits klar, dass überwiegend bereits eine Arbeit auf fachlich hohem Niveau geleistet wird, und dass andererseits – auch deshalb – eine kontinuierliche Evaluation, Evidenzbasierung und Weiterentwicklung dieser Arbeit notwendig ist. Auch hier wurden im Vorfeld die zu priorisierenden Themen unter fachlichen Aspekten herausgearbeitet.

In Bezug auf die Klientengruppen wurde festgestellt, dass

- (1) Beratung von Menschen mit problematischem Medienkonsum und süchtigem Online-Verhalten (Einzel- und Gruppenkontext; ggf. auch online und in Selbsthilfeform). Dieser Ansatz soll im ganzen Kreisgebiet erreichbar sein bzw. angeboten werden. Der Caritasverband führt bereits ein entsprechendes Projekt bis Februar 2017 durch. Das könnte auf den gesamten Kreis ausgeweitet werden. Insofern bietet sich zunächst die weitere Sicherstellung der schon begonnenen Beratungsarbeit nach Abschluss des Projekts der Caritas RheinBerg an. Die Arbeit soll auch Jugendliche und junge Erwachsene mit Online-Glücksspielproblematik umfassen. Insgesamt geht es darum, möglichst vielen betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen frühinterventive und präventive Hilfeangebote für alternatives Verhalten zu machen, so dass sich deren Problemlagen nicht chronifizieren und verstärken.
- (2) Ausbau von Hilfen für Personen mit pathologischem, abhängigem Glücksspielverhalten (insbesondere Automatenspielen, aber auch Online-Spieler. (siehe Abschnitt (1)) Erster Schritt hierbei ist die verstärkte Einzelberatung, die in wenigen Einzelfällen schon geleistet wird. Längerfristig sollte ein Gruppenangebot (ggf. auch in Form einer Selbsthilfegruppe für Spieler) im Kreisgebiet angestrebt werden.
- (3) Die fachliche Arbeit mit älteren Suchtkranken (z.B. Medikamentenabhängigkeit, riskanter Alkoholkonsum, chronifizierte Suchterkrankung) soll vor dem Hintergrund des demographischen Wandels weiterentwickelt und verstärkt werden. Auch hier wird Vernetzung mit anderen Diensten, z.B. Hausärzten, gerontopsychiatrische Einrichtungen, ein wichtiger Bestandteil der Hilfen.
- (4) Intensivierung der schon gut ausgebauten Angehörigenarbeit unter Berücksichtigung der laufenden Ist-Analysen: Kinder aus psychisch und suchbelasteten Familien werden bereits in Bergisch Gladbach durch „Kids & Co“, Kath. Erziehungsberatung unterstützt.
- (5) In Bezug auf Migranten mit Suchtproblemen sollte zunächst in 2017 eine Bedarfserhebung stattfinden. Dann kann bei nachweisbarem Bedarf und Zugangswegen zum Hilfesystem die Entwicklung von Beratungs- und Vermittlungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund. (ggf. Projektinitiierung über Drittmittel) erfolgen

Weitere innovative Projekte im Hinblick auf einzelne Klientengruppen sollten sich nach kontinuierlichen Bedarfsermittlungen ergeben.

Im weiteren Verlauf des Workshops wurden auch die prioritären methodischen Innovationen erörtert.

Neben den Angeboten für verschiedene Zielgruppen sollten in der Arbeit der Suchtberatung methodische Innovation verwirklicht werden, um die Evidenz der Hilfen zu stärken. Dies betrifft folgende Bereiche:

Gruppenangebote für Suchtkranke und Angehörige sollen im Rheinisch-Bergischen Kreis gestärkt und weiterentwickelt werden. Die bereits bestehenden Orientierungsgruppen zur Motivation und die Angehörigengruppe im Rahmen des Beratungsangebotes soll bei Bedarf ausgebaut werden. Gruppen bieten den Vorteil, dass größere Zahlen von Klientinnen und Klienten erreicht und versorgt werden sowie spezielle Gruppenprozesse initiiert und vertieft werden können, wobei insbesondere psychoedukative Inhalte über diesen Weg optimal zu vermitteln sind. Auch für Motivierung und Frühintervention sind Gruppenangebote besonders geeignet. Dafür sollten vorhandene psychoedukative Gruppenmaterialien adaptiert bzw. bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Ziel ist die alltagsnahe Information und Erreichen von Krankheitsmündigkeit („Mental Health Literacy“) der Klienten/Angehörige. Diese Materialien und Angebote sollen bedarfs- und klientengerecht vorgehalten werden (z.B. in Form von audiovisuellen Online-Materialien zur Psychoedukation).

Neben den Orientierungsgruppen wird für noch nicht manifest abhängige Klientinnen und Klienten SKOLL (Selbstkontrolltraining) angeboten. Probleme der regionalen Erreichbarkeit der Standorte der Hilfen sollten nach weiterer Analyse der jetzt zu erhebenden Daten bei Bedarf mit Fahrdiensten, Anpassung der Standorte, Onlineangeboten, den problemlösenden Erfahrungen an anderen strukturähnlichen Orten gelöst werden.

Steuerung der Beratungsprozesse, Implementierungsprozesse

Hierunter wird vor allem die Erreichung des Ziels verstanden, Suchtberatungsprozesse evidenzbasiert zu gestalten und die Weiterentwicklung der Hilfen bedarfsgerecht und passgenau sicherzustellen. Es bedeutet im Einzelnen, dass die optimale Zahl der Beratungskontakte fall- und zielbezogen angemessen und wirksam ist. Der Beratungsprozess sollte sich dabei nach den Prinzipien des „stepped-care“ gestalten, d.h. so viele Kontakte wie nötig und so wenige wie möglich.

Insgesamt sollten in der künftigen Fallsteuerung und bei den in Zukunft notwendigen Implementierungsprozessen innovative Methoden, wie z.B. Kurzinterventionen, motivierende Interventionen, Psychoedukation, Kriseninterventionen und zieloffene Beratungen, schwerpunktmäßig als evidenzbasierte Verfahren gefördert werden. Da eine fundierte, evidenzbasierte Beratung nicht ohne begleitende psychosoziale Diagnostik (auch EDV-gestützt, z.B. zur Motivations- und Zieldiagnostik, Screening für Komorbidität) geschehen kann, sollten die entsprechenden Kompetenzen und Instrumente weiterentwickelt und nachhaltig verankert werden.

Optimale Beratungsprozesse münden bisweilen in direkte Verhaltensveränderungen, oft auch in Überleitung zu anderen Interventionen. Bei aller zunehmenden Heterogenität der Zielgruppen der Suchtberatung im Rheinisch-Bergischen Kreis sollte die Beratung auf der Basis nachvollziehbarer, transparenter und evidenzbasierter Steuerungskriterien erfolgen. Dies soll auch die Gesamteffizienz der Prozesse optimieren.

Im Einzelnen umfasst dies die Steuerung der Zahl der Kontakte und die Entwicklung weiterführender Ziele und ggf. Weitervermittlung in andere Hilfen (Entzug, Entwöhnung, Erziehungsberatungsstelle, ambulante Psychotherapie, Substitution, Schuldnerberatung usw.).

Der bereits durch die Suchtberatungsstellen im Rheinisch-Bergischen Kreis angewandte Kerndatensatz wurde überarbeitet und ab dem Jahr 2017 eingeführt. Er soll für die zukünftige Dokumentation und ggf. weiterer notwendiger Dokumentationsdaten die Grundlage für eine evidenzbasierte Gestaltung und Steuerung der Suchtberatungsfälle für die Zeit ab 2018 bilden.

Es werden die Beratungsfälle im Rheinisch-Bergischen Kreis weiterhin mit dem (dann überarbeiteten) KDS erhoben, um eine Baseline für die Folgejahre zu ermitteln. Ebenso wird die Zufriedenheitsbefragung der Klientinnen und Klienten ab 2017 durchgeführt.

Die wichtigsten Anforderungen an den KDS sind die Erhebung und Auswertung der Falldaten unter Berücksichtigung folgender Variablen:

Alter, Geschlecht, Erwerbs- und Migrationsstatus, Wohnplatz im Rheinisch-Bergischen Kreis (nach neuem Erfassungssystem), vorherige Beratungen und Behandlungen, Beginn und Ende der Beratung (Dauer und Frequenz der Kontakte), weiterführende Empfehlungen und Vermittlungen, Lebenssituation (Partner, Kinder, Arbeit), substanzbezogene Probleme (Abhängigkeit und Missbrauch von welchen Substanzen), Ersteintritt der Erkrankung, zusätzliche psychosoziale Maßnahmen.

Bei Überhängen der Beratungen über ein Kalenderjahr muss die Dauer der Beratung und die Gesamtanzahl der Beratungssitzungen pro Jahrgang valide erfasst werden.

Priorisierung: Die Beratungsleistungen werden nach Intensität, Krisen, Risikogruppen und Innovationen priorisiert. Solange keine Wartezeiten entstehen, ist dies problemlos. Ergeben sich Wartezeiten, werden im Rahmen des Qualitätsdialogs in Absprache mit dem Gesundheitsamt Lösungen erarbeitet.

Beispiele für mögliche Priorisierungen bei Beratungseingängen sind, wie auch bisher schon umgesetzt:

- ⇒ Krisen (vorrangig) (für offene Sprechstunden)
- ⇒ Erstauffällige, Erstkontakte
- ⇒ Familie mit Kindern
- ⇒ Jugendliche und junge Erwachsene (z.B. mit Cannabis, NPS, ADHS)
- ⇒ Glücksspielsüchtige (mit Ausweitung auf Online-Probleme)

6.4.3 Sektorenübergreifende Innovationen

Im Verlauf der Workshops mit den Fachkräften der freien Träger und den Vertretern des Gesundheitsamtes konnten auch zahlreiche Bedarfe ermittelt werden, die sowohl für die Sozialpsychiatrie als auch für die Suchthilfe relevant und prioritär sind. Diese können daher als sektorenübergreifend verstanden werden.

Hierzu zählen:

- (1) Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit
- (2) Abbau von zugangerschwerenden Stigmatisierungen
- (3) Stärkere Nutzung elektronischer Medien und Online-Ressourcen
- (4) Vermeidung von Chronifizierungsprozessen durch verstärkte Frühinterventionen
- (5) Verbesserte Formen der Dokumentation

- (6) Stärkung und Psychoedukation der Angehörigen, Ausbau der familienorientierten Hilfen und Interventionsansätzen
- (7) Entwicklung neuer Arbeitsformen zur Automatisierung von Routineaufgaben und Erhöhung der Effizienz
- (8) Intensivierung des Kooperationsmanagements, z.B. mit der Jugendhilfe, der Kreisärzteschaft, den Krankenhäusern, der Arbeitsagentur.

Insbesondere im Bereich der Digitalisierung und Elektronisierung werden in Zukunft erhebliche Innovationen geschehen, die sich auf auch gesundheitliche und soziale Dienstleistungen auswirken. Auch für sozialpsychiatrische und suchtbetonte Hilfen werden Beratungs- und Hilfeleistungen mit veränderter Methodik entwickelt werden, die einerseits einen optimierten Personaleinsatz (z.B. Fokussierung auf Kriseninterventionen, Reduktion von automatisierbaren Routineaufgaben), andererseits auch neue Formen der Psychoedukation und des Verhaltenstrainings möglich machen werden. Als besonders aussichtsreich gilt die klientenorientierte Kombination aus personalen Interaktionen und bildenden sowie übenden Verfahren mit digitalen Medien, dem sogenannten „blended counselling“ (vgl. Klein et al, 2016).

6.4.4 Zusammenfassende Modifikation der Angebote

Anhand der in den Arbeitsgruppen und Workshops eruierten Themen wurden, unabhängig von der Baseline-Erhebung, bereits Schwerpunkte für die Weiterentwicklung der Hilfen ab 2017 festgelegt. Diese basieren somit auf Expertenurteilen in Konsensusprozessen.

Bei allen Angeboten wird die Unterstützung von Betroffenen mit Angehörigen (insbes. mit Kindern) sowie Erstauffälligen, vor allem im jungen Alter, und die damit einhergehende Kooperation mit der Jugendhilfe weiterhin intensiv verfolgt.

Die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung und Kooperation soll im Sinne eines präventiven Ansatzes zum einen zur Entstigmatisierung von psychischen und Suchterkrankungen und somit zur Sensibilisierung der Bevölkerung beitragen, Hemmschwellen beim Zugang zu den Hilfen abbauen und zu einer früheren Inanspruchnahme von niederschweligen Beratungs- und Vermittlungsmöglichkeiten führen, um im Rahmen von Frühinterventionen Resilienzen fördern und Chronifizierungen entgegenwirken zu können. Zum anderen sollen Abschlüsse von verbindlichen Kooperationsvereinbarungen z.B. mit der Jugendhilfe und anderen mit der Hilfe von beeinträchtigten Personen befassten Hilfen dazu beitragen, die Effizienz der Hilfen zu steigern.

Weiter soll die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, den inklusiven Ansatz zu stärken und synergetische Effekte schaffen, indem auch gezielt Vereine und andere, bislang nicht für das Themenfeld sensibilisierte Verbände sich zunehmend für die betroffenen Personenkreise öffnen und gegebenenfalls dem jeweiligen Personenkreis entsprechende Angebote geschaffen werden können.

Das bürgerschaftliche Engagement soll gefördert werden und ebenfalls zur Entstigmatisierung, Prävention und Früherkennung von psychischen und Suchterkrankungen beitragen. Die psychoedukative Arbeit soll – wo möglich – intensiviert werden, um Beratungskapazitäten freisetzen zu können. Dabei soll auch die Möglichkeit des Einsatzes neuer Medien geprüft und bei Eignung umgesetzt werden.

Diese Maßnahmen werden anhand der Dokumentation kontinuierlich geprüft, ggfs. werden abgestimmte Maßnahmen entwickelt und/oder Empfehlungen an andere Fachbereiche formuliert.

6.5 Herausforderungen

Bezüglich der weiteren Ausgestaltung der Hilfen zur Grundversorgung für die benannten Zielgruppen waren Landesvorgaben und (Qualitäts-) Vereinbarungen mit dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) für verschiedene Hilfen, z.B. für die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) in Bezug auf die Kontakt- und Beratungsstellen, und Voraussetzungen für die Landesförderung der Suchtberatungsstellen mit zu berücksichtigen, um auch deren Finanzierungsanteile für die Angebote in Kreisfinanzierung weiterhin sicherstellen zu können. Eine Verbindung persönlicher und gesamtgesellschaftlicher Faktoren sollte hier vor dem Hintergrund der biopsychosozialen Ätiologiemodelle psychischer Störungen erfolgen, um zum einen Aussagen zur Wirkung auf die individuelle Situation in familiären und sozialen Zusammenhängen (z.B. Sicherung und Förderung der persönlichen Gesundheit, des sozialen Status etc.) und zum anderen Aussagen zur Wirkung auf die für die Gesellschaft relevanten Punkte wie z.B. Kostenminimierung von Sozialleistungen treffen zu können (z.B. Reduktion von Krankenhaus-, bzw. Heimaufnahmen, Renteneintritt, Arbeitsaufnahme etc.). Auch sollte abgeklärt werden, inwieweit andere Anbieter ähnliche Leistungen im Kreisgebiet vorhalten, so dass Synergien genutzt bzw. intensiviert werden können.

7 Ergebnisse

Im Bereich der Sozialpsychiatrie sollten dementsprechend die bereits in Angriff genommenen Innovationen im Bereich der Hilfen für junge und ältere psychisch kranke Menschen weiter intensiviert werden.

Im Bereich der Suchthilfe sind u.a. die Hilfen für Menschen mit Verhaltenssuchtproblemen (Glücksspielsucht, Internetsucht) und mit Medikamentenabhängigkeit zu intensivieren. Die bisweilen noch vorherrschende Dominanz des Abstinenzgebots als Behandlungsziel zugunsten zieloffener Suchtbehandlung flexibilisiert und differenziert werden, was z.T. schon umgesetzt wird, (z.B. SKOLL). Ein ausführlicher Überblick zu den Innovationsbedarfen erfolgt in den Ergebnisberichten der innovationsorientierten Workshops mit den Fachkräften im Folgenden.

Nach Analyse und Differenzierung des kontinuierlich in Abstimmung mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) sowie dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) durch die Träger weiterentwickelten aktuell bestehenden Angebots erfolgt unter Berücksichtigung fachlicher Standards eine punktuelle Neuausrichtung nach fachlich praktikablen, wissenschaftlich fundierten Standards und ökonomischen Gesichtspunkten. Hierbei werden neben einem präventiven und resilienzfördernden Ansatz (z.B. verstärkter Fokus auf Familien bzw. Mehrgenerationenperspektive und beeinträchtigte Menschen mit Kindern, Erreichung von Erstauffälligen) auch demografische Aspekte (z.B. sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung, steigende Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund) sowie die Förderung der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements berücksichtigt.

7.1 Sozialraumorientierte Erfassung

Bisher wurde lediglich die Postleitzahl der Klientinnen und Klienten erfasst, so dass keine Korrelationen zwischen Versorgung, Nachfrage, regionaler Herkunft der Klienten und Prävalenzen zu eruieren waren. Um eine bessere Auswertung gewährleisten zu können, soll nunmehr eine kleinräumigere Erfassung der Sozialdaten erfolgen, um Versorgung und Hilfen adäquater planen zu können. Die Erfassung nach den 87 in der Sozialplanung neu definierten Wohnplätzen stellt daher eine notwendige Weiterentwicklung dar.

Da die Anonymität der Hilfesuchenden in den niedrigschwelligen Angeboten, in denen der Vertrauensschutz der Besucher eine große Rolle spielt, eine hohe Priorität hat, ist eine kleinräumige Erfassung nicht vorgesehen.

Die Berichterstattung der Träger soll der Verwaltung die Möglichkeit bieten, im zukünftigen Qualitätsdialog die Hilfsangebote steuern zu können.

7.2 Dokumentation/Monitoring

Unter der wissenschaftlichen Begleitung wurde gemeinsam mit den Trägern eine anonymisierte standardisierte Dokumentation entwickelt. Diese ermöglicht zukünftig sowohl Aussagen zum sozialen Umfeld, zu den Veränderungen im Leben der Betroffenen im Zusammenhang mit der Nutzung der Hilfeangebote als auch u.a. zu der räumlichen Herkunft der Hilfesuchenden, Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Weitervermittlung und der Zielerreichung treffen zu können. Hierdurch soll eine fundierte Grundlage zur Qualitätssicherung und Evaluation geschaffen werden, die die erwartete Zunahme der Anfragen im Bereich Sucht und Psychiatrie erfasst, überprüft und so die Notwendigkeit von Bedarfsentwicklungen zukünftig möglichst konkret und differenziert abbildet.

Schon im Jahr 2015 berichteten die psychosozialen Beratungsstellen über eine kontinuierliche Zunahme der Beratungsanfragen und auch zukünftig wird mit einer weiter steigenden Nachfrage gerechnet. Dies liegt nach Rückmeldung der Fachkräfte u.a. an einer zunehmenden Bereitschaft der Betroffenen zur Hilfeannahme bei psychischen Störungen.

Erwartet wird auch ein Anstieg der Beratungsanfragen im Bereich Sucht bei problematischem Medienkonsum und süchtigem Onlineverhalten. Bei gleichbleibend hohen Konsumquoten von Alkohol und Cannabis ist auch zukünftig nicht mit einem Rückgang der Anzahl an Hilfesuchenden zu rechnen.

Darüber hinaus ist sowohl bei psychischen Störungen als auch bei Suchtstörungen, mittel- und längerfristig vor dem Hintergrund der stark gestiegenen Zahl von Flüchtlingen und Zuwanderern mit Traumafolgestörungen mit einem zunehmenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu rechnen.

Bei regel- und dauerhaftem Einsatz des neuen Dokumentationssystems ist damit erstmalig eine Trend- und Verlaufsanalyse möglich.

Der Aspekt der Automatisierung bezieht sich auch auf die verwendeten Dokumentationssysteme im Kreisgebiet. Diese sollten vor dem Hintergrund der Dokumentationsanforderungen vereinheitlicht und standardisiert und mit der Effektmessung harmonisiert werden. Vor dem Hintergrund des bereits erreichten hohen fachlichen Niveaus der Arbeit ist es besonders wichtig, die Qualität dieser Arbeit auch wissenschaftlich erfassen und bewerten zu können. Dafür wird ab 2017 ein Modell zur Erfassung relevanter soziodemographischer

Daten, Verlaufs- und Ausgangsdaten sowie Zufriedenheitsurteile der Klientinnen und Klienten eingeführt. Darüber hinaus initiiert der Rheinisch-Bergische Kreis einen kontinuierlichen Qualitätsdialog mit den Trägern der Hilfen, um die Weiterentwicklung der Hilfen zu begleiten.

Betont werden muss hier nochmals die Verzahnung zwischen dem in der Sozialplanung entwickeltem sogenannten Wohnplatztool (siehe Sozialplanung im Rheinisch-Bergischen Kreis) und der fortentwickelten Dokumentation für den Bereich der niederschweligen Hilfen und der Beratung in den SPZ und Suchtberatungsstellen. Durch diese integrierte Erfassung im Zusammenhang mit den differenzierten Kriterien der Dokumentation können kontinuierlich und langfristig Zusammenhänge zwischen Erkrankungs- und Versorgungsprävalenzen einerseits und Beratungsfrequenzen andererseits analysiert werden.

Die Dokumentation wird ergänzt durch Zufriedenheitsbefragungen der Klientel, der als weiterer Baustein einer zukünftigen Wirksamkeitsanalyse anzusehen ist.

Die Dokumentationen werden dem Gesundheitsamt jeweils am Ende des Quartals als Leistungsnachweis vorgelegt. Der von den Trägern zu erstellende Halbjahresbericht und ein ausführlicher Jahresbericht zu Beginn des Folgejahres werden dabei durch eine fachliche Bewertung ergänzt.

Diese Daten fließen in den neu gestalteten Qualitätsdialog zur kontinuierlichen kreisweiten, empirisch fundierten Hilfeplanung ein.

Da bislang für den Rheinisch-Bergischen Kreis, aber auch landes- und bundesweit, kaum verwertbare evidenzbasierte Daten für eine wirksamkeitsorientierte Steuerung niedrigschwelliger Hilfen und von Beratungsleistungen vorliegen, wurde in den Workshops und in Abstimmung mit der Leitung des Gesundheitsamtes die Vereinbarung einer initialen Baseline-Erhebung im Jahr 2017 getroffen.

Dies soll als Basis u.a. für die Zielüberprüfung möglicher Modifikationen (z.B. die Intensivierung der Kooperation mit der Jugendhilfe und mit den für den Einzelfall relevanten Einrichtungen, den Ausbau der Hilfen für Menschen mit problematischem Medienkonsum, die Intensivierung der Öffentlichkeits- und Gruppenarbeit) und auch für das Finanzcontrolling ab 2018 dienen. So können Risikogruppen erfasst, „Brennpunkte“ ermittelt und Priorisierungen für die Modifikation der Angebotsstruktur vorgenommen werden. Dadurch kann die Passgenauigkeit und Bedarfsgerechtigkeit der Angebote prinzipiell erhöht und verbessert werden.

Zugleich fließen die Ergebnisse dieser kontinuierlichen Dokumentation und Evaluation sowohl in die Gesundheitsberichterstattung als auch in die Sozialplanung zur Quartiersentwicklung ein und dienen damit der Qualitätssicherung des kreisweiten Versorgungssystems und der Entwicklung sozialraumorientierter Strukturen.

Weiter soll in der zukünftigen Dokumentation eine Überprüfbarkeit der Kosten-Nutzen-Effizienz der eingesetzten Gelder ermöglicht werden.

Bei der Evaluation niedrigschwelliger Hilfen und Beratung handelt es sich um einen innovativen Ansatz in der Wirksamkeits- und Versorgungsbewertung kommunaler Beratungsleistungen, der nach jetzigem Kenntnisstand bundesweit bislang kaum versucht wurde.

Das im Rheinisch-Bergischen Kreis durchgeführte Projekt hat hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung der Hilfen und der ab 2017 stattfindenden Evaluation auch schon Interesse außerhalb des Kreisgebietes hervorgerufen.

7.3 Qualitätsdialog

Im Rahmen der weiter entwickelten Zusammenarbeit des Gesundheitsamts des Rheinisch-Bergischen Kreises mit den Trägern der Hilfen können anhand der ab 2017 erhobenen Daten Bedarfe ermittelt, Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Hilfen abgeleitet, ggfs. etwaiger Fehlversorgung (Über- und Unterversorgung) gegengesteuert und ab 2018 für das jeweilig folgende Halbjahr in gemeinsamer Planung durch Schwerpunktsetzung je nach Bedarf gezielt Modifikationen der Hilfen vorgenommen und Innovationen gefördert werden.

Jeweils halbjährlich findet dazu eine gemeinsame Analyse und Bewertung der durch die Träger erhobenen Daten mit dem Gesundheitsamt im Sinne eines Qualitätsdialogs statt. Dabei werden die Dokumentationen und bereits erfolgten fachlichen Interpretationen (mit Auswertung, Kommentar, Prognose und Vorschlag für das weitere Vorgehen) diskutiert und jeweils Kernpunkte für die Weiterentwicklung der Hilfen und der Vernetzung für das folgende Halbjahr, ggfs. auch einen längeren Zeitraum, erarbeitet.

Der Qualitätsdialog ermöglicht es somit, in Zukunft die Hilfen sowohl inhaltlich als auch umfänglich zeitnah an sich ändernde Bedarfslagen anzupassen.

7.4 Vereinbarte Innovationen

Die Reichweite der Angebote wurde bereits vor dem Projektbeginn durch die Träger Alpha e.V., Die Kette e.V., des Diakonischen Werks Kirchenkreis Lennep und Caritas Rhein-Berg durch Außenstellen, bzw. Mitnutzung der bei den Trägern vorhandenen Räumlichkeiten anderer Leistungsbereiche erhöht. Dazu werden Einrichtungen der Träger, wie Tagesstätten, Wohngruppen, zusätzlich angemietete Räumlichkeiten (z.B. Beratungshaus Untereschbach, Die Kette e.V.), mitgenutzt.

Die Träger berichten, dass hierzu auch Eigenmittel verwendet und weitere Finanzierungsmöglichkeiten eingebunden werden, um die Erreichbarkeit der Hilfeangebote für die Bürgerinnen und Bürger des Rheinisch-Bergischen Kreises zu erhöhen.

Außer in der Gemeinde Kürten bestehen derzeit in allen Städten und Gemeinden des Kreises Anlaufstellen für hilfeschuchende Bürgerinnen und Bürger.

7.4.1 Sozialpsychiatrie

Für beide Träger wird eine im Rahmen des Projekts entwickelte standardisierte und anonymisierte Dokumentation eingeführt. Diese bietet – wie oben bereits angeführt – durch die Erfassung nach z.B. Alter, Geschlecht und weiteren Kriterien die Möglichkeit, Tendenzen bei der Inanspruchnahme der Hilfen zu eruieren und so zeitnah die Angebote aufgrund sich verändernder Bedarfe modifizieren zu können.

Dokumentiert werden auch die Weiterleitungen in andere Hilfeformen sowie das Erreichen von Beratungszielen, wie Arbeitsaufnahme, Gesundung etc., so dass hier Analysen zur

Wirksamkeit der Hilfen möglich sind, welche durch die separat durchgeführten regelmäßigen, anonymisierten Zufriedenheitsabfragen bei einzelnen Klientinnen und Klienten ergänzt werden.

Mit integriert ist das Wohnplatztool der Sozialplanung des Rheinisch-Bergischen Kreises (siehe auch Sozialplanung des Rheinisch-Bergischen Kreis), so dass regionale Daten erfasst und auch für die Gesundheitsberichterstattung und Sozialplanung genutzt werden können. So wird es zukünftig möglich sein, die Erreichbarkeit der Angebote für die Bürger und die Versorgung durch die Dienste analysieren zu können.

Weiter liefert die Dokumentation als Fachleistungsstundennachweis Daten für das Finanzcontrolling.

7.4.2 Suchthilfe

Die Angebote der Suchthilfe sind im Wesentlichen bislang auf die Standorte Bergisch Gladbach-Heidkamp und Wermelskirchen begrenzt. Die Beratungsstelle der Diakonie in Wermelskirchen (Nordkreis) nutzt zudem auch Räumlichkeiten des alpha e.V. in Leichlingen für Sprechzeiten. Allerdings ist hier der Personalaufwand aufgrund Fahrtzeiten hoch, zumal teilweise vereinbarte Termine seitens der Klientinnen und Klienten nicht wahrgenommen werden. Ebenfalls besteht einmal wöchentlich ein Beratungsangebot der Caritas Rhein-Berg für den Südkreis in den Räumlichkeiten der Kette e.V. im Beratungshaus Untereschbach.

Grundsätzlich sollten die Angebote der Suchthilfe im gesamten Kreisgebiet für Betroffene und Hilfesuchende ähnlich leicht erreichbar sein. Dies sollte auch zu einer Reflexion der Standortangebote führen. Dieser Prozess wird im Qualitätsdialog des Gesundheitsamtes mit den Trägervertretern aufgegriffen werden.

Unter Zuhilfenahme des vom Rheinisch-Bergischen Kreis zur Verfügung gestellten Wohnplatztools stehen zukünftig analog zu den SPZ sozialraumbezogene Daten zur Verfügung, die wesentlich zur Lenkung der Hilfen beitragen können.

Ergänzt wird die Dokumentation des KDS durch eine Datenmaske, anhand derer auch Daten für das finanzielle Controlling bereitgestellt werden.

Im Projektverlauf wurden auch die Dokumentationsinstrumente für die Bereiche der „niedrigschwiligen Angebote (Kontaktstelle „Café au lait“), „Selbsthilfe“ und „Vernetzung und Kooperation“ überarbeitet. Diese liefern nun weitere ergänzende Daten zur Kooperation der Träger im und mit dem Rheinisch-Bergischen Kreis und sollen ebenfalls zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Angebote und der Versorgungsstruktur im Qualitätsdialog der Dienste mit dem Gesundheitsamt beitragen sowie Informationen über die Verwendung der bereitgestellten finanziellen Mittel liefern.

Der Ausbau der Hilfen für Menschen mit nicht stoffgebundenen Süchten – hier vor allem der Ausbau der Hilfen für Menschen mit problematischem Medienkonsum – stellt sich, auch aus wissenschaftlicher Sicht, in Anbetracht der immer weiter fortschreitenden Medialisierung und Digitalisierung unserer Gesellschaft als eine notwendige Weiterentwicklung des Hilfespektrums dar und soll als einer der ersten Schwerpunkte der Innovationen in der Suchtberatung kreisweit ausgebaut werden.

Die Caritas Rhein-Berg führt seit März 2014 das Projekt „on und weg“ im Südkreis durch, welches im Februar 2017 ausläuft und hat im Rahmen des Projekts einen zunehmenden Bedarf festgestellt, der auch durch den wissenschaftlichen Begleiter Herrn Prof. Dr. Michael Klein und in Studien (z.B. PINTA) bestätigt wird (vgl. Rumpf et al., 2011). Aufgrund der zeitlich befristeten Finanzierung kann das Projekt nicht fortgeführt werden. Jedoch wird zunächst mit der Öffnung des Regelangebots „Beratung“ für den betroffenen Personenkreis ein Zugang zur Hilfe geschaffen. Im Rahmen des Qualitätsdialogs wird das Themenfeld weiter beobachtet und bei Bedarf Finanzierungsmöglichkeiten, z.B. in Form weiterer Projekte, geprüft.

7.5 Zusammenfassung weiterer Themen zur Innovationen der Hilfen

Im Rahmen des Qualitätsdialogs sollen zukünftig folgende weitere Themen überprüft werden und bei Bedarfsfeststellung in die Innovationen der Hilfen einfließen:

- Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit mit älteren Klientinnen und Klienten vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, auch unter Berücksichtigung von Komorbiditäten (psychische Störungen und Suchterkrankungen)
- Schaffung neuer Zugänge zur bislang wenig erreichbaren Zielgruppe von Migrantinnen und Migranten mit (chronischen) psychischen Problemen, incl. Berücksichtigung von Sensibilisierung der Fachkräfte und ggfs. Maßnahmen für die zu erwartende Zielgruppe „Flüchtlinge mit Traumafolgestörungen“
- Modellprojekte zur Erprobung neuer Ansätze in den Hilfen, nach Möglichkeit verbunden mit einer Implementationsprüfung z.B. zur Optimierung der Erreichbarkeit, Frühintervention, Migranterversorgung, Nutzung moderner Medien etc.
- weitere sozialraumorientierte Dezentralisierung der Angebote nach Bedarfsanalyse in Zusammenarbeit mit der Sozialplanung des Rheinisch-Bergischen Kreises und der Kommunen
- kurzfristige intensive Analyse des Konzepts, der Wirtschaftlichkeit und Effizienz des Angebots niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote am Beispiel des „Café au lait“. Hier gilt es, die Wirksamkeit und Nützlichkeit zu eruieren. Üblicherweise sind solche Angebote in Landkreisen selten oder werden als Hybrid-Angebot in Kombination mit anderen niedrigschwelligeren Angeboten (z.B. aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie oder Wohnungslosenhilfe) betrieben, um eine ausreichende Besucherfrequenz und Auslastung sicherzustellen.

8 Vertragsgestaltung

Die Neugestaltung der Verträge erfolgt in Leistungsvereinbarungen (Rahmenverträgen) mit den Leistungsanbietern, die durch Leistungsbeschreibungen der jeweiligen Angebote ergänzt werden. So wird die Möglichkeit eröffnet, die Verträge fortzuführen und die Leistungsbeschreibungen je nach evaluierten Erfordernissen anzupassen, ohne die Verträge insgesamt neu gestalten zu müssen. Dokumentation und Zufriedenheitsbefragung sind als Leistung in den Leistungsvereinbarungen festgeschrieben und je Angebotsform als Anlagen in den Leistungsbeschreibungen hinterlegt. So können auch die jeweiligen Kriterien der Evaluationsinstrumente bei Bedarf im Dialog mit den Leistungsträgern modifiziert werden, ohne das Vertragswerk insgesamt neu gestalten zu müssen.

9 Ausblick und Handlungsempfehlungen

Im Rahmen der Projektarbeit wurden weitere Themen identifiziert, die hiermit als Empfehlungen für die weitere Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Rheinisch-Bergischen Kreis zusammengefasst werden. Diese beziehen sich sowohl auf kurz- als auch auf langfristige Weiterentwicklungen.

Im Wesentlichen geht es dabei darum, bislang nicht, wenig oder schlecht versorgte Personengruppen zu identifizieren, die Gründe für diese Situation herauszufinden und zu beschreiben sowie Optimierungen in Gang zu setzen. Gleichzeitig sollen die Angebote für bislang gut erreichte Gruppen mit Hilfebedarf weiterentwickelt und optimiert werden. Da dies vor dem Hintergrund nicht weiterwachsender Budgets geschehen muss, sind bei den Innovationen auch Effektivitäts- und Effizienzsteigerung, Automatisierungen und Produktivitätsfortschritte anzustreben. Diese Konzepte sind in den betrachteten Bereichen noch wenig bekannt und verbreitet, so dass hier zunächst Problembewusstsein und Lösungsorientierungen entstehen müssen. Wege zu mehr Effizienz der Hilfesysteme können z.B. in der Manualisierung der Hilfen, der stärkeren Nutzung von Medien und Onlinetools bestehen. Im Folgenden sind die wichtigsten Handlungsempfehlungen, Zielkriterien und Leistungsindikatoren für die regionale Weiterentwicklung der Hilfestrukturen benannt.

9.1 Vernetzung und Gesundheitsförderung

Eine stärkere Vernetzung von Beratung und Gesundheitsförderung erscheint sinnvoll, da davon ausgegangen werden kann, dass die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Hilfen gesenkt und so gefährdete Personen frühzeitiger erreicht werden können. Der Ausbau der Gesundheitsförderung sowie die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit tragen zur Aufklärung, Enttabuisierung und Entstigmatisierung von psychischen und Suchterkrankungen (vgl. Schomerus et al., 2012) bei.

Derzeit gibt es im Bereich Sucht eine Trennung der Zuständigkeit von Beratung und Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderungsangebote im Bereich der psychischen Erkrankungen werden derzeit vom Rheinisch-Bergischen Kreis nicht vorgehalten. Diese Leistung wird von den Trägervereinen im Rahmen der Angebote in eigener Kostenträgerschaft erbracht.

Gesundheitsförderung im Bereich Sucht wird zurzeit vorrangig für Kinder und Jugendliche gestaltet. Hier erscheint es folgerichtig, in Anbetracht der demografischen Entwicklung auch Angebote für Erwachsene zu entwickeln und dabei aufgrund der zunehmend höheren Lebenserwartung die Personengruppe 50+ bei der Schwelle vom Übergang Beruf in den Ruhestand mit in den Fokus zu nehmen.

Es wird erwartet, dass die Dokumentation hier zukünftig Anhaltspunkte für den Bedarf geben kann.

9.2 Frühintervention

Obwohl seit vielen Jahren in der sozialpsychiatrischen Versorgung wie auch in der Suchthilfe und den entsprechenden Forschungen bekannt ist, dass das Risiko für Kinder, die mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern aufwachsen deutlich erhöht ist, selbst an psychischen Störungen zu erkranken (vgl. Lachner & Wittchen, 1997), ist der Ansatz transgenerationaler Hilfen und Prävention in der Versorgung in Deutschland noch kaum realisiert. Dies führte dazu, dass zwar verstärkt Frühintervention als Angebot der präventiven und therapeutischen Hilfen gefordert wird und im Bereich der Frühen Hilfen (0-3 Jahre) bundesweit innovative Strukturen geschaffen wurden (z.B. mit dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen NZFH), andererseits die Fallarbeit nach wie vor sehr individuumsfixiert und familien- und generationsübergreifende Ansätze selten ist. Sie gelten als schwierig zu realisieren und zu finanzieren.

Ein Meilenstein auf dem Weg zur Innovation im Bereich der Frühintervention ist das seit dem 1. Januar 2012 in Kraft gesetzte Bundeskinderschutzgesetz. Das Gesetz schließt bestehende Lücken im Kinderschutz, indem es Erkenntnisse aus dem Aktionsprogramm "Frühe Hilfen" und seinen vielfältigen Projekten aufgreift und zielt unter anderem darauf ab, Prävention und Intervention voran zu bringen.

Eine Kindeswohlgefährdung ist für sogenannte Berufsheimlichkeitsgeheimnisträger wie z.B. Lehrer, Ärzte und Berater häufig als erste erkennbar. Mit dem Gesetz wurde eine Regelung geschaffen, die einerseits die Vertrauensbeziehung schützt, andererseits aber auch die Weitergabe wichtiger Informationen an das Jugendamt ermöglicht. Dabei besteht auch die Möglichkeit einer anonymen Beratung durch eine erfahrene Jugendschutzfachkraft.

9.3 Schnittstelle Sucht und Sozialpsychiatrie

Im Vergleich zu anderen Staaten besteht in Deutschland eine starke Trennung von Suchthilfe und Sozialpsychiatrie. Dies ist auch im Rheinisch-Bergischen Kreis der Fall.

Eine Suchterkrankung stellt nicht selten den Versuch einer Selbstmedikation psychischer Probleme durch fortgesetzten Substanzkonsum dar (vgl. West, 2006). Suchterkrankungen selbst stellen aber auch eine schwerwiegende psychische Störung in sich dar. Eine stärkere Kooperation und verbindliche Vernetzung der sozialpsychiatrischen Fachdienste und der Suchtberatung erscheint daher vor dem Hintergrund der Schaffung von Synergien und nicht zuletzt der Beratung und Behandlung vor allem komorbider psychischer Störungen sinnvoll.

9.4 Sozialraumorientierte Dezentralisierung

Die bedarfsorientierte weitere sozialraumorientierte Dezentralisierung der Angebote sollte nach den Erkenntnissen der kontinuierlichen Evaluation weiter ausgebaut werden.

Bei einem Flächenkreis wie dem Rheinisch-Bergischen Kreis könnte die Einführung einer aufsuchenden Beratung, z.B. in Form eines Beratungsmobils oder einer weiter verstärkten niedrigschwelligen Kooperation mit Hausarztpraxen, zweckmäßig sein.

Möglicherweise könnte dies in Verbindung mit einem Substitutionsmobil erfolgen, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund einer abnehmenden Zahl von niedergelassenen substituierenden Ärzten abzeichnen sollte, die diese Leistung anbieten. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die derzeitigen gesetzlichen Vergabeverordnungen für Opiatsatzstoffe dies

nicht ermöglichen, so dass vorab eingehend zu prüfen wäre, ob diese (aufsuchende) Form der Therapie im Rahmen eines Pilotprojektes evaluiert werden kann.

9.5 Innovationsförderung

Innovative Versorgungs- und Hilfeansätze sollten grundsätzlich kontinuierlich gefördert werden, um Veränderungen in den Problematiken der Klientinnen und Klienten frühzeitig und proaktiv aufzugreifen und methodische Veränderungen im Bereich der psychosozialen Interventionen zu adaptieren.

Geschehen könnte dies in Form von Modellprojekten, die Daten zur Evaluation der Wirksamkeit innovativer Konzepte und Interventionen und hinsichtlich der Ausgestaltung und Verortung der Hilfen liefern, sowie die Möglichkeit der Implementierung unter Berücksichtigung der Schonung finanzieller Ressourcen überprüfen. Denkbar wäre hierzu die Einrichtung eines Fonds zur Projektanschubfinanzierung, die dem Rheinisch-Bergischen Kreis, bzw. den von diesem beauftragten Trägern die Projektausarbeitung sowie die Akquise von Fördermitteln und die Sicherstellung der Finanzierung des Eigenkostenanteils ermöglicht. Vielfach wird bei Modellprojekten (z.B. seitens der EU und des Landes) ein vergleichsweise kleiner Eigenanteil gefordert, um eine umfangreiche Zuschussförderung zu erhalten.

9.6 Ausbau der Angebotsvielfalt - Mehr Konzepte, mehr Innovation, mehr Effizienz

Durch die ziel- und themenspezifische Erweiterung der Anbietervielfalt im Kreisgebiet, z.B. durch Projektinitiativen in besonders relevanten Problembereichen könnten weitere innovative Konzepte, themenbezogene Kooperationen und noch bedarfsgerechtere Versorgungsansätze entstehen. Beispiele für solche Initiativen sind etwa in der Weiterentwicklung der bereichsübergreifenden Dokumentationssysteme, transgenerationalen Hilfe- und Präventionsansätzen, der verbesserten Verwirklichung von Früherkennung und Frühinterventionen, der Automatisierung, Digitalisierung und Manualisierung von psychosozialen Routinetätigkeiten, der Verbesserung der psychosozialen Prozessdiagnostik und der Entwicklung audiovisueller onlinegestützter Psychoedukationsmaterialien zu sehen.

Literaturverzeichnis

Abholz et al. Landesgesundheitsbericht 2011. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Köln 2012

Andree. Konzept Netzwerkmanagement. JobCenter Rhein-Berg. Bergisch Gladbach. 2016

Apt, Wenke ; Bovenschulte, Marc ; Hartmann, Ernst A. ; Wischmann, Steffen ; Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Ed.). Foresight-Studie "Digitale Arbeitswelt". Berlin, 2016 (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales FB463). Abrufbar im Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoa-47039-5>

Ärzttekammer Nordrhein. Abrufbar im Internet. <https://www.aekno.de/Arztsuche/Konsiliar-aerzte/treffer.asp?nav=>. Stand 07.06.2016

Asselmeier et al. Entwicklungen und Perspektiven in den Hilfen zum Selbständigen Wohnen. Eine vertiefende Studie in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen. 2007

Barmer GEK (Hrsg.). Gesundheitsreport 2014 Nordrhein-Westfalen – Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 - 6 – 1. Wuppertal. 2015

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.). Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt Anleitung für Gesundheitsförderer. Bayreuth. 2010

Brach et al. Zehn Merkmale Gesundheitskompetenter Krankenversorgungsorganisationen. 2012. Abrufbar im Internet. http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Publikationen/HLO.pdf

Brederode et al. N B QM. NetzwerkBezogenes QualitätsManagement. Verbundentwicklung in der kommunalen psychiatrischen Versorgung. Köln. 2008

Bühning, Petra. Psychiatrie-Reform: Auf halbem Weg stecken geblieben. in: Deutsches Ärzteblatt 2001; 98(6): A-301 / B-240 / C-227

Bundesministerium für Arbeit und Soziales Abteilung Grundsatzfragen des Sozialstaats, der Arbeitswelt und der sozialen Marktwirtschaft (Hrsg.). Arbeit weiter denken – Weißbuch – Arbeit 4.0. Berlin. 2016

Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.). BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung 2013. Berlin. 2014

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Innovative Suchtprävention vor Ort. Berlin 2016

DAK-Gesundheit (Hrsg.). Psychoreport 2015. Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. Hamburg. 2015

Der Paritätische NRW (Hrsg.). Suchfunktion Internet: <http://www.selbsthilfenetz.de/de/druckversion/?type=98>. Stand 02.06.2016

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (sortiert nach Krankheitsbild). Stand 02.05.2016. Abrufbar im Internet: <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>. 2016

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2013). S-3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSAS). Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Prävention. Münster, S 23/24, Fundstelle Abrufbar im Internet. : Abrufbar im Internet. http://www.dgsas.de/downloads/Kompetenzprofil_online.pdf. Stand 24.08.2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Abrufbar im Internet: <http://www.suchthilfestatistik.de/cms/content/view/81>. Stand 25.08.2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe 3.0. Abrufbar im Internet: http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/KDS_Manual/2016-09-09_manual_kds-e_f.pdf. Stand 05.10.2016

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen. Hamm. 2015

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) (Hrsg.). S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". Stand 03.05.2016. Abrufbar im Internet: http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/leitlinien/AWMF_76-001_S3_Leitlinie_Alkoholbez_St%C3%B6rungen_28_02_2015.pdf

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Drogen- und Suchtbericht Mai 2015. Paderborn. 2015

Die Kette e.V. (Hrsg.). Konzept Gerontopsychiatrische Beratung im Gerontopsychiatrischen Zentrum im Rheinisch-Bergischen Kreis. Bergisch Gladbach. 2010

Ebbinghaus, Monika. Konzeptentwurf Gesundheitscoaching. Fit für Arbeit. JobCenter Rhein-Berg. Bergisch Gladbach. 2016

Elgeti, Hermann. Datengestützte Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover. in: Sozialpsychiatrische Informationen, Ausgabe 2. 2009

Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln. 2014

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.). Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter. Hannover. 2003

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.). Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe. Hannover. 2005

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.). Substitution und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger. Hannover. 2. Aufl. 2012

Flach, Krüger, Meisel. BGF, AOK: Psychische Erkrankungen in den Regionen 2012 – Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten im Rheinland. Köln. 2013

Gebhart et al. . Zefir-Forschungsbericht Band 2. Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. Bochum. 2013

Gemeindepsychiatrischer Verbund Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Rheinisch-Bergischen Kreis informiert über Hilfen für psychisch und suchterkrankte Menschen und deren Angehörige. Bergisch Gladbach. 2011

Gerlach et al. Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin. 2014

Grobe et al. Gesundheitsreport 2014 Nordrhein-Westfalen. psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1. Wuppertal. 2014

Halfar, Bernd. Die Wirkung Sozialer Arbeit ist messbar. in: Neue Caritas, Ausgabe 07/2013

Hansestadt Rostock (Hrsg.). Das „Rostocker Modell“. Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock. Rostock. 2011

Haug, Severin (2015). Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen. Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF (ISGF-Bericht Nr. 356, 01.06.2015).

Heil et al (Hrsg.). Evaluation sozialer Arbeit. Eine Arbeitshilfe mit Beispielen zur Evaluation und Selbstevaluation. In: Hand- und Arbeitsbücher (H 6), Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/Main. 2001

Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Geschäftsbereich Statistik (Hrsg.). Zensus 2011-Bevölkerung und Haushalte Kreis Rheinisch-Bergischer Kreis am 9. Mai 2011- Ergebnisse des Zensus 2011. Düsseldorf. 2014

Information und Technik NRW (Hrsg.). Zensus 2011. Bevölkerung und Haushalte Kreis Rheinisch-Bergischer Kreis am 9. Mai 2011. Düsseldorf. 2014

Institut für betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH, AOK Rheinland/Hamburg (Hrsg.). Psychische Erkrankungen in den Regionen 2012 – Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten im Rheinland. Köln 2013

Jacobi, Klose, Wittchen. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt 47(8), 736-744. 2004

Kammer-Spohn, M.. Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung. 2013;94: 38

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Arztsuche. Abrufbar im Internet: <https://www.kvno.de/20patienten/10arztsuche/index.html>, Stand 05.06.2016

Klein, J.P., G. Gerlinger, C.Knaevelsrud, M.Bohus, E.Meisenzahl, A. Kersting, S.Röhr, S. G. Riedel-Heller, U.Sprick, J. Dirmaier, M.Härter, U. Hegerl, F. Hohagen, & I.Hauth (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. Der Nervenarzt 87(11), 1185-1193.

Klein, Michael. Expertise zur Situation und den Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Suchthilfe im Rhein-Erft-Kreis. Köln. 2015

Knetschke, Claßen. Eine Gesundheitsfördernde Planung für den ländlichen Raum. In: Der Landkreis 11/2014. S. 673 f

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement Köln. Abrufbar im Internet: <https://www.kgst.de/themenfelder/jugend-und-soziales/soziales-und-gesundheit/sozialplanung.dot>, Stand 16.08.2016

Körkel, Joachim. Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. in: Suchttherapie 2014

Kreis Borken (Hrsg.). Handlungskonzept 2012 für Menschen mit psychischen Erkrankungen im SGB II. Borken. 2012

Kruckenberg et al. Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 1. Baden-Baden. 1999.

Lachner, G. & Wittchen, H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.). Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe (S. 43 - 89).

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.) Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. LIGA: Fokus 8. Düsseldorf. 2010

Landeszentrale für Gesundheit NRW (Hrsg.). Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW. Aktualisierte Planungshilfe zur Unterstützung der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Bielefeld. 2015

Landeszentrale für Gesundheit NRW (Hrsg.). Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden zur Selbstevaluation für Praktikerinnen und Praktiker. Bielefeld. 2016

Landkreis Cloppenburg (Hrsg.). Psychiatrieplan für den Landkreis Cloppenburg 2015. Hilfen für Kinder/Jugendliche mit psychischen Störungsbildern. Cloppenburg. 2015

Landkreistag NRW (Hrsg.). Gesundheitsausschuss. TOP 4: Landespsychiatrieplan und Änderung PsychKG. Sachstand (Sitzungsprotokoll). Düsseldorf. 2016

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Grundsätze des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) zur Förderung von Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ). Abrufbar im Internet: http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/dokumente_158/2011_2/grundstzedeslandschaftsverbandesrheinland2011.pdf. Stand 23.05.2016)

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Leistungsübersicht für den Rheinisch-Bergischen Kreis. Köln. 2014

- Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Materialien zur systematischen Qualitätsentwicklung der SPZ im Rheinland. Köln. 2011
- Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Netzwerk der Suchthilfe in Mönchengladbach. Mönchengladbach. 2011
- Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Verzeichnis der ambulanten und stationären Hilfen für Suchtkranke im Rheinland, 2010, 4. Auflage. Abrufbar im Internet. [http://publi.lvr.de/publi/PDF/576-Verzeichnis-der-ambulanten-und-stationären-Hilfen-für-Suchtkranke-im-Rheinland-\(4.-Auflage,-Online-Ausgabe\).pdf](http://publi.lvr.de/publi/PDF/576-Verzeichnis-der-ambulanten-und-stationären-Hilfen-für-Suchtkranke-im-Rheinland-(4.-Auflage,-Online-Ausgabe).pdf)
- Loss et al. Evaluation in der Gesundheitsförderung. In: Materialien zur Gesundheitsförderung Band 3. Bayreuth. 2010
- Loss et al. Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Materialien zur Gesundheitsförderung. Band 1. 2008
- Lutz, Roland. Integrierte Sozialraumplanung in der Thüringer Landeshauptstadt Erfurt. Erfurt 2007
- Martens et al. Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2006 bis 2012. Köln. 2013
- Miethe, Ingrid, Eppler, Natalie & Schneider, Armin (Hrsg.) (2011). Quantitative und Qualitative Wirkungsforschung. Ansätze, Beispiele, Perspektiven. Opladen: Barbara Budrich.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2003). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 97(3), 265-277.
- Ministerium für Gesundheit Pflege und Alter NRW (Hrsg.). Aktionsplan gegen Sucht. Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2015
- Ministerium für Gesundheit Pflege und Alter NRW (Hrsg.). Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. 2015
- Ministerium für Gesundheit Pflege und Alter NRW (Hrsg.). Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2006 bis 2012. Düsseldorf. 2013
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Auflage: 1.10.03.16. Köln. 2016
- Nerlich et al. Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden. Oder: Wie wir mehr Transparenz in der Eingliederungshilfe erreichen können. In: Sozialpsychiatrische Informationen. Heft 3/2010. Bonn. 2010
- Nübling et al. Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. In: Psychotherapeutenjournal 4/2014
- Pillhofer et al. Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen. Köln. 2016
- Pittrich, Rometsch, Sarrazin (Hrsg.). Kommunale Suchthilfe. Planung-Steuerung-Finanzierung. Ausgewählte Beiträge der Koordinationsstelle Sucht. In: Forum Sucht Band 32. Münster. 2003
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Rheinisch-Bergischen Kreises, Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie (Hrsg.). Konzept zur gerontopsychiatrischen Versorgung. Bergisch Gladbach 2006
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Rheinisch-Bergischen Kreises (Hrsg.). Suchthilfe im Rheinisch-Bergischen Kreis. Wir für Sie. Perspektiven schaffen. Chancen nutzen. Bergisch Gladbach. 2005
- Pudelko, Thomas. Forschungsmethoden in der Sozialen Arbeit. Grundlegende Einführung in Methoden und Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Berlin. 2007
- Rebscher (Hrsg.) et al. Gesundheitsreport 2016. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. In: Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 13). Hamburg 2016
- Rheinisch-Bergischer Kreis (2015): Vorlage KT-9/0126. Bergisch Gladbach. 2015

- Rheinisch-Bergischer Kreis (2015): Vorlage KT-9/0126. Bergisch Gladbach. 2015
- Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). Grundsatzkonzept integrierte partizipative Sozialplanung im Rheinisch-Bergischen Kreis. ipSo RBK. Anlage zu KT-9/0099 und KT-9/014. 0.
- Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). Demografiebericht - 1. Fortschreibung – RBK 2020+. Bergisch Gladbach. 2014
- Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). Demografiebericht RBK 2020. Bergisch Gladbach. 2008
- Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). ipSo RBK integrierte und partizipative Sozialplanung im Rheinisch-Bergischen Kreis ...der Menschen wegen! – Grundsatzkonzept. Bergisch Gladbach 2015
- Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). Konzept zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Rheinisch-Bergischen Kreis. Bergisch Gladbach. 2016
- Rheinisch-Bergischer Kreis (Hrsg.). Suchthilfe im Rheinisch-Bergischen Kreis. Bergisch Gladbach. 2013
- Rheinisch-Bergischer Kreis. Beschluss zur Vorlage KT-9/0126. Bergisch Gladbach. 2015
- Rheinisch-Bergischer Kreis. Flyer: Perspektiven schaffen, Chancen nutzen. Suchthilfe im Rheinisch-Bergischen Kreis. Abrufbar im Internet: <http://www.rbk-direkt.de/module/Behoerdenlotse/Forumhandler.aspx?id=417>. Stand 15.02.2015
- Robert Koch-Institut, Destatis (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin. 2015
- Rumpf et al. Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Greifswald und Lübeck. 2011
- Schädler, Johannes. Hilfen zum selbständigen Wohnen im Rheinisch-Bergischen Kreis vor der Zuständigkeitsveränderung (30.06.2003). Siegen. 2005
- Schäfer, Anke. Individuelle Hilfen als Balanceakt zwischen Überbehütung und Minimalversorgung. Personenzentrierte Hilfen zur gesellschaftlichen Teilhabe psychisch kranker Menschen im Gemeindep psychiatrischen Verbund der Hansestadt Rostock (Diplomarbeit). Neubrandenburg. 2012
- Schlipfenbacher, Jacobi. Psychische Gesundheit und Relevanz. In: Public Health Forum 22, Heft 82. 2014
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M.G. & Angermeyer, M. C. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism* 46(2), 105-112.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H.J., Carta, M.G. & Angermeyer, M.C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 125(6), 440-452.
- Schröder, J., Kettinger, D.. Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit. Ergebnisse einer internationalen Recherche in den USA, den Niederlanden und der Schweiz. in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend. Stuttgart. 2011
- Seibold et al. Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Materialien zur Gesundheitsförderung Band 2. Bayreuth. 2008
- Sockoll, Ina. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben. In IGA-Fakten 1. 2. Aufl. 2009
- Sozialdienst Katholischer Männer (Hrsg.). Auswertung der Kundenbefragung des SPZ in Meckenheim. Meckenheim. 2015
- Sozialwerk St. Georg. Kurzbeschreibung der Personal Outcome Scale. Gelsenkirchen. 2014
- Stadler, Sofie; Ramstetter, Josef. Interaktive Gemeindepsychiatrie verbessert Einstellungen im Sozialraum. In: *Soziopsychiatrische Informationen* Jg. 83. 2008. Nr. 1. S. 31-37

Stadt Bielefeld (Hrsg.). Abschlussbericht zum Projektverlauf. Internetversion. Frühwarn- und Frühinterventionssystem zur Vermeidung und Bewältigung psychiatrischer Krisen mit dem Ziel der Reduzierung von zwangsweisen Unterbringungen nach dem PsychKG NRW. 2013. Abrufbar im Internet abrufbar: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Abschlussbericht-Modellprojekt-Internetversion_-Stand-15_04_2015-.pdf. 2016

Stadt Köln (Hrsg.). Kölner Suchtbericht 2016. Sachstand und Ausblick. Köln. 2016

Tornow, Harald. Wirkungsorientierte Steuerung der Sozialen Arbeit. In: NDV – Nachrichtendienst, Heft 07/2015. Berlin. 2015

UVP-Gesellschaft. AG UVP-Qualitätsmanagement. Leitlinien für eine gute UVP-Qualität. 2006

Weber, Schröder-Printzen. Substitution und Recht – Ein rechtlicher Leitfadens für die substitutionsgestützte Behandlung in Deutschland. In: Sucht-Therapie Special. Heidelberg. 2009.

West, R.. Theory of addiction. Oxford: Blackwell. 2006

Wienberg, Günter. Gemeindepsychiatrie heute: Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen Jg 38. 2008. S. 2-13

Wikipedia. Sozialplanung. Abrufbar Im Internet: <https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialplanung>. Stand 18.08.2016. 2016

Wissel, Asselmeier. Untersuchung zu den Wirkungen der Hilfeplanverfahren. Auswertung zum Jahr 2006 in den Projektregionen Essen, Kreis Minden-Lübbecke, Münster und Rheinisch-Bergischer Kreis. Siegen. 2008

Witt, Dajana. Beratung bei psychisch kranken Eltern (Bachelorarbeit). Neubrandenburg. 2013

Ziegler, H. Zum Stand der Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit. Jugendhilfe. 2009; 47(3): S.180-187.

Anhang

Hilfenetzwerk/angrenzende Bereiche

Nachdem im Rheinisch-Bergischen Kreis bereits seit geraumer Zeit Ansätze der regionalen Gesundheitsförderung und Bedarfsplanung initiiert wurden, sollten überregional Kooperationen und Initiativen zur weiteren Etablierung derartiger Ansätze gestartet werden. Neben Nordrhein-Westfalen sind inzwischen in verschiedenen Bundesländern Ansätze unter der Bezeichnung „Gesunde Städte“ bzw. „Gesunde Landkreise“ etabliert. Hier bestehen Kooperations- und Vernetzungschancen, die zu einer Vertiefung der „Mental Health“-Orientierung im Alltag des Verwaltungshandelns führen können. Ebenso können über etablierte überregionale Netzwerke von Städten und Landkreisen Mittel für Modellprojekte akquiriert werden. Hier wäre an eine Kooperation mit strukturähnlichen Landkreisen (z.B. Rhein-Erft-Kreis, Rhein-Sieg-Kreis, Rheinkreis Neuss) zu denken, um die Anliegen und Bedarfe von Landkreisen mit mittelgroßer Verdichtung, aber außerhalb der urbanen Ballungszentren zu fokussieren und zu intensivieren.

Im Folgenden werden die Kooperationspartner aufgeführt, die die medizinische Versorgung für die Bereiche Sucht und Psychiatrie im Kreisgebiet durchführen. Diese sind häufig die ersten Kooperationspartner, über die Betroffene z.B. nach Beendigung eines stationären Aufenthaltes an die Sozialdienste der SPZ und Suchtberatungsstellen vermittelt werden, um die Nachsorge sicher zu stellen.

Oder es werden von Seiten der Beratungsstellen im Bedarfsfall die Betroffenen zur medizinischen Versorgung bzw. stationären Unterbringung dorthin vermittelt.

Die Suchtberatungsstellen und SPZ arbeiten mit etlichen weiteren Kooperationspartnern (Jobcenter, Jugendhilfe, etc.) zusammen, die hier nicht aufgeführt werden.

Krankenkassen

Nach Auskunft der Krankenkassen bieten diese keine eigene niederschwellige Beratung, Selbsthilfegruppen oder Kontaktstellen an. Kunden werden an die bekannten Beratungsstellen verwiesen. Im Falle einer Erkrankung können Kunden bei der Inanspruchnahme von Leistungen durch einen Kundenbetreuer im auf Kassenleistungen begrenzten Hilfeprozess begleitet werden.

Präventionsangebote werden über die Zentrale Prüfstelle Prävention (www.zentrale-pruefstelle.prävention.de) koordiniert. Hier können sich Anbieter für spezifische Themen bewerben, welche dort überprüft und bei Eignung genehmigt werden. Diese werden dann den Krankenkassen angeboten, die Kunden treten bei Inanspruchnahme in Vorleistung und erhalten im Rahmen der Bonusprogramme der Krankenkassen dann einen Teil oder auch den ganzen Teilnehmerbeitrag erstattet.

Medizinische und Rehabilitative Versorgung für Sucht und Psychiatrie

Stationäre Versorgung für den Rheinisch Bergischen Kreis

Psychosomatische Klinik
Schloderdicher Weg 23a
51469 Bergisch Gladbach

Schloßparkklinik
Paffrather Straße 265
51460 Bergisch Gladbach

Evangelisches Krankenhaus
Ferrenbergstraße 24
51465 Bergisch Gladbach

Klinik Marienheide
KKH Gummersbach
Lepestr. 65 – 67
51709 Marienheide

LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Str. 82
40764 Langenfeld

Ambulante medizinische Versorgung einschließlich Substitution

Substituierende (Konsiliar-)Ärzte im Rheinisch-Bergischen Kreis (TB)

Schlaugat, Dr. med. Adelheid	51427	Bergisch Gladbach
Schierbaum, Theo	51429	Bergisch Gladbach
Schmitz, Dr. med. Herbert	51429	Bergisch Gladbach
Dörner, Rainer	51465	Bergisch Gladbach
Johannes Hauffen	51465	Bergisch Gladbach
Kuhlmann, Dr. med. Thomas	51469	Bergisch Gladbach
Franke, Gert	51469	Bergisch Gladbach
Hiller, Dr. med. Inge	51399	Burscheid
Florange, Dr. med. Christoph	42799	Leichlingen
Ziemann-Hoederath, Dr. med. Erna Christina	51491	Overath

Quellen: Ärztekammer Nordrhein (Stand 07/2016) <https://www.aekno.de/Arztsuche/Konsiliaraerzte/tref-fer.asp?nav=> und Caritas RheinBerg, (Stand: 05/2016)

Psychiatrie

<u>Akkanen vom Stein, Eva-Kristina</u>	42929	Wermelskirchen
<u>Dr. med. Mehne, Peter</u>	42929	Wermelskirchen
<u>Dr. med. Ruths, Harald</u>	42929	Wermelskirchen
<u>Demmer, Walter</u>	51427	Bergisch Gladbach
<u>Dr. med. Faulhaber, Johannes</u>	51465	Bergisch Gladbach
<u>Friebe, Martin</u>	51465	Bergisch Gladbach
<u>Hastrich, Leo</u>	51465	Bergisch Gladbach
<u>Sauer, Gregor</u>	51465	Bergisch Gladbach
<u>Dr. med. Kuhlmann, Thomas</u>	51469	Bergisch Gladbach
<u>Willnow, Christian</u>	51469	Bergisch Gladbach
<u>Dr. med. Ziemann-Hoederath, Christina</u>	51491	Overath
<u>Dr. med. Wagner, Birgit</u>	51519	Odenthal

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Stand 06/2016; <https://www.kvno.de/20patienten/10arztsuche/index.html>

Neurologie

<u>Theilemann, Dr. med. Kai Christian</u>	51427	Bergisch Gladbach
<u>Aßenmacher, Dr. med. Martin</u>	51429	Bergisch Gladbach
<u>Riedel, Sebastian</u>	51429	Bergisch Gladbach
<u>Sevenich, Christoph</u>	51429	Bergisch Gladbach
<u>Stasik, Dr. med. Christian</u>	51429	Bergisch Gladbach
<u>Dreger, Dr. med. Jens</u>	51465	Bergisch Gladbach
<u>Faulhaber, Dr. med. Johannes</u>	51465	Bergisch Gladbach
<u>Leufgen, Dr. med. Melanie</u>	42799	Leichlingen (Rheinland)
<u>Mehne, Dr. med. Peter</u>	42929	Wermelskirchen
<u>Ruths, Dr. med. Harald</u>	42929	Wermelskirchen

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Stand 06/2016; <https://www.kvno.de/20patienten/10arztsuche/index.html>