

Autor und Autorin:
Hermann Elgeti, Sabine Erven,
Netzwerk Sozialpsychiatrischer
Dienste in Deutschland



Anspruch und Wirklichkeit der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland passen nicht zusammen

Zusammenfassung Der Beitrag beschreibt wesentliche Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste, die mit guter Beteiligung im ersten Halbjahr 2017 durchgeführt wurde.¹ Die Angaben zum Aufgabenprofil und zum betreuten Personenkreis, zur Personalausstattung und zum Berufsgruppenmix wurden getrennt für die vier Regionen Nord-, Ost-, West- und Süddeutschland ausgewertet. Die Breite und Tiefe des Leistungsspektrums sowie der Umfang der Einzelfallarbeit unterscheiden sich je nach kommunalen Gegebenheiten und landesweiten Regelungen. Bei der Bewertung der Ergebnisse sind Einwohnerzahl, Siedlungsdichte und Sozialstruktur der Gebietskörperschaften zu berücksichtigen, da sie starken Einfluss auf die Anforderungen gerade in der Fallarbeit haben. Ein Vergleich mit den vom Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland erarbeiteten Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf macht die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit deutlich.

Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf beschreiben den Anspruch

Das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland wurde 2010 im Anschluss an eine erste länder- und trägerübergreifende Fachtagung gegründet.² Die dort beschlossenen Hannoveraner Thesen weisen auf die zentrale Bedeutung Sozialpsychiatri-

scher Dienste (SpDi) für die kommunale Daseinsfürsorge psychisch erkrankter Menschen hin.³ Auf Grundlage eines 2012 entwickelten Thesenpapiers zu Kernaufgaben der SpDi⁴ wurden fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf für vier Kernaufgaben (KA) mit jeweils zwei Teilaufgaben erarbeitet: niederschwellige Beratung und Betreuung (KA 1), Krisenintervention und (im Notfall) Unterbringung (KA 2),

Planung und Koordination von Einzelfallhilfen (KA 3), Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund (KA 4).⁵ Dort werden zunächst Aufgaben und Zielsetzungen einer KA sowie wichtige andere Hilfsangebote im unmittelbaren Kontext beschrieben. Es folgt für jede Teilaufgabe eine Definition von Leistungsbestandteilen und Qualitätsstandards, dann werden Anhaltspunkte für die Schätzung des Personalbedarfs gegeben;

die Anlagen 1–4 liefern genauere Leistungsbeschreibungen. Als Anlage 5 gibt es eine Excel-Tabelle, die auf der Homepage des Netzwerks zum Download bereitsteht und es den interessierten SpDi erleichtert, ihren Personalbedarf auf Basis des Leistungsspektrums zu kalkulieren. Der Zeitaufwand in der Fallarbeit (KA 1–3) wird mithilfe von Leistungsbündeln geschätzt: Das sind 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).

Die der Modellkalkulation zugrunde gelegten Werte zur Fallarbeit, die vom einzelnen Dienst entsprechend seiner Besonderheiten variiert werden können, weisen einen Personalbedarf von 5,73 Vollzeitkräften pro 100.000 Einw. aus (Tabelle 1). Die Caseload (Fallzahlbelastung pro Vollzeitäquivalent) der in der Fallarbeit eingesetzten Fachkräfte pro Quartal beträgt demnach in der Beratung und Betreuung 61 Klientinnen und Klienten, in der Krisenintervention 43 und in Hilfeplanung im Einzelfall 108. Der Zeitaufwand für Teamkonferenzen, Leitung und Verwaltung wird als prozentualer Aufschlag auf den für Fall- und Verbundarbeit kalkulierten Personalbedarf berechnet (Tab. 1).

Der Personalbedarf steigt nicht nur bei einem größeren Einzugsgebiet an, sondern in der Fallarbeit z. B. auch bei einer relativ höheren Inanspruchnahme oder mehr kontinuierlichen Betreuungen. Ein relativ geringerer Personalbedarf ergibt sich beispielsweise, wenn der SpDi keine Hilfeplanungen im Einzelfall (KA 3) durchführt. Und er sinkt bei großen Einzugsgebieten in der Verbundarbeit, da der Aufwand für die Koordination eines Netzwerks nicht proportional zur Einwohnerzahl zunimmt.

Die Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zum Arbeitsalltag der Dienste zeichnen ein differenziertes Bild der Wirklichkeit

An der Umfrage beteiligten sich 191 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) aus 176 der insgesamt 401 Landkreise oder kreisfreien Städte (Gebietskörperschaften; GK). Das Gebiet, für das sie zuständig sind, umfasst 50% der Gesamtbevölkerung; nur das Saarland war nicht in die Umfrage einbezogen (Abbildung 1). Der Anteil der beteiligten GK an der

		Fallarbeit: Kernaufgaben (KA) 1–3			Verbundarbeit
		KA 1	KA 2	KA 3	KA 4
		Beratung & Betreuung	Krisenintervention	Hilfeplanung im Einzelfall	Netzwerkarbeit und Steuerung
betreute Personen (Anzahl im Jahr)		320	213	200	
Betreuungsdauer (Quartale/Jahr)		1,5	1,5	1,0	
alle Leistungsbündel (Std. im Jahr)		2800	2080	667	
Vollzeitäquivalente (VZÄ)		1,81	1,34	0,43	
Teamkonferenzen (+ 8 %)		0,14	0,11	0,03	
Vorhalten mobile Notfallbereitschaft			0,42		
Caseload (betreute Personen/VZÄ)	im Quartal	61	43	108	
	im Jahr	164	114	430	
Zeitaufwand Verbundarbeit (VZÄ)					0,5
Leitungsfunktionen (+5 %)		0,10	0,09	0,02	0,03
Verwaltungsaufwand (15 %; 5 %)		0,31 (15 %)	0,29 (15 %)	0,07 (15 %)	0,03 (5 %)
Personalbedarf (VZÄ)	nur Fachkräfte: 5,03	2,05	1,96	0,49	0,53
	mit Verwaltung: 5,73	2,36	2,26	0,56	0,55

Tabelle 1: Modellkalkulation für den Personalbedarf pro 100.000 Einwohner

Einwohnerzahl der einzelnen Bundesländer ist sehr unterschiedlich: In Hessen (HE), Rheinland-Pfalz (RP) und Bayern (BY) liegt er unter 30 %, in Niedersachsen (NI) und Bremen (HB) über 80 %. Für vier Bundesländer, aus denen mindestens zehn SpDi mit Einzugsgebieten von zusammen mindestens 50 % der Bevölkerung an der Umfrage teilgenommen haben, sind auch länderbezogene Auswertungen sinnvoll; das sind Schleswig-Holstein (SH), Niedersachsen (NI), Nordrhein-Westfalen (NW) und Thüringen (TH).

Die Arbeit der SpDi vollzieht sich im Rahmen sehr heterogener landesgesetzlicher Rahmenbedingungen und lokaler Traditionen. Nicht überall zählen die vier vom SpDi-Netzwerk beschriebenen Kernaufgaben

zum Leistungsspektrum, und meist gibt es noch weitere Aufgaben. Dabei kann es sich um Prävention und Gemeinwesenarbeit handeln, um Konsiliar- und Liaisondienste für andere Hilfsangebote, um amtsärztliche oder ordnungsrechtliche Funktionen, medizinische Behandlungen nach SGB V oder Hilfen zur Teilhabe nach SGB IX bzw. XII. Bei der großen Mehrzahl der teilnehmenden SpDi ist die GK, für die der Dienst zuständig ist, auch der Träger der Einrichtung (N = 140), ansonsten sind es die Diakonie, die Caritas und andere freie oder öffentliche Träger, gelegentlich auch in gemeinsamer Verantwortung. Eine kommunale Trägerschaft hatten in Süddeutschland (BW, BY) nur sechs teilnehmende SpDi, in der Region Ost dagegen ausnahmslos alle, im Norden und

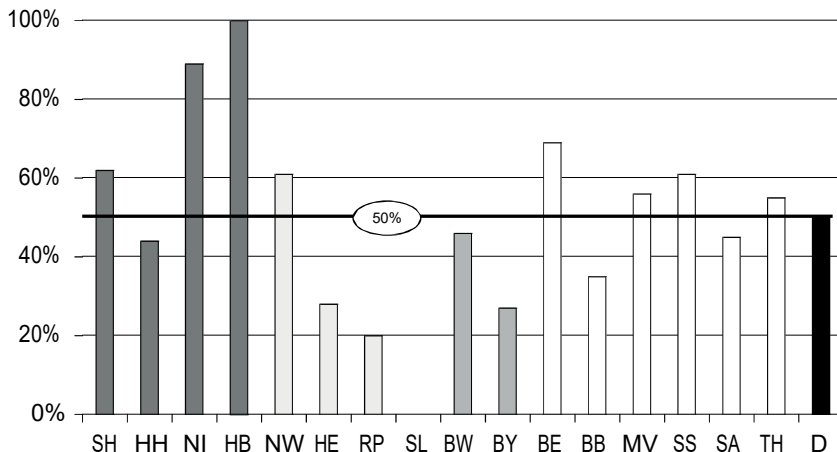


Abbildung 1: In die Umfrage einbezogene Bevölkerung pro Bundesland. Die Stadtstaaten Hamburg (HH; 7 Bezirke) und Berlin (BE; 12 Bezirke) gelten als eine Gebietskörperschaft, verfügen aber jeweils pro Bezirk über einen SpDi.

Westen gab es vier bzw. fünf Ausnahmen. In Süddeutschland konnten 2016 nur 29 % der SpDi regelhaft eine sofortige aufsuchende Krisenintervention leisten, in Ost- und Westdeutschland waren es 76 %, im Norden 96 %.

Wer eine sofortige aufsuchende Krisenintervention leisten kann, verfügt im Vergleich zu den anderen SpDi über deutlich mehr Fachpersonal. Zwischen den vier Regionen gibt es Unterschiede in der Personalausstattung: Die Fachkraftziffer pro 100.000 Einw. (FKZ) liegt bundesweit bei 3,4 VZÄ, im Süden bei 2,4 VZÄ und im Osten bei 4,2 VZÄ; außer den Verwaltungskräften wurden hier alle Berufsgruppen mitgezählt, auch externes Personal (Tabelle 2). Jenseits der fast überall vorhandenen sozialpädagogischen Kompetenz gibt es im Süden eher selten ärztliche Fachkräfte (13 %), vergleichsweise häufig dagegen solche aus der Psychologie (52 %) und der Krankenpflege bzw. anderen Berufsgruppen (33 %). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse müssen die Unterschiede im Leistungsspektrum berücksichtigt werden.

Auswertbare Angaben zur Verteilung des Personaleinsatzes auf die verschiedenen Aufgaben machten 175 SpDi (Tabelle 3). Fast alle bejahten die Zuständigkeit für niederschwellige Beratung (1a) und Betreuung (1b), Krisenintervention und Notfallhilfe (2a) sowie Netzwerkarbeit im regionalen Verbund (4a). Weniger häufig wurden genannt: Mitwirkung an Unterbringungen bei Kriseninterventionen (2b), Hilfeplanung im Einzelfall, ausschließlich als Fachberatung (3a) oder auch mit Federführung im Planungsverfahren (3b), sowie Funktionen der Steuerung im regionalen Verbund (4b).

Bei den 70 SpDi, die für alle acht KA-Teilaufgaben zuständig sind, liegt die FKZ über dem Durchschnitt aller SpDi (3,9 versus 3,4 VZÄ). Dabei sind vor allem die SpDi in der Region Nord bei Übernahme aller Kernaufgaben deutlich besser ausgestattet (4,6 versus 3,7 FKZ). Die niederschwellige Beratung und Betreuung (KA 1a+1b) macht hierbei im Süden über 58 % des Personaleinsatzes aus, im Osten dagegen nur 32 %. Dort wiederum hat die Krisenintervention und Notfallhilfe mit über 33 % ein fast doppelt so großes Gewicht wie im Durchschnitt aller 70 SpDi (17,5 %) und ein nahezu fünf-faches im Vergleich zum Süden (7,4 %). Die Mitwirkung an der Einzelfall-Hilfeplanung spielt bei den norddeutschen SpDi mit rund 23 % eine vergleichsweise große Rolle. Die Funktion der Netzwerkarbeit und Steue-

	Summe		Nord		West		Süd		Ost	
alle mit Angaben	189		52		44		48		45	
	Anteil	FKZ	Anteil	FKZ	Anteil	FKZ	Anteil	FKZ	Anteil	FKZ
1: ärztl. Dienst	69 %	0,7	92 %	0,7	84 %	0,5	13 %	0,5	88 %	0,9
2: Psychologie	33 %	0,5	17 %	0,3	18 %	0,2	52 %	0,5	48 %	0,7
3: Sozialpäd.	99 %	2,4	98 %	2,8	100 %	2,2	100 %	1,8	98 %	2,8
4: Krankenpfl. u. a.	24 %	0,5	23 %	0,5	18 %	0,5	33 %	0,5	17 %	0,7
5 ext. Personal	13 %	0,9	15 %	1,5	11 %	0,5	6 %	1,2	19 %	1,2
1-5: Fachkräfte	100 %	3,4	100 %	3,7	100 %	2,9	100 %	2,4	100 %	4,2
Verwaltung u. a.	70 %	0,6	83 %	0,7	70 %	0,5	77 %	0,5	48 %	0,6

Tabelle 2: Personalausstattung des SpDi Ende 2016 nach Berufsgruppen

	alle		Nord		West		Süd		Ost	
alle mit Angaben	175		50		41		43		41	
Kernaufgaben KA 1-4	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1a Beratung	175	100 %	50	100 %	41	100 %	43	100 %	41	100 %
1b Betreuung	173	99 %	49	98 %	41	100 %	42	98 %	41	100 %
2a KI ohne Unterbr.	167	95 %	50	100 %	40	98 %	37	86 %	40	98 %
2b KI mit Unterbring.	145	83 %	49	98 %	39	95 %	20	47 %	37	90 %
3a HP nur Fachber.	132	75 %	37	74 %	31	76 %	30	70 %	34	83 %
3b HP Federführung	92	53 %	30	60 %	18	44 %	22	51 %	22	54 %
4a Netzwerkarbeit	165	94 %	50	100 %	36	88 %	40	93 %	39	95 %
4b Steuerung	121	69 %	45	90 %	29	71 %	25	58 %	22	54 %
alle 8 KA-Teilaufgab.	70	40 %	28	56 %	15	37 %	12	28 %	15	37 %
sonstige Aufgaben	160	92 %	44	88 %	37	90 %	43	100 %	37	90 %

Tabelle 3: Aufgabenspektrum der SpDi nach Regionen

rung im regionalen Verbund (KA 4a+b) dagegen bindet in allen Regionen mit 8 % bis 11 % einen ähnlich geringen Anteil der zur Verfügung stehenden Personalressourcen. Bemerkenswert sind in der Region Ost die relativ umfangreichen Personalressourcen von 0,95 VZÄ pro 100.000 Einwohner, die für Aufgaben außerhalb der vier definierten Kernaufgaben eingesetzt werden. Dabei wurden – wie auch sonst in dieser Kategorie – vor allem amtsärztliche Aufgaben und Eingliederungshilfen nach SGB XII genannt.

Viele SpDi unterhalten neben ihrem Hauptstandort weitere dezentrale Dienststellen, seien es Nebenstellen mit Öffnungszeiten an jedem Wochentag oder Außensprechstunden mit mindestens monatlicher Präsenz. Sie dienen insbesondere in großen Einzugsgebieten mit geringer Siedlungsdichte dazu, wohnortnah besser erreichbar zu sein und bei aufsuchender Tätigkeit den Aufwand für Fahrzeiten in Grenzen zu halten. Die Einzugsgebiete derjenigen SpDi, die weder Nebenstellen noch Außensprech-

stunden unterhalten, sind überschaubarer: Sie umfassen eine vergleichsweise geringere Einwohnerzahl und weisen eine höhere Siedlungsdichte auf. Einzugsgebiete von SpDi, die sowohl über Nebenstellen als auch über Außensprechstunden verfügen, haben dagegen eine niedrige Siedlungsdichte. Besonders groß ist die Einwohnerzahl derjenigen Einzugsgebiete, in denen der SpDi mehr als zwei Nebenstellen unterhält. Der bei der Umfrage angegebene Zeitaufwand für Teamkonferenzen sinkt mit der Existenz und Anzahl von Nebenstellen und Außensprechstunden ab. Hier stellt sich die Frage, ob die langen Fahrzeiten der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen zum Ort der Teamkonferenz dazu führen, dass diese seltener stattfinden, möglicherweise auf Kosten des Teamzusammenhalts und der Qualität interdisziplinärer Fallarbeit.

Kinder und Jugendliche gehören nur relativ selten (21 %) zu dem Personenkreis, für den die SpDi zuständig sind, praktisch gar nicht in Süddeutschland (2 %). Eine Zuständigkeit

für hilfsbedürftige Menschen im Erwachsenenalter ist dagegen durchgehend gegeben (100%), in der Regel auch für Personen ab 65 Jahren (91%). Fast immer werden auch Angehörige psychisch beeinträchtigter Menschen beraten (98%). Im Hinblick auf spezielle Störungsbilder gibt es bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Regionen: Nur eine Minderheit der süddeutschen SpDi kümmert sich um Menschen mit einer Suchterkrankung (27%), geistigen Behinderung (15%) oder Demenz (13%), während diese Nutzergruppen in der Region Ost meistens (81–98%) in die Zuständigkeit der SpDi fallen (Tabelle 4).

Der unterschiedliche Umfang des Personenkreises, für den die SpDi zuständig sind, zeigt einen Zusammenhang mit der Zahl der betroffenen Menschen, die im Jahr 2016 mindestens einen persönlichen Kontakt mit dem entsprechenden Dienst hatten. So haben die SpDi in der Region Ost die höchsten Durchschnittswerte nicht nur bei der Fachkraftziffer (FKZ), sondern auch bei der Patientenziffer (PatZ), definiert als Zahl der vom SpDi betreuten Personen pro 100.000 Einwohner seines Einzugsgebietes. Bei der Berechnung der Fallzahlbelastung (Caseload) pro Vollzeit-Fachkraft und Jahr wurde nur derjenige Anteil der Vollzeitäquivalente eines SpDi einbezogen, der nach den Angaben zum Aufgabenspektrum für die Fallarbeit (KA 1–3) eingesetzt wurde.

Beim Vergleich von Fachkraft- und Patientenziffer sowie Caseload in den vier Regionen wird deutlich, dass die SpDi im Süden am wenigsten Fachpersonal einsetzen, aufgrund der relativ niedrigsten Anzahl betreuter Personen aber gleichzeitig die geringste Fallzahlbelastung aufweisen. Umgekehrt ist es im Osten: Hier führt die besonders hohe Inanspruchnahme der SpDi trotz der vergleichsweise höchsten Fachkraftziffer zu einer besonders hohen Fallzahlbelastung (Tabelle 5). Die Unterschiede in der ermittelten Fachkraftziffer gegenüber der Tabelle 2 beruhen darauf, dass dort 189 Datensätze einbezogen werden konnten, hier jedoch nur 168, da in einigen Fällen zwar Angaben zum Personal, aber nicht zum betreuten Personenkreis bzw. zum Aufgabenspektrum gemacht wurden. Außerdem blieb hier ein Datensatz mit einem Ausreißer bei der Patientenziffer (PatZ) unberücksichtigt.

Kennzeichen	Summe (189)		Nord (53)		West (45)		Süd (48)		Ost (43)	
<18 Jahre	39	21 %	13	25 %	16	36 %	1	2 %	9	21 %
18-<65 Jahre	189	100 %	53	100 %	45	100 %	48	100 %	43	100 %
≥65 Jahre	171	90 %	51	96 %	42	93 %	37	77 %	41	95 %
Angehörige uä	186	98 %	53	100 %	44	98 %	47	98 %	42	98 %
Suchterkrankung	138	73 %	50	94 %	36	80 %	13	27 %	39	91 %
geistige Behinderung	91	48 %	24	45 %	26	58 %	6	13 %	35	81 %
Demenz	131	69 %	45	85 %	37	82 %	7	15 %	42	98 %
sonstiges	47	25 %	15	28 %	15	33 %	7	15 %	10	23 %

Tabelle 4: Kennzeichen des vom SpDi betreuten Personenkreises

Region	alle SpDi	vollständige Angaben	Kennziffern SpDi		
			FKZ	PatZ	Caseload
Deutschland	191	168	3,4	551	208
Nord	53	49	4,0	639	205
West	45	38	2,9	437	190
Süd	48	42	2,5	313	165
Ost	45	39	4,3	827	253

Tabelle 5: Kennzahlen zur SpDi-Arbeit und ihren Einzugsgebieten nach Region

Eine auftragsgemäße Bearbeitung von Kernaufgaben ist mit der gegebenen Personalausstattung in der Regel nicht möglich

Die Empfehlungen des SpDi-Netzwerks beschreiben jede Kernaufgabe mit ihrer Zielsetzung, definieren Leistungsbestandteile sowie Qualitätsstandards und geben Anhaltspunkte zum erforderlichen Personalbedarf für eine gute Bearbeitung. Die entsprechenden Anhaltswerte für die Fallarbeit beruhen auf bestimmten Annahmen zur Inanspruchnahme einzelner Kernaufgaben einschließlich der Betreuungsdauer pro Person in Quartalen pro Jahr (siehe Tabelle 1). In der Fallarbeit wurde dabei ein Anteil von 50% Hausbesuchen an den Kontakten angenommen, der Zeitaufwand für Teamkonferenzen schlägt mit drei Stunden pro Woche und Vollzeitkraft zu Buche.

Die in der Modellkalkulation für alle drei KA in der Fallarbeit angenommene Gesamtzahl von 733 betreuten Personen im Jahr muss um den Anteil reduziert werden, der im Verlauf desselben Jahres zusätzlich im Rahmen einer anderen KA im SpDi betreut wurde. Unter der Annahme, dass dieser Anteil 25% beträgt, ergibt sich eine Patientenziffer von 550 betreuten Personen. Wenn man einen Anteil von nur 10% annimmt, liegt der Wert dieser Kennzahl bei 660, und unter der Annahme eines Anteils von 40% bei 440. Wenn der Personenkreis kontinuierlicher betreut

wird oder einen größeren Umfang hat, wird mehr Fachpersonal benötigt als im umgekehrten Fall. Gleiches gilt bei einer Ausweitung der Notfallbereitschaft außerhalb normaler Öffnungszeiten (je acht Stunden an fünf Tagen pro Woche) und die Übernahme umfangreicherer Steuerungsaufgaben im regionalen Verbund.

Für einen modellhaften Vergleich zwischen dem SOLL nach den Empfehlungen und dem IST nach den Umfrageergebnissen eignen sich am besten diejenigen SpDi, die für alle acht KA-Teilaufgaben zuständig sind und auch eine sofortige aufsuchende Krisenintervention anbieten. Sechzig SpDi mit diesen Merkmalen haben vollständige Angaben zum eingesetzten Personal und zur Anzahl betreuter Personen gemacht. Durchschnittlich waren hier pro 100.000 Einwohner 4,22 VZÄ Fachkräfte und 0,59 VZÄ Verwaltungskräfte eingesetzt (Tabelle 6, S. 58). In der Fallarbeit (KA 1–3) waren 77% der Fachkräfte (3,24 VZÄ) beschäftigt; die Patientenziffer betrug 697, woraus sich eine Fallzahlbelastung (Caseload) von 215 pro Vollzeit-Fachkraft ergibt. Der Anteil aufsuchender Tätigkeit in der Fallarbeit lag durchschnittlich bei 37%, der Zeitaufwand für interne Teamkonferenzen bei 2,3 Stunden pro Woche und Vollzeitkraft.

Die Ergebnisse der Umfrage geben keine Auskunft über die Verteilung der betreuten Personen auf die einzelnen Kernaufgaben

	IST		SOLL	
	Anteil	VZÄ	Anteil	VZÄ
Beratung und Betreuung (KA 1)	40 %	1,7	41 %	2,0
Krisenintervention (KA 2)	19 %	0,8	39 %	2,0
Hilfeplanung im Einzelfall (KA 3)	18 %	0,8	10 %	0,5
Summe Fallarbeit (KA 1-3)	77 %	3,2	89 %	4,5
Netzwerkarbeit und Steuerung (KA 4)	8 %	0,3	11 %	0,5
Summe alle Kernaufgaben (KA 1-4)	85 %	3,6	100 %	5,0
sonstige Aufgaben	15 %	0,6	0 %	
Fachkraftziffer (FKZ)	4,2		5,0	
Betreuungsdauer (Quartale pro Jahr)	?		1,4	
Anteil mit Doppelbetreuung	?		0	10 % 25 %
Patientenziffer (PatZ)	697		733	660 550
Fallzahlbelastung (Caseload) pro Quartal	215		163	147 122
Anteil Hausbesuche	37 %		50 %	
Zeitaufwand Teamkonferenzen pro Woche	136 Min.		180 Min.	

Tabelle 6: Soll-Ist-Vergleich für SpDi mit umfassendem Aufgabenspektrum. Einbezogen sind nur SpDi mit Zuständigkeit für alle acht KA-Teilaufgaben und regelhafter Möglichkeit zu sofortiger aufsuchender Krisenintervention (N = 60)

in der Fallarbeit. Der Personalbedarf ist bei gleich hoher Patientenziffer geringer, wenn der SpDi seinen Schwerpunkt in der Einzelfall-Hilfeplanung (KA 3a+b) hat, und höher, wenn sein Angebot zur Krisenintervention und Notfallhilfe (KA 2a+b) sehr stark in Anspruch genommen wird. Mit weniger Hausbesuchen, wo auch Fahrzeiten mitgerechnet werden müssen, und einem reduzierten Zeitaufwand für Teamkonferenzen lässt sich der Personalbedarf etwas nach unten drücken, allerdings mit dem Risiko des Qualitätsverlustes.

Der Vergleich zwischen SOLL und IST zeigt, dass die SpDi in Deutschland ihren Schwerpunkt in der niedrigschwelligen Beratung und Betreuung (KA 1) haben; die Differenz beträgt hier »nur« 21 % (FKZ 1,70 versus 2,05 VZÄ). Dagegen drängt sich im Hinblick auf die KA 2 »Krisenintervention und (im Notfall) Unterbringung« der Eindruck auf, dass das dafür gegenwärtig eingesetzte Fachpersonal bei Weitem nicht ausreicht. Die Differenz beträgt hier 148 % (FKZ 0,79 versus 1,96 VZÄ). Mit einem solch geringen Personaleinsatz ist eine zuverlässig verfügbare und im Sinne der beschriebenen Leistungsstandards durchgeführte Krisenintervention, die im Notfall auch an Unterbringungen mitwirkt, über acht Stunden an fünf Tagen pro Woche nicht zu leisten. In Bezug auf die Planung und Koordination von Einzelfallhilfen (KA 3) beruht der relativ hohe Personaleinsatz (FKZ 0,75 versus 0,49 VZÄ) vermutlich auf einer größeren Anzahl von Planungs-

verfahren als in der Modellrechnung angenommen. Das ist wohl mit ein Grund für die fast doppelt so hohe Caseload (215 versus 122) der hier beispielhaft herangezogenen 60 SpDi im Vergleich zum SOLL.

Die Personalbemessung eines Dienstes muss sich stärker an der Größe und Sozialstruktur seines Einzugsgebietes ausrichten

Die einzelnen Bundesländer haben nicht nur im Hinblick auf die Aufgaben und Arbeitsweisen der SpDi eigene Strukturen und Traditionen ausgebildet, sondern weisen auch in ihrer Sozialstruktur charakteristische Unterschiede auf. Es gibt allerdings einige Gemeinsamkeiten zwischen den Bundesländern einer Region: Drei ostdeutsche Bundesländer (MV, SA, TH) weisen im bundesweiten Vergleich die geringste Siedlungsdichte auf, drei (MV, BE, SA) haben gemeinsam mit Bremen die höchsten Werte bei der Arbeitslosigkeit. In Westdeutschland ist die Siedlungsdichte vergleichsweise hoch. Die Arbeitslosigkeit ist im Süden

gering und im Osten hoch, im Westen steigt sie mit der Siedlungsdichte an, im Osten dagegen ist sie in gering besiedelten Gebieten ebenso hoch wie in großstädtischen Verdichtungsräumen.

Der Einfluss der Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes auf die Fallarbeit wird anhand der Daten der 60 SpDi analysiert, die für alle acht KA-Teilaufgaben zuständig sind und eine sofortige aufsuchende Krisenintervention leisten können (G 60). Sie liegen überwiegend in den norddeutschen und selten in den süddeutschen Bundesländern, wo die SpDi häufig nicht für die KA-Teilaufgabe 2b (Mitwirkung an Unterbringungen bei Kriseninterventionen) zuständig sind. Die Kennzahlen zur Arbeit des SpDi – Fachkraftziffer (FKZ), Patientenziffer (PatZ) und Fallzahlbelastung (Caseload) pro Jahr – werden in Beziehung gesetzt zu charakteristischen Merkmalen des Einzugsgebietes, für das der SpDi zuständig ist. Dabei werden Einwohnerzahl, Siedlungsdichte (Einw. pro km²) und Höhe der Arbeitslosigkeit (%-Anteil Arbeitsloser an der Altersgruppe 18 bis unter 65 Jahre) im Einzugsgebiet jeweils einer der vier Ausprägungsgrade dieser Kennzahl zugeordnet (Tabelle 7).

Der Kennzahlenvergleich zeigt, dass sich die Personalbemessung der SpDi nicht genügend nach den Besonderheiten ihres Einzugsgebietes richtet. So sind SpDi mit kleinen Einzugsgebieten personell relativ besser ausgestattet und weisen trotz höherer Inanspruchnahme eine geringere Fallzahlbelastung auf; diese steigt mit zunehmender Einwohnerzahl an. Der Umfang des im SpDi für die Fallarbeit eingesetzten Fachpersonals ist auch nicht an die besonderen Anforderungen in gering besiedelten Gebieten und großstädtisch verdichteten Räumen angepasst. Vermutlich beruht die erhöhte Inanspruchnahme in gering besiedelten Gebieten auf dem Mangel an vorrangig zuständigen Hilfsangeboten für psychisch erkrankte Menschen, während in großstädtisch verdichteten Räumen von einer erhöhten Prävalenz schwer und chronisch beeinträchtigter Menschen auszugehen ist. Auch mit zunehmender Arbeitslosigkeit im

	Einwohnerzahl	Arbeitslosigkeit (%)	Siedlungsdichte (E/km ²)
1 gering	<100.000	<3	<100
2 mäßig	100.00-<200.000	3-<5	100-<300
3 hoch	200.000-<300.000	5-<7	300-<1000
4 sehr hoch	≥300.000	≥7	≥1000

Tabelle 7: Definition Ausprägungsgrade für die Kennzahlen zum Einzugsgebiet

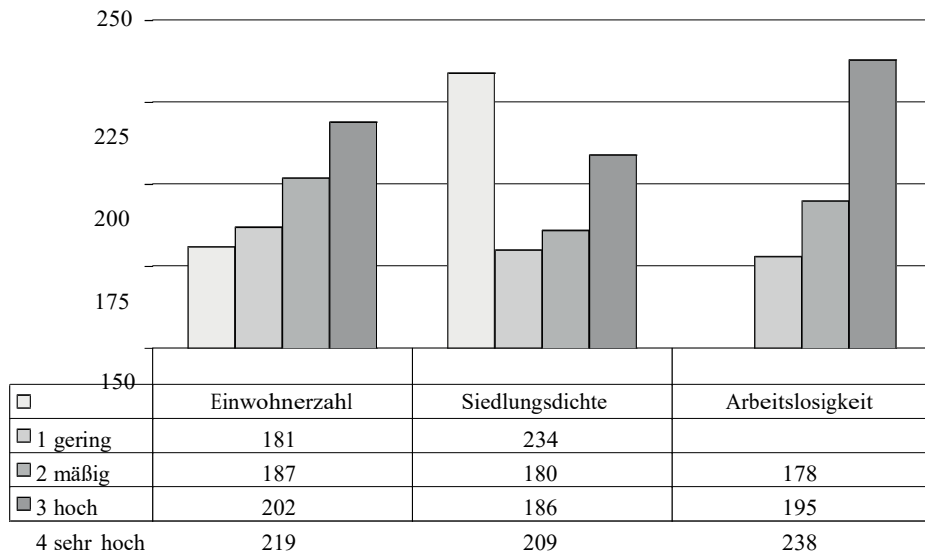


Abb. 2: Caseload nach Sozialstrukturmerkmalen des Einzugsgebiets

Einzugsgebiet steigt die Inanspruchnahme in der Fallarbeit an (bei Arbeitslosigkeit <3 % keine Kennzahlberechnung wegen zu geringer Zahl der entsprechenden Einzugsgebiete). Der ebenfalls zunehmende Personaleinsatz reicht nicht aus, um einen Anstieg der Fallzahlbelastung zu verhindern (Abbildung 2).

Was ist zu tun?

Die Diskussionen über die hier zusammengefassten Ergebnisse während der 5. bundesweiten Fachtagung »Segel setzen!« des SpDi-Netzwerks im März 2018 machten deutlich, dass viele SpDi versuchen, sich mit dem Personalmangel zu arrangieren. Sie neigen angesichts der unzureichenden Ressourcen dazu, ihre Ansprüche an eine qualitativ gute Bearbeitung der Kernaufgaben herunterzuschrauben. Stattdessen wäre es nötig, dem Träger und den politisch Verantwortlichen die Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit vor Augen zu führen. Wir hoffen, dass die jetzt vorliegenden Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf in Verbindung mit den Ergebnissen der bundesweiten Umfrage zur gegenwärtigen Arbeit der SpDi zu einer Änderung der Einstellung beitragen. Dazu müssen die SpDi freilich insbesondere in der Fallarbeit auch einige relevante Daten kontinuierlich erheben und auswerten. Das SpDi-Netzwerk steht interessierten Diensten dabei gerne unterstützend zur Seite.

Anmerkungen

1 Ein ausführlicher Auswertungsbericht und einige Sonderauswertungen stehen auf der Homepage

des SpDi-Netzwerks www.sozialpsychiatrische-dienste.de zur Verfügung.

2 Zu den Kooperationspartnern und Zielen des Netzwerks siehe die Homepage des SpDi-Netzwerks; dort finden sich auch Informationen zu regionalen Ansprechpartnern und Veranstaltungen, Thesenpapiere und weitere Materialien zum Download.

3 Hannoveraner Thesen (2010): Bei der kommunalen Daseinsfürsorge für psychisch erkrankte Menschen sind Sozialpsychiatrische Dienste unverzichtbar! Abgedruckt in: Elgeti H, Albers M, Ziegenbein M (Hg.) (2016): Armut behindert Teilhabe – Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Hart am Wind (Band 2). Köln: Psychiatrie Verlag; S. 154 – 155.

4 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

5 Albers M, Elgeti H, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2018): Fachliche Empfehlungen zur Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. Sozialpsychiatrische Informationen 48 (1): 51 – 57

Kontaktadresse

Sabine Erven
 Koordinierungsstelle des Netzwerks
 Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland
 c/o Landesvereinigung für Gesundheit
 und Akademie für Sozialmedizin
 Niedersachsen e. V.
 Fenskeweg 2
 30165 Hannover
 sabine.erven@gesundheit-nds.de
 www.sozialpsychiatrische-dienste.de