

Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste

Diskussionspapier einer Arbeitsgruppe des regionalen Netzwerks Nord
im Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland
(Stand: 27.01.2016)

Einführung und Erläuterungen zur Kalkulation des Personalbedarfs

Das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi) in Deutschland wurde 2010 gegründet. Seine Kooperationspartner¹ haben sich zum Ziel gesetzt, den Länder- und Träger-übergreifenden Erfahrungsaustausch zu fördern und beizutragen zur Klärung des Selbstverständnisses der SpDi. Außerdem geht es um die Entwicklung zukunftsweisender Arbeitskonzepte und die Aufklärung der (Fach-) Öffentlichkeit über die Bedeutung dieser Dienste für eine Verwirklichung gemeindepsychiatrischer Versorgungskonzepte. Nicht zuletzt will das Netzwerk Fortbildungen anbieten, die auf die Bedürfnisse der Arbeit im SpDi zugeschnitten sind.

Im Anschluss an die Veröffentlichung eines Thesenpapiers zu Kernaufgaben (KA) der SpDi² begannen erste Überlegungen, dafür Leistungsstandards zu entwickeln. In diesem Zusammenhang sollten auch Anhaltswerte zum Personalbedarf für eine qualitativ gute Bearbeitung dieser Aufgaben vorgelegt werden. Das regionale Netzwerk Nord hatte dazu bereits im März 2013 während seines 4. Regionaltreffens in Bremerhaven einen Workshop durchgeführt und wurde von der bundesweiten Lenkungsgruppe damit beauftragt, eine Vorlage zu erarbeiten. Zu diesem Zweck wurde beim 5. Regionaltreffen Nord im August 2013 in Lübeck eine Arbeitsgruppe (AG) gebildet, und das nächste Regionaltreffen im September 2014 in Lüneburg diskutierte diese Fragen in Bezug auf die KA 1-3 zur Fallarbeit. Anschließend wurden die SpDi in Norddeutschland eingeladen, sich an einer vertraulichen Datenerhebung für das Berichtsjahr 2014 zu diesem Thema zu beteiligen, zehn Dienste machten mit. Auf zwei Workshops im Februar und Oktober 2015 wurden die Auswertungsergebnisse diskutiert und die Grundlagen des hier vorgelegten Diskussionspapiers gemeinsam erarbeitet.³ Dieses Papier wird auf einem Forum während der 4. bundesweiten Fachtagung „Segel setzen!“ im April 2016 vorgestellt, dann soll die Diskussion in allen regionalen Netzwerken fortgeführt werden. Unter Berücksichtigung der dort gesammelten Änderungswünsche wird die bundesweite Lenkungsgruppe fachliche Empfehlungen formulieren, die im Mittelpunkt der 5. bundesweiten Fachtagung „Segel setzen!“ im Jahre 2018 stehen sollen.

Dieses Papier beschreibt für jede KA zunächst zwei Teilaufgaben mit der Zielsetzung und wichtigen Einflussfaktoren im unmittelbaren Kontext der Aufgabe. Es folgen diesbezügliche Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards, zunächst allgemein

¹ Derzeitige Kooperationspartner sind: AWO Bundesverband, Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (BV ÖGD), Caritas / Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie (CBP), Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Diakonie Deutschland / Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BEB), Der Paritätische Gesamtverband, Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN), Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LvG&AfS) und Psychiatrie-Verlag.

² Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2013): Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusiven und sozialraumbezogenen Psychiatrie! Sozialpsychiatrische Informationen 43 (1): 57-58

³ Protokolle und Materialien finden sich auf der Homepage des Netzwerks: www.sozialpsychiatrische-dienste.de

und dann bezogen auf jede Teilaufgabe. Ausführlichere Leistungsbeschreibungen finden sich in den Anlagen. Die Breite und Tiefe des Leistungsspektrums eines SpDi lässt sich in einem ersten Überblick daran ablesen, welche KA er erfüllt und wie das anteilige Verhältnis zwischen den Teilaufgaben einer KA ist. Schließlich werden Anhaltspunkte gegeben zum Personalbedarf für eine qualitativ gute Bearbeitung der jeweiligen KA. Jeder SpDi kann seinen Personalbedarf mithilfe einer diesem Papier beigefügten Excel-Datei ermitteln, anhand des speziellen Leistungsspektrums, der für ihn gültigen Normwerte und der Inanspruchnahme in der Fallarbeit (Anlage 6).

Voraussetzung für eine Berechnung des Personalaufwands in der Fallarbeit ist die Einschätzung des durchschnittlichen Zeitaufwands pro Einzelfall. Dazu empfiehlt die AG, neben einer einheitlichen Definition einiger Grundbegriffe für die Dokumentation (Fall, Aktion, Kontakt) das „Leistungsbündel“ einzuführen.⁴ Hierbei handelt es sich um in der Regel mehrere, miteinander zusammenhängende und auf eine bestimmte Indexperson bezogene Aktionen aller Fachkräfte des SpDi, die sich auch über mehrere Tage hinziehen können und oft einen persönlichen Kontakt zu der Indexperson beinhalten (ohne Fahrzeiten bei aufsuchender Tätigkeit). Dieser Begriff vermeidet nicht nur eine allzu detaillierte Dokumentation aller einzelnen Aktionen und Kontakte, sondern berücksichtigt auch die nicht selten sehr zeitaufwändigen Fälle, bei denen es nie zu einem persönlichen Kontakt mit der Indexperson kommt.

Für die Fallarbeit wurden Normwerte zum Zeitaufwand pro Leistungsbündel (siehe Tabelle) gebildet. Außerdem werden zu jeder KA unter den Anhaltspunkten für die Schätzung des Personalbedarfs Annahmen gemacht zur Anzahl der Leistungsbündel pro betroffener Person und Quartal sowie zur Anzahl der Quartale in Betreuung pro Jahr. Die Normwerte sollten anhand einer detaillierten Leistungsdokumentation ab und zu überprüft werden. So sind der Anteil aufsuchender Arbeit und die Fahrzeit bei Hausbesuchen in ländlichen Regionen meist höher als in städtischen. Die Fallzahl und Betreuungsdauer pro Jahr ist nicht nur abhängig von der Verfügbarkeit anderer Hilfsangebote im Kontext einer Kernaufgabe, sondern auch von der Sozialstruktur des Gebietes, für die der SpDi zuständig ist. Wer die Zielgruppenspezifität der Inanspruchnahme-Population überprüfen will, braucht eine Basisdokumentation, die eine Einschätzung des psychosozialen Risikos der betroffenen Personen ermöglicht.

Tabelle: Schätzung des Zeitaufwands von Leistungsbündeln in der Fallarbeit*

| Kernaufgaben der Fallarbeit | KA 1a | KA 1b | KA 2a | KA 2b | KA 3a | KA 3b |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|------------|---------|-----------------------|-----------|
| | Minuten pro Leistungsbündel | | | | | |
| Mittelwert | 108 | 88 | 224 | 220 | 114 | 227 |
| Bandbreite | 60-150 | 60-120 | 120-360 | 90-360 | 60-180 | 90-360 |
| Normwert | 120 | | 240 | | 120 | 240 |
| zusätzlicher Aufwand | Anteil HB an Aktionen | Teamzeit | Verwaltung | Leitung | Verwaltung | Leitung |
| | | Stunden pro Woche | | | VZÄ pro 100.000 Einw. | |
| Mittelwert | 46% | 3 | 44 | 10 | 0,62 | 0,15 |
| Bandbreite | 25%-75% | 2-4 | 30-80 | 6-14 | 0,15-1,43 | 0,07-0,32 |
| Normwert | 50% | 8% VZÄ | 15% VZÄ | 5% VZÄ | 0,67 | 0,21 |

*) Mittelwert und Bandbreite der Schätzungen von neun SpDi; bei Verwaltung und Leitung einschließlich Umrechnung auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) pro 100.000 Einwohner der Kommune, für die der SpDi zuständig ist. Die Normwerte sind Grundlage für die Berechnung des Personalbedarfs im Hinblick auf die drei Kernaufgaben in der Fallarbeit

⁴ Siehe Protokoll des 1. Workshops der AG Leistungsstandards und Personalressourcen am 25.02.2015 in Hannover, als Download verfügbar unter <http://sozialpsychiatrische-dienste.de/arbeitsgruppen/>

1. Kernaufgabe: Niederschwellige Beratung und Betreuung

Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung

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.

- KA 1a niederschwellige Beratung: Hier geht es 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.
- KA 1b niederschwellige Betreuung: Es gibt eine Gruppe von chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen, die unter Umständen längerfristig multidisziplinär zu betreuen sind, 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.

Eine niederschwellige Beratung (KA 1a) beschränkt sich in der Regel auf höchstens fünf persönliche Kontakte in einem Zeitraum von weniger als drei Monaten. Dauert die Hilfe länger, liegt eine niederschwellige Betreuung (KA 1b) vor. Wird bei Bekanntwerden des Problems aufgrund seiner Dringlichkeit ein sofortiger Kontakt noch am selben Tag erforderlich, ist von einer Krisenintervention (KA 2) auszugehen.

Wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe

Der Bedarf an niederschweligen Beratungen und Betreuungen hängt nicht nur von der Größe und Sozialstruktur des Gebietes ab, für das der Sozialpsychiatrische Dienst zuständig ist. Bedeutsam ist auch die Frage, welche anderen Dienste und Netzwerke im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe für die Bevölkerung tätig sind. Dazu gehören insbesondere auch folgende Hilfsangebote:

- medizinisch-sozialen Basisdienste: Hausarztpraxen, allgemeine ambulante Pflegedienste, Kommunaler (KSD) bzw. Allgemeiner Sozialdienst (ASD);
- spezielle Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen: Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige, Familien- und Erziehungsberatungsstellen (FEB), Jobcenter, Kommunaler Senioren-Service, Senioren- und Pflegestützpunkte, Schuldner- und Suchtberatungsstellen, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) mit offenen Sprechstunden und Freizeitangeboten;
- psychiatrisch-psychotherapeutische Fachdienste und Netzwerke: psychiatrische und psychotherapeutische Praxen, Institutsambulanzen (PIA) der für die Kommune zuständigen psychiatrischen Kliniken, (geronto-) psychiatrische Pflegedienste, ambulante Hilfen zur Eingliederung seelisch behinderter und suchtkrank Menschen, Sozialpsychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste, regionale Netzwerke für Dienste und Einrichtungen, die mit Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen befasst sind.

Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

KA 1 allgemeine Standards: Zur Erfüllung der Kernaufgabe „niederschwellige Beratung und Betreuung“ gibt es eine offene Sprechstunde für mindestens vier Stunden täglich an allen Werktagen. Grundsätzlich ist eine multiprofessionelle Beratung und Betreuung gewährleistet, mit sozialpädagogischem Fachpersonal im

Vordergrund und ärztlichem Fachpersonal eher im Hintergrund. Für die Dauer der Hilfe im Einzelfall bleibt dieselbe therapeutische Hauptbezugsperson zuständig. Bei der Terminvergabe ist dafür gesorgt, dass innerhalb von fünf Werktagen ein erstes persönliches, mindestens halbstündiges Beratungsgespräch erfolgen kann. Die Beratung bzw. Betreuung erfolgt grundsätzlich in Form von persönlichen Kontakten mindestens alle vier Wochen, bei Bedarf auch als aufsuchende Hilfe. Bei einer mittel- oder längerfristigen Betreuung wird fortlaufend überprüft, ob die Betreuung beendet oder die betroffene Person in ein geeignetes alternatives, vorrangig zuständiges Hilfsangebot vermittelt werden kann. Eine gelegentlich angezeigte lose Betreuung mit nur sporadischen Kontakten oder ausschließlich telefonischer bzw. schriftlicher Kommunikation wird in Teamkonferenzen regelmäßig auf ihren Sinn hin befragt.

KA 1a niederschwellige Beratung: Die Beratung suchende Person bekommt sofort telefonisch oder kurzfristig in einem persönlichen Gespräch Gelegenheit, einer Fachperson die Problemlage zu schildern. Bei Bedarf werden weitere Termine ermöglicht, ggf. auch im Rahmen von Hausbesuchen. Die betroffene Person erhält eine der Problemlage angemessene Unterstützung bei der vorläufigen Klärung und Lösung des Problems. Wichtige Bezugspersonen werden dabei – falls erforderlich – einbezogen. Bei fortbestehendem Hilfebedarf wird die betroffene Person an eine geeignete Stelle weitervermittelt.

Die Beratung beinhaltet folgende Schritte (Leistungsbeschreibung in der Anlage 1):

1. Informationsaufnahme und Indikationsstellung für eine Beratung
2. Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Erstkontakts
3. Folgekontakte mit den im Einzelfall erforderlichen begleitenden Aktivitäten
4. Abschlusskontakt und Epikrise

KA 1b 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 Hilfebedarf nicht mehr besteht. Die Betreuung gleicht zunächst der Beratung (Schritte 1 bis 3), daran schließen sich folgende Schritte (4 bis 6) an (Leistungsbeschreibung in der Anlage 1):

4. Klärung eines mittel- oder längerfristigen Betreuungsbedarfes
5. kontinuierliche Betreuung mit den im Einzelfall erforderlichen begleitenden Aktivitäten bei fortlaufender Überprüfung der Möglichkeit, die Betreuung zu beenden oder die betroffene Person an ein geeignetes, vorrangig zuständiges Hilfsangebot zu vermitteln
6. behutsame Vorbereitung des Betreuungsendes bzw. der Weiterbetreuung an anderer Stelle, Abschlusskontakt und Epikrise

Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs

Annahme: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für eine Kommune von 100.000 Einw. zuständig und versorgt in der Kernaufgabe 1 pro Jahr 320 Personen. Die Beratung oder Betreuung erfolgt über durchschnittlich 1,5 Quartale pro Jahr (das sind 120 Fälle pro Quartal), der Personalaufwand beträgt 120 Minuten pro Leistungsbündel bei einer Anzahl von 2,5 Leistungsbündeln pro Quartal. Zu 50% sind Hausbesuche erforderlich, wobei die durchschnittliche Fahrzeit 40 Minuten pro Hausbesuch ausmacht. Unter Einrechnung von 8% Zeitaufwand für Teamkonferenzen ergibt sich daraus ein Personalbedarf von 1,95 Vollzeitäquivalenten (VZÄ), bei Hinzurechnung von 15% für Verwaltungs- und 5% für Leitungsfunktionen sind es 2,36 VZÄ.

2. Kernaufgabe: Krisenintervention und (im Notfall) Unterbringung

Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung

Menschen können einmalig, mehrmals oder im Rahmen lang dauernder Beeinträchtigungen immer wieder in gefährliche Zuspitzungen ihrer psychosozialen Problemlage geraten. Eine Krise kann auftreten als akute seelische Notlage unter besonderer Belastung, als psychiatrischer Notfall bei akutem Krankheitsbild oder als akute Zuspitzung einer schon länger bestehenden psychischen Erkrankung. In der Regel sind neben der betroffenen (Index-)Person auch andere Personen beteiligt.

- KA 2a Krisenintervention und Notfallhilfe: Notwendig ist ein aktives, die Situation gestaltendes und veränderndes Handeln unter Anwendung spezifischer diagnostisch-therapeutischer Fähigkeiten und Erfahrungen. Vorrangig geht es darum, die Krise zu entschärfen, eine Eskalation zu vermeiden und konstruktive Lösungen anzubahnen. Zwangsmaßnahmen sind möglichst zu vermeiden, ambulante Lösungen haben Vorrang vor stationären.
- KA 2b Mitwirkung an Unterbringungen: 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 der nächstgelegenen dafür geeigneten Klinik untergebracht werden kann. Die mit dieser Aufgabe betrauten Personen 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 das Zulassen von Zweifel, neben Konzentration auf das Vordringliche und Wichtige der Blick auf Kontextfaktoren und Folgewirkungen der Krisenintervention.

Für diese Aufgaben muss eine multidisziplinär besetzte mobile Notfallbereitschaft verfügbar sein, die eine Krisensituation sofort, ggf. auch vor Ort, fachkompetent klären und die notwendigen Maßnahmen einleiten kann. Der Sozialpsychiatrische Dienst einer Kommune muss 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.

Wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe

Die Häufigkeit von Situationen, die eine psychiatrische Krisenintervention erfordern, steht im Zusammenhang mit der Größe und Sozialstruktur des Gebietes, für das der Krisendienst zuständig ist. Die jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen beeinflussen die Art und das Ausmaß der Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Krisenintervention und der Mitwirkung an Unterbringungen. Wichtig ist aber auch, welche anderen Dienste und Netzwerke sich um diese Aufgaben kümmern und wie die Koordination der verschiedenen Akteure gelingt. Dazu gehören insbesondere auch folgende Hilfsangebote:

- 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, z.B. aufsuchende Krisenteams nach den Modellen des *Hometreatment* bzw. des *Assertive Community Treatment*, Krisenbetten bzw. Weglaufhäuser.

Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

KA 2 allgemeine Standards: Erforderlich ist eine qualifizierte Notfallbereitschaft, die auf Grundlage klarer, mit allen Systempartnern vereinbarter Verfahrensregeln zur Vorbeugung und Bewältigung suizidaler oder gewaltförmiger Eskalation tätig werden kann. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat hier einen subsidiären Auftrag und gewährleistet einen Krisendienst in Kooperation mit geeigneten, vorrangig zuständigen Diensten und Einrichtungen. Dieser Krisendienst soll im Idealfalle

- 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.

Für die Durchführung von Kriseninterventionen ist ein therapeutisches Konzept erforderlich (Leistungsbeschreibung in der Anlage 2). Über Art und Umfang der Kriseninterventionen einschließlich Zwangsmaßnahmen ist eine Statistik zu führen und regelmäßig zu veröffentlichen.

KA 2a 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.

KA 2b Mitwirkung an Unterbringungen: Zu den im Krisendienst tätigen Fachkräften gehört auch eine Person mit fachärztlich-psychiatrischer Kompetenz und Erfahrung in der Vorbeugung und Bewältigung akuter Selbst- und Fremdgefährdung, die das Gefährdungspotential umsichtig abschätzen und notfalls eine Unterbringung auf qualifizierte Weise einleiten und begleiten kann.

Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs

Annahme: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für eine Kommune von 100.000 Einw. zuständig und versorgt in der Kernaufgabe 2 pro Jahr 213 Personen. Die betroffenen Personen werden kriseninterventorisch mit oder ohne Unterbringung durchschnittlich 1,5 Quartale pro Jahr (das sind 80 Fälle pro Quartal) versorgt, der Personalaufwand beträgt 240 Minuten pro Leistungsbündel bei einer Anzahl von 1,5 Leistungsbündeln pro Quartal. Zu 50% sind Hausbesuche erforderlich, wobei die durchschnittliche Fahrzeit 40 Minuten pro Hausbesuch ausmacht. Für die Aufrechterhaltung einer Notfallbereitschaft über acht Stunden tagsüber an allen Werktagen wird ein Zuschlag von 25% der Zeit ohne anderweitig anrechenbare Tätigkeiten angenommen. Daraus erwächst ein zusätzlicher Personalaufwand von 0,42 VZÄ. Unter Einrechnung von 8% Zeitaufwand für Teamkonferenzen ergibt sich insgesamt ein Personalbedarf von 1,87 Vollzeitäquivalenten (VZÄ), bei Hinzurechnung von 15% für Verwaltungs- und 5% für Leitungsfunktionen sind es 2,26 VZÄ.

3. Kernaufgabe: Planung und Koordination von Einzelfallhilfen

Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung

Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen haben nicht selten einen komplexen Hilfebedarf, der den Einsatz unterschiedlicher Hilfen erfordert. Oft sind weder die betroffenen Personen 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.

- KA 3a nur Fachberatung: Auf Grundlage einheitlicher Verfahrensregeln und in Abstimmung mit allen Systempartnern übernimmt der Sozialpsychiatrische Dienst im Auftrag des Kostenträgers die Fachberatung.
- KA 3b auch Federführung: Der Sozialpsychiatrische Dienst übernimmt zusätzlich die koordinierende Federführung bei der Planung, Evaluation und Fortschreibung komplexer Einzelfallhilfen.

Leitende Prinzipien sind Prävention und 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

Das erforderliche Ausmaß an Planung und Koordination von Einzelfallhilfen bei psychisch erkrankten Menschen mit komplexem Hilfebedarf ist abhängig von der Größe und Sozialstruktur des Gebietes, für das der Sozialpsychiatrische Dienst zuständig ist. Über Art und Umfang der Mitwirkung des Sozialpsychiatrischen Dienstes entscheiden die Leistungsträger, die die Kosten der notwendigen Hilfen übernehmen. Bei den Fragen, wie hoch der Aufwand für Planung sowie Koordination ist und welche Hilfen überhaupt zum Einsatz kommen, spielt die wohnortnahe Verfügbarkeit geeigneter Hilfsangebote und deren Vernetzung im regionalen Verbund eine große Rolle. Folgende Unterstützungsmöglichkeiten sind von besonderer Bedeutung:

- familiäre Strukturen und soziales Umfeld, Selbst- und Laienhilfe, bürgerschaftliches Engagement;
- allgemeine medizinische, pflegerische und soziale Dienste;
- spezielle Hilfsangebote für psychisch erkrankte Menschen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, psychiatrischen Pflege und medizinisch-beruflichen Rehabilitation sowie zur sozialen und beruflichen Teilhabe.

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

Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

KA 3 allgemeine Standards: 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. Voraussetzung ist eine genaue Kenntnis des gesamten Hilfesystems, um im Einzelfall eine möglichst passgenaue Hilfe zu finden. Über den regionalen Verbund ist eine gute Kooperation und Koordination der Leistungsträger und Leistungserbringer gewährleistet, unter Beteiligung von Vertretungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie der Bürgerhelfer. Die kontinuierliche Qualitätsentwicklung des Hilfesystems wird durch geeignete Maßnahmen unterstützt. Dazu gehören auch geeignete Angebote zur Aus-, Weiter- und Fortbildung, eine Evaluation des Planungsprozesses und der geplanten Maßnahmen anhand qualitativer und quantitativer Daten, unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Beschwerdemanagement (Leistungsbeschreibung in der Anlage 3).

KA 3a nur Fachberatung: Es findet eine individuelle, bei Bedarf aufsuchende, gegenüber Anbieter- und Kostenträger-Interessen neutrale Beratung der hilfsbedürftigen Person statt, bei der ggf. auch das soziale Umfeld einbezogen wird. Unter Einbeziehung fachärztlicher Kompetenz erfolgt im offenen Dialog eine sorgfältige Erkundung des Willens der betroffenen Person, ihrer eigenen Ressourcen und der Unterstützungsmöglichkeiten durch ihr soziales Umfeld. Es gelten die Prinzipien von Autonomie und Teilhabe, Inklusion und Partizipation. Der individuelle Hilfebedarf wird ermittelt, mit Spielraum zur Planung unkonventioneller Maßnahmen und mit vorrangiger Einbeziehung nichtpsychiatrischer Hilfen.

KA 3b auch Federführung: Eine kompetente Fachkraft des Sozialpsychiatrischen Dienstes übernimmt im Auftrag des Leistungsträgers die Federführung im Planungsprozess. Sie leitet die Hilfeplankonferenz und sorgt für die Erstellung eines Gesamtplans der erforderlichen Hilfen, unter Berücksichtigung des hierbei infrage kommenden Leistungsspektrums aller Leistungsträger. Eine regelmäßige Fortschreibung der Hilfeplanung wird gewährleistet, z.B. im Rahmen einer jährlichen Hilfeplankonferenz. Dabei erfolgt eine Evaluation der geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und weitere Notwendigkeit. Die betroffene Person und die im Einzelfall beteiligten Leistungserbringer werden während der Durchführung der geplanten Hilfen bei Bedarf beraten; unter Umständen wird auch eine kurzfristige Überprüfung der Zielerreichung mit damit verbundener Zielanpassung durchgeführt.

Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs

Annahme: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für eine Kommune von 100.000 Einw. zuständig und übernimmt für insgesamt 200 Personen jeweils einmal pro Jahr die Kernaufgabe 3 (das sind 50 Fälle pro Quartal). Bei der einen Hälfte handelt es sich nur um eine Fachberatung, bei der anderen Hälfte auch um die Federführung im Hilfeplanverfahren. Der Personalaufwand beträgt durchschnittlich 180 Minuten pro Leistungsbündel. Zu 50% sind Hausbesuche erforderlich, wobei die durchschnittliche Fahrzeit 40 Minuten pro Hausbesuch ausmacht. Unter Einrechnung von 8% Zeitaufwand für Teamkonferenzen ergibt sich daraus ein Personalbedarf von 0,47 Vollzeitäquivalenten (VZÄ), bei Hinzurechnung von 15% für Verwaltungs- und 5% für Leitungsfunktionen sind es 0,56 VZÄ.

4. Kernaufgabe: Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund

Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung

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.

- KA 4a Netzwerkarbeit: Ziel ist die Förderung der Vernetzung und Zusammenarbeit der Systempartner im regionalen Verbund. Dabei sind vor allem die gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, die Selbsthilfe- und Nutzerverbände zu berücksichtigen, aber auch viele für das psychiatrische Versorgungssystem wichtige Schnittstellen.
- KA 4b Steuerung: Ziel ist regionale Planung der Angebotsentwicklung und die Optimierung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung fachlicher und finanzieller Gesichtspunkte. Hier geht es um die Sicherung wohnortnaher gemeindepsychiatrischer Hilfen, die Verbesserung der Passgenauigkeit und Wirksamkeit von Hilfen. Dysfunktionale Schnittstellen im Versorgungssystem sind zu vermeiden bzw. gut zu überbrücken, Anzeichen von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln.

Regionale Koordination umfasst ganz unterschiedliche Aufgaben, innerhalb und außerhalb der Kommunalverwaltung. Sie reichen von der Organisation und Leitung der Verbundgremien, der Durchführung von Fortbildungen und Fallkonferenzen bis zur Budgetverwaltung und Erstellung von Konzepten für die Planung bzw. Steuerung des Versorgungssystems. *Controlling* und Gesundheitsberichterstattung gehören ebenso dazu wie Qualitätssicherung und Öffentlichkeitsarbeit, Fachberatung und Steuerungsunterstützung der Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung.

Wichtige Strukturen und Einflussfaktoren im Kontext dieser Kernaufgabe

Bei diesen Aufgaben sind Sozialpsychiatrische Dienste auf enge Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren angewiesen. Dazu gehören Politik und Verwaltung, Leistungserbringer und Kostenträger, kommunale soziale Dienste und nicht zuletzt die Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Der hier zu betreibende Aufwand und der damit zu erzielende Erfolg ist von verschiedenen Faktoren abhängig, zu nennen sind hier insbesondere

- Kommunikation, Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen kommunalen Fachdiensten und Behörden, zwischen Verwaltung und Politik innerhalb der Kommune, zwischen ihr und der Landesebene, Umfang und Qualität der Berichterstattung, Fach- und Sozialplanung in der Kommunalverwaltung;
- Traditionen der Netzwerkarbeit vor Ort und Gelegenheiten zur Koordination der Aktivitäten, Verfügbarkeit und Vielfalt externer Systempartner im Verbund sowie deren Fähigkeit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

KA 4 allgemeine Standards: Art und Umfang des Einsatzes für die Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund sind vor dem Hintergrund der spezifischen Strukturen und zahlreichen Einflussfaktoren vor Ort sehr unterschiedlich. Diese Aufgabe erfordert in besonderer Weise Gestaltungswillen und Moderationsfähigkeit. Leitend sind die Prinzipien der Gemeindepsychiatrie: Prävention und Inklusion, Personenzentrierung und Lebensweltorientierung bei der Hilfeplanung unter Mitwirkung der betroffenen Menschen, zuverlässig verfügbare, qualifizierte und bei Bedarf langfristige wohnortnahe Hilfen auf Basis sektorisierter Versorgungsstrukturen mit einem Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen, besondere Sorge für Menschen mit chronisch und schwer verlaufenden psychischen Beeinträchtigungen mit guter Koordination bei komplexem Hilfebedarf. In welcher Breite und Tiefe die verschiedenen Teilaufgaben zur Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund wahrgenommen werden, lässt sich quantitativ und qualitativ nur schwer definieren (Leistungsbeschreibung in der Anlage 4).

KA 4a Netzwerkarbeit: Bei den Adressaten der Netzwerkarbeit werden alle relevanten internen und externen Systempartner beteiligt. Ein jährlich aktualisiertes Verzeichnis der Hilfsangebote im regionalen Netzwerk steht zur Verfügung. Eine kontinuierliche Arbeit in den Verbundgremien wird gewährleistet, zu denen Einladungen verschickt und Protokolle geschrieben werden. Um eine lebendige Verbundentwicklung und eine Verbesserung der Zusammenarbeit unter den Netzwerkpartnern zu fördern, wird die regelmäßige Durchführung themenbezogener Veranstaltungen und Fachtagungen angeregt, ggf. fachlich und organisatorisch unterstützt. Zur vertieften Bearbeitung definierter Schwerpunkt-Aufgaben werden befristete Projekte initiiert und organisatorisch begleitet.

KA 4b Steuerung: In Abstimmung mit den Entscheidungsträgern in Politik und Verwaltung, bei Kostenträgern und Leistungserbringern erfolgt unter Einbeziehung der Nutzerinteressen eine kontinuierliche Planung der Angebotsentwicklung. Dazu erfolgt jeweils eine systematische Bestandsaufnahme und Situationsanalyse der regionalen Versorgung, an die sich der Prozess von Zielfindung und Politikformulierung anschließt. Auf Grundlage verbindlicher Vereinbarungen zwischen den beteiligten Akteuren zur Qualitätsentwicklung des Hilfesystems erfolgt die Umsetzung der geplanten Maßnahmen, zu denen Berichte mit quantitativen Daten und qualitativen Bewertungen gesammelt und ausgewertet werden. Die Auswertungsergebnisse werden in den Verbundgremien diskutiert und bilden den Ausgangspunkt für eine Evaluation und Fortschreibung der regionalen Planung.

Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs

Regionale Koordination gehört zu den Kernaufgaben eines Sozialpsychiatrischen Dienstes. Art und Umfang ihrer Ausgestaltung ist in erheblichem Umfang von dessen Gestaltungsbereitschaft, personeller Ausstattung und den Rahmenbedingungen vor Ort abhängig. Aus diesen Gründen schwankt der notwendige Personaleinsatz für diesen Aufgabenbereich sehr stark. In einer Kommune von 100.000 Einw. kann er bei marginaler Netzwerkarbeit (KA 4a) unter 0,1 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) liegen, bei umfassenden Aktivitäten auch in der Steuerung (KA 4b) deutlich über 1,0 VZÄ. Vorgeschlagen wird für eine Kommune von 100.000 Einw. als Normwert bei mittlerer Intensität in der Breite und Tiefe der Aufgabenbearbeitung ein Bedarf zwischen 0,5 und 1,0 VZÄ; kleinere Kommunen benötigen relativ mehr, größere relativ weniger Personaleinsatz.

Anlage 1: Leistungsbeschreibung der Kernaufgabe

Niederschwellige Beratung und Betreuung

Kernaufgabe 1a – Niederschwellige Beratung

1. Informationsaufnahme, Verarbeitung und Bewertung mit Indikationsstellung für sozialpsychiatrische Interventionen: Auswertung von schriftlichen Berichten (z.B. von Polizei, sozialem Umfeld, Klient, Krisendienstprotokolle etc.); ggf. Einholung ergänzender Informationen (z.B. Telefonate, Anfragen gegenüber sozialem Umfeld, Angehörigen, Vorbehandlern, Einsichtnahme in bereits vorliegende Unterlagen); Bewertung der Dringlichkeit, Ausschluss eines krisenhaften Handlungsbedarfes, z.B. gemäß länderspezifischer Psychisch-Kranken-Gesetze.

2. Erstkontakt: Vorbereitung des Termins, Versenden einer Einladung; Ersttermin mit Klärung des aktuellen Anliegens, Erhebung einer umfassenden Anamnese (aktuelle Anamnese, spezielle Anamnese, biographische Entwicklung und soziale Situation, Familienanamnese, Eigenanamnese, vegetative Anamnese, ggf. forensische Anamnese) und Erhebung eines psychopathologischen Befundes in der Dienststelle oder aufsuchend im Rahmen eines Hausbesuches; Anforderung von Fremdbefunden, Krankenhausentlassungsberichten, etc. unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen; ggf. Festlegung des weiteren Procedere (Vereinbarung von Folgeterminen, Absprachen über Einbeziehung des sozialen Umfeldes o. ä.); Dokumentation.

3. Folgekontakte: Erfassung des aktuellen Beratungsstandes bzw. Zwischenergebnisses; ggf. aufsuchende und nachgehende Beratung, Ergänzungen zur Anamneseerhebung, Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Kontaktaufnahme und Vermittlung in weiterführende Behandlungs- oder Beratungssettings; Flankierende Recherchen, z.B. zur Kostenklärung; Vor- und Nachbereitung der Termine einschließlich Dokumentation; falls erforderlich, aufsuchende Beratung im Rahmen von Hausbesuchen und Begleitung der Klienten bei der Bahnung weiterführender Kontakte an entsprechende Anlaufstellen; Qualitätssicherung im Rahmen von Fallbesprechungen und Supervision.

4. Abschlusskontakt: Zusammenfassung des Beratungsverlaufes; Festschreibung der zukünftigen Ansprechpartner; ggf. schriftliche Stellungnahme; Dokumentation.

Kernaufgabe 1b – Niederschwellige Betreuung

1. bis 3. Beratung im Sinne der unter KA 1a genannten Punkte 1-3

4. Klärung eines längerfristigen Betreuungsbedarfes: Berücksichtigung der Inanspruchnahme vorrangiger Hilfesysteme (z.B. bei fehlender Compliance seitens des Klienten, fehlender Finanzierungsmöglichkeit, fehlender Versorgungsstrukturen und mangelnder Kapazitäten eines Versorgungssystems, fortgeschrittener sozialer Isolation und Chronifizierung); Vereinbarung eines Behandlungssettings mit aktiver Gestaltung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst mit Festlegung von Ort (aufsuchend oder in der Dienststelle), Frequenz, Dauer der jeweiligen Kontakte, Verbindlichkeit, ggf. Einbeziehung des Umfeldes und ggf. Zielplanung; Dokumentation und Qualitätssicherung.

5. Kontinuierliche Betreuung: Erhebung der aktuellen Situation und Zwischenanamnese; Begleitung bei Behörden- und Arztkontakten etc.; Hilfestellung in administrativen Aufgaben sowie in der Alltagsbewältigung; kontinuierliche Überprüfung der Möglichkeiten alternativer bzw. vorrangiger Hilfesysteme und deren Inanspruchnahme; Angehörigenberatung; Entlastung in Phasen der Störungsakzentuierung; Supervision; Dokumentation.

6. behutsame Vorbereitung des Betreuungsendes bzw. der Weiterbetreuung an anderer Stelle, Abschlusskontakt und Epikrise

Anlage 2: Leistungsbeschreibung der Kernaufgabe Krisenintervention und (notfalls) Unterbringung

Das aktive Handeln in einer Krisenintervention kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Vor dem unmittelbaren Kontakt Informationen gewinnen, emotional und kognitiv bewerten,
- zu Beginn des Gesprächs Setting gestalten, Rollen (er)-klären,
- im Kontakt deeskalieren,
- wenn erforderlich geeignete Maßnahmen zum Selbstschutz ergreifen,
- psychiatrisch untersuchen, weitere Informationen im direkten Kontakt erheben,
- im Kontakt mit den Angehörigen und Betroffenen Klärungen herbeiführen,
- Informationen reflektieren (innerlich und im Dialog mit den beteiligten Kollegen überprüfen),
- feststellen und diagnostizieren (Problem, Krankheit, Gefahr, Ressourcen, Veränderungshemmnisse, Prognose),
- Ziel der Krisenintervention benennen, mitteilen,
- Ziele verhandeln,
- Verhandlungsergebnisse umsetzen,
- falls keine Verhandlungsergebnisse erzielt werden über Konsequenzen aufklären,
- ggf. ohne dass Konsens erzielt wurde Maßnahmen durchsetzen.

Kriseninterventionen werden in der Regel von zwei Mitarbeitern durchgeführt. Für die fachlichen Entscheidungen des Krisendienstes sind Ärzte verantwortlich. Kriseninterventionen werden in der Regel ärztlich geleitet. Das bedeutet nicht, dass zu jedem Zeitpunkt ein Arzt anwesend sein muss. Es impliziert aber, dass Entscheidungen in Rücksprache mit dem zuständigen Arzt getroffen werden müssen. Bei Kriseninterventionen ist der Stand der psychiatrischen Wissenschaft maßgeblich. Die Würde der betroffenen Person ist zu achten (§2 (1) NPsychKG), die Freiheit der Person kann nur unter Anwendung der rechtlichen Bestimmungen des NPsychKG, des BGB oder des SOG beschränkt werden.

Wenn das Ergebnis der Kriseninterventionen die Empfehlung einer Unterbringung ist, sollte auf eine klare Rollenverteilung zwischen SpDi, antragstellender Behörde und Gericht geachtet werden. Der SpDi soll psychische Krankheit und damit zusammenhängende Gefahr genau beschreiben. Es soll konkret und detailliert formuliert werden, welche Diagnose vorliegt, aus welchen Gründen von einer gegenwärtigen Gefahr ausgegangen wird und warum die Gefahr als erheblich bewertet wird. Außerdem muss benannt werden, warum keine weniger eingreifenden Lösungen möglich sind und warum die Unterbringung für einen konkret zu benennenden Zeitraum erfolgversprechend erscheint.

Anlage 4: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 4 Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund (Checkliste)

KA 4a: Vernetzung der verschiedenen Akteure (Netzwerkarbeit)

Adressaten der Netzwerkarbeit

- Interne Systempartner (Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik)
- Externe Systempartner (Leistungsträger und Leistungserbringer, Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, Laienhelfer und Bürgergesellschaft, überregionale Gremien, Landesgremien z.B. Vertragskommission))

Art der Netzwerkarbeit (Zeitaufwand Sitzungszeit pro Jahr angeben)

- Gremien des regionalen Verbundes
- Veranstaltungen, Fachtagungen, Kongresse o.ä.
- Projektarbeit o.ä.
- andere einmalige, wiederkehrende oder regelmäßige Sitzungen, Konferenzen, Treffen o.ä.

Intensität der Netzwerkarbeit (Multiplikation der Sitzungsdauer)

- einfache Beteiligung (Verdoppelung der Sitzungsdauer)
- gestaltende Mitwirkung (Verdreifachung der Sitzungsdauer)
- verantwortliche Federführung (Vervierfachung der Sitzungsdauer)

KA 4b: Regionale Planung der Angebotsentwicklung (Steuerung)

vereinbarter Umfang des Gegenstandsbereichs

- ein Rechtskreis (z.B. Eingliederungshilfen nach SGB XII)
- mehrere Rechtskreise (z.B. SGB XII und SGB VIII)
- alle Rechtskreise (gesamtes psychiatrisches Versorgungssystem)

vereinbarter Umfang der Zielgruppen

- nur eine Zielgruppe (psychisch kranke Menschen)
- mehrere Zielgruppen (zusätzlich Sucht und/oder geistig-körperlich-mehrfach behinderte Menschen)

einbezogene Bestandteile im Planungsprozess

- Bestandsaufnahme und Situationsanalyse (Assessment)
- Zielfindung und Politikformulierung (policy adjustment)
- Vereinbarung und Umsetzung von Maßnahmen (administration)
- Berichterstattung und Ergebnismessung (evaluation)

eingesetzte Instrumente im Planungsprozess

- Heranziehung von Expertenwissen (Literatur, Gutachten, Workshops)
- selbst erhobene / ausgewertete qualitative Daten
- selbst erhobene / ausgewertete quantitative Daten

Produkt des Planungsprozesses

- Veröffentlichung eines Regionalinventars
- Abfassung eines Berichts, Gutachtens oder Planungspapiers
- Erstellung eines regionalen (sozial-)psychiatrischen Plans

Vereinbarung von Verfahren zur Einzelfallsteuerung

- Festlegung und Abstimmung von Inhalten und Verfahren der Einzelfallsteuerung (z.B. HPK, Begutachtungsverfahren etc.)

Fragen, Kommentare und Anregungen aus dem Teilnehmerkreis des Forums „Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste“ auf der 4. bundesweiten Fachtagung „Segel setzen!“ am 21.04.2016

Allgemeines zu den Aufgaben

- zuständiger Personenkreis? Sucht? Psychiatrie? Geistig Behinderte?
- Berücksichtigung von Bundesgesetzen: SGB I / ÖGD (kommunale Daseinsvorsorge)
- Gibt es Empfehlungen dazu, welche der Kernaufgaben nur in kommunaler Trägerschaft passieren sollten und welche auch an freie Träger gegeben werden können?
- amtsärztliche Begutachtungen mit psychiatrischer Fragestellung?
- andere Aufgaben: Behandlung, Begutachtungen, Aufklärung / Prävention, Wichtigkeit „kleiner“ Netze (Arbeitsebene)
- Vielfalt der SpDi in den Bundesländern
- Sammlung Aufgaben der SpDi außerhalb der Kernaufgaben (Abgrenzung amtsärztlicher Dienst, Gerichte u.ä. – „Rückbesinnung“)

zur Kernaufgabe 1 „niederschwellige Beratung und Betreuung“

- Wo sind die Planungsaufgaben (Casemanagement) für die Nicht-Nutzer / Verweigerer der Hilfesysteme, bei denen es (noch) keinen Leistungsträger gibt, verortet?
- Netzwerkgespräche in Analogie zu Hilfeplankonferenzen gehören zur KA 1b
- Zeit / Koordinations-Differenzierung städtischer / ländlicher Bereich
- enthält in NRW auch die Fallbesprechung mit der Klinik in Nachsorge nach Unterbringung ohne Patientenkontakt

zur Kernaufgabe 2 „Krisenintervention und (notfalls) Unterbringung

- Mitwirkung bei Unterbringung: Störung des Vertrauensverhältnisses ggf. auf Dauer, macht Weiterbetreuung durch SpDi schwierig
- keine Hoffnung wecken, die nicht umgesetzt werden können
- über politische Kanäle die Regelversorgungssysteme mit einbinden (KV-Notfalldienste auch mit Fachärzten besetzen)
- an Personalgewinnung denken

zur Kernaufgabe 3 „Planung und Koordination von Einzelfallhilfen“

- Finanzierung Hilfeplanung? Unabhängigkeit?
- prima, dass hier nicht nur auf die Eingliederungshilfe abgestellt wird / fraglich, ob die anderen Leistungsträger die Kompetenzen des SpDi nutzen ...?
- Die Begutachtung für individuelle Hilfeplanung gehört in die Hand des unabhängigen SpDi / ÖGD, bei fehlender ärztlicher Besetzung der SpDi und Übernahme der Begutachtung durch Klinikärzte droht Kostenexplosion bei fehlender Neutralität („AMEOS, Asklepios und AWO sind überall ...“)

zur Kernaufgabe 4 „Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund“

- Trennung von operationierter (sic!) Vernetzung und struktureller Steuerung
- Netzwerkarbeit lebt von ihrer Pflege, d.h. auch von informellen Kontakten. Vor allem dient sie der Bereitstellung der Hilfe für die Klientinnen, Darum muss jede einzelne Mitarbeiterin im SpDi für die Netzwerkpfege akzeptierte, vorgesehene Kapazitäten haben. Die dargestellte Version dient der Steuerung.
- frühe Wahrnehmung und Vernetzung mit neuen Strukturen (z.B. Gesundheitsregionen) / Ziel: Sozialpsychiatrische Bedarfe darstellen und neue Kooperationen nutzen
- Aufwertung / Rückhalt durch Land im Konfliktfeld kommunale Politik – Verbund – Netzwerkteilnehmer; z.B. „Lobbyisten“ versuchen Einfluss (Monopolisten); Teilnehmer sind anwesend, „wollen“ aber eigenes

zur Kernaufgabe 5 „Beschwerdemanagement und Fachaufsicht

- Kernaufgabe Fachaufsicht? in Niedersachsen Fachaufsicht beim Land geblieben; Besuchskommissionen! – ist das Kernaufgabe auch in anderen Bundesländern? Sonst als KA 5 streichen!
- auf keinen Fall im SpDi

zum weiteren Vorgehen

- Bitte beim weiteren Vorgehen an frühzeitige Beteiligung des Sozialministeriums (Fachaufsicht im übertragenen Wirkungskreis) und der Kommunen (Personal- und Organisationshoheit!) denken.