



Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste

Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (Hg.)



2. Auflage

*Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste
in Deutschland (Hg.)*

Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste

2. Auflage

Die Steuerungsgruppe besteht bei Drucklegung (Mai 2026) aus
Matthias Albers (Sprecher des Netzwerks), Franz Begher, Wolfram Beins,
Raoul Borbé, Franziska Darmstadt, Sven Drotbohm, Kerstin Folgner,
Claudio Freiberg, Annette Fröhmel, Detlev Gagel, Heiko Heißenbüttel,
Melanie Jäger, Anett Jähn, Corinna Krämer (Koordinierungsstelle),
Thomas Leyk, Daniel Neufeind, Klaus Obert, Klaus Petzold, Susan Radant,
Katharina Ratzke, Jessica Reichstein, Paul van den Berg van Saparoea,
Holger Vinke, Dyrk Zedlick.

Einführung und Erläuterungen zur Kalkulation des Personalbedarfs	3
1. Kernaufgabe: Niederschwellige Beratung und Betreuung	9
2. Kernaufgabe: Krisenintervention und (im Notfall) Unterbringung	13
3. Kernaufgabe: Planung und Koordination von Einzelfallhilfen	16
4. Kernaufgabe: Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund	20
5. Kernaufgabe: Sozialraumarbeit	24
Anlage 1: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 1 Niederschwellige Beratung und Betreuung	30
Anlage 2: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 2 Krisenintervention und (notfalls) Unterbringung	32
Anlage 3: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 3 Planung und Koordination von Einzelfallhilfen	34
Anlage 4: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 4 Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund (Checkliste)	36
Anlage 5: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 5 Sozialraumarbeit	38
Anlage 6: Excel-Tabelle zur Kalkulation des Personalbedarfs	39

Einführung und Erläuterungen zur Kalkulation des Personalbedarfs

Das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi) in Deutschland wurde 2010 gegründet. Seine allgemeinen Ziele sind in der Hannoveraner Thesen zusammengefasst.¹ Seine Kooperationspartner² 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 SpDi-Arbeit zugeschnitten sind.

Im Anschluss an die Veröffentlichung eines Thesenpapiers zu Kernaufgaben der SpDi³ begann die Arbeit an Leistungsstandards für jede Kernaufgabe, in Verbindung mit Anhaltswerten zum Personalbedarf für eine qualitativ gute Bearbeitung dieser Aufgaben. Die bundesweite Steuerungsgruppe beauftragte das regionale Netzwerk Nord, eine Vorlage zu erarbeiten. Dazu gründete sich im August 2013 eine Arbeitsgruppe (AG), und auf dem 6. Regionaltreffen Nord im September 2014

-
- 1 Fachtagung »Segel setzen!« an der Medizinischen Hochschule Hannover zur Zukunft der Sozialpsychiatrischen Dienste in Deutschland (8. – 10.07.2010): Hannoveraner Thesen: Bei der kommunalen Daseinsfürsorge für psychisch erkrankte Menschen sind Sozialpsychiatrische Dienste unverzichtbar! In: Elgeti H, Albers M, Ziegenbein M (Hg.): Armut behindert Teilhabe – Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Hart am Wind (Band 2). Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 154 – 155. Als Download verfügbar unter: <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/app/download/5814090286/Hannoveraner+Thesen.pdf> (letzter Zugriff: 23.05.2026)
 - 2 Derzeitige Kooperationspartner sind: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (AÖGW), Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), AWO Bundesverband, Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD), Caritas/ Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie (CBP), Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen (DGÖG), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Der Paritätische Gesamtverband, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Diakonie Deutschland/ Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BEB), Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN), Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen (LVG&AFS) und Psychiatrie Verlag. (Stand Mai 2026)
 - 3 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

wurden Qualitätsstandards und Personalbemessung in der Fallarbeit (Kernaufgaben 1 – 3) diskutiert. Danach waren 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 der AG im Februar und Oktober 2015 wurden die Auswertungsergebnisse analysiert und die Grundlagen des hier vorgelegten Entwurfs gemeinsam erarbeitet.⁴ Das Papier wurde zunächst auf der 4. bundesweiten Fachtagung »Segel setzen!« im April 2016 vorgestellt und unter Berücksichtigung der dort gesammelten Änderungswünsche⁵ überarbeitet. In den regionalen Netzwerken wurde die Diskussion fortgeführt, abschließend hat die Steuerungsgruppe den Entwurf noch einmal überarbeitet und mit den Kooperationspartnern konsentiert. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste haben diese fachlichen Empfehlungen auf ihrer Sitzung am 2. Mai 2017 einstimmig verabschiedet.⁶ In fünfjährigen Abständen ist eine Überarbeitung vor dem Hintergrund der zwischenzeitlichen Erfahrungen vorgesehen.

Dieses Papier geht nicht darauf ein, für welche Personenkreise der SpDi zuständig ist und welche weiteren Aufgaben der Dienst ggf. auch noch wahrnimmt bzw. für unverzichtbar hält, ob es sich nun um Prävention und Gemeinwesenarbeit, Konsiliar- und Liaisondienste für andere Hilfsangebote, amtsärztliche oder ordnungsrechtliche Funktionen, medizinische Behandlungen nach SGB V oder Hilfen zur Teilhabe nach SGB IX handelt. Angesichts der bekannten Heterogenität landesgesetzlicher Rahmenbedingungen, Trägervielfalt und lokaler Traditionen beim Leistungsspektrum geht es vielmehr darum, vier definierte Kernaufgaben in den Blick zu nehmen. Auch sie gehören nicht in allen Bundesländern zum Auftrag der SpDi und werden schon angesichts unterschiedlich vorhandener Personalressourcen nicht in vergleichbarer Breite und Tiefe bearbeitet. Für die hier definierten Kernaufgaben werden Standards einer »guten Praxis« beschrieben, für die der Personalbedarf berechnet werden kann. Keine Aussagen finden sich zur Bewältigung der

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

5 siehe Kurzbericht, Fragen, Kommentare und Anregungen aus dem Teilnehmerkreis zum Forum »Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste« (21.04.2016) unter <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/wp-content/uploads/Forum-Kurzbericht-und-Kommentare.pdf>

6 Den Änderungen der zweiten Auflage zugestimmt haben bis 30.04.2026: APK, BVÖGD, CBP, Diakonie/BEB, DGÖG, DGSP, DGPPN, DVSG, LFBPN, Der Paritätische

weithin bestehenden Diskrepanz zwischen breitem Aufgabenspektrum und geringen Personalressourcen, auch nicht zur Modifikation der Organisationsstruktur in Großstädten oder im ländlichen Raum.

Dieses Papier beschreibt für die Kernaufgaben 1–4 zunächst jeweils zwei Teilaufgaben mit der Zielsetzung und wichtigen Einflussfaktoren im unmittelbaren Kontext der Aufgabe. Es folgen diesbezügliche Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards, zunächst allgemein 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 Kernaufgabe er erfüllt und wie das anteilige Verhältnis zwischen den Teilaufgaben einer Kernaufgabe ist. Schließlich werden Anhaltspunkte gegeben zum Personalbedarf für eine qualitativ gute Bearbeitung der jeweiligen Kernaufgabe. 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 5). Je nach Schwerpunktbildung kommen für das interdisziplinäre Team eines SpDi insbesondere folgende Berufsgruppen in Betracht, möglichst mit (sozial-) psychiatrischer und/ oder psychotherapeutischer (Zusatz-) Qualifikation: Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik/ Soziale Arbeit, Krankenpflege und Ergotherapie.

Voraussetzung für eine Berechnung des Personalaufwands in der Fallarbeit ist die Einschätzung des durchschnittlichen Zeitaufwands pro Einzelfall. Dazu wird neben der einheitlichen Definition einiger Grundbegriffe für die Dokumentation (Fall, Aktion, Kontakt) das »Leistungsbündel« eingeführt. 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 Kernaufgabe 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 Hausbesuche an Aktionen	Teamzeit	Verwaltung	Leitung	Verwaltung	Leitung
		Stunden pro Woche			VZÄ pro 100.000 Einwohner	
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

Grundsätzlich setzt sich das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste dafür ein, dass der SpDi als eigene Organisationseinheit in den Gesetzen aller Bundesländer zu Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen verankert wird. Das Netzwerk fordert die Verantwortlichen für die Definition des

Aufgabenspektrums auf, für eine quantitativ und qualitativ angemessene Personalausstattung in den SpDi zu sorgen. Dazu beschreiben diese Empfehlungen für vier Kernaufgaben des SpDi Leistungsstandards und Personalbedarf für eine gute Aufgabenbearbeitung.

In der Zwischenzeit ist die Personalbemessung nach den »Fachlichen Empfehlungen« tatsächlich zur Anwendung gekommen, indem z. B. die Städte Dortmund und Köln sowie einige andere Kommunen aufgrund von Personalbemessungen anhand des Berechnungsverfahrens Personalaufstockungen beschlossen haben und der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) sich für die personelle Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch den »Pakt für den ÖGD« die »Fachlichen Empfehlungen« als Verbandsposition bezüglich der Ausstattung der SpDi zu eigen gemacht hat.

Im Zuge der nach fünf Jahren geplanten Überarbeitung der Kernaufgaben wurde in verschiedenen Foren und Diskussionen deutlich, dass ein weiteres wichtiges Handlungsfeld der SpDi im Rahmen der Daseinsvorsorge der Kommunen, nämlich die Gemeinwesen-/Sozialraumarbeit in diesen Kernaufgaben nicht hinreichend abgebildet ist, obwohl sie in den meisten SpDi einen festen Bestandteil der täglichen Arbeit darstellt. Ab 2021 wurde daher von einer Arbeitsgruppe aus der Steuerungsgruppe des Bundesnetzwerks an der Formulierung dieses Arbeitsfeldes als 5. Kernaufgabe gearbeitet.

Die bisherigen vier Kernaufgaben beziehen sich auf Aufgaben, die in allen PsychK(H)G den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) aufgetragen sind. Dies stellt sich bei der fünften Kernaufgabe »Sozialraumarbeit« etwas anders dar. In den PsychK(H)G der Länder wird oft das Ziel der »selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung in der Gemeinschaft« oder eine ähnliche Formulierung benannt. Bis auf die Anforderung, mit allen Akteuren in der (sozial-)psychiatrischen Versorgung der jeweiligen Region eng zusammenzuarbeiten, finden sich aber nur sehr wenige Hinweise auf gemeinwesen- oder sozialraumorientierte Tätigkeiten. Es ist allerdings oft die Rede davon, dass die Menschen im »Umfeld des Betroffenen zur Mitwirkung bei der Unterstützung befähigt« werden sollen (9 mal). Begriffe wie der »Verbleib im gewohnten Lebensbereich« oder »ortsnahe Hilfen« (8 mal) tauchen in insgesamt neun Gesetzen auf. Letzteres entspricht der Formulierung in Art. 19 »Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft« der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Manchmal wird im PsychK(H)G ausdrücklich auf die UN-BRK Bezug genommen. Auch ohne dass dies der Fall ist: Sie ist dieses geltende Recht mit Verfassungsrang. Von daher ist es auch nicht erforderlich, in einem Spezialgesetz zum Ausgleich von Nachteilen für Menschen mit Behinderung darauf hinzuweisen, dass dies im Sinne der UN-BRK erfolgen muss und sich somit in das Konzept eines inklusiven Gemeinwesens einzubetten hat.

Die UN-BRK gibt staatlichen Akteuren aller Ebenen ausdrücklich vor, dass Barrieren beseitigt werden müssen. Materielle wie nicht-materielle Strukturen müssen so angelegt sein, dass sie dem Prinzip des universellen Designs gehorchen, also von Menschen mit jedweder Art von Handikap genauso leicht wie von solchen ohne Handikap genutzt werden können. Das gilt für alle Einrichtungen der Infrastruktur. SpDi, ob in staatlicher Trägerschaft oder im öffentlichen Auftrag durch die Freie Wohlfahrtspflege erbracht (Art. 9 (2) b), sind den in der UN-BRK ausdrücklich benannten Dienste der gesundheitlichen Versorgung (Art. 25) und der Habilitation und Rehabilitation (Art. 26), zuzuordnen.

Für die Umsetzung dieser Aufgabe wurde daher eine konkrete Aufgabenbeschreibung in Analogie zu den vier Kernaufgaben entwickelt.

Im Zuge der Umsetzung des BTHG wurden die SpDi von den Kostenträgern zunächst mehr und mehr aus der Ausführung der Kernaufgabe 3 (Planung und Koordination von Einzelfallhilfen) gedrängt, sodass diese nur noch von wenigen Diensten und meist in eingeschränkter Form wahrgenommen werden kann. Trotzdem erscheint es weiterhin sinnvoll, diese Kernaufgabe in der bestehenden Form beizubehalten, zumal sich die Umsetzung des BTHG nach wie vor in einem Entwicklungsprozess befindet und die Fachexpertise der SpDi in diesem Bereich durchaus wieder gefragt sein wird.

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.

Kernaufgabe 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.

Kernaufgabe 1b niederschwellige Betreuung bzw. Begleitung: 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 (Kernaufgabe 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 (Kernaufgabe 1b) vor. Wird bei Bekanntwerden des Problems aufgrund seiner Dringlichkeit ein sofortiger Kontakt noch am selben Tag erforderlich, ist von einer Krisenintervention (Kernaufgabe 2) auszugehen.

Wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext dieser Kernaufgabe

Der Bedarf an niederschwelligen 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
- Kommunalen (KSD) bzw. Allgemeiner Sozialdienst (ASD);
- Spezielle Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen:
- Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige
- Familien- und Erziehungsberatungsstellen (FEB)
- Jobcenter
- Kommunalen 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 Teilhabe seelisch behinderter und suchtkrank Menschen
- Sozialpsychiatrische Konsiliar- und Liaisonsdienste
- regionale Netzwerke für Dienste und Einrichtungen, die mit Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen befasst sind

Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

Kernaufgabe 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 primäre Bezugsperson 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.

Kernaufgabe 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. Abschlussgespräch und -dokumentation

Kernaufgabe 1b niederschwellige Betreuung: Die hilfsbedürftige Person wird durch eine Fachperson so lange 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 – 3), daran schließen sich folgende Schritte (4 – 6) an (Leistungsbeschreibung in der Anlage 1):

- Klärung eines mittel- oder längerfristigen Betreuungsbedarfes
- 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
- behutsame Vorbereitung des Betreuungsendes bzw. der Weiterbetreuung an anderer Stelle, Abschlussgespräch und -dokumentation

Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs

Annahme: Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für eine Kommune von 100.000 Einwohner 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.

Kernaufgabe 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.

Kernaufgabe 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

Kernaufgabe 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.

Kernaufgabe 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.

Kernaufgabe 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 Einwohner 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.

Kernaufgabe 3a nur Fachberatung: Auf Grundlage einheitlicher Verfahrensregeln und in Abstimmung mit allen Systempartnern übernimmt der Sozialpsychiatrische Dienst im Auftrag des Kostenträgers die Fachberatung.

Kernaufgabe 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

Kernaufgabe 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).

Kernaufgabe 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.

Kernaufgabe 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 Einwohner 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 ist eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung nicht zu gewährleisten. Die Herausforderungen steigen hier 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.

Kernaufgabe 4a Netzwerkarbeit: Ziel ist die Förderung der Vernetzung und Zusammenarbeit im Verbund. Wichtig sind dabei die gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, die Selbsthilfe- und Nutzerverbände, aber auch die für das Versorgungssystem wichtigen Schnittstellen. Netzwerkarbeit in diesem Sinne ist eine Aufgabe, die alle Teammitglieder angeht.

Kernaufgabe 4b Steuerung: Ziel ist die 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.

Das Aufgabenspektrum ist breit, innerhalb und außerhalb der Kommunalverwaltung. Es reicht von der Organisation und Leitung der Verbundgremien, der Unterstützung unabhängiger Beschwerdestellen im regionalen Verbund, 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

Kernaufgabe 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 (ggf. als Psychiatriekoordination), lässt sich quantitativ und qualitativ nur schwer definieren, u.U. sind auch Aufgaben der Fachaufsicht wahrzunehmen (Leistungsbeschreibung in Anlage 4).

Kernaufgabe 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.

Kernaufgabe 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 Einwohnern kann er bei marginaler Netzwerkarbeit (Kernaufgabe 4a) unter 0,1 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) liegen, bei umfassenden Aktivitäten auch in der Steuerung (Kernaufgabe 4b) deutlich über 1,0 VZÄ. Vorgeschlagen wird für eine Kommune von 100.000 Einwohnern 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.

5. Kernaufgabe: Sozialraumarbeit

Aufgabenbeschreibung und Zielsetzung

SpDi sind für definierte Einzugsbereiche zuständig, für eine kreisfreie Stadt, einen Kreis oder deren organisatorische Untereinheiten. Als ambulant aufsuchende Dienste sind sie mit den Verhältnissen vor Ort, den formellen, wie insbesondere den informellen Angeboten der sozialen Infrastruktur in den Stadtteilen und Quartieren wohl vertraut.

Sie sind in die kommunale Selbstverwaltung eingebunden und können so eine Verbindung darstellen und als Dienste für die Ausgestaltung inklusiver Gemeinwesen Bedarfe artikulieren. Dies entspricht einerseits der sozialpsychiatrischen Grundhaltung, andererseits ist dies auch ein Verfassungsauftrag an die Kommunen und an die Wohlfahrtspflege.

Konstitutiv für sozialpsychiatrisches Handeln ist, das Gemeinwesen im Hinblick auf die darin vorhandenen Ressourcen zu betrachten, ohne die dort bestehenden Konflikte und Gefahren zu ignorieren oder zu bagatellisieren und sowohl Ressourcen wie Probleme in der Arbeit zu adressieren.

Soziale Netzwerke sind nicht notwendigerweise territorial organisiert, schon das »Normalisierungsprinzip« verweist auf die organisatorische wie räumliche Trennung von Wohnen, Arbeit und Freizeit als gesellschaftliche Norm. Insbesondere bei hoch mobilen Bevölkerungsgruppen – dies betrifft einerseits Privilegierte, wie hochqualifizierte Fachleute, aber auch stark Benachteiligte, wie illegalisierte Migranten – sind soziale Netzwerke oft international. Für die Erfahrung von Teilhabe sind jedoch gerade die im unmittelbaren Lebensumfeld stattfindenden Alltagskontakte von großer Bedeutung.

Personen mit niedrigem Einkommen sind allerdings im Gegensatz zu Wohlhabenden nicht frei in der Wahl ihres Wohnortes, sondern müssen dort leben, wo billiger Wohnraum verfügbar ist, oder ggf. gegen ihren Willen dorthin umziehen. So sind sie besonders vom Verlust sozialer Kontakte im Nahraum betroffen und zugleich besonders gesundheitsschädlichen Einflüssen wie Lärm, Luftverschmutzung,

Altlasten im Boden, hoher Bevölkerungsverdichtung, ressourcenarmen Umfeld, Konflikten und Gewalt ausgesetzt.

Personen, die vom sozialpsychiatrischen Dienst unterstützt werden, haben oftmals keinen Zugang zur Arbeitswelt und keinen Kontakt zu kulturellen Angeboten. Für sie sind jenseits von familiärer Unterstützung, sofern diese vorhanden ist, die Alltagskontakte im Lebensumfeld von entscheidender Bedeutung, auch wenn die Kontaktintensität eher gering ist. Dennoch vermitteln gerade diese schwachen sozialen Interaktionen das Gefühl von Zugehörigkeit oder aber von Diskriminierung viel mehr, als es einzelne starke Vertrauensbeziehungen vermögen.

Durch die Arbeit des SpDi sollen Kontakte zu im Lebensumfeld bereits vorhandenen Ressourcen erschlossen und vermittelt werden, beziehungsweise, falls nicht vorhanden, solche Ressourcen initiiert werden. Andererseits sollen Klienten befähigt werden, diese Ressourcen auch zu nutzen.

Dazu ist es nicht nur erforderlich, die Betroffenen zu unterstützen, sondern auch in deren sozialem Umfeld Verstehen, Verständnis, Toleranz und auch Strategien zum Umgang mit den betroffenen Menschen zu vermitteln und bei Bedarf Beratung und Unterstützung anzubieten.

Andererseits kann es in der Einzelfallarbeit unter Umständen auch erforderlich sein, Klienten und Klientinnen zu helfen, »unter dem Radar zu bleiben« und so aktive Ausgrenzungsmaßnahmen des Umfeldes zu vermeiden. Dazu kann gehören, darüber zu beraten, welche Verhaltensmuster das Potential haben, Ausgrenzung zu triggern, und welche, es zu vermeiden.

Wichtige Strukturen und Einflussfaktoren im Kontext dieser Kernaufgabe

Bei diesen Aufgaben sind SpDi, wie bei der Kernaufgabe 4 auf enge Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren, hier aber insbesondere auch denen außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems, wie Politik, Verwaltungen, Jobcenter, Kirchengemeinden, Wohnungslosenhilfe, Wohnbaugesellschaften, Vereine, Tafeln, Polizei und anderen, angewiesen. Der zu betreibende Aufwand und der damit zu erzielende Erfolg sind von verschiedenen Faktoren abhängig, zu nennen ist hier insbesondere eine offene und vertrauensvolle Kommunikation, Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren.

Leistungsbestandteile und Qualitätsstandards

Kernaufgabe 5 allgemeine Standards: Sozialraumorientierung und Sozialraumarbeit sind nicht so sehr ein spezieller, zusätzlicher Tätigkeitsbereich, den man wahrnehmen oder weglassen kann, sondern vielmehr Ausdruck der sozialpsychiatrischen Grundhaltung, der Art und Weise wie gemeindeintegrierte Hilfen gestaltet und das Umfeld befähigt werden. Insbesondere zeigt sie sich in der qualitativen Ausgestaltung der Kernaufgabe 3 und 4.

Als wesentliche Tätigkeitsfelder für Gemeinwesenarbeit des SpDi in Bezug auf das Gemeinwesen lassen sich benennen:

- Kontakte zu Communities, Gruppierungen, Vereinen, Schlüsselpersonen knüpfen und pflegen
- Aufklärung und Anti-Stigma-Arbeit, und damit auch Prävention
- Initiierung von Anti-Stigma-Projekten
- Fortbildungsangebote zu psychiatrischen Erkrankungen für relevante Gruppen wie Polizei, Jobcenter, Sozialämter, Jugendämter, kommunale Sozialarbeiter u. a.
- Alle Strukturen daraufhin reflektieren, inwieweit sie der Barrierefreiheit für Menschen mit den bei psychischen Störungen häufig auftretenden Funktions- und Aktivitätsstörungen entsprechen.
- Querschnittsthemen im Gemeinwesen erkennen, die in gleicher Weise die Interessen psychisch kranker Menschen wie anderer gesellschaftlicher Gruppen betreffen und gemeinsame Aktionen initiieren.
- Möglichkeiten entwickeln, wie benachteiligte Menschen als Ressourcen für das Gemeinwesen sichtbar werden können und so Wertschätzung erfahren.
- Beobachten, wie über Menschen gesprochen wird, die im öffentlichen Raum auffallen, und diskriminierenden Zuschreibenden entgegenwirken.
- Aktiv mit der Neigung umgehen, repressive Erwartungen an soziale Dienste zu richten.
- Die gewonnenen Erkenntnisse in den Diskurs im Gemeinwesen, im Hilfesystem wie in der Gebietskörperschaft einbringen.
- Die Perspektive der Versorgungsregion bzw. des Einzugsbereichs in Relation setzen zur Perspektive der darin existierenden Sozialräume. Hier berührt sich die Aufgabe mit der Kernaufgabe 4.

Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs

Sozialraumarbeit gehört zu den Kernaufgaben eines SpDi. Art und Umfang ihrer Ausgestaltung ist in erheblichem Umfang von dessen Gestaltungsbereitschaft, personeller Ausstattung und den Rahmenbedingungen vor Ort abhängig.

Dementsprechend kann hier noch keine konkrete Personalanhaltszahl angegeben werden. Da aber doch nicht unerhebliche personelle Ressourcen, die in den personenzentrierten Dokumentationssystemen meist nicht erfasst werden, in diese Aufgabe einfließen, sollte darauf mehr Augenmerk gelegt werden und in Zukunft erfahrungsbasierte Kennzahlen zur Orientierung erarbeitet werden.

Anlagen

Anlage 1:

Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 1 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; Fest-schreibung der zukünftigen Ansprechpartner; ggf. schriftliche Stellungnahme; Dokumentation.

Kernaufgabe 1b – Niederschwellige Betreuung

1. bis 3. Beratung im Sinne der unter Kernaufgabe 1a genannten Punkte 1 – 3

4. Klärung eines längerfristigen Betreuungsbedarfes: Berücksichtigung einer fehlenden Inanspruchnahme vorrangiger Hilfen, z. B. durch eingeschränkte Fähigkeit zur Mitwirkung bzw. soziale Isolation und Chronifizierung auf Seiten der betroffenen Person oder mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten, Versorgungsstrukturen bzw. Platzkapazitäten auf Seiten des Versorgungssystems); Vereinbarung eines Betreuungssettings mit aktiver Gestaltung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und 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 bei 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: Abschlussgespräch und -dokumentation

Anlage 2: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 2 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 klären und erklären,
- 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 (Art. 1 GG), die Freiheit der Person kann nur unter Anwendung der rechtlichen Bestimmungen der länderspezifischen

Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG), des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) oder der Sicherheits- und Ordnungsgesetze (SOG) der Länder 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 eingreifende Lösung möglich ist und warum die Unterbringung für einen konkret zu benennenden Zeitraum erfolgsversprechend erscheint.

Anlage 3:

Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 3 Planung und Koordination von Einzelfallhilfen

Kernaufgabe 3a – nur Fachberatung

A Beratung bei erstmaliger Hilfeplanung

A1. Vorbereitung: Informationsaufnahme und Auswertung beigefügter schriftlicher Berichte, ggf. Anforderung von Fremdbefunden, Terminvereinbarung mit Versenden einer Einladung bzw. Ankündigung eines Hausbesuchs an die betroffene Person, in Abstimmung mit dieser ggf. unter Einbeziehung einer Person ihres Vertrauens bzw. mit der Zuständigkeit für die rechtliche Betreuung.

A2. Erstberatung: Klärung des Anliegens, Erhebung der Anamnese und Abschätzung des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme vorrangiger Hilfesysteme, ggf. Vermittlung an vorrangig zuständige geeignete Hilfen und Absprache mit diesen unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

A3. Nachbereitung: Abgabe einer Stellungnahme an den Kostenträger.

B Fachberatung bei Fortschreibungen der Hilfeplanung

Prüfung des Entwicklungsberichtes des Leistungserbringers, ggf. Einholung zusätzlicher Informationen und Einladung der betreuten Person zu einem persönlichen Gespräch, Abgabe einer Stellungnahme an den Kostenträger zur Wirksamkeit der bisherigen Maßnahme und zur Notwendigkeit einer Fortsetzung, ggf. unter Modifikation ihrer Intensität und ihres Leistungsspektrums.

Kernaufgabe 3b – auch Federführung

C erstmalige Hilfeplanung

C1 – 3. Vorgehen wie unter A1 – 3.; ggf. zusätzlich Einleitung und Durchführung einer amtsärztlichen Begutachtung mit anschließender Erarbeitung einer Stellungnahme für den Kostenträger, Abstimmung zum weiteren Verfahren, ggf. Vorbereitung einer Hilfeplankonferenz und Entscheidung über die Einbeziehung weiterer Beteiligter, Versenden einer Einladung bzw. Hausbesuchsankündigung.

C4. Hilfeplankonferenz bei Erstantrag: zusammen mit der leistungsberechtigten Person Erhebung der Anamnese und Fremdanamnese, umfassende Erhebung des Hilfebedarfs, Zielentwicklung der Hilfen, Empfehlung über Art, Umfang, Ziele und Dauer der Hilfen, ggf. Einbeziehung weiterer Kostenträger, offener Hilfen bzw. Leistungen der GKV, Dokumentation mit Verfassen eines Hilfeplanes, Vermittlung der zu betreuenden Person an den bzw. die Leistungserbringer.

D Fortschreibung der Hilfeplanung

Bei bereits laufender Hilfe Vorgehen wie unter B, dann Entscheidung, ob die Hilfeplanung nach Aktenlage unverändert fortgeschrieben wird oder zunächst eine Hilfeplankonferenz durchzuführen ist; anschließend Vorgehen wie unter C, aber zusätzlich Feststellung der Zielerreichung und Einschätzung der Wirksamkeit der Maßnahme, Festlegen neuer Ziele bzw. Klärung, warum die zuletzt gesetzten Ziele nicht erreicht wurden; davon ausgehend Veränderung der Ziele, ggf. Modifikation von Intensität und Spektrum der Leistungen sowie Abschätzung ihrer Erfolgsaussichten.

E Fallkoordination während des Bewilligungszeitraumes der Hilfen

Fachberatung der Leistungserbringer, Austausch über Anpassung der Hilfen im laufenden Hilfeprozess, Bewertung der Dokumentation der Hilfeerbringer, Aufnahme und Klärung von Beschwerden über den bzw. die Leistungserbringer, ggf. Zwischenüberprüfung der Zielerreichung

Anlage 4:

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

Kernaufgabe 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)

Kernaufgabe 4b:

Regionale Planung der Angebotsentwicklung (Steuerung)

- Vereinbarter Umfang des Gegenstandsbereichs
- ein Rechtskreis (z. B. Eingliederungshilfen nach SGB IX)
- mehrere Rechtskreise (z. B. SGB IX 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.)

Anlage 5: Leistungsbeschreibung zur Kernaufgabe 5 Sozialraumarbeit

Aufklärung und Vernetzung der verschiedenen Akteure im Sozialraum (Checkliste)

Adressaten und Adressatinnen

- Menschen mit psychischen Störungen in ihrem Lebensumfeld
- Externe Partner außerhalb des Versorgungssystems (z. B. Kirchengemeinden, Moschee- oder Kulturvereine, Bürgerzentren, Volkshochschulen, Angebote der Wohnungslosenhilfe, Wohnungsbaugesellschaften, Vereine (Sport, Musik, Kleingarten etc.), Tafeln, Jobcenter, Polizei und andere)
- Interne Systempartner (Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik)
- Externe Systempartner im Versorgungssystem (Leistungsträger und Leistungserbringer, Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, gesetzliche Betreuer und Betreuerinnen, Betreuungsvereine und Laienhelfer und -helferinnen.)

Umsetzung der Netzwerkarbeit

- Vorstellung des SpDi bei den verschiedenen Akteuren außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems
- Fortbildungsangebote zu psychischen Störungen für Akteure außerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems
- Gegenseitiges Kennenlernen der jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und Grenzen
- Klärung und Abstimmung der Kommunikationswege
- Möglichst verbindliche Abstimmung der Kooperationsmöglichkeiten
- Regionale Besprechungen über Strukturen des jeweiligen Sozialraums
- Regionale Kooperationsbesprechungen im Einzelfall
- Initiieren und/oder (mit-)gestalten von Präventionsaktivitäten
- Initiieren und/oder (mit-)gestalten von Anti-Stigma-Arbeit
- Erfassung und Beschreibung von Problemlagen im Sozialraum
- Information und Beratung der kommunalen Politik und Verwaltung

Anlage 6:

Excel-Tabelle zur Kalkulation des Personalbedarfs

Eine Excel-Tabelle für eigene Berechnungen steht als Download unter folgender Internet-Adresse zur Verfügung: www.sozialpsychiatrische-dienste.de/arbeitsgruppen/

Erläuterungen zur nachfolgenden Tabelle: Die Tabelle auf den nachfolgenden Seiten ist ein Berechnungsbeispiel. Die eingetragenen Zahlen sind Grundlage der Modellkalkulation, wie sie in den fachlichen Empfehlungen zu den einzelnen Kernaufgaben vorgenommen wurde. Sie können in der Excel-Tabelle je nach den Verhältnissen vor Ort, z. B. was den Umfang in der Fallarbeit betrifft, variiert werden und führen dann auch zu anderen Ergebnissen in den anderen Feldern der Tabelle.

Bei der Modellkalkulation wurden mögliche zusätzliche Angebote einer Gruppenbetreuung (GB) oder einer offenen Kontaktstelle (AF 12) nicht berücksichtigt; die Excel-Tabelle erlaubt jedoch auch hier Angaben.

Zahlen pro 100.000 Einwohner

Kalkulation der Inanspruchnahme in der Fallarbeit	KA 1	KA 2	KA 1 GB
Fälle pro Quartal	120	80	0
Betreuungsdauer (Quartale pro Jahr)	1,5	1,5	2,0
Fälle pro Jahr	320	213	0

Kalkulation des Zeitaufwands in der Fallarbeit

Leistungsbündel pro Quartal	2,5	1,5	0
Minuten (Min.) pro Leistungsbündel für alle beteiligten Fachkräfte	120	240	120
Mitarbeiter pro Kontakt (nur Gruppenbetreuung GB)			0,2
Min. pro Fall im Quartal (direkte und indirekte Leistungen)	300	360	0
Anteil Hausbesuche (HB) an Kontakten pro Quartal	50%	50%	
durchschnittliche Fahrzeit in Min. pro HB (Hin- u. Rückfahrt)	40	40	
Zuschlag für Fahrzeiten bei HB pro Fall und Quartal in Min.	50	30	0
Min. fallbezogene Leistungen pro Quartal	350	390	0
Stunden fallbezogene Leistungen pro Quartal	5,8	6,5	0,0

Zahlen pro 100.000 Einwohner

Umfang des erforderlichen Personals für die Fallarbeit	KA 1	KA 2	KA 1 GB
Summe Stunden pro Jahr fallbezogene Leistungen	2800	2080	0
VZÄ für direkte und indirekte Leistungen in der Fallarbeit	1,81	1,34	0,00
zusätzlicher Zeitaufwand für Teamkonferenzen	8%	8%	8%
VZÄ Zuschlag für Teamkonferenzen	0,14	0,11	0,00
VZÄ Zuschlag für mobile Notfallbereitschaft		0,42	
VZÄ Pat.-bez. Leistungen incl. NF-Ber. und Teamkonf.	1,95	1,87	0,00
Fallzahlbelastung (Patienten im Quartal pro VZÄ)	61,4	42,8	
<i>Patienten pro VZÄ Fachkraft im Jahr</i>	<i>164</i>	<i>114</i>	

	Summe
KA 3	ohne GB
50	250
1	1,4
200	733

1	1,9
180	157
180	
50%	
40	
20	38
200	333
3,3	

KA 3
667
0,43
8%
0,03
0,47
107,5
430

Kalkulation der Arbeitszeit	
43	Arbeitswochen netto pro VZÄ im Jahr*
7,2	Arbeitsstunden netto pro VZÄ am Tag**
5	Arbeitstage pro VZÄ in der Woche
1548	VZÄ-Arbeitsstunden im Jahr
250	Kalkulation Zahl der Werktage im Jahr
8	Einsatzstunden pro Tag
2000	Einsatzstunden im Jahr
1,29	Faktor zur Abdeckung der Dienstzeiten
8	Zeitdauer der NF-Bereitschaft pro Tag
25%	Zuschlag für Stunden NF-Bereitschaft

*) ohne Urlaubs-, Krankheits-, Fortbildungszeiten

**) ohne Verteiler- bzw. Rüstzeiten

Werte für eine bestimmte Kommune	
	Einwohnerzahl (100 Tsd.)
Summe	1,00
5547	5547
3,58	3,6
0,29	0,3
0,42	0,4
4,29	4,3
58,3	
361	

	Zahlen pro 100.000 Einwohner		
Umfang des zusätzlich erforderlichen Personals	KA 1	KA 2	KA 1 GB
VZÄ für nicht-Pat.-bez. Leistungen (Verbundarbeit, Kontaktstelle)			
Zuschlag für Leitungsfunktionen	5%	5%	5%
VZÄ für Leitungsfunktionen	0,10	0,09	0,00
Zuschlag für Verwaltungsfunktionen	15%	15%	5%
VZÄ Verwaltungskräfte	0,31	0,29	0,00
Summe VZÄ Fall- und Verbundarbeit, Leitung mit Verwaltung	2,36	2,26	0,00
Summe VZÄ Fall- und Verbundarbeit, Leitung ohne Verwaltung	2,05	1,96	0,00

Summe jährliche Bruttopersonalkosten in Tsd. Euro	175	168	0
freiwillige Leistungen der Kommune			
Pflichtleistungen der Kommune nach PsychKG	175	168	0
Leistungen des Sozialhilfeträgers und ggf. anderer Kostenträger			

	Zahlen pro 100.000 Einwohner		
empfohlener Berufsgruppenmix pro 100.000 Einw.	KA 1	KA 2	KA 1 GB
VZÄ ärztlicher Dienst (ÄD)	0,5	0,6	0,0
VZÄ psychologischer Dienst PD)	0,5	0,0	0,0
VZÄ Funktionsdienst Krankenpflege (FD)	0,0	0,0	0,0
VZÄ sozialarbeiterischer /sozialpädagogischer Dienst (SD)	1,03	1,31	0,00
VZÄ Ergotherapie (ET)	0,0	0,0	0,0
VZÄ Verwaltungsdienst (VD)	0,31	0,29	0,00
Summe VZÄ	2,36	2,26	0,00

	Berufsgruppenmix der Fachkräfte		
Berufsgruppen	KA 1	KA 2	KA 1 GB
ärztlicher Dienst (ÄD)	25%	33%	
psychologischer Dienst PD)	25%		
Funktionsdienst Krankenpflege (FD)			
sozialarbeiterischer /sozialpädagogischer Dienst (SD)	50%	67%	100%
Ergotherapie (ET)			
Verwaltungsdienst (VD)			
Summe Berufsgruppenmix Fachkräfte	100%	100%	100%

KA 3	KA 4	AF 12	Summe	VZÄ für eine bestimmte Kommune
	0,5		0,5	0,5
5%	5%	5%		
0,02	0,03	0,00	0,24	0,2
15%	5%	5%		
0,07	0,03	0,00	0,70	0,7
0,56	0,55	0,00	5,73	5,7
0,49	0,53	0,00	5,03	

42	41	0	426	426
		0	0	0
	41		384	384
42			42	42

KA 3	KA 4	AF 12	Summe	
0,1	0,1	0,0	1,36	136
0,0	0,0	0,0	0,51	41
0,0	0,0	0,0	0,00	0
0,39	0,42	0,00	3,15	221
0,0	0,0	0,0	0,00	0
0,07	0,03	0,00	0,70	28
0,56	0,55	0,00	5,73	74

BPK Berufsgruppenmix pro VZÄ

nach Kernaufgaben

KA 3	KA 4	AF 12
20%	20%	
80%	80%	100%
100%	100%	100%

Bruttopersonalkosten/Jahr (BPK) in Tsd. Euro

100
80
60
70
50
40

Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland
Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und
Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste

2. Auflage 2026

© Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung des Netzwerks vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden. Die Nutzung unserer Werke für Text- und Datamining im Sinne von §44b UrhG behalten wir uns explizit vor.

Kontaktadresse

Corinna Krämer

Koordinierungsstelle des Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.

Schillerstraße 32

30159 Hannover

corinna.kraemer@gesundheit-nds-hb.de

www.sozialpsychiatrische-dienste.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

ISBN: 978-3-96605-386-0

ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-394-5

Herstellung: Psychiatrie Verlag

Umschlagkonzeption und -gestaltung: Michael Schmitz, www.grafikschmitz.de,
Arnbruck

Satz: Alexander Barthel, Jessen

Druck und Bindung: Zimmermann Druck, Iserlohn