

**Maria Koschig, Ines Conrad, Justus Schwedhelm, Magdalena Frank,  
Uta Gühne, Katarina Stengler & Steffi G. Riedel-Heller**

# **Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen**

**in Anlehnung an das Funktionale Basismodell  
GEMPSY**

## **Downloadmaterial**

**Anhang A:**

**Praxisbeispiel Prävention**

**Anhang B:**

**Praxisbeispiel komplexe ambulante Behandlung**

**Anhang C:**

**Praxisbeispiel Teilhabe Wohnen**

**Anhang D:**

**Einrichtungsspezifischer Fragebogen**

**Anhang E:**

**Funktionsspezifische Fragebögen („Steckbriefe“)**

**Anhang F:**

**Anschreiben**

**Anhang G:**

**Informationsblatt**

# Praxisbeispiel Prävention

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 1 „Prävention“

(z.B. psychoedukative Veranstaltungen, Antistigma-Formate, Psychoseseminar etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots: Suchtpräventionsveranstaltungen

Name

2) Wer darf an der präventiven Maßnahme teilnehmen? Für wen ist sie gedacht?

Schulklassen, Berufsschulklassen, Jugendgruppen, Vereine

Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der präventiven Maßnahme:

Informationen zu Suchtmitteln, Wirkungsweisen, Gefahren, Informationen zu gesunder

Lebensgestaltung und zu Hilfsangeboten bei Bedarf

Inhalte

4) In welcher Form wird die präventive Maßnahme von Ihnen angeboten? (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Einzelperson     in der Einrichtung    Durchführung durch:  einmalig  
 Kleingruppe (bis 6)     außerhalb der Einrichtung     Peers     wiederholt  
 Großgruppe (> 6)     wohnortnah     Professionelle     regelmäßiger

Max: 25 Personen

Form

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

ja     nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

ja     nein

Kosten

Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten findet die präventive Maßnahme statt?

Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- telefonisch     per Email     ohne Anmeldung  
 persönlich     mit Warteliste     weitere  
 schriftlich     ohne Warteliste     weitere

Anmeldung

9) Wie intensiv wird das präventive Angebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

- kaum Anmeldungen     Mindestteilnehmerzahl erreicht  
 gut gebucht, viele Anmeldungen     mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

Nutzung

10) Werden multiprofessionelle Teams in das präventive Angebot einbezogen?

ja     nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

- 

Teams

Berufsgruppen

# Praxisbeispiel komplexe ambulante Behandlung

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

## Funktion 4 „Komplexe ambulante Behandlung“

(z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Niedergelassene Ärzte, Home Treatment etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots: ambulante psychiatrische Pflege (APP)

Name

2) Wer darf die komplexe ambulante Behandlung in Anspruch nehmen?

Psychisch kranke Menschen mit folgenden Diagnosen: F20.0, F20.6, F21, F22, F24, F25, F31.5, F32.3, F33.3, in begründeten Einzelfällen auch schwer psychisch Erkrankte mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, wenn GAF Wert < 40, ansonsten gilt GAF < 50

Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der komplexen ambulanten Behandlung:

Wir unterstützen mit unserem Fachpflegeteam ambulante psychiatrische Pflege (APP)  
o Bei der Bewältigung von Krisensituationen um Krankenhausaufenthalte zu vermeiden,  
o Beim Erhalt von Autonomie und einer eigenverantwortlichen Lebensführung o Bei der Stärkung vorhandener Ressourcen o Bei allen pflegerischen Aspekten rund um die Erkrankung und der Entwicklung kompensatorischer Hilfe

Inhalte

4) In welcher Form wird die komplexe ambulante Behandlung von Ihnen angeboten?

(Zutreffendes ankreuzen.)

Form

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Einzelperson | <input type="checkbox"/> in der Einrichtung        | Durchführung durch:                                | <input type="checkbox"/> einmalig              |
| <input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6)     | <input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Peers                     | <input checked="" type="checkbox"/> wiederholt |
| <input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)        | <input type="checkbox"/> wohnortnah                | <input checked="" type="checkbox"/> Professionelle | <input type="checkbox"/> regelmäßiger Turnus   |
| Max: .. Personen                                 | <input checked="" type="checkbox"/> zuhause        | <input type="checkbox"/> Freiwillige Helfer        |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Andere                    |  |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

ja  nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

ja  nein

Kosten

Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe: (im Rahmen der gesetzlichen Zuzahlungen)

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die komplexe ambulante Behandlung angeboten?

24-stündige Erreichbarkeit, nach indiv. Bedarf

Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> telefonisch | <input checked="" type="checkbox"/> per Email       | <input type="checkbox"/> ohne Anmeldung |
| <input checked="" type="checkbox"/> persönlich  | <input type="checkbox"/> mit Warteliste             | <input type="checkbox"/> weitere .....  |
| <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich | <input checked="" type="checkbox"/> ohne Warteliste | <input type="checkbox"/> weitere .....  |

Anmeldung

9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> geringe Auslastung             | <input type="checkbox"/> hohe Auslastung der Plätze             |
| <input type="checkbox"/> mittlere Auslastung der Plätze | <input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |

Nutzung

10) Werden multiprofessionelle Teams in die komplexe ambulante Behandlung einbezogen?

ja  nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

.....

.....

.....

Teams

Berufsgruppen

# Praxisbeispiel Teilhabe Wohnen

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 9 „Teilhabe“

(z.B. Rehakliniken, Arbeitsmöglichkeiten, Wohnen, Begegnungsstätten, psychosoziales Gemeindezentrum etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots: *Gemeinschaftliches Wohnen und Außenwohngruppe*



2) Wer darf das Teilhabe-Angebot in Anspruch nehmen? Für wen ist Sie gedacht?

*psychisch erkrankte Klienten ab 18 Jahren, die eigenständig nicht mehr Leben können*



3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Teilhabe-Angebotes:

*Wiedereingliederung der Klienten in das alltägliche Leben und die Befähigung wieder selbstbestimmt und eigenständig Leben zu können*



4) In welcher Form wird die Teilhabe-Maßnahme von Ihnen angeboten? Zutreffendes ankreuzen.)

- |  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson                | <input checked="" type="checkbox"/> in der Einrichtung | Durchführung durch:                                | <input type="checkbox"/> einmalig     |
| <input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6)         | <input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung     | <input type="checkbox"/> Peers                     | <input type="checkbox"/> wiederholt   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Großgruppe (> 6) | <input checked="" type="checkbox"/> wohnortnah         | <input checked="" type="checkbox"/> Professionelle | <input type="checkbox"/> regelmäßiger |
| Max: <i>34</i> Personen                              | <input type="checkbox"/> zuhause                       | <input type="checkbox"/> Freiwillige Helfer        | Turnus                                |
|  |  | <input type="checkbox"/> Andere                    |                                       |



5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

ja  nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

ja  nein



5.2) Wenn ja, in welcher Höhe: *Kostensatz des Sozialhilfeträgers*

7) Zu welcher Zeit / zu welchen Zeiten wird die Teilhabe-Maßnahme angeboten?



8) Wie erfolgt die Anmeldung?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> telefonisch            | <input type="checkbox"/> per Email                 | <input type="checkbox"/> ohne Anmeldung |
| <input checked="" type="checkbox"/> persönlich  | <input checked="" type="checkbox"/> mit Warteliste | <input type="checkbox"/> weitere        |
| <input checked="" type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> ohne Warteliste           | <input type="checkbox"/> weitere        |



9) Wie intensiv wird die (teil)stationäre Behandlung genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> geringe Auslastung             | <input type="checkbox"/> hohe Auslastung der Plätze                        |
| <input type="checkbox"/> mittlere Auslastung der Plätze | <input checked="" type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |



10) Werden multiprofessionelle Teams in das Teilhabe-Angebot einbezogen?

ja  nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

- Sozialarbeiter
- Ergotherapeuten
- Heilerziehungspfleger



# Einrichtungsspezifischer Fragebogen

**Schwer psychisch erkrankte Menschen Definition:** Menschen mit einer psychischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. (in Anlehnung an die S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen))

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie die entsprechende Antwort ankreuzen oder die entsprechende Antwort eintragen. Zum Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie etwa 30 Minuten.

## A. Struktur der Einrichtung

### 1. Größe

- 1.1 Wie viel therapeutisches Personal hat die Einrichtung? ca. .... Personen
- 1.2 Hat Ihre Einrichtung ehrenamtliche Helfer(innen)? Wenn ja, wie viele? ca. .... Personen
- 1.3 Wie viele psychisch erkrankte Nutzer(innen) (und / oder deren Angehörige):
- 1.3.1 suchen die Einrichtung täglich auf? durchschnittlich ca. .... Nutzer(innen)
- 1.3.2 suchen die Einrichtung wöchentlich auf? durchschnittlich ca. .... Nutzer(innen)
- 1.3.3 Wie hoch ist der Anteil schwer psychisch erkrankter Nutzer(innen)? ca. .... %
- 1.5 Überblick über angebotene Leistungen und Maßnahmen

#### 2.1 In welcher Form werden die Leistungen und Maßnahmen erbracht?

(Mehrfachantworten sind möglich)

- 0 Einzelangebot                       3 Angebot für Familien
- 1 Gruppenangebot                     4 Angebot für Kinder
- 2 Paarangebot                          5 Angebot für Jugendliche
- 6 Sonstiges: .....

#### 2.2 In welcher Form werden die Leistungen und Maßnahmen überwiegend erbracht?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- 0 Einzelangebot
- 1 Überwiegend Gruppenangebote
- 2 Beides zu gleichen Teilen
- 3 Sonstiges: .....

#### 2.3 Werden die Leistungen überwiegend telefonisch oder persönlich erbracht?

(Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)

- 0 telefonisch                     1 persönlich                     2 anderes: .....

#### 2.4 Wo können die Leistungen erbracht werden? (Mehrfachantworten sind möglich)

- 0 in der Einrichtung
- 1 mobil – im häuslichen Setting
- 2 mobil – in sozialer Umgebung
- 3 mobil – in angemieteten Räumlichkeiten / Räumlichkeiten anderer Träger

**2.5 Wo werden die Leistungen überwiegend erbracht?**

*(Bitte nur eine Antwort ankreuzen.)*

- 0 in der Einrichtung
- 1 mobil – im häuslichen Setting
- 2 mobil – in sozialer Umgebung
- 3 mobil – in angemieteten Räumlichkeiten / Räumlichkeiten anderer Träger

**2.6 Wie niedrigschwellig / leicht zugänglich sind Ihre Angebote?**

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 ohne Vorwissen nutzbar
- 1 ohne Krankenkassenkarte nutzbar
- 2 gut erreichbar
- 3 jeder kann kommen
- 4 ohne Voranmeldung
- 5 ohne Angabe persönlicher Daten nutzbar
- 6 es fallen keine Kosten an
- 7 Angebote werden öffentlich beworben
- 8 ohne Überweisung nutzbar
- 9 anderes: .....

**2. Finanzierung von Leistungen**

**3.1 Wie werden die angebotenen Leistungen überwiegend finanziert?**

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 Krankenkassen
- 1 Deutsche Rentenversicherung
- 2 Privat
- 3 Sozialhilfeträger
- 4 Jobcenter
- 5 Agentur für Arbeit
- 6 Spenden
- 7 Forschungsgelder
- 8 andere: .....

**3.1 a) Bitte nennen Sie im Sinne eines Rankings die drei Hauptbezugsstellen/-institutionen.**

- I. ....
- II. ....
- III. ....

**3.1 b) Erfolgt die Finanzierung vorwiegend kommunal (nach der Förderrichtlinie Psychiatrie und Suchthilfe PsySu)?**

- 1 ja       0 nein

**3.2 Erhält Ihre Einrichtung Fördermittel jenseits der regulären Finanzierung? Wenn ja, welche?**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## B. Geografische Verortung

### 1. Wo befindet sich die Einrichtung bzw. wo sind ihre Standorte?

- 0 Stadt Leipzig
- 1 Leipziger Umland
- 2 Standorte in beiden Zonen

### 2. Falls sich die Einrichtung in der Stadt Leipzig befindet: in welchem Stadtteil / in welchen Stadtteilen?

- |          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| a) ..... | 0 | b) ..... | 3 |
| c) ..... | 1 | d) ..... | 4 |
| e) ..... | 2 | f) ..... | 5 |

### 3. Gibt es einen regionalen Pflichtversorgungsauftrag für Ihre Einrichtung?

- 1 ja       0 nein

#### 3.1 Wenn ja: Für welche Stadtteile oder Landgemeinden?

.....

.....

## C. Mitarbeiterinnen / Mitarbeiter und Team

### 1. Welche Berufsgruppen arbeiten festangestellt in der Einrichtung?

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 Psychologen mit Approbation             | <input type="checkbox"/> 9 Pflegekräfte        |
| <input type="checkbox"/> 1 Psychologen ohne Approbation            | <input type="checkbox"/> 10 Genesungsbegleiter |
| <input type="checkbox"/> 2 Psychiater / Neurologen                 | <input type="checkbox"/> 11 Physiotherapeuten  |
| <input type="checkbox"/> 3 Ärzte anderer Gruppen (z. B.: Hausarzt) | <input type="checkbox"/> 12 Weitere: .....     |
| <input type="checkbox"/> 4 Ergotherapeuten                         | <input type="checkbox"/> Weitere: .....        |
| <input type="checkbox"/> 5 Kunsttherapeuten                        | <input type="checkbox"/> Weitere: .....        |
| <input type="checkbox"/> 6 Sozialarbeiter                          | <input type="checkbox"/> Weitere: .....        |
| <input type="checkbox"/> 7 Pädagogen                               | <input type="checkbox"/> Weitere: .....        |
| <input type="checkbox"/> 8 Erzieher                                | <input type="checkbox"/> Weitere: .....        |

### 2. Werden Psychiatrieerfahrene in die Arbeit der Einrichtung einbezogen?

- 1 ja       0 nein

#### 2.1 Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

### 3. Werden Angehörige schwer psychisch kranker Menschen in die Arbeit der Einrichtung mit einbezogen bzw. übernehmen diese ebenfalls Aufgaben oder Projekte?

- 1 ja       0 nein

#### 3.1 Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

#### 4. Zusammenarbeit im Team

##### 4.1 Finden regelmäßige Teambesprechungen statt?

- 1 ja       0 nein

##### 4.2 Wenn ja, in welchem Rhythmus?

##### 4.3 Welchem Zweck dienen diese Teambesprechungen?

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 klientenbezogene Fallbesprechungen       3 als externe Supervision  
 1 organisationsbezogene Besprechungen       4 Weiteres: .....  
 2 im Sinne der Intervention       Weitere: .....

#### 5. Gibt es regelmäßige psychiatriespezifische Weiterbildungen, die auf den Umgang mit Menschen in psychischer Not vorbereiten? (z. B. Notfallmanagement)

- 1 ja       0 nein

##### 5.1 Wenn ja, wie oft im halben Jahr?

ca.      Mal  
.....

##### 5.2 Wer aus dem Team hat Zugang zur Weiterbildungsmaßnahme?

- 0 alle       1 nur ein Teil (Wer? ..... )

#### D. Nutzerinnen / Nutzer

**(schwer psychisch kranke Menschen und / oder deren Angehörige)**

#### 1. Wie kommen die Personen in die Einrichtung? Bitte kreuzen Sie typische Zugangswege an.

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 aus dem stationären Bereich       7 spontan in der Krise  
 1 über Betroffenenengruppen       8 Homepage  
 2 Mundpropaganda       9 mit Überweisung  
 3 Eigeninteresse       10 Weitere: .....  
 4 mediengestützt       Weitere: .....  
 5 VHS-Kurs       Weitere: .....  
 6 Zeitung

#### 2. Was sind typische Anliegen, wenn jemand zu Ihnen in die Einrichtung kommt?

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 Rat zum Umgang mit betroffenen Angehörigen  
 1 Diagnosefragen  
 2 Betreuung in Krisensituation  
 3 Tagesstruktur       12 Weitere: .....  
 4 Beistand suchend       Weitere: .....  
 5 Fragen rund ums Wohnen       Weitere: .....  
 6 Fragen zum Einkommen       Weitere: .....  
 7 Unsicherheit im Umgang mit anderen       Weitere: .....  
 8 Begleitung       Weitere: .....  
 9 fehlende Zukunftsperspektive       Weitere: .....  
 10 Antragstellungen  
 11 durch Überweisung



**3. Besteht die Möglichkeit, einem schwer psychisch erkrankten Nutzer Ihrer Einrichtung eine feste Bezugsperson an die Seite zu stellen?**

- 1 ja       0 nein

**4. Wie erfolgt in der Einrichtung die Bedarfsfeststellung?**

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 Bedarfsermittlungsinstrument (z. B. ITP nach Gromann)
- 1 in Fallkonferenzen
- 2 als Fazit einer Hilfeplankonferenz
- 3 nicht über die eigene, sondern über eine andere Einrichtung
- 4 auf sozialrechtlicher Grundlage (nach BTHG & BMAS)
- 5 unterschiedlich je nach Kassenzugehörigkeit
- 6 auf Grundlage von Budgetierung & Haushaltsplanung
- 7 nach individuellem Bedarf des Nutzers
- 8 anderes Vorgehen: .....
- 9 anderes Vorgehen: .....
- 10 anderes Vorgehen: .....

**5. Wie erfolgt in der Einrichtung das Beschwerdemanagement?**

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 die Nutzer(innen) werden darauf aufmerksam gemacht (Stimulierung)
- 1 Beschwerden werden im direkten Kontakt erfasst
- 2 Beschwerden werden schriftlich erfasst und unpersönlich abgegeben (indirekt)
- 3 es gibt feste Termine der Bearbeitung von Beschwerden
- 4 Beschwerden werden unsystematisch-häufig bearbeitet
- 5 es werden Lösungen für Beschwerden erarbeitet und zurückgeführt
- 6 es werden Lösungen erarbeitet, die in der Institution verbleiben
- 7 es werden keine Lösungen erarbeitet, Beschwerden werden dokumentiert
- 8 schriftlich eingegangene Beschwerden werden aufgearbeitet und ein Report wird erstellt
- 9 ein „Beschwerdereport“ dient als Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen
- 10 es gibt einen „Beschwerdemanagement-Verantwortlichen“
- 11 es gibt kein Beschwerdemanagement
- 12 anderes Vorgehen: .....
- 13 anderes Vorgehen: .....
- 14 anderes Vorgehen: .....

## E Begrenzung von Leistungen

### 1. Gibt es relevante Ausschlusskriterien vor oder während der Nutzung Ihrer Einrichtung? Bitte nennen Sie diese:

.....

.....

.....

.....

#### 2.1 Sind die Betreuungszeiträume begrenzt?

- 1 ja       0 nein

#### 2.2 Wenn ja, sind die Betreuungszeiträume verlängerbar?

- 1 ja       0 nein

#### 2.3 Welches sind die maximalen Betreuungszeiträume?

.....

.....

#### 2.4 Wodurch erfolgt die Begrenzung?

*(Mehrfachantworten sind möglich)*

- 0 diagnosebezogen  
 1 angebotsbezogen  
 2 finanzierungsbezogen

### 3. Ist eine 24h-Betreuung möglich?

- 1 ja       0 nein

#### 3.1 Wenn ja, unter welcher Voraussetzung?

.....

.....

#### 3.2 Und ist der 24h-Zeitrahmen im Einzelfall verlängerbar?

- 1 ja       0 nein

### 4. Besteht in Ihrer Einrichtung die Möglichkeit eines Krisenmanagements?

- 1 ja       0 nein

#### 4.1 Wenn ja, zu welchen Zeiten?

- 0 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche  
 1 nicht nachts  
 2 nicht an Wochenenden  
 3 anderes: .....

## F. Kooperationen & Netzwerke

### 1. Gibt es feste Kooperationspartner?

- 1 ja       0 nein

### 2. Gibt es regelmäßige Treffen mit den Kooperationspartnern bzw. anderen Versorgungspartnern (z. B.: Sektorkonferenzen, Runder Tisch)?

- 1 ja       0 nein

### 3. Mit wem arbeiten Sie im Rahmen von Kooperationsbeziehungen zusammen?

Netzwerkpartner	Art der Kooperation (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl Treffen im halben Jahr
.....	<input type="checkbox"/> 0 institutionsbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 1 fallbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 2 andere: .....	.....
.....	<input type="checkbox"/> 0 institutionsbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 1 fallbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 2 andere: .....	.....
.....	<input type="checkbox"/> 0 institutionsbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 1 fallbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 2 andere: .....	.....
.....	<input type="checkbox"/> 0 institutionsbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 1 fallbezogen	.....
.....	<input type="checkbox"/> 2 andere: .....	.....

### 4. Gibt es Hinderungsgründe, die sie von einer Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen / Organisationen abhalten? Welche Barrieren und Hürden sehen Sie für die Netzbildung? (Mehrfachantworten sind möglich)

- 0 Zeitmangel  
 1 Personalmangel  
 2 Träger  
 3 wenig Interesse  
 4 Konkurrenz  
 5 unterschiedliche Menschenbilder  
 6 anderes: .....

## G. Unterversorgung

### 1. Für welchen der folgenden Bereiche sehen Sie im Raum Leipzig eine gemeindepsychiatrische Unterversorgung?

Bitte kreuzen Sie maximal 3 Bereiche an (in denen schwer psychisch kranke Menschen aus Ihrer Sicht am stärksten von Unterversorgung betroffen sind).

Zur Erläuterung der Funktionsbereiche ist dem Fragebogen ein **Informationsschreiben** beigelegt.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Prävention                    | <input type="checkbox"/> 6 Psychotherapie mit niedrigschwelliger Behandlung |
| <input type="checkbox"/> 2 Sozialraumarbeit              | <input type="checkbox"/> 7 Alternative Rückzugsorte mit Behandlung          |
| <input type="checkbox"/> 3 Beratung                      | <input type="checkbox"/> 8 komplexe intensive Behandlung bis 24h/7d         |
| <input type="checkbox"/> 4 Komplexe ambulante Behandlung | <input type="checkbox"/> 9 Teilhabe (sozial, Arbeit, Wohnen, Reha)          |
| <input type="checkbox"/> 5 Peerarbeit                    |   |

### 2. Was bräuchte es aus Ihrer Sicht, um die gemeindepsychiatrische Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig zu optimieren?

.....

.....

.....

## H. Zusammenfassende Einordnung

Bitte kreuzen Sie alle Bereiche und Felder an, in denen die Einrichtung versorgend tätig ist und die aus Ihrer Sicht auf Sie zutreffen (angelehnt an Niehaus, Wüstner & Lambert, 2013):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 Evidenzbasierte Behandlung psychisch kranker Menschen  | <input type="checkbox"/> 17 Intensive Betreuung des Betroffenen zu Hause Betroffenen zu Hause |
| <input type="checkbox"/> 1 Behandlung durch Ärzte                                 | <input type="checkbox"/> 18 Peerarbeit: Beratung  |
| <input type="checkbox"/> 2 Behandlung durch Pflege                                | <input type="checkbox"/> 19 Peerarbeit: Intervention  |
| <input type="checkbox"/> 3 Psychotherapeutische Behandlung                        | <input type="checkbox"/> 20 Erfahrungsschatz des Klienten nutzen                              |
| <input type="checkbox"/> 4 Suchtbehandlung  | <input type="checkbox"/> 21 Unterstützung bezüglich Wohnen                                    |
| <input type="checkbox"/> 5 Tägliche Unterstützung                                 | <input type="checkbox"/> 22 Unterstützung bezüglich Arbeit                                    |
| <input type="checkbox"/> 6 Pflegeberatung   | <input type="checkbox"/> 23 Unterstützung bezüglich Wohlbefinden                              |
| <input type="checkbox"/> 7 Hilfe im Alltag  | <input type="checkbox"/> 24 Unterstützung bezüglich Jobsuche                                  |
| <input type="checkbox"/> 8 Verwahrlosung vorbeugen                                | <input type="checkbox"/> 25 Förderung der Inklusion von Klienten                              |
| <input type="checkbox"/> 9 Rehabilitation   | <input type="checkbox"/> 26 Stigmatisierung vorbeugen   |
| <input type="checkbox"/> 10 Jederzeit erreichbar                                  | <input type="checkbox"/> 27 Versorgung auf gerichtliche Anfrage hin                           |
| <input type="checkbox"/> 11 Somatische Screenings und Behandlung                  | <input type="checkbox"/> 28 Risikoabschätzung und Sicherheitsmanagement                       |
| <input type="checkbox"/> 12 Krisenintervention                                    | <input type="checkbox"/> 29 Evaluation der Arbeit   |
| <input type="checkbox"/> 13 Kurzfristige Notfallaufnahme                          | <input type="checkbox"/> 30 Routinemäßige Ergebniskontrollen                                  |
| <input type="checkbox"/> 14 Kontakt zur Familie                                   | <input type="checkbox"/> 31 Zertifizierung  |
| <input type="checkbox"/> 15 Einbezug des Familien- und / oder Unterstützersystems |   |
| <input type="checkbox"/> 16 Prävention  |   |

### Vielen Dank für das Ausfüllen des allgemeinen Teils des Fragebogens!

Bitte tragen Sie nun die einzelnen Angebote & Maßnahmen Ihrer Institution in die entsprechenden *beigefügten Steckbriefe* ein.

ACHTUNG: Falls Sie mehrere Angebote haben, die dem gleichen Steckbrief zuzuordnen sind, vervielfältigen Sie diesen bitte im Vorfeld.

# Funktionsspezifische Fragebögen („Steckbriefe“)

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 1 „Prävention“

(z.B. psychoedukative Veranstaltungen, Antistigma-Formate, Psychoseseminar etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

- 1) Name des Angebots:** .....  Name
- 2) Wer darf an der präventiven Maßnahme teilnehmen? Für wen ist sie gedacht?**  
.....  Zielgruppe  
.....
- 3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der präventiven Maßnahme:**  
.....  Inhalte  
.....  
.....
- 4) In welcher Form wird die präventive Maßnahme von Ihnen angeboten? (Zutreffendes bitte ankreuzen.)**  Form
- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson        | <input type="checkbox"/> in der Einrichtung        | Durchführung durch:                     | <input type="checkbox"/> einmalig     |
| <input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6) | <input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Peers          | <input type="checkbox"/> wiederholt   |
| <input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)    | <input type="checkbox"/> wohnortnah                | <input type="checkbox"/> Professionelle | <input type="checkbox"/> regelmäßiger |
- Max: ..... Personen
- 5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?**  ja  nein  Kosten
- 6) Findet ein Vorgespräch statt?**  ja  nein  Vorgespräch
- 5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:** .....
- 7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten findet die präventive Maßnahme statt?**  
.....  Wann
- 8) Wie erfolgt die Anmeldung?**  Anmeldung
- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> per Email       | <input type="checkbox"/> ohne Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> persönlich  | <input type="checkbox"/> mit Warteliste  | <input type="checkbox"/> weitere .....  |
| <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> ohne Warteliste | <input type="checkbox"/> weitere .....  |
- 9) Wie intensiv wird das präventive Angebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)**  Nutzung
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> kaum Anmeldungen               | <input type="checkbox"/> Mindestteilnehmerzahl erreicht         |
| <input type="checkbox"/> gut gebucht, viele Anmeldungen | <input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |
- 10) Werden multiprofessionelle Teams in das präventive Angebot einbezogen?**  ja  nein
- 11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?**  Teams  Berufsgruppen
- .....  
.....  
.....

# Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 2 „Sozialraumarbeit“

(z.B. Nachbarschaftszentren, generationsübergreifende Hilfen, ambulante Pflege, ambulant betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

- 1) Name des Angebots:** .....  Name
- 2) Wer darf die genannte Sozialraumarbeit in Anspruch nehmen? Für wen ist sie gedacht?**  
.....  Zielgruppe  
.....
- 3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der ausgewählten Sozialraumarbeit:**  
.....  Inhalte  
.....  
.....
- 4) In welcher Form wird die präventive Sozialraumarbeit von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)**  Form
- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson        | <input type="checkbox"/> in der Einrichtung        | Durchführung durch:                         | <input type="checkbox"/> einmalig     |
| <input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6) | <input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Peers              | <input type="checkbox"/> wiederholt   |
| <input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)    | <input type="checkbox"/> wohnortnah                | <input type="checkbox"/> Professionelle     | <input type="checkbox"/> regelmäßiger |
| Max:    Personen                             | <input type="checkbox"/> zuhause                   | <input type="checkbox"/> Freiwillige Helfer | Turnus                                |
| .....  |  | <input type="checkbox"/> Andere             |                                       |
- 5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?**  ja  nein      **6) Findet ein Vorgespräch statt?**  ja  nein       Kosten  
 Vorgespräch
- 5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:** .....
- 7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die Sozialraum-Maßnahme angeboten?**  
.....  Wann  
 Anmeldung
- 8) Wie erfolgt die Anmeldung?**  Anmeldung
- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> per Email       | <input type="checkbox"/> ohne Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> persönlich  | <input type="checkbox"/> mit Warteliste  | <input type="checkbox"/> weitere .....  |
| <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> ohne Warteliste | <input type="checkbox"/> weitere .....  |
- 9) Wie intensiv wird die Sozialraum-Maßnahme genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)**  Nutzung
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> geringe Auslastung             | <input type="checkbox"/> hohe Auslastung der Plätze             |
| <input type="checkbox"/> mittlere Auslastung der Plätze | <input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze |
- 10) Werden multiprofessionelle Teams in die Maßnahme der Sozialraumarbeit einbezogen?**  ja  nein      **11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?**  Teams  
.....  Berufsgruppen  
.....  
.....

# Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 3 „Beratung“

(z.B. Teilhabeberatung, Früherkennungszentren, niedrigschwellige Frühbehandlungsangebote für Adoleszente)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

**1) Name des Angebots:** .....  Name

**2) Wer darf das Beratungsangebot in Anspruch nehmen? Für wen ist sie gedacht?**  
.....  Zielgruppe  
.....

**3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Beratungsangebotes:**  
.....  Inhalte  
.....  
.....

**4) In welcher Form wird das Beratungsangebot von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)**  Form

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> in der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Durchführung	<input type="checkbox"/> einmalig
<input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> durch Professionelle	<input type="checkbox"/> wiederholt
<input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)	<input type="checkbox"/> wohnortnah	<input type="checkbox"/> Durchführung	<input type="checkbox"/> regelmäßiger
Max:    Personen	<input type="checkbox"/> zuhause	durch Peers	

.....

**5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?**  ja  nein

**6) Findet ein Vorgespräch statt?**  ja  nein

**5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:** .....

**7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die Beratung angeboten?**  
.....  Wann

**8) Wie erfolgt die Anmeldung?**  Anmeldung

<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per Email	<input type="checkbox"/> ohne Anmeldung
<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> mit Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....
<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> ohne Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....

**9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)**  Nutzung

<input type="checkbox"/> kaum Anmeldungen	<input type="checkbox"/> Mindestteilnehmerzahl erreicht
<input type="checkbox"/> gut gebucht, viele Anmeldungen	<input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

**10) Werden multiprofessionelle Teams in die Beratung einbezogen?**  ja  nein

**11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?**  Teams  Berufsgruppen

.....  
.....  
.....

# Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 4 „Komplexe ambulante Behandlung“

(z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Niedergelassene Ärzte, Home Treatment etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

**1) Name des Angebots:** .....  Name

**2) Wer darf die komplexe ambulante Behandlung in Anspruch nehmen?**  
.....  Zielgruppe  
.....

**3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der komplexen ambulanten Behandlung:**  
.....  Inhalte  
.....  
.....

**4) In welcher Form wird die komplexe ambulante Behandlung von Ihnen angeboten?**  Form  
(Zutreffendes ankreuzen.)

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> in der Einrichtung	Durchführung durch:	<input type="checkbox"/> einmalig
<input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Peers	<input type="checkbox"/> wiederholt
<input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)	<input type="checkbox"/> wohnortnah	<input type="checkbox"/> Professionelle	<input type="checkbox"/> regelmäßiger
Max: ..... Personen	<input type="checkbox"/> zuhause	<input type="checkbox"/> Freiwillige Helfer	Turnus
		<input type="checkbox"/> Andere	

**5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?**  ja  nein  Kosten

**6) Findet ein Vorgespräch statt?**  ja  nein  Vorgespräch

**5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:** .....

**7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die komplexe ambulante Behandlung angeboten?**  
.....  Wann  
.....  Anmeldung

**8) Wie erfolgt die Anmeldung?**  Anmeldung

<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per Email	<input type="checkbox"/> ohne Anmeldung
<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> mit Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....
<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> ohne Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....

**9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)**  Nutzung

<input type="checkbox"/> geringe Auslastung	<input type="checkbox"/> hohe Auslastung der Plätze
<input type="checkbox"/> mittlere Auslastung der Plätze	<input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

**10) Werden multiprofessionelle Teams in die komplexe ambulante Behandlung einbezogen?**  ja  nein

**11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?**  Teams  Berufsgruppen

→  .....  
 .....  
 .....



Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 5 „Peerarbeit“

(z.B. Einsatz von Genesungsbegleitern, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen, „Hilfe auf Augenhöhe“ etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots: .....  Name

2) Wer darf die Peerarbeit in Anspruch nehmen? Für wen ist es gedacht? .....  Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Peerangebots: .....  Inhalte

4) In welcher Form wird das Beratungsangebot von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)  Form
Einzelperson in der Einrichtung einmalig
Kleingruppe (bis 6) außerhalb der Einrichtung wiederholt
Großgruppe (> 6) wohnortnah regelmäßiger
Max: ... Personen zuhause

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?  ja  nein  Kosten
6) Findet ein Vorgespräch statt?  ja  nein  Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe: .....

7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die komplexe ambulante Behandlung angeboten? .....  Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?  Anmeldung
telefonisch per Email ohne Anmeldung
persönlich mit Warteliste weitere
schriftlich ohne Warteliste weitere

9) Wie intensiv wird das Beratungsangebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)  Nutzung
geringe Auslastung hohe Auslastung der Plätze
mittlere Auslastung der Plätze mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

10) Werden multiprofessionelle Teams in die Peerarbeit einbezogen?  ja  nein
11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?  Teams  Berufsgruppen

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 6 „Zugang zu (Akut-)Psychotherapie in der Krise“

(z.B. psychotherapeutische Sprechstunden, Akutpsychotherapie, Lotsen etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

**1) Name des Angebots:** .....  Name

**2) Wer darf die (Akut-)Psychotherapie in Anspruch nehmen?**  
.....  Zielgruppe

**3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des schnellen therapeutischen Zugangs:**  
.....  Inhalte

**4) In welcher Form wird die (Akut-)Psychotherapie von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)**  Form

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> in der Einrichtung	Durchführung durch:	<input type="checkbox"/> einmalig
<input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Professionelle	<input type="checkbox"/> wiederholt
<input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)	<input type="checkbox"/> wohnortnah	<input type="checkbox"/> Professionelle in	<input type="checkbox"/> regelmäßiger
Max: ..... Personen	<input type="checkbox"/> zuhause	Ausbildung	Turnus
		<input type="checkbox"/> Andere	

**5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?**  ja  nein  Kosten

**6) Findet ein Vorgespräch statt?**  ja  nein  Vorgespräch

**5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:** .....

**7) Zu welcher Zeit/zu welchen Zeiten wird die (Akut-)Psychotherapie angeboten?** .....  Wann

**8) Wie erfolgt die Anmeldung?**  Anmeldung

<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per Email	<input type="checkbox"/> ohne Anmeldung
<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> mit Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....
<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> ohne Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....

**9) Wie intensiv wird das (akut-)psychotherapeutische Angebot genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)**  Nutzung

<input type="checkbox"/> geringe Auslastung	<input type="checkbox"/> hohe Auslastung der Plätze
<input type="checkbox"/> mittlere Auslastung der Plätze	<input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

**10) Werden multiprofessionelle Teams in die (akut-)psychotherapeutische Behandlung einbezogen?**  ja  nein

**11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?**  Teams  Berufsgruppen

.....  
.....  
.....

# Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 7 „Krankenhausalternative Rückzugsorte“

(z.B. Krisenbett, Gastfamilien, Aufenthaltsraum etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots:

Name

2) Wer darf den Rückzugsort nutzen? Für wen ist der Rückzugsort gedacht?

Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e mit dem der Rückzugsort eingerichtet wurde:

Inhalte

4) In welcher Form wird die (Akut-)Psychotherapie von Ihnen angeboten? (Zutreffendes ankreuzen.)

Form

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson        | <input type="checkbox"/> in der Einrichtung        | <input type="checkbox"/> Betreuung durch | <input type="checkbox"/> einmalig   |
| <input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6) | <input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung | Professionelle                           | <input type="checkbox"/> wiederholt |
| <input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)    | <input type="checkbox"/> wohnortnah                | <input type="checkbox"/> Betreuung durch | <input type="checkbox"/> regelmäßig |
| Max: .. Personen                             | <input type="checkbox"/> zuhause                   | Peers                                    |                                     |

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?

- ja  nein

6) Findet ein Vorgespräch statt?

- ja  nein

Kosten

Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe: .....

7) Zu welcher Zeit kann der Rückzugsort aufgesucht werden?

Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?

Anmeldung

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> per Email       | <input type="checkbox"/> ohne Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> persönlich  | <input type="checkbox"/> mit Warteliste  | <input type="checkbox"/> weitere .....  |
| <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> ohne Warteliste | <input type="checkbox"/> weitere .....  |

9) Wie intensiv wird der Rückzugsort genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)

Nutzung

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglich               | <input type="checkbox"/> vorwiegend am Wochenende | <input type="checkbox"/> monatlich |
| <input type="checkbox"/> vorwiegend wochentags | <input type="checkbox"/> wöchentlich              |                                    |

10) Werden multiprofessionelle Teams

in das oben genannte Angebot

„Rückzugsort“ einbezogen?

- ja  nein



11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?

Teams

Berufsgruppen

.....

.....

.....

Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

Steckbrief zu einzelnen Funktionen

Funktion 8 „Intensive, komplexe Behandlung bis 24h / Tag“

(z.B. Krankenhausbehandlung, Tagesklinik, Halb-Tagesklinik)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

1) Name des Angebots: .....  Name

2) Wer darf die (teil)stationäre Behandlung in Anspruch nehmen? Für wen ist Sie gedacht? .....  Zielgruppe

3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e der (teil)stationären Behandlung: .....  Inhalte

4) In welcher Form wird die (teil)stationäre Behandlung von Ihnen angeboten? Zutreffendes ankreuzen.  Form
Einzelperson Durchführung durch: einmalig
Kleingruppe (bis 6) Professionelle wiederholt
Großgruppe (> 6) Professionelle in regelmäßiger Turnus
Max: Personen Ausbildung längerer Aufenthalt
Andere bis max. Tage

5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?  ja  nein  Kosten
6) Findet ein Vorgespräch statt?  ja  nein  Vorgespräch

5.2) Wenn ja, in welcher Höhe: .....

7) Zu welcher Zeit / zu welchen Zeiten wird die (teil)stationäre Behandlung angeboten? .....  Wann

8) Wie erfolgt die Anmeldung?  Anmeldung
telefonisch per Email ohne Anmeldung
persönlich mit Warteliste weitere
schriftlich ohne Warteliste weitere

9) Wie intensiv wird die (teil)stationäre Behandlung genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)  Nutzung
geringe Auslastung hohe Auslastung der Plätze
mittlere Auslastung der Plätze mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

10) Werden multiprofessionelle Teams in die (teil)stationäre Behandlung einbezogen?  Teams
11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?  Berufsgruppen

# Fragebogen zur Erfassung gemeindepsychiatrischer Angebote für schwer psychisch kranke Menschen im Raum Leipzig

## Steckbrief zu einzelnen Funktionen

### Funktion 9 „Teilhabe“

(z.B. Rehakliniken, Arbeitsmöglichkeiten, Wohnen, Begegnungsstätten, psychosoziales Gemeindezentrum etc.)

Kreuzen Sie jeweils an, ob und welche Inhalte öffentlich gemacht werden dürfen!

**1) Name des Angebots:** .....  Name

**2) Wer darf das Teilhabe-Angebot in Anspruch nehmen? Für wen ist Sie gedacht?**  
.....  Zielgruppe

**3) Bitte beschreiben Sie kurz das/die Ziel/e des Teilhabe-Angebotes:**  
.....  Inhalte

**4) In welcher Form wird die Teilhabe-Maßnahme von Ihnen angeboten? Zutreffendes ankreuzen.)**  Form

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> in der Einrichtung	Durchführung durch:	<input type="checkbox"/> einmalig
<input type="checkbox"/> Kleingruppe (bis 6)	<input type="checkbox"/> außerhalb der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Peers	<input type="checkbox"/> wiederholt
<input type="checkbox"/> Großgruppe (> 6)	<input type="checkbox"/> wohnortnah	<input type="checkbox"/> Professionelle	<input type="checkbox"/> regelmäßiger
Max: ..... Personen	<input type="checkbox"/> zuhause	<input type="checkbox"/> Freiwillige Helfer	Turnus
		<input type="checkbox"/> Andere	

**5.1) Fallen Kosten für den Nutzer an?**  ja  nein  Kosten

**6) Findet ein Vorgespräch statt?**  ja  nein  Vorgespräch

**5.2) Wenn ja, in welcher Höhe:** .....

**7) Zu welcher Zeit / zu welchen Zeiten wird die Teilhabe-Maßnahme angeboten?**  
.....  Wann

**8) Wie erfolgt die Anmeldung?**  Anmeldung

<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> per Email	<input type="checkbox"/> ohne Anmeldung
<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> mit Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....
<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> ohne Warteliste	<input type="checkbox"/> weitere .....

**9) Wie intensiv wird die (teil)stationäre Behandlung genutzt? (Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.)**  Nutzung

<input type="checkbox"/> geringe Auslastung	<input type="checkbox"/> hohe Auslastung der Plätze
<input type="checkbox"/> mittlere Auslastung der Plätze	<input type="checkbox"/> mehr Anmeldungen als verfügbare Plätze

**10) Werden multiprofessionelle Teams in das Teilhabe-Angebot einbezogen?**  ja  nein

**11) Wenn ja, welche Berufsgruppen?**  Teams  Berufsgruppen

.....  
.....  
.....

### **Bitte um Teilnahme an der „Erhebung zum Stand der gemeindenahen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen für den Raum Leipzig“**

Sehr geehrte Frau Mustermann / Sehr geehrter Herr Mustermann,

im Rahmen des Projekts [xy] führt [xy] eine Befragung von Einrichtungen und Institutionen im Raum [xy] durch. Befragt werden solche Einrichtungen, die einen Beitrag zu einer möglichst gemeindenahen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen leisten; darin eingeschlossen sind u. a. die Bereiche Prävention, Beratung, Intervention, Notfallversorgung etc.

Ziel der Befragung ist es, sich einen Überblick über den Status Quo der gemeindenahen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in [xy] zu verschaffen. Die Befragung orientiert sich an vorab definierten Mindeststandards. Das heißt, wir wollen die Versorgungslage in neun Versorgungsbereichen quer über die „[xy]-Landkarte“ hinweg erfassen. Von diesen neun Bereichen weiß man, dass sie die Säulen einer gemeindepsychiatrischen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen darstellen. Demnach interessiert uns besonders, welche Bereiche gut abgedeckt sind und welche weniger. Auch die Versorgungslage in unterschiedlichen Stadtteilen soll erhoben werden. Da eine gut gelingende gemeindenaher Versorgung schwer psychisch kranker Menschen vor allem dann gegeben ist, wenn sich einzelne Anbieter untereinander vernetzen, sind wir ebenfalls bestrebt, derartige Verbindungen und Kooperationen über die Befragung zu erfassen.

Als Ergebnis soll die Befragung Informationen darüber liefern, in welchen Bereichen möglicherweise ein Bedarf an Versorgungsangeboten besteht und wie vernetzt die gemeindenaher Versorgung bereits ist bzw. wo noch Vernetzungsbedarf besteht.

Da der Erfolg der Befragung wesentlich von der Vollständigkeit der gewonnenen Daten abhängt, bitten wir Sie herzlich, sich die Zeit für das Ausfüllen der Fragebögen zu nehmen. Sie können durch ihre Teilnahme dazu beitragen, die Informationen zu gewinnen, die für eine Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen im Raum [xy] gebraucht werden.

Die Teilnahme an der Befragung ist natürlich freiwillig und Anonymität wird zugesichert. Bitte schreiben Sie deshalb keinen Namen auf Ihren Fragebogen. Wenn Sie den Fragebogen sowie die für Sie zutreffenden Steckbriefe vollständig ausgefüllt haben, brauchen Sie sie nur in den beiliegenden, bereits an uns adressierten und frankierten Umschlag zu stecken und in den nächsten Briefkasten einzuwerfen. Eine Briefmarke brauchen Sie dafür nicht.

#### **Wichtige Hinweise zum Ausfüllen:**

Sie erhalten einen allgemeinen Fragebogensatz und 9 Steckbriefe (in Anlehnung an die oben erwähnten 9 Versorgungsbereiche). Im allgemeinen Teil geht es insgesamt um die Institution, in der Sie tätig sind. In den Steckbriefen sollen möglichst all Ihre Angebote / Maßnahmen erfasst werden, die für schwer psychisch kranke Menschen zugänglich sind. Diese Maßnahmen sind jeweils den verschiedenen Versorgungsbereichen zuzuordnen. Falls Sie mehrere Maßnahmen anbieten, die z. B. dem Bereich Prävention zuzuordnen sind, dann sollten Sie den

Steckbrief „Prävention“ im Vorfeld entsprechend oft kopieren. Ein beigegefügt Informationsblatt zum Fragebogen liefert eine Kurzbeschreibung der 9 Versorgungsbereiche. Zu jedem Versorgungsbereich existiert 1 Steckbrief. Es sind nur die Steckbriefe zu bearbeiten, zu denen Sie auch Maßnahmen in Ihrer Institution anbieten.

Wenn Sie feststellen sollten, dass Ihre Institution mehrere Unterzentren hat, die den Fragebogen und die Steckbriefe jeweils für sich genommen ausfüllen sollten, dann kontaktieren Sie uns gern und wir versenden die Fragebögen an die entsprechenden Unterzentren.

Falls Sie Fragen zu unserer Untersuchung haben oder uns einfach Ihre Meinung über die Befragung mitteilen möchten, können Sie uns gern unter den folgenden Telefonnummern anrufen: [[Telefonnummer Sekretariat](#)] (Sekretariat von xx-xx Uhr) und [[Telefonnummer Kontaktperson für inhaltliche Rückfragen](#)].

Vielen Dank schon im Voraus für Ihre Unterstützung!

Mit besten Grüßen

Prof. Dr. [xy](#)  
[[Projektleiter](#)]

Anlagen  
Fragebogen – allgemeiner Teil  
9 Steckbriefe (als Kopiervorlage)  
Informationsblatt

## Informationsblatt zum Fragebogen

Beschreibung der 9 Versorgungsbereiche

(angelehnt an das Basismodell von Steinhart & Wienberg, 2017)

### (1) Prävention

Der Funktionsbereich „Prävention“ umfasst aufklärerische, gesundheitsförderliche und rückfallvorbeugende Maßnahmen; sowohl für die breite Masse als auch indikationsspezifisch. Auch Früherkennungsmaßnahmen spielen eine Rolle. Beispiele sind: psychoedukative Veranstaltungen, Antistigmaformate etc.

### (2) Sozialraumarbeit

Dem Funktionsbereich „Sozialraumarbeit“ liegt (ähnlich wie „Prävention“) ein steuernder Ansatz innerhalb der Gemeinde zugrunde. Gemeint sind Maßnahmen und Unternehmungen, die vorhandene Ressourcen einer Gemeinde oder eines Quartieres stärken und für psychisch kranke Menschen zugänglich machen, um auf diese Weise Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Zum Beispiel: Nachbarschaftszentren, Hausgemeinschaften, Quartiersmanagement etc.

### (3) Beratung

Dieser Funktionsbereich umfasst offene niedrigschwellige Beratungsangebote für Personen mit psychischen und / oder psychosozialen Problemen. Grundlegend ist hierbei die Idee „Beratung vor Behandlung“. Ziel ist es, Betroffenen einen / mehrere Weg / e aufzuzeigen und evtl. weiterzuvermitteln. Beispiele: Kontakt- und Beratungsstellen, unabhängige Teilhabeberatung, offene Angebote beim Sozialpsychiatrischen Dienst etc.

### (4) Komplexe ambulante Behandlung

Der Funktionsbereich „komplexe ambulante Behandlung“ oder auch „komplexe Behandlung im Lebensraum“ umfasst Maßnahmen, die es (zusätzlich zur reinen ärztlichen Sprechstunde in der Praxis) ermöglichen, akut psychiatrische Patienten in gewohnter Umgebung zu versorgen. Teils wird ein ganzes Behandlungsteam eingesetzt. Beispiele: Home Treatment, niedergelassene Ärzte in Kooperation mit ambulanter psychiatrischer Pflege, Ergotherapie etc.

### (5) Peearbeit

Die Peearbeit ist, im Rahmen des zugrundeliegenden Modells, ein ergänzender (Behandlungs-) Baustein, der eine passgenauere gemeindenahere Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ermöglichen soll. Gemeint sind Maßnahmen, die von geschulten Psychiatrieerfahrenen durchgeführt werden. Eine besondere Bedeutung haben hierbei Genesungsbegleiter. Beispiele: Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen etc.

### (6) Zugang zu (Akut-)Psychotherapie in der Krise

Diese Funktion umschließt niedrigschwellige Angebote ambulanter Psychotherapie („Akutpsychotherapie“) für Menschen in akuten Krisen, die keinen unmittelbaren psychiatrischen Notfallbehandlungsbedarf oder eine medikamentöse Behandlung ablehnen. Es geht um Maßnahmen, die zügig in Anspruch genommen werden können. Zum Beispiel: psychotherapeutische Akutbehandlung etc.

### (7) Krankenhaus-alternative Rückzugsorte

Innerhalb dieser Funktion sind Maßnahmen gemeint, die es einem schwer psychisch kranken Menschen ermöglichen, wohnortnah in einem geschützten Raum Zuflucht zu finden (ohne stationäre Aufnahme!). Zum Beispiel: Gastfamilien, Soteriaeinrichtungen, Krisenwohnungen / -häuser, Nachtkliniken etc.



#### **(8) Intensive Behandlung bis 24h /Tag**

Bei der „intensiven Behandlung bis zu 24 Stunden pro Tag“ ist eine (teil)stationäre Behandlung in einem Krankenhaussetting gemeint. Ziel ist es, vorab das gemeindepsychiatrische, wohnortnahe Versorgungsnetz erschöpfend zu nutzen, bis stationäre Maßnahmen ergriffen werden. Beispiel: stationäre Krankenhausbehandlung, tagesklinische Behandlung etc.

#### **(9) Teilhabe**

Die Funktion „Teilhabe“ erstreckt sich von der Teilhabe am Bereich Arbeit über Wohnen bis hin zur sozialen Teilhabe in Form von Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeiten, eigenen Mietverträgen bzw. geschütztem institutionellem Milieu und der Erschließung von Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten. Ebenfalls dazugehörig sind Rehabilitationsmaßnahmen (angelehnt an die entsprechenden Bereiche des Bundesteilhabegesetzes).