

# **Kalkulationsgrundlagen für die Berechnung des Personalbedarfs Sozialpsychiatrischer Dienste**

(Arbeitspapier von H. Elgeti; Stand: 24.02.2015)

## **Bei der kommunalen Daseinsfürsorge für psychisch erkrankte Menschen sind Sozialpsychiatrische Dienste unverzichtbar.<sup>1</sup>**

In jeder Region, in jeder Stadt und in jedem Landkreis leben Menschen, die sich trotz eindeutigen Hilfebedarf aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eigenständig keine Hilfe holen, diese nicht einfordern oder in Anspruch nehmen können. Wenn wir diese Menschen in ihrer Not allein lassen, erhöht sich das Risiko einer Verschlimmerung und Chronifizierung der Erkrankung. Angehörige sind konfrontiert mit der Frage, wie sie sich ihrem psychisch erkrankten Familienmitglied gegenüber verhalten sollen.

Viele Betroffene leben in desolaten und menschenunwürdigen Lebensverhältnissen ohne soziale Absicherung und Bindung. Manche zeigen ein herausforderndes oder bedrohliches Verhalten. Die Ordnungsbehörden und die Polizei fühlen sich in krisenhaft zugespitzten Situationen und im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen häufig überfordert. Psychosoziale Beratungsdienste und Einrichtungen für psychisch erkrankte Menschen haben keine öffentlich-rechtlichen Befugnisse und können in solchen Situationen oft nichts ausrichten.

Hilfen und Unterstützung in Krisensituationen, in Situationen wo alle Hilfen im Vorfeld ausgereizt sind, stellen die Kernkompetenz der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) dar. Beratung und rechtlich legitimierte Zwangsmaßnahmen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder sind im Bedarfsfalle durch den SpDi als dessen Leistungsangebot gesichert. Kontaktaufnahme und niedrigschwellige Angebote durch den SpDi sind nicht selten die einzige Verbindung der Betroffenen zur Gesellschaft und können im Verlauf der Begleitung eine minimale existentielle und soziale Absicherung anbahnen. SpDi gewährleisten ein breites Leistungsspektrum, vom sofortigen Einsatz in akuten Notfällen bis hin zu Schulungen und kollegialen Beratungen zu Problemlagen und Verhalten psychisch erkrankter Menschen.

## **Die Sozialpsychiatrischen Dienste weisen große regionale Unterschiede auf bei Auftrag und Aufgaben, Leistungsspektrum und Organisationsformen.<sup>2</sup>**

Der Begriff „Sozialpsychiatrische Dienste“ wird in Deutschland, Österreich und der Schweiz unterschiedlich gehandhabt. Innerhalb Deutschlands, Österreichs und der Schweiz bestehen zusätzliche regionale Unterschiede bezüglich Vorkommen, Organisation, Leistungserbringung und Leistungsabgeltung sozialpsychiatrischer Dienste. In Deutschland sind sie ein Kernbereich sozialpsychiatrischer Praxis und ein zentraler Baustein der ambulanten psychiatrischen Versorgung und Gemeindepsychiatrie. Sie sind flächendeckend eingerichtet. Manche verstecken sich in halben Sozialarbeiterstellen an einem Gesundheitsamt, manche nennen sich psychosoziale Beratungsstellen, andere haben sich in sozialpsychiatrischen Zentren

---

<sup>1</sup> Text aus: Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2011): Hannoveraner Thesen: Bei der kommunalen Daseinsfürsorge für psychisch erkrankte Menschen sind Sozialpsychiatrische Dienste unverzichtbar! Sozialpsychiatrische Informationen 41(1): 10-14

<sup>2</sup> Auszüge aus: Höfer E, Spengler A, Schmidl F, Psota G (2013): Sozialpsychiatrische / psychosoziale Dienste. In: Rössler W, Kawohl W (Hg.): Soziale Psychiatrie – Das Handbuch für die psychosoziale Praxis (Band 2: Anwendung). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 94-106

mit Institutsambulanzen zusammengeschlossen. Sie weisen als regionale Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens institutionelle und fachliche Besonderheiten und damit Stärken, aber auch Grenzen auf. Zugleich stellen sie sich sehr vielgestaltig dar.

Der Doppelauftrag der kommunalen Fürsorge und sozialen Kontrolle bei psychisch Kranken und Behinderten ist historisch geprägt. Beratung und Behandlung bleiben subsidiär. Zielgruppe sind die von niedergelassenen Ärzten oder Klinikambulanzen nicht erreichten oder erreichbaren Patienten und die Personen, die erstmals in ihrem Umfeld auffällig werden. Dies schließt Diagnostik, Abklärung sozialer und rechtlicher Kontexte und Begutachtung ein. Aufsuchende Tätigkeit, Kriseninterventionen und Notfallbereitschaft ergänzen diese Aufträge. Sie beinhalten immer auch einen Kontrollaspekt.

Die PsychKG der Länder definieren ein zentrales Handlungsfeld präventiver Maßnahmen vor Zwangseinweisungen und Verwaltungsabläufen rechtlicher Unterbringungen. Sie haben an der Institutionalisierung der SpDi wesentlichen Anteil. Mit den Psychiatriereformen sind beratende, koordinierende und steuernde Funktionen in der Gemeindepsychiatrie, später in gemeindepsychiatrischen / sozialpsychiatrischen Verbänden dazugekommen.

Die Einbindung in öffentliche Behördenstrukturen mit Zugehörigkeit zum Gesundheitsamt bedeuten einerseits rechtliche Bindungen und Verwaltungshandeln, andererseits Unabhängigkeit öffentlichen Handelns von privaten Interessen. Die Finanzierung ist traditionell durch öffentliches Haushaltsrecht abgesichert, faktisch durch politische Präferenzen und die Finanznot der Kommunen eingeschränkt. Aus der Fürsorgetradition stammt die Einbindung von Sozialpädagogen und Pflegekräften, Psychologen traten später hinzu. Nicht überall sind die Planstellen der Psychiater besetzt, wobei Einsparungen und Personalmangel sich abwechseln. Die Ärzte werden teilweise stark durch Begutachtungen und administrative Funktionen gebunden, während Sprechstunden und aufsuchende Funktionen zurückstehen. Datenschutz und Leitungsstrukturen berücksichtigen die Eigenständigkeit dieser Versorgung heute nur bedingt. In einigen Ländern ist die Beleihung gemeinnütziger oder privater Träger mit diesen Aufgaben möglich.

Eine Erhebung der obersten Gesundheitsbehörden weist für das Jahr 2010 die Zahl von 440 SpDi ohne Außenstellen aus, dabei sind Bezirke in Stadtstaaten einzeln gezählt. In Brandenburg eingerichtete Außenstellen sind ebenso wie dezentrale Sprechstunden in Großstädten (etwa in Hannover) nicht gesondert gezählt. Andere Erhebungen ergaben leicht variierende Anhaltzahlen.

Inanspruchnahme- und Leistungsdaten etwa zur Klientel oder zu Leistungsarten liegen nur regional vor und sind oft nur im lokalen Kontext interpretierbar. Datenerhebungen, Qualitätssicherung und Nutzen-Kosten-Evaluationen werden zu Recht eingefordert. Sie sind im Hinblick auf die Vergleichbarkeit der Rahmenbedingungen kritisch zu bewerten und blieben oft von begrenzter Aussagekraft, weil Betroffene in mehreren Hilfesystemen erfasst werden. Hier besteht ein großer Bedarf an Abstimmung und Entwicklung von Instrumentarien.

## **Sozialpsychiatrische Dienste haben einige Kernaufgaben, unabhängig von unterschiedlichen rechtlichen Rahmensetzungen und Arbeitsbedingungen.<sup>3</sup>**

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Sozialpsychiatrischer Dienste wollen psychisch erkrankten Menschen Hilfe zur Selbsthilfe leisten und treten für ihre volle gesellschaftliche Teilhabe ein. Sie wollen die betroffenen Menschen dabei unterstützen, ihre Entscheidungsspielräume zu erweitern und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Im Bewusstsein, dass die rechtlichen Rahmensetzungen und die Arbeitsbedingungen vor Ort es derzeit vielen Diensten nicht ermöglichen, allen Aufgaben auch nachzukommen, werden im Folgenden fünf voneinander abgrenzbare Kernaufgaben beschrieben.

1. Niederschwellige Beratung und Betreuung: Dies ist die wichtigste Aufgabe Sozialpsychiatrischer Dienste. Sie bezieht sich nicht nur auf Bürgerinnen und Bürger mit psychischen und sozialen Problemen, sondern auch auf ihre Angehörigen und andere um sie besorgte Mitmenschen. Einerseits geht es dabei um kurzfristige Beratungen ohne Wartezeit mit Klärung der oftmals komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sozialen Nöte. Erforderlichenfalls sind die Betroffenen anschließend an eine geeignete wohnortnahe Unterstützungsmöglichkeit zu vermitteln. Andererseits ist bei Bedarf eine Gruppe von chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen unter Umständen längerfristig multidisziplinär zu betreuen, ggf. auch aufsuchend bzw. nachgehend. Das ist in all den Fällen erforderlich, in denen die Betroffenen trotz entsprechender Notwendigkeit noch nicht oder nicht mehr von den hier eigentlich einzusetzenden Hilfsangeboten erreicht werden.

2. Krisenintervention und Zwangseinweisung: Menschen können einmalig, mehrmals oder im Rahmen lang dauernder Beeinträchtigungen immer wieder in gefährliche Zuspitzungen ihrer psychosozialen Problemlage geraten. Für solche Fälle muss eine multidisziplinär besetzte mobile Notfallbereitschaft verfügbar sein, die die Situation sofort, ggf. auch vor Ort, fachkompetent klären und die notwendigen Maßnahmen einleiten kann. Der Sozialpsychiatrische Dienst einer Kommune sollte in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe immer dann wahrzunehmen, wenn andere Dienste nicht zuständig sind oder nicht rechtzeitig in geeigneter Weise tätig werden können. Bei einer akuten und mit ambulanten Mitteln nicht zu bewältigenden Selbst- oder Fremdgefährdung ist dafür zu sorgen, dass die betroffene Person nach der rechtlich gebotenen Prüfung auch gegen ihren Willen in die nächstgelegene dafür geeignete Klinik eingewiesen werden kann. Die mit dieser Aufgabe betrauten Fachleute brauchen ein hohes Maß an Fachkompetenz und ethischer Fundierung ihres Handelns, ausgeprägte Dialogbereitschaft und Respekt gegenüber allen Beteiligten. Neben Belastungsfähigkeit ist auch Einfühlungsvermögen nötig, neben Entscheidungsfreude auch das Zulassen von Zweifel, neben Konzentration auf das Vordringliche und Wichtige auch der Blick auf Kontextfaktoren und Folgewirkungen der Krisenintervention.

3. Planung und Koordination von Einzelfallhilfen: Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen haben nicht selten einen

---

<sup>3</sup> Text aus: Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2013): Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und Sozialraum-bezogenen Psychiatrie! Thesen des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste im Anschluss an die 2. Fachtagung „Segel setzen!“ in Hannover (22.-23.03.2012). Sozialpsychiatrische Informationen 43 (1); 57-58

komplexen Hilfebedarf, der den Einsatz unterschiedlicher Hilfen erfordert. Oft sind weder die Betroffenen selbst noch die Leistungserbringer und Kostenträger in der Lage, den individuellen Hilfebedarf sachgerecht festzustellen, die erforderlichen Leistungen in ihrem Gesamtzusammenhang zu planen und zu koordinieren. Sozialpsychiatrische Dienste können diese Aufgabe am besten erfüllen, nicht nur aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz und Unabhängigkeit, sondern auch aufgrund ihrer guten Kenntnis der Unterstützungsmöglichkeiten im Sozialraum und der Hilfsangebote im gemeindepsychiatrischen Netzwerk. Dafür muss der jeweilige Kostenträger den Auftrag erteilen und das zu seiner Erfüllung erforderliche Personal finanzieren.

4. Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund: Ohne eine regionale Koordination und Planung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen lässt sich eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung nicht gewährleisten. Die Herausforderungen auf diesem Gebiet steigen nicht nur mit der Vielfalt der individuellen Bedarfe, sondern auch mit der Zersplitterung der Kostenträger, der Spezialisierung der Hilfsangebote und ihrer Konkurrenz untereinander. Hier sind Sozialpsychiatrische Dienste notwendig und gut geeignet, im Auftrag der Kommune für eine Vernetzung der verschiedenen Akteure und für eine regionale Planung der Angebotsentwicklung zu sorgen. Dabei hilft ihnen die strikte Orientierung auf den Sozialraum der Kommune und auf die gleichberechtigte Teilhabe der betroffenen Menschen am Leben der Gemeinschaft, unabhängig von Art und Umfang ihrer Beeinträchtigungen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe sind Sozialpsychiatrische Dienste auf eine enge Zusammenarbeit sowohl mit den Leistungserbringern und Kostenträgern als auch mit den kommunalen sozialen Diensten und nicht zuletzt auch mit den Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen angewiesen.

5. Beschwerdemanagement und Fachaufsicht: Um die Qualität der Hilfeleistungen wirksam zu sichern und nachhaltig zu verbessern, müssen ihre ethischen bzw. fachlichen Standards regelmäßig überprüft werden. Die Nutzer der Hilfen sind dabei konsequent einzubeziehen. Sozialpsychiatrische Dienste sollten sich in Zukunft stärker als bisher dieser Aufgabe widmen, in Abstimmung mit den Partnern im Netzwerk der Kommune und den für die Qualitätssicherung der Angebote zuständigen Stellen. Ein wichtiger Bestandteil entsprechender Aktivitäten ist eine unabhängige Beschwerdestelle für alle Dienste und Einrichtungen des regionalen Verbunds.

Sozialpsychiatrische Dienste sollten sich darüber hinaus in ihrer Kommune an der Gemeinwesenarbeit zugunsten der seelischen Gesundheit in der Bevölkerung und an Aktivitäten zur Prävention psychischer Erkrankungen beteiligen. Häufig ist es auch sinnvoll, weitergehende Dienstleistungen im Rahmen verschiedener gesetzlicher Vorschriften zu übernehmen, z.B. für seelisch behinderte Menschen in der Eingliederungshilfe, für arbeitslose oder wohnungslose Menschen, für Flüchtlinge und Asylbewerber, für Kinder, Jugendliche und alte Menschen mit einem besonderen Hilfebedarf. In all diesen Fällen ist darauf zu achten, dass diese Aufgaben nur soweit und solange übernommen werden, wie keine ebenso gut geeigneten anderen Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Außerdem benötigt der Sozialpsychiatrische Dienst dafür in ausreichendem Umfang gesonderte Personalressourcen.

## **Das Beispiel Sozialpsychiatrische Dienste in Niedersachsen: Die wachsenden Nöte eines notwendigen Dienstes<sup>4</sup>**

Die Schwierigkeiten, denen die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in Niedersachsen bei der Erfüllung ihrer im Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) definierten Aufgaben begegnen, sind vielfältig und haben in den letzten Jahren weiter zugenommen. Der Hilfebedarf steigt, nicht nur infolge der Alterung der Gesellschaft, der zunehmenden sozialen und wirtschaftlichen Not (besonders bei Langzeitarbeitslosen) in Verbindung mit abnehmenden Ressourcen an Unterstützung im Lebensumfeld der Betroffenen. Die Inanspruchnahme des SpDi steigt auch aufgrund eines vielerorts zu beobachtenden Rückzugs anderer Hilfsangebote. Der Kommunale Sozialdienst und die Jugendhilfe werden vielerorts aufgrund von Defiziten im kommunalen Haushalt zu Leistungskürzungen gezwungen. Nicht wenige Psychiater geben wegen ungünstiger Rahmenbedingungen ihre Praxis vorzeitig auf oder finden bei Erreichen der Altersgrenze keinen Nachfolger. Psychotherapeuten behandeln jeweils nur eine kleine Anzahl von Patienten und lassen sich bevorzugt in großen Städten nieder. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) der Versorgungskliniken werden oft wegen Unterfinanzierung und fehlender Wohnortnähe der gesetzlichen Verpflichtung, Sektor-bezogen und bei Bedarf auch aufsuchend tätig zu werden, nicht gerecht.

Nicht nur bei den Hilfen im Einzelfall steigt der Arbeitsaufwand, sondern auch bei der Koordination und Planung im regionalen Verbund der Hilfsangebote. Die meisten großen Klinik- und Heimträger entwickeln ihre Hilfsangebote ohne Abstimmung mit den Verbundgremien. Während auf der einen Seite unter Umständen wichtige Bestandteile für ein wirksames gemeindepsychiatrisches Netzwerk fehlen, treten auf der anderen Seite immer mehr spezialisierte oder kleine Anbieter auf den Plan, die sich an der Versorgung der Betroffenen beteiligen wollen. Der politisch forcierte marktwirtschaftliche Wettbewerb im Gesundheitswesen fördert die Konkurrenz unter den verschiedenen Anbietern und erschwert gemeinsame Bemühungen um eine Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Zu den Entwicklungen im gesellschaftlichen und professionellen Umfeld kommen Erschwernisse, die in den institutionellen Rahmenbedingungen des SpDi selbst liegen. Die Arbeitsverdichtung in den SpDi aufgrund steigenden Hilfebedarfs trifft fast überall auf ein kleines Team von Mitarbeitern, deren Altersdurchschnitt eher steigt und deren psychische Belastungsfähigkeit eher sinkt. Die Konfrontation mit extremen psychosozialen Notlagen über Jahrzehnte hinweg ist aufreibender, als wir das wahrhaben wollen. Der Ärztemangel im deutschen Gesundheitswesen ist auch bei den niedersächsischen SpDi spürbar: Mehrere fachärztliche Leitungspositionen in kommunalen SpDi können nicht besetzt werden, weil sich keine geeigneten Bewerber finden oder die Kommunen ihnen sehr viel weniger Gehalt zahlen als die Krankenhäuser. Die Attraktivität eines Jobs als Arzt im SpDi sinkt noch einmal, wenn man ohne Personalausgleich mit zusätzlichen Arbeiten abseits der Kernaufgaben gemäß NPsychKG zugeschüttet wird, sei es als Amtsarzt oder als Gutachter für andere kommunale Fachbereiche.

Manche Kommune denkt zusätzlich über die Zusammenlegung seines Gesundheitsamtes mit dem der Nachbarkommune nach. Nur allzu leicht entsteht

---

<sup>4</sup> Auszüge aus: Elgeti H (2011): Macht die Sozialpsychiatrischen Dienste stark! – Daten und Fakten zur aktuellen Problematik aus Niedersachsen. Sozialpsychiatrische Informationen 41 (1): 10-14

dann auch der verführerische Gedanke, am Personal des nun gemeinsamen SpDi zu sparen und Standorte aufzugeben. Wer in der Verwaltung will da das Argument hören, dass der SpDi seiner Klientel nur helfen kann, wenn der Weg zu ihren Wohnungen nicht zu lang ist und wenn das Personal auch für aufsuchende bzw. nachgehende Hilfen ausreicht? Verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung der SpDi zur Erfüllung der im NPsychKG benannten Aufgaben gibt es in Niedersachsen nicht. Vor Verabschiedung des ersten Psychisch-Kranken-Gesetzes im Jahre 1978 lautete die Empfehlung, pro 150.000 Einwohner sechs Vollzeitstellen vorzusehen, einen Facharzt für Psychiatrie, einen Psychologen, drei Sozialpädagogen und eine Verwaltungskraft. Pro 100.000 Einwohner wären das damals 3,3 Fachkräfte (ohne Verwaltungskräfte) gewesen. Das war wohl schon 1978 zu knapp berechnet, 30 Jahre später aber ist es angesichts zunehmender Anforderungen sicherlich ganz und gar ungenügend.

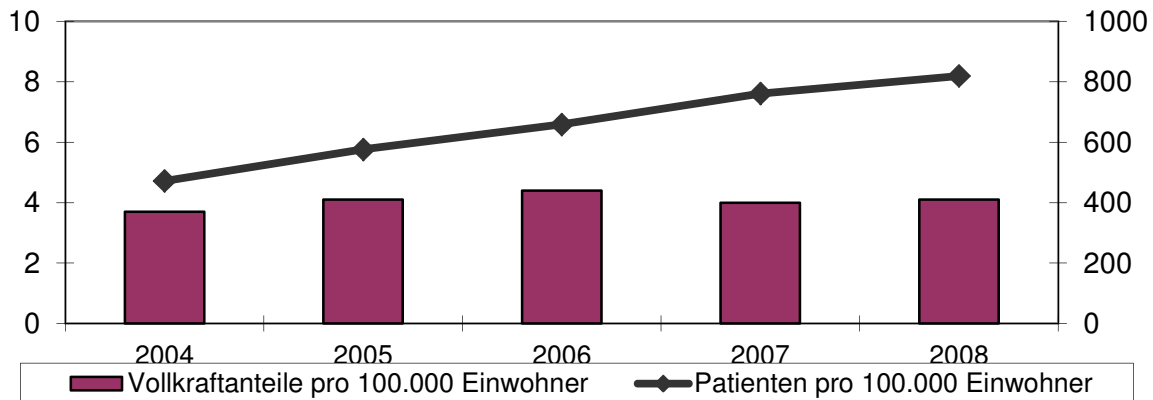
Gemäß § 8 des 1997 novellierten NPsychKG haben die Kommunen einen Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) gebildet, in dem alle Anbieter von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zur Zusammenarbeit eingeladen sind. Benachbarte Kommunen können einen gemeinsamen SpV bilden, eine Möglichkeit, von der bis jetzt nur Stadt und Landkreis Osnabrück Gebrauch gemacht haben, die zusammen auch nur einen SpDi betreiben. Viele Kommunen haben eine in § 10 Abs. 3 NPsychKG eingeräumte Möglichkeit genutzt und Aufgaben eines SpDi auf freie Träger zu übertragen. In 28 Fällen geschah dies teilweise (meist in Bezug auf die Zuständigkeit für Suchterkrankungen) in vier Fällen vollständig.

Alle 45 SpDi in Niedersachsen werden seit 2007 vom MS um eine jährliche Kurzdokumentation zu ihrer Arbeit und zu derjenigen im SpV gebeten. Die Beteiligung an dieser Umfrage stieg von 51% (N=23) für das Berichtsjahr 2006 kontinuierlich auf 89% (N=40) für das Berichtsjahr 2009 an. Die Geschäftsstelle des Landesfachbeirates Psychiatrie wertet die Daten aus. Zusätzliche Zahlen zum Personal und zu den Patienten der SpDi erhielten wir für das Jahr 2006 in 23, für 2007 in 28, für 2008 in 30 und 2009 von 39 Fällen. Diese wurden übermittelt als Kopien der von den SpDi ausgefüllten Blätter 28 bis 30 der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden, die vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) organisiert wird. Wenn nicht anders dargestellt, beziehen sich die Ergebnisse im Folgenden auf das Berichtsjahr 2009.

Das Leistungsspektrum der SpDi umfasst in über 90% aller Kommunen Sprechstunden im Dienst mit Bereitschaft zu sofortigen Notfall-Hausbesuchen an jedem Wochentag für mindestens vier Stunden. Ebenso häufig werden Gutachten gemäß § 12 NPsychKG zur Frage von Zwangseinweisungen und anderen Anlässen erstellt, z.B. im Rahmen der Pflegeversicherung (SGB XI), des Kinderjugendhilfegesetzes (SGB VIII) oder des Betreuungsgesetzes. Nahezu 80% aller SpDi organisieren Konferenzen zur Hilfeplanung für seelisch behinderte Menschen gemäß § 53 SGB XII und nehmen an sonstigen aufwändigen, Dienst-übergreifenden Fallbesprechungen teil. Immerhin 64% der Ärzte sind an allgemeinen amtsärztlichen Begutachtungen beteiligt. Relativ selten dagegen ist die – fachlich und ethisch fragwürdige – Wahrnehmung von Funktionen einer Ordnungsbehörde bei Zwangseinweisungen (23%). In 15% der SpDi können die dort angestellten Ärzte über eine persönliche Ermächtigung sozialpsychiatrische Problempatienten auch kassenärztlich behandeln, wie es in § 11 NPsychKG empfohlen wird.

Die Auswertungen des NLGA für die Jahre 2004 bis 2008 zeigen, dass der Umfang der Einzelfallhilfen in den letzten Jahren zugenommen hat, ohne dass das Personal entsprechend aufgestockt worden wäre (Abbildung 1). So stieg die Fallzahlbelastung, also die Zahl der jährlich betreuten Patienten pro Fachkraft-Vollzeitstelle (ohne Verwaltungskräfte) deutlich an. Für SpDi in Trägerschaft der Kommune, die keine Aufgaben gemäß NPsychKG (z.B. die Suchtberatung) an freie Träger delegiert haben, ist die Fallzahlbelastung besonders hoch.

Abbildung 1: Fachpersonal und Patientenzahl der SpDi in Niedersachsen 2004-2008



Die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbunds (SpV) nach § 8 NPsychKG gehört auch zu den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste und wird nach ihren Angaben auch in fast allen Fällen (92%) wahrgenommen. Für diese Funktion werden pro Verbund durchschnittlich 0,3 Vollkraft-Anteile (VK) eingesetzt, wenn man den Sonderfall der Region Hannover mit 1,1 Mio. Einwohnern ausnimmt. Bezieht man die Personalressourcen auf die Einwohnerzahl der an der Befragung teilnehmenden Kommunen, kommt man auf einen Durchschnitt von 0,21 VK pro 100.000 Einwohner, für die Region Hannover ergibt sich hier ein Wert von 0,17 VK.

Die SpV in den einzelnen Kommunen sind sehr verschieden in ihrer Zusammensetzung und ihren Aktivitäten. Vertreten sind bei den Gremiensitzungen in der Regel im Einzugsgebiet tätige Leistungserbringer (100%), aber auch die Kommunalverwaltung (85%) und für die Finanzierung der Hilfen zuständige Leistungs- bzw. Kostenträger (94%). Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen nehmen in 65% der Verbünde an der Netzwerkarbeit teil, aber nicht immer sind es Mitglieder von Vereinen der Psychiatrie-Erfahrenen, die ja noch gar nicht überall einen organisatorischen Zusammenhalt entwickeln konnten. Die Angehörigen psychisch Kranker sind in 62% der Verbünde an der Gremienarbeit beteiligt, in 26% sind Vertreter des Kommunalparlamentes dabei. Meist findet nur eine Plenarversammlung pro Jahr statt, selten sind es mehr als zwei, nur in der Region Hannover sind monatliche Sitzungen die Regel. Einladungen und Protokolle werden vom SpDi erstellt und verschickt. Durchschnittlich tagen zusätzlich 4 bis 5 Fachgruppen oder Ausschüsse in regelmäßigen Abständen (d.h. mindestens zweimal pro Jahr), in der Region Hannover waren es 2009 22 solcher Arbeitsgruppen.

Die SpDi müssen im Benehmen mit dem SpV seit 1997 auch einen Sozialpsychiatrischen Plan gemäß § 9 NPsychKG über den Bedarf und das gegenwärtige Angebot an Hilfen für psychisch Kranke erstellen und regelmäßig fortschreiben. Dies erfordert einen recht großen Aufwand und auch eine gute

Zusammenarbeit mit allen Mitgliedern des Verbunds. Man kann sich vorstellen, dass die Erledigung dieser Aufgabe bei Personalnot im Dienst selbst und bei schwierigen Verhältnissen im regionalen Verbund eher einmal aufgeschoben wird.

Selbstverständlich unterscheiden sich die Anforderungen an SpDi quantitativ und qualitativ je nach den besonderen Verhältnissen vor Ort. In städtischen Verdichtungsräumen und bei hoher Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung ist mit relativ mehr chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen zu rechnen<sup>5</sup>. Außerdem stehen in großen, gering besiedelten Landkreisen weniger andere ambulante Fachdienste zur Verfügung, die Erreichbarkeit des SpDi ist schlechter, und der Zeitaufwand für aufsuchende Hilfen wird sehr hoch. In großen Kommunen muss die notwendige Personalstärke im SpDi an der Einwohnerzahl gemessen werden, um eine ausreichende Versorgung der auf Hilfe angewiesenen Bürger zu gewährleisten.

Wenn wir in Niedersachsen eine flächendeckende, wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung in Bezug auf sozialpsychiatrische Hilfen gemäß NPsychKG erreichen wollen, müssen diese Faktoren in der Personalausstattung der SpDi Berücksichtigung finden. Überprüft werden kann das mit Hilfe von Daten aus der Sozialberichterstattung der Kommunen. Neben der Einwohnerzahl sind Angaben zur Siedlungsdichte der Kommune (gemessen als Einwohner pro Hektar Gebietsfläche) und zur Altersstruktur der Bevölkerung wichtig. Von Bedeutung ist auch der Anteil Arbeitsloser an den 18- bis 64-jährigen Einwohnern als Hinweis auf das Ausmaß sozialer Problemlagen. Die Auswertung der verfügbaren Daten für das Berichtsjahr 2009 erbringt interessante Zusammenhänge zwischen Personalausstattung der SpDi und Anzahl der dort betreuten Patienten einerseits, Größe und Sozialstruktur der Kommune andererseits (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Kennzahlen für SpDi nach Sozialstruktur der Kommune 2009\***

Kennzahlen zur Sozialstruktur der Kommune		Kommunen		Fachkräfte pro 100.000 Einw.	dokumentierte Patienten pro 1.000 Einw.
		Anzahl	Anteil mit Daten (N)		
Anzahl Einwohner	unter 100.000	11	82% (9)	4,5	8,4
	100.000 – 150.000	14	93% (13)	4,0	7,3
	150.000 – 200.000	11	73% (8)	3,8	5,3
	über 200.000	8	88% (7)	3,1	5,9
Siedlungsdichte (Einw. / Hektar Gebietsfläche)	unter 1,0 Einw./ha	7	71% (5)	5,0	12,2
	1,0 – 1,9 Einw./ha	25	84% (21)	3,5	5,2
	2,0 – 2,9 Einw./ha	4	100% (4)	3,2	5,6
	ab 3,0 Einw./ha	8	100% (8)	4,1	7,9
Anteil Arbeitsloser an 18-64-Jährigen	unter 5,0%	8	75% (6)	3,2	5,1
	5,0% – 6,2%	12	83% (10)	3,5	4,8
	6,3% – 7,5%	14	93% (13)	3,9	7,8
	über 7,5%	10	90% (9)	4,0	7,1

\*) eigene Auswertung nach Daten aus der Jahresberichterstattung der unteren Gesundheitsbehörden, des Landesamtes für Statistik und der Agentur für Arbeit; ohne Region Hannover; Stadt und Landkreis Osnabrück als eine Kommune gezählt

<sup>5</sup> Kluge H, Becker T, Kallert TW, Matschinger H, Angermeyer MC (2007): Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste – eine Mehrebenenanalyse. Psychiatrische Praxis; 34: 20-25



Es zeigt sich, dass die SpDi in Kommunen mit einer großen Einwohnerzahl (kreisfreie Städte und Landkreise, ohne Region Hannover) vergleichsweise weniger Fachpersonal haben und weniger Patienten erreichen. Dieser Befund lässt vermuten, dass bevölkerungsreiche Kommunen die Personalausstattung ihres SpDi nicht an der Anzahl der Einwohner ausrichten. Diese SpDi scheinen für die hilfsbedürftigen Mitbürger schlechter zugänglich zu sein, sei es durch Personalnot, sei es durch einen zu weiten Weg zum Dienst. In gering besiedelten Landkreisen (unter 1,0 Einw. pro Hektar) sind die SpDi ebenso wie in kreisfreien Städten (ab 3,0 Einw. pro Hektar) beim Fachpersonal relativ besser ausgestattet, dort werden aber auch sehr viel mehr Patienten betreut. In Kommunen mit überdurchschnittlich hohem Anteil an Arbeitslosen ist der Umfang an Einzelfallhilfen (gemessen als Anzahl dokumentierter Patienten pro 1.000 Einwohner) deutlich erhöht, ohne dass die Personalausstattung in ähnlichem Umfang ausgeweitet worden wäre.

## **Für die Kernaufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste in der Fallarbeit lassen sich Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards definieren.<sup>6</sup>**

### **1. Kernaufgabe: Niederschwellige Beratung und Betreuung:**

(Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung: siehe Definition auf Seite 3)

Niederschwellige Beratung: Die Beratung suchende Person bekommt sofort telefonisch oder kurzfristig in einem persönlichen Gespräch, erforderlichenfalls auch wiederholt und im Rahmen von Hausbesuchen, Gelegenheit, einer Fachperson die Problemlage zu schildern. Sie erhält eine der Problemlage angemessene Unterstützung bei der vorläufigen Klärung und Lösung des Problems. In die Beratung werden bei Erfordernis wichtige Bezugspersonen einbezogen. Bei fortbestehendem Hilfebedarf wird die betroffene Person an eine geeignete Stelle vermittelt.

Niederschwellige Betreuung: Die hilfsbedürftige Person wird durch eine Fachperson solange kontinuierlich und bei Bedarf auch aufsuchend betreut, bis eine dafür vorrangig zuständige und geeignete Stelle die Betreuung übernimmt oder der Hilfsbedarf nicht mehr besteht.

#### Wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe

- Sozialpsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst sowie Netzwerkarbeit im regionalen Verbund für Dienste und Einrichtungen, die mit Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen befasst sind,
- Kommunaler / Allgemeiner Sozialdienst (KSD / ASD),
- Beratungsstellen für besondere Zielgruppen: Suchtberatungsstelle, Familien- und Erziehungsberatungsstelle (FEB), *Jobcenter*, Schuldnerberatungsstelle, Kommunaler Senioren-Service,
- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle (PSKB) *mit offenen Sprechstunden und Freizeitangeboten*,
- Selbsthilfegruppen der Betroffenen und ihrer Angehörigen,
- Hausärzte, psychiatrische und psychotherapeutische Praxen,
- ambulante somatische, psychiatrische, gerontopsychiatrische Pflegedienste,
- Psychiatr. Institutsambulanz der für die Kommune zuständigen Klinik (PIA)
- ambulante Hilfen zur Eingliederung seelisch behinderter Menschen.

#### Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

- Offene Sprechstunde mindestens vier Stunden täglich an allen Werktagen.
- Grundsätzlich multiprofessionelle Beratung und Betreuung, sozialpädagogisches Fachpersonal im Vordergrund, ärztliches Fachpersonal eher im Hintergrund
- Terminvergabe zur Beratung für ein persönliches, mindestens halbstündiges Gespräch innerhalb von fünf Werktagen.
- Fortsetzung der Beratung bei Bedarf im Rahmen von bis zu vier weiteren Terminen.
- Gewährleistung einer persönlichen Kontinuität der therapeutischen Hauptbezugsperson im Dienst.
- Durchführung der Betreuung grundsätzlich in Form von persönlichen Kontakten mindestens alle vier Wochen, bei Bedarf auch als aufsuchende

---

<sup>6</sup> Auszüge aus: Elgeti H (2014): Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards für die Kernaufgaben Sozialpsychiatrischer Dienste in der Fallarbeit (Diskussionspapier für einen internen Workshop des regionalen Netzwerks Nord Sozialpsychiatrischer Dienste zu diesem Thema am 25.02.2015 in Hannover)  
<http://sozialpsychiatrische-dienste.de/dokumentationen-materialien/veranstaltungen-2015/>

Hilfe. Eine gelegentlich angezeigte lose Betreuung in Form von nur sporadischen, telefonischen oder schriftlichen Kontakten wird regelmäßig in der Teamkonferenz auf ihren Sinn hin befragt.

## **2. Kernaufgabe: Krisenintervention und – notfalls – Unterbringung**

(Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung: siehe Definition auf Seite 3)

Krisenintervention und Notfallhilfe: Mindestens zwei kompetente Fachkräfte stehen rund um die Uhr für ein telefonisches oder persönliches Krisengespräch zur Verfügung, können die betroffene Person bei Bedarf auch unverzüglich aufsuchen und sind in der Lage, geeignete Hilfen zur Vermeidung einer Klinikeinweisung selbst anzuwenden, herbeizurufen bzw. wohnortnah ohne Wartezeit zu vermitteln.

Mitwirkung an Zwangseinweisungen: Zu den im Krisendienst tätigen Fachkräften gehört auch eine Person mit ärztlich-psychiatrischer Kompetenz und Erfahrung in der Vorbeugung und Bewältigung akuter Selbst- und Fremdgefährdung, die das Gefährdungspotential umsichtig abschätzen und notfalls eine Zwangseinweisung auf qualifizierte Weise einleiten und begleiten kann.

### Wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe

- funktionsfähige niederschwellige und mobile Krisendienste für medizinische, pflegerische und soziale Notlagen,
- rund um die Uhr verfügbare Notfallbereitschaften der Ordnungsbehörde, des Amtsgerichts und der Betreuungsbehörde bzw. der rechtlichen Betreuer,
- Alternativen zur stationären Krisenintervention in einer psychiatrischen Klinik wie z.B. aufsuchende Krisenteams nach den Modellen des Hometreatment bzw. des Assertive Community Treatment, Krisenbetten bzw. Weglaufhäuser.

### Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

Erforderlich ist eine qualifizierte Notfallbereitschaft (evtl. zusammen mit geeigneten Kooperationspartnern), die auf Grundlage klarer, mit allen Systempartnern vereinbarter Verfahrensregeln zur Vorbeugung und Bewältigung suizidaler oder gewaltförmiger Eskalation tätig werden kann. Sie soll möglichst

- 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche zur Verfügung stehen,
- mit mindestens zwei Fachpersonen interdisziplinär besetzt sein,
- Ressourcen der Selbsthilfe im Bedarfsfall mit einbeziehen,
- sofort telefonisch oder am Dienort eine Krisenintervention durchführen,
- im ganzen Zuständigkeitsgebiet unverzüglich auch aufsuchend tätig werden,
- fachärztlich bei Bedarf auch vor Ort eine akute Selbst- bzw. Fremdgefährdung der betroffenen Person abklären und
- in diesem Zusammenhang ggf. selbst Zwangsmaßnahmen ärztlich begründen.

## **3. Kernaufgabe: Planung und Koordination von Einzelfallhilfen**

(Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung: siehe oben Seite 3-4)

Individuelle Hilfeplanung: Auf Grundlage einheitlicher Verfahrensregeln, vereinbart zwischen allen Systempartnern, übernimmt eine dafür kompetente Fachperson des SpDi, anerkannt als Fachdienst des Kostenträgers, die koordinierende Federführung bei der Planung, Evaluation und Fortschreibung komplexer Einzelfallhilfen. Leitende Prinzipien sind Prävention, Inklusion, ambulant vor stationär, Wohnortnähe, integrierte Hilfeleistung, Verhandeln statt Behandeln. Alle Planungen erfolgen grundsätzlich gemeinsam mit der betroffenen Person, ggf. mit ihrer rechtlichen Betreuung, auf Wunsch auch unter Hinzuziehung einer Vertrauensperson. Planung, Durchführung und Fortschreibung der Hilfe werden in angemessener Form

dokumentiert und in anonymisierter Form auch genutzt für eine auch Einzelfall-übergreifende Evaluation und Qualitätsentwicklung des regionalen Hilfesystems.

### Wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe

In wohnortnaher Verfügbarkeit

- allgemeine medizinische, pflegerische und soziale Dienste
  - Haus- und Facharztpraxen
  - Pflegestützpunkt, niederschwellige Betreuungsangebote und ambulante Pflegedienste
  - Jugendhilfestationen, Kommunalen Sozialdienst und Senioren-Service, Jobcenter, Schuldnerberatungsstelle, Familien- und Erziehungs-Beratungsstelle
- alle wichtigen Hilfsangebote für psychisch erkrankte Menschen
  - zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, Pflege und Rehabilitation: Facharzt- und Psychotherapie-Praxen, Ergo- und Soziotherapie, Suchtfachstelle, ambulanter (geronto-)psychiatrischer Pflegedienst, Institutsambulanz und Tagesklinik der zuständigen Psychiatrischen Klinik, med.-berufliche Rehabilitation
  - zur sozialen und beruflichen Teilhabe

die flexibel auf die individuellen Bedarfslagen eingehen, bei Erfordernis weitere Spezialkompetenz hinzuziehen und in einem regionalen Verbundsystem zuverlässig miteinander kooperieren.

### Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

Erforderlich ist eine personenzentrierte und lebensweltorientierte Planung der notwendigen Hilfen nach einem einheitlichen Verfahren, gemeinsam mit der jeweils betroffenen Person, ausgerichtet an ihrem Willen und ihrem Bedarf. Dabei sollten insbesondere folgende Standards eingehalten werden:

- individuelle, bei Bedarf aufsuchende, gegenüber Anbieter- und Kostenträger-Interessen neutrale Beratung der hilfsbedürftigen Person und deren weitere Unterstützung im Planungsprozess durch eine kompetente Fachkraft,
- sorgfältige Erkundung des Willens der betroffenen Person, ihrer eigenen Ressourcen und der Unterstützungsmöglichkeiten durch ihr soziales Umfeld im offenen Dialog nach den Prinzipien von Autonomie und Teilhabe, Inklusion und Partizipation, mit persönlicher Teilnahme an der Hilfeplankonferenz,
- genaue Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs unter Einbeziehung des hierbei infrage kommenden Leistungsspektrums aller Leistungsträger, mit Spielraum zur Planung unkonventioneller Maßnahmen, regelmäßige Überprüfung bei Fortschreibung der Hilfeplanung,
- zeitnahe Bearbeitung und Entscheidung des Hilfeantrags einschließlich Klärung der Zuständigkeit für die Kostenübernahme,
- Sorge für eine gute Kooperation und Koordination der Leistungsträger und Leistungserbringer im regionalen Verbund, mit Beteiligung von Vertretungen der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Bürgerhelfern, Organisation geeigneter Maßnahmen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung des Hilfesystems,
- regelmäßige Evaluation der geplanten Maßnahmen und des Planungsprozesses anhand qualitativer und quantitativer Daten der Leistungserbringer, mit Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Beschwerdemanagement.

## **Zur Berechnung des Personalbedarfs in der Fallarbeit ist die Bestimmung einer ganzen Reihe von Einflussfaktoren erforderlich.**

Die Kalkulationsgrundlagen für die Berechnung des Personalbedarfs im SpDi können auch dazu genutzt werden, Diskrepanzen zum Ist-Zustand aufzuzeigen. Das regt dazu an, im Diskurs mit Kolleginnen und Kollegen sowohl die Sollwerte für eine qualitativ gute Aufgabenerfüllung auf ihre Plausibilität hin zu überprüfen als auch nach möglichen Defiziten derzeitiger Leistungserbringung Ausschau zu halten.

Bei der Berechnung des Personalbedarfs in der Fallarbeit sollte der Zeitaufwand für direkte, indirekte und mittelbare Leistungen unterschieden werden. Direkte Leistungen betreffen den unmittelbaren persönlichen Kontakt der Fachkräfte (*face-to-face*) in der Beratung und Betreuung, Krisenintervention und Notfallhilfe einer hilfsbedürftigen Person. Als indirekte Leistungen werden Vor- und Nachbereitung, Dokumentation und Berichterstattung, Telefonate und Schriftwechsel, Kontakte zu Bezugspersonen und Behörden im Rahmen der Arbeit für die entsprechende hilfsbedürftige Person verstanden. Fahrzeiten für Hausbesuche sollten gesondert kalkuliert werden. Als mittelbare Leistungen sind zu verstehen der Zeitaufwand für Teamkonferenzen sowie der Personalbedarf für Leitungs- und Verwaltungskräfte.

Kalkulationsgrundlagen für die Berechnung des Zeitaufwands von Fachkräften für direkte patientenbezogene Leistungen für die Kernaufgaben „niederschwellige Beratung und Betreuung“ sowie „Krisenintervention und notfalls Unterbringung“ sind:

- Anzahl der betreuten Personen im Berichtsjahr mit mindestens einem persönlichen Kontakt,
- durchschnittliche Betreuungsdauer pro betreuter Person im Berichtsjahr (Anzahl der Quartale in Betreuung) bzw. durchschnittliche Anzahl der Betreuungsfälle pro Quartal,
- durchschnittliche Anzahl der persönlichen Kontakte pro betreuter Person und Quartal, differenziert nach Einzelarbeit in der Dienststelle (z.B. in der Sprechstunde), aufsuchender Arbeit (z.B. als Hausbesuche) und Gruppenangeboten,
- durchschnittliche Dauer des persönlichen Einzelkontakts (ggf. differenziert nach Einzelarbeit in der Dienststelle und aufsuchender Arbeit) und der Gruppenangebote,
- durchschnittliche Anzahl der Fachkräfte, die im direkten Kontakt mit der hilfsbedürftigen Person beteiligt sind, differenziert nach Einzelarbeit in der Dienststelle, aufsuchender Arbeit und Gruppenangeboten.

Zur Berechnung des Zeitaufwands von Fachkräften für indirekte Leistungen sollte ein Zuschlag als Prozentanteil aller erbrachten direkten Leistungen kalkuliert werden. Gesondert ist die durchschnittliche Fahrzeit bei aufsuchender Arbeit zu kalkulieren.

Es bedarf einer gesonderten Kalkulation für den Zeitaufwand der Notfallbereitschaft, die sich am Zeitraum bemisst, in dem diese zur Verfügung steht. Bei 250 Arbeitstagen im Jahr (52 Wochen mit je 5 Arbeitstagen minus 10 Wochenfeiertage pro Jahr) und 8 Stunden pro Tag Notfallbereitschaft, müssen insgesamt 2000 Einsatzstunden im Jahr abgedeckt werden, ein Faktor von 1,14 in Bezug auf die Arbeitsstunden einer Vollzeit-Fachkraft. Es muss bei der Berechnung des Personalbedarfs für die Notfallbereitschaft auch kalkuliert werden, ob und ggf. zu welchem Anteil die hier eingesetzte Person während dieser Zeit Leistungen in der Fall- oder Verbundarbeit erbringt, die anderweitig berechnet werden.

Für die Kernaufgabe „Planung und Koordination von Einzelfallhilfen“ ist eine gesonderte Kalkulation zu empfehlen. Hier sind zur Berechnung des Personalbedarfs, der grundsätzlich vom jeweils zuständigen Kostenträger extra zu finanzieren wäre, folgende Kalkulationsgrundlagen festzulegen:

- Anzahl der Planungsverfahren im Berichtsjahr, differenziert nach zuständigem Kostenträger sowie nach Anteil von Neuanträgen und Fortschreibungen,
- durchschnittlicher Zeitaufwand pro Planungsverfahren für direkte und indirekte Leistungen, differenziert nach Grundqualifikation der dabei zum Einsatz kommenden Berufsgruppen (ärztlicher und psychologischer Dienst, sozialpädagogischer und krankenpflegerischer Dienst, Verwaltungsdienst),
- durchschnittlicher Zeitaufwand für die Koordination der Hilfeleistungen außerhalb des Planungsverfahrens.

Zur Umrechnung von Zeitbudgets für die Fallarbeit in Vollzeitstellen der Fachkräfte wird vorgeschlagen, pro Vollzeitäquivalent mit 44 Arbeitswochen zu kalkulieren (52 Wochen minus 6 für Urlaub und je 1 für Fortbildung sowie Arbeitsunfähigkeit). Bei einer angenommenen durchschnittlichen Arbeitszeit von 40 Stunden ergeben sich damit 1760 Arbeitsstunden pro Vollzeitkraft.

Der Aufwand für Teamkonferenzen lässt sich aus ihrer Frequenz pro Woche und Dauer pro Konferenz berechnen. Der entsprechende Zeitaufwand pro Woche ergibt einen Anteil an der wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle, der dann eingesetzt wird als Zuschlag auf die für die Fall- und Verbundarbeit kalkulierten Fachkräfte. Verwaltungs- und Leitungskräfte bleiben hierbei unberücksichtigt, der hier erforderliche Personalbedarf kann in einem jeweils gesondert zu definierenden Prozentanteil an den vorher kalkulierten Vollzeitstellen für Fachkräfte bzw. Mitarbeiter berechnet werden.

Zur Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes (Kommune) werden aktuelle Zahlen benötigt zur Gebietsfläche und Einwohnerzahl nach Altersgruppen (<18 Jahre, 18-<65 Jahre, ab 65 Jahre) sowie zur Anzahl der Arbeitslose. In Bezug auf den Umfang aufsuchender Tätigkeit und die Fahrzeit bei Hausbesuchen ist auch der Ausbaugrad des Öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) von Bedeutung.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Kalkulationsgrundlagen anhand einer Beispielrechnung für einen SpDi in Niedersachsen aufgeführt. In diesem Modellbeispiel ist der SpDi mit einer ungefähr durchschnittlichen Personalausstattung von 4,1 Fachkräften pro 100.000 Einwohner für die Kernaufgaben 1 bis 4 zuständig. Es werden rund 750 hilfsbedürftige Personen durchschnittlich 1,5 Quartale pro Jahr beraten und betreut, für 200 von ihnen wird ein Hilfeplanverfahren durchgeführt.

Neben Einzelkontakten in der Dienststelle (EB) und aufsuchender Arbeit (HB) werden auch zwei wöchentliche Gruppenangebote (GB) mit einer Zeitdauer von 1,5 Stunden gemacht, die von einer Fachkraft geleitet und von je 12 Teilnehmenden durchschnittlich 2 Quartale regelmäßig genutzt werden.

Die EB dauern durchschnittlich 45 und die HB durchschnittlich 60 Minuten, pro Quartal werden im Durchschnitt pro betreuter Person 2,5 EB bzw. 1,5 HB kalkuliert, die Betreuungsdauer ist mit je 1,5 Quartalen pro Jahr berechnet. Jedes fünfte Mal ist bei EB eine zweite Fachkraft beteiligt, bei HB jedes zweite Mal. Der Zuschlag für indirekte Leistungen beträgt in dieser Modellrechnung bei EB und HB 100% der

direkten Leistungen, bei HB kommt noch die Fahrzeit mit durchschnittlich 40 Minuten (Hin- und Rückfahrt zusammengezählt) hinzu.

Die Hilfeplanverfahren finden in 20% der Fälle nicht in den Diensträumen statt (sind also ein „Hausbesuch“, auch wenn der Ort ein Wohnheim oder eine Klinik ist). Pro Verfahren ist alles in allem ein zeitlicher Aufwand von je 4 Stunden für zwei Fachkräfte kalkuliert, zur Hälfte direkte und indirekte Leistungen.

Für 8 Stunden an allen fünf Arbeitstagen pro Woche gibt es eine mobile Notfallbereitschaft, und für 25% der 40 Wochenstunden wird zusätzliches Fachpersonal berechnet.

Pro Woche sind in dieser Modellrechnung drei Stunden Zeit für Teamkonferenzen veranschlagt, z.B. drei Mal je eine Stunde.

Der Zuschlag für Leitungsaufgaben ist mit 5% der Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die Fachkräfte kalkuliert, für Verwaltungsaufgaben ist der Zuschlag bei EB mit 20%, bei HB und HP mit je 10%, bei GB und Verbundarbeit mit je 5% kalkuliert.

**Tabelle: durchschnittliche Personalausstattung im SpDi (Nds., Modellbeispiel)**

		KA 1 und 2			KA 3	KA 4	KA 1-4
		EB	HB	GB	HP	Verbund	Summe
Merkmale der Fallarbeit	betreute Personen pro Jahr	320	213	48	200		733
	Quartale pro Jahr in Betreuung	1,5	1,5	2,0	1,0		
	Fälle pro Quartal	120	80	24	50		250
	Kontakte pro Quartal	2,5	1,5	12	1,0		
	Minuten pro Kontakt	45	60	90	60		
	Mitarbeitende pro Kontakt	1,2	1,5	0,2	2,0		
	direkte Leistungen (Min.) pro Q.	135	135	216	120		
	indirekte Leistungen (Min.)	135	135	216	120		
	Fahrzeiten pro Hausbesuch	0	40	0	40		
	alle Leist. pro Person und Q. (Std.)	4,5	5,5	4,5	4,1		
	Zuschlag Teamkonferenzen	8% (3 WoStd. pro VZÄ)					
	Zuschlag mobile NF-Ber. (8 Std./d)	25% (10 WoStd.)					
	VZÄ für Fallarbeit	1,65	1,08	0,27	0,51		3,50
	VZÄ für Verbundarbeit					0,40	0,40
Zuschlag / VZÄ für Leitung	5% der VZÄ Fachpersonal					0,20	
Zuschlag / VZÄ für Verwaltung	20%	10%	5%	10%	5%	0,55	
Summe VZÄ für Kernaufgaben KA 1-4	2,08	1,25	0,29	0,59	0,44	4,64	

Bei der Kalkulation der Inanspruchnahme des SpDi sollte man die Sozialstruktur der Kommune berücksichtigen. In urban verdichteten Gebieten (ab 3,0 Einw. Pro Hektar) und bei gehäuften sozialen Problemlagen (ab 6,3% Arbeitslose) ist mit einem erhöhten Bedarf durch gehäuftes Vorkommen sozialpsychiatrisch relevanter Hilfsbedürftigkeit zu rechnen. In gering besiedelten Gebieten kann es zu einer erhöhten Inanspruchnahme durch mangelnde Verfügbarkeit vorrangig zuständiger ambulanter Dienste kommen, der Anteil aufsuchender Hilfe ist höher, die Fahrzeiten länger. Den Zielgruppenbezug der Nutzergruppe kann man mit Hilfe des psychosozialen Risikos abschätzen, ein multidimensionaler Score auf Grundlage von acht Merkmalen des Datenblattes C, das vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen für den Einsatz in der regionalen Psychiatrieberaterstattung empfohlen wird.