

Vorarlberger
Psychiatriebericht 2015

**Vorarlberger
Psychiatriebericht 2015**

Impressum

Autoren:

Dr. Hermann Elgeti

Region Hannover, Dezernat II.3

Hildesheimer Straße 20

D-30169 Hannover

E: elgeti.hermann@region-hannover.de

Mag. Mag. (FH) Joachim Hagleitner

Amt der Vorarlberger Landesregierung

Landhaus, 6901 Bregenz

E: joachim.hagleitner@vorarlberg.at

Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung

Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)

Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht

Landhaus, 6901 Bregenz

DSA Thomas Neubacher

E: thomas.neubacher@vorarlberg.at

Bregenz, September 2015

Vorwort



Das Wichtigste für die Menschen ist ihre Gesundheit. Eine immer schnelllebiger und komplexer werdende Zeit, die von Wohlstand, sozialer Sicherheit und medizinischem Fortschritt geprägt ist, erfordert hohe Einsatzbereitschaft, Flexibilität und Belastbarkeit, um die täglichen Herausforderungen in Beruf und Familie zu meistern. Akute Krisen und Dauerbelastung können seelische Leiden und psychische Krankheiten zur Folge haben. Sie stellen eine ganz besondere Herausforderung für Betroffene wie deren Angehörige dar. Oft fällt es schwer, den eigenen Hilfebedarf rechtzeitig zu erkennen und nach geeigneter Unterstützung zu suchen.

Das hohe Versorgungsniveau in unserem Land soll durch die Umsetzung des Psychiatriekonzeptes erhalten und weiter entwickelt werden. Das große Engagement in den jeweiligen Einrichtungen wie auch die Mitarbeit jeder und jedes Einzelnen sind unverzichtbar. Die Landesstelle für Psychiatriekoordination ist eine wichtige Drehscheibe, damit eine passgenaue Unterstützungsleistung am best point of service, möglichst integrativ im Lebensumfeld der Betroffenen, erfolgen kann.

Ich danke den Mitgliedern des Psychiatriebeirates, durch deren bereitwilligen Einsatz und Engagement alle Arbeitsgruppen wieder neu konstituiert werden konnten. Ebenso auch den vielen Einzelpersonen und Gruppen, die durch ihre tatkräftige Unterstützung bei der Umsetzung des Psychiatriekonzeptes ihren Beitrag leisten.

Der vorliegende Psychiatriebericht 2015 fasst wichtige Ergebnisse zusammen und bietet eine Fülle von Informationen. Ich danke allen, die an der Erhebung und Auswertung der Daten beteiligt waren, für ihre fachkundige und engagierte Mitarbeit.

Dr. Christian Bernhard
Gesundheitslandesrat

Kurzfassung

Der Vorarlberger Psychiatriebericht 2015 gibt einen Überblick über den Stand der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 – 2025 und fasst die wichtigsten Veränderungen in der psychosozialen Versorgung seit dem Erscheinen des letzten Berichts im Herbst 2014 zusammen. Die Publikation bietet die regionale Psychiatrieberaterstattung (rPBE) und berichtet über die Evaluation der Planung der Integrationshilfen.

Der Vorarlberger Landespsychiatriebeirat (LPB) wurde neu formiert und mit einer eigenen Geschäftsordnung versehen. Die sechs ständigen Arbeitsgruppen des LPB wurden im ersten Halbjahr 2015 ins Leben gerufen und haben ihre Tätigkeit aufgenommen. Die Landesstelle für Psychiatriekoordination (Basisinnovation A des Psychiatriekonzepts) übernimmt schrittweise die ihr zugedachten Aufgaben. Im September 2014 wurde in diesem Zusammenhang die neu geschaffene Funktion des Psychiatriekoordinators besetzt. Wie geplant befinden sich zwei Projekte des Psychiatriekonzepts in Vorbereitung bzw. Umsetzung, das ist einerseits das Projekt zum Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste auf Bezirksebene (SpDi) und andererseits das Projekt zum Ausbau des ambulant betreuten Wohnens.

Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wurde neu strukturiert und den Empfehlungen des Landes-Rechnungshofs aus 2011 entsprechend weiterentwickelt. Damit konnte ein hoher Standard erreicht werden, der die Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) erfüllt. Die Kapazitäten für Psychotherapie konnten im vergangenen Jahr ausgebaut werden. Außerdem wird der Zugang zur Psychotherapie für schwer psychisch kranke Menschen durch ein am Institut für Sozialdienste (IFS) etabliertes Modell erleichtert. Durch Fördermittel aus dem Vorarlberger Gesundheitsfonds und dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) können neue Maßnahmen zur Suizidprävention – insbesondere für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen – realisiert werden.

Die Auswertungen zur regionalen Psychiatrieberaterstattung beziehen sich auf die anonymisierte personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C. Für das Berichtsjahr 2014 standen hierzu insgesamt 15.641 Datensätze zur Verfügung. Das ist erneut mehr als in den Vorjahren und ermöglicht ein weitgehend vollständiges Bild über die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen mit Ausnahme der ärztlichen Behandlung in Praxen niedergelassener Fachleute. Für die Teilgebiete Allgemeinpsychiatrie und Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für verschiedene Formen stationärer Wohnbetreuung werden gesonderte Auswertungen vorgelegt. Schwerpunkte bilden Untersuchungen zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme und zur Dauer stationärer Behandlung bzw. zur Kontinuität außerklinischer Betreuung, differenziert

nach Hilfsangeboten und Angebotsformen. Dabei ergeben sich mehrfach Hinweise auf eine regional ungleichmäßige Versorgung und einen verbesserungsbedürftigen Zielgruppenbezug bei kontinuierlichen Betreuungen.

Die Evaluation der Planung von Integrationshilfen bezieht sich auf die Zeit seit Einführung des neuen Verfahrens im Juli 2009 bis Ende Dezember 2014. In diesem Zeitraum wurden inzwischen 1.603 Anträge bearbeitet, in der Regel für teil- oder vollstationäre sozialpsychiatrische Integrationshilfen. Die Auswertungen zum Zielgruppenbezug der Hilfen und zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität erfolgen mit den Daten der Berichtsjahre 2013 bis 2014.

Die Ergebnisse wollen Anregungen geben für die weitere Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen, sowohl im Rahmen der Organisationsentwicklung der Leistungserbringenden als auch bei der Planung und Steuerung der Versorgung auf Landesebene.

Das Planungsverfahren selbst hat sich grundsätzlich bewährt. Eine häufigere Teilnahme von Sachwalterinnen bzw. Sachwaltern und Vertrauenspersonen der Betroffenen sowie der für die Behandlung zuständigen Fachärztinnen bzw. Fachärzte an den Hilfeplankonferenzen wäre wünschenswert. Die Dauer des Planungsverfahrens bei Durchführung einer Hilfeplankonferenz liegt im Durchschnitt bei fünf Wochen und lässt sich wohl nur bei optimalem Zusammenspiel aller Systempartner noch weiter verkürzen.

Inhalt

Vorwort	1
Kurzfassung	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung (J. Hagleitner)	9
1.1 Veränderungen in der Versorgungslandschaft 2014/2015	10
1.1.1 Ausbau der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie	10
1.1.2 Erhöhung des Stundenkontingents für Psychotherapie.....	11
1.1.3 Schaffung von Wohnangeboten.....	11
1.1.4 Stärkung der Suizidprävention	12
1.2 Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025.....	14
1.2.1 Entstehung, Ziele und Planungsgrundsätze	14
1.2.2 Landesstelle Psychiatriekoordination (Basisinnovation A)	15
1.2.3 Regionale Anlaufstellen f. seelische Gesundheit und soziale Fragen (Basisinnovation B)..	16
1.2.4 Zehn Entwicklungsprojekte in zehn Jahren	17
1.3 Neue Organisation des Vorarlberger Landespsychiatriebeirats	23
2 Regionale Psychiatrieberichterstattung (H. Elgeti)	25
2.1 Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten	25
2.2 Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung.....	26
2.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick	27
2.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie.....	31
2.5 Ergebnisse zur Suchthilfe	36
2.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	41
2.7 Ergebnisse zur stationären Wohnbetreuung	45
3 Evaluation der Planung von Integrationshilfen (H. Elgeti)	49
3.1 Vorbemerkungen zum Planungs- und Evaluationsverfahren.....	49
3.2 Ergebnisse zu den Planungsverfahren	51
3.3 Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Hilfen	55
3.4 Analysen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität	56
Literatur	62
Anhang	63
Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung	
Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen	

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb. 2.3.1 Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007-2014	28
Abb. 2.3.2 Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen pro 1.000 Einw. 2014	30
Abb. 2.4.1 Inanspruchnahme LKH Rankweil (Stationen für Erwachsene) 2014	32
Abb. 2.4.2 Inanspruchnahme Ambulanz für Erwachsene LKH Rankweil 2014.....	33
Abb. 2.4.3 Inanspruchnahme ambulante sozialpsychiatrische Betreuung 2014	34
Abb. 2.4.4 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie (nur pmV-Angebot 11.03) 2014	36
Abb. 2.5.1 Inanspruchnahme stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME 2014	38
Abb. 2.5.2 Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe (ohne Drogenhilfe) 2014	39
Abb. 2.5.3 Inanspruchnahme ambulante Drogenhilfe 2014.....	40
Abb. 2.6.1 Inanspruchnahme Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie 2014	43
Abb. 2.6.2 Inanspruchnahme Ambulanzen Kinderpsychiatrie 2014	44
Abb. 2.6.3 Inanspruchnahme Ambulanzen Jugendpsychiatrie 2014	44
Abb. 3.2.1 Verfahrensdauer bei Durchführung von Hilfeplankonferenzen	54
Abb. 3.4.1 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Kranker.....	57

Tabellen

Tab. 2.1.1 Datenquellen der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung	25
Tab. 2.2.1 Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2014.....	26
Tab. 2.2.2 Sozialstruktur der Regionen nach Siedlungsdichte 2013-2014	27
Tab 2.3.1 Merkmale der betreuten Personen 2014 nach Angebotsform	29
Tab. 2.4.1 Angebote Allgemeinpsychiatrie nach Angebotsform 2014	31
Tab. 2.4.2 Merkmale im LKH Rankweil stationär behandelte Erwachsener	33
Tab. 2.4.3 Patientenmerkmale ambulante sozialpsychiatrische Betreuung.....	35
Tab. 2.5.1 Angebote Suchthilfe nach Angebotsform 2014	36
Tab. 2.5.2 Anteil Suchthilfe an der gesamten psychiatrischen Versorgung 2014	37
Tab. 2.5.3 Patientenmerkmale stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME.....	38
Tab. 2.5.4 Patientenmerkmale ambulante Suchthilfe (nur AF 16).....	40

Tab. 2.6.1 Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angebotsform 2014.....	41
Tab. 2.6.2 Datenerhebung von Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie	42
Tab. 2.6.3 Patientenmerkmale Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	43
Tab. 2.6.4 Patientenmerkmale Ambulanzen Kinder- und Jugendpsychiatrie	45
Tab. 2.7.1 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Allgemeinpsychiatrie.....	46
Tab. 2.7.2 Nutzermerkmale psychisch erkrankter Menschen in Wohnungsloseneinrichtungen	47
Tab. 2.7.3 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Suchthilfe und KJP	48
Tab. 3.2.1 Anzahl der Anträge und der im Meldeblatt beantragten Produkte	51
Tab. 3.2.2 primär beantragte Produkte nach Antragsart 2013-2014.....	52
Tab. 3.2.3 Art der im Meldeblatt primär beantragten Produkte pro Jahr	53
Tab. 3.2.4 Durchführung von Hilfeplankonferenzen nach Antragsart	53
Tab. 3.2.5 Entwicklung der Teilnahme an Hilfeplankonferenzen.....	54
Tab. 3.3.1 Merkmale der Nutzergruppen nach primär geplanter Hilfe 2013-2014	55
Tab. 3.4.1 Bezugnahme der für die Plausibilitätsprüfung genutzten Kennzahlen	58
Tab. 3.4.2 Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Leistungsumfang 2013-2014	60
Tab. 3.4.3 Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Zeitbedarf 2013-2014.....	60

Abkürzungsverzeichnis

AdVLR	Amt der Vorarlberger Landesregierung
ABW	Ambulant betreutes Wohnen
AF	Angebotsform
AG	Arbeitsgruppe
aks	Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
AM	aqua mühle Frastanz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BS	Beratungsstelle
bzw	beziehungsweise
Einw.	Einwohnerinnen und Einwohner
EP	Entwicklungsprojekt
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GLL	Gemeinsam Leben Lernen
GP	Gerontopsychiatrie
HPK	Hilfeplankonferenz
IfS	Institut für Sozialdienste
JuMeGa	Junge Menschen in Gastfamilien
KHBG	Krankenhausbetriebsgesellschaft
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KL	Klinik
LKH (R)	Landeskrankenhaus (Rankweil)
LPB	Landespsychiatriebeirat
ME	Stiftung Maria Ebene
N	Neuanträge
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
pmV	pro mente Vorarlberg
psR	psychosozialer Risikoscore
PSY	Psychiatrie
rPBE	Regionale Psychiatrieberaterstattung
SH	Suchthilfe
SIB	Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung
SozPsy	Sozialpsychiatrie Bregenz
spB	sozialpsychiatrische Betreuung
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SUPRO	Werkstatt für Suchtprophylaxe
SV	Sozialversicherung
VSG	Verein seelische Gesundheit
WH	Wohnungslosenhilfe

1 Einleitung (J. Hagleitner)

Der Vorarlberger Psychiatriebericht erscheint seit 2009 im Jahresabstand. Erste Datenerhebungen erfolgten ab dem Jahr 2006. Der Psychiatriebericht soll über die aktuelle Versorgungssituation informieren und Diskussionen zur Weiterentwicklung bzw. zur Qualität der Versorgung anregen.

Das erste Kapitel informiert über das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 und die wichtigsten Veränderungen in der Versorgungslandschaft seit Erscheinen des letzten Psychiatrieberichts im Herbst 2014. Das Vorarlberger Psychiatriekonzept ist der strategische Rahmen, an dem in Zukunft die psychosoziale Versorgung in Vorarlberg ausgerichtet werden soll. Es enthält zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekte, die bis zum Jahr 2025 umgesetzt werden sollen.

Kapitel 2 bietet die gewohnte regionale Psychiatrieberichterstattung (rPBE). Das Konzept der Berichterstattung orientiert sich an einem für die Region Hannover im Jahr 1999 entwickelten Modell. Erste Datenerhebungen dazu erfolgten ab 2006. Eine besonders wichtige Grundlage für die regionale Psychiatrieberichterstattung sind die unterschiedlichen Datenblätter, die von den Einrichtungen ausgefüllt und dem Land Vorarlberg für die Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Es werden sowohl personenbezogene anonyme Angaben zum Leistungsgeschehen (Datenblatt C) als auch Daten zu den Leistungsanbietern (Datenblätter A und B) erhoben. Seit Beginn der ersten Datenerhebungen vor zehn Jahren wird großer Wert auf die kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität und eine möglichst vollständige Beteiligung gelegt. Durch die breite Unterstützung der verschiedenen Träger und regelmäßige Informationsveranstaltungen haben diese beiden Faktoren mittlerweile ein hohes Niveau erreicht.

2007 entschied sich das Amt der Vorarlberger Landesregierung, die Planung von Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen in Vorarlberg neu zu konzipieren und dabei auch eine systematische Evaluation einzuführen. Das neue Verfahren wurde mit den Systempartnerinnen und Systempartnern sorgfältig abgestimmt, in einem ersten Schritt ab Juli 2009 für stationäre Integrationshilfen eingeführt und hat schnell breite Akzeptanz gefunden. Später wurde die Hilfeplanung auch für teilstationäre Leistungen eingeführt. Das dritte und abschließende Berichtskapitel geht auf die Planung der Integrationshilfen und deren Evaluation ein.

1.1 Veränderungen in der Versorgungslandschaft 2014/2015

Das Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025 gibt die strategische Ausrichtung und zu erreichende Ziele für die Gestaltung der psychosozialen Versorgung für das nächste Jahrzehnt vor, zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekte sollen in diesem Zeitraum umgesetzt werden.

Die im Abschnitt 1.1 beschriebenen Aktivitäten und Fortschritte leiten sich nicht direkt aus dem Psychatriekonzept ab. Auf die Übereinstimmung mit den Zielen des Psychatriekonzepts wird jedoch größter Wert gelegt. Seit dem Erscheinen des letzten Psychatrieberichts gab es eine Vielzahl an von größeren und kleinen Veränderungen in der Versorgungslandschaft. An dieser Stelle werden die wichtigsten Projekte berichtet:

- Ausbau der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Ausweitung des psychotherapeutischen Angebots
- Schaffung von Wohnangeboten
- Stärkung der Suizidprävention

Dem Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025 und dem Stand der Umsetzung widmet sich Abschnitt 1.2.

1.1.1 Ausbau der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mit Schulanfang im Herbst 2015 wird die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung am Standort des LKH Rankweil im Haupthaus um 10 Betten erweitert und in Bregenz wird eine dieser Abteilung zugeordnete kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik mit acht Plätzen zur Verfügung stehen. Als Leiterin der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung konnte Primaria Dr. Maria Veraar im April 2014 gewonnen werden. Sie führte bis dahin bereits mehrere Jahre die jugendpsychiatrische Station am LKH Rankweil und ist bestens vertraut mit der psychosozialen Versorgungslandschaft in Vorarlberg. Mit der Schaffung der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung gelingt ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung der Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Vorarlberg. Die Vorgaben des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) werden erfüllt und die Empfehlungen des Landes-Rechnungshof aus 2011 umgesetzt. Die kinderpsychiatrische Station mit 10 Betten (derzeit im Haupthaus als Provisorium) wird Ende 2016 übersiedeln in das Herz Jesu Heim in Rankweil, die Bauarbeiten beginnen im September 2015. Derzeit beherbergt das Herz Jesu Heim bereits die psychiatrische Krankenpflegeschule.

Die Stiftung Carina hat auf eigenen Wunsch den Status als Sonderkrankenanstalt zurückgelegt und konzentriert sich wieder verstärkt auf Heilpädagogik-Angebote, die kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen der Stiftung Carina werden vom Sozialfonds seit Juli 2015 nicht

mehr finanziert. Derzeit wird an einem neuen Leistungsangebot gearbeitet, in Betrieb ist ein Angebot für Kinder im Kindergartenalter. Wichtig ist eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen dem LKH Rankweil und den Einrichtungen der Integrationshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe, da die Kinder- und Jugendlichen häufig gemeinsam betreut werden oder von einem Betreuungssystem in ein anderes wechseln.

1.1.2 Erhöhung des Stundenkontingents für Psychotherapie

Die Sozialversicherung hat ihren Beitrag zur Finanzierung von Psychotherapie in Vorarlberg um rund eine halbe Million Euro erhöht. Damit leistet die Sozialversicherung 35% des jährlichen Budgets für Psychotherapie in Höhe von insgesamt rund 2,85 Millionen Euro. Das Institut für Sozialdienste (IfS) sorgt für die Vermittlung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die entweder in einem Dienstverhältnis beim IfS oder freiberuflich tätig sind. Seit Oktober 2014 stehen die erweiterten Kapazitäten zur Verfügung und sollen 2015 erstmals voll ausgeschöpft werden. Über den für drei Jahre gültigen Vertrag mit dem IfS werden neue Zugangsmöglichkeiten zur Psychotherapie für psychisch schwer kranke Menschen geschaffen. Das IfS fungiert nun als die zentrale Anlaufstelle für den Zugang zur Psychotherapie¹ in Vorarlberg. Für die Inanspruchnahme von Psychotherapie werden grundsätzlich Selbstbehalte verrechnet, bei sozialer Bedürftigkeit entfällt die Kostenbeteiligung zur Gänze.

1.1.3 Schaffung von Wohnangeboten

Im Bregenzer Benger-Areal wurde viele Jahre erfolgreich eine sozialpsychiatrische Wohngemeinschaft mit 14 Plätzen geführt. Um dem wachsenden Bedarf und heutigen architektonischen Standards gerecht zu werden, wurde im Juni 2015 im Einvernehmen die Wohngemeinschaft Sozialpsychiatrie Bregenz aufgelöst, die Kapazitäten werden an einem anderen Standort aufgebaut. Der aks wurde mit der Ausarbeitung eines Konzepts für ein Wohnangebot mit insgesamt 24 Plätzen beauftragt. Das vom aks vorgelegte Konzept sieht drei Einheiten mit jeweils acht Plätzen vor, die Intensität der Betreuung ist unterschiedlich (16 vollbetreute und acht teilbetreute Plätze). Diesen Herbst wird über den Standort entschieden, im Frühsommer 2016 sollen die Kapazitäten zur Verfügung stehen. Die entstehende Wohnform soll den Bedarf an vollstationären Plätzen mit einer Nachtbereitschaft abdecken. Es wird erwartet, dass die Dauer stationärer Aufenthalte am LKH Rankweil bei einigen Patientinnen und Patienten mit schweren Beeinträchtigungen deutlich verkürzt werden kann. Eine enge Zusammenarbeit mit den Systempartnern (LKHR, Wohnungslosenhilfe, SpDi) wird angestrebt.

¹ Nähere Informationen auf der Website: www.ifs.at/psychotherapie.html

1.1.4 Stärkung der Suizidprävention

Im Jahr 2013 waren in Österreich insgesamt 1.291 Suizide zu verzeichnen, im europäischen Vergleich liegt Österreich damit im Mittelfeld. In Vorarlberg gab es in diesem Jahr 46 Suizide, im Jahr 2014 waren es 45, davon 37 Männer und 8 Frauen (Bitriol-Dittrich, I., Haller, R., Lingg, A., 2015)². Die Suizidrate (definiert als Anzahl Suizide pro 100.000 Einwohner) liegt in Vorarlberg unter dem Bundesdurchschnitt. Die Suizidraten konnten ausgehend von einem hohen Niveau in den 1970er und 1980er Jahren stark gesenkt werden. Dennoch sterben durch Suizide in Österreich etwa dreimal mehr Menschen als im Straßenverkehr. Hinzu kommen Suizidversuche, die etwa 10mal so häufig sind wie vollzogene Suizide (BMG, 2014). Es bedarf weiterhin großer Anstrengungen, um die Bevölkerung über psychische Gesundheit und suizidale Krisen aufzuklären und so die Suizidrate weiter zu senken.

Die Werkstatt für Suchtprophylaxe (SUPRO)³ in Götzis bietet sowohl Lebenskompetenzprogramme als auch spezifische Präventionsprojekte an. Die Angebote der SUPRO richten sich an Institutionen (z. B. Vereine, Unternehmen,...) Pädagoginnen und Pädagogen, Eltern und Jugendliche. Sowohl der Vorarlberger Gesundheitsförderungsfonds⁴ als auch der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) stuften die Projekte der SUPRO als förderwürdig ein. Durch die finanzielle Unterstützung kann die SUPRO verstärkt Suizidprävention anbieten:

- Erleichterter Zugang zu Information durch den Aufbau einer eigenen Website zum Thema Suizidalität und Umgang mit psychischen Krisen, die sich inhaltlich an bewährten Angeboten orientieren wird (z. B. www.suicideprevention.ie)
- Erstellung eines Handbuchs für Bezugspersonen von Kindern im Alter bis zu 10 Jahren zum Thema „Kinder in belasteten Situationen – Prävention, Früherkennung und Intervention“
- Erweiterung der bestehenden Aus- und Fortbildungsprogramme um ein Modul zur Suizidprävention für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Schulärztinnen und -ärzte)
- Erarbeitung eines Pocket-Guide zum Thema „Suizidprävention – Fakten, Signale und Hilfe bei Suizidgedanken“ für die Zielgruppe Jugendliche und junge Erwachsene
- Organisation und Durchführung der österreichweiten Tagung zur Suizidprävention im Jahr 2016

Die Werkstatt für Suchtprophylaxe SUPRO und die Psychiatriekoordinationsstelle arbeiten im Bereich der Suizidprävention eng mit dem am Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelten

² Der Vorarlberger Suizidbericht steht auf der Website des aks zur Verfügung: www.aks.or.at

³ Weitere Informationen sind auf <http://www.supro.at/> verfügbar.

⁴ Vorarlberger Gesundheitsförderungsstrategie abrufbar unter:

http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesundheit_sport/gesundheit/gesundheitsfoerderungsfon/foerderungen/allgemeineinformationen.htm

Expertengremium für Suizidprävention zusammen. In den Projektanträgen der SUPRO finden die Gesundheitsförderungsstrategie des Landes Vorarlberg, die österreichischen Rahmengesundheitsziele (www.gesundheitsziele-oesterreich.at/) und die nationale Strategie zur psychischen Gesundheit⁵ Berücksichtigung.

Verstärkte Suizidprävention unterstützt die Umsetzung des Entwicklungsprojekts 9 des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025, das die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern soll.

⁵ Abrufbar auf:

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Beiraete/Empfehlung_des_Beirates_fuer_psychische_Gesundheit_fuer_eine_nationale_Strategie_zur_psychischen_Gesundheit

1.2 Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025

1.2.1 Entstehung, Ziele und Planungsgrundsätze

Vorarlberg verfügt über ein gut ausgebautes und differenziertes Netz an medizinischen und therapeutischen Leistungen sowie Beratungs- und Betreuungsangeboten für psychisch kranke Menschen.

Ziel des Psychiatriekonzepts ist es, die Qualität der Versorgung aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung in Vorarlberg soll gefördert werden. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (oft mit chronischem Verlauf) sollen dabei unterstützt werden, ihr Leben selbstbestimmt und eigenständig zu gestalten.

Das neue Psychiatriekonzept wurde in einem Zeitraum von rund zwei Jahren erarbeitet und Anfang 2014 veröffentlicht⁶. Der Erarbeitung ging die Evaluation des Psychiatriekonzepts aus 2002 voraus. In die Entstehung des Konzepts waren die relevanten Systempartner involviert. Es bestand die Möglichkeit, schriftliche Stellungnahmen einzubringen. Davon machten 54 Personen/Institutionen Gebrauch, insgesamt langten 95 Stellungnahmen im AdVLR ein. In acht Zukunftswerkstätten wurden ausgewählte Themen intensiv diskutiert. Betroffenen- und Angehörigenvertretungen waren am Entstehungsprozess des Konzepts beteiligt.

Zur Zielerreichung sollen im Laufe des kommenden Jahrzehnts zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekte etappenweise umgesetzt werden. Die Koordination der Umsetzung der einzelnen Projekte ist Aufgabe der Psychiatriekoordinationsstelle.

Das Psychiatriekonzept orientiert sich an folgenden Planungsgrundsätzen:

- **Inklusion:** Selbstbestimmung und volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben werden gefördert.
- **Prävention:** Alle Maßnahmen sollen die seelische Gesundheit fördern und der Prävention psychischer Erkrankung dienen.
- **Planung und Evaluation:** Verantwortlichkeiten und Aufgaben werden genau definiert. Zielerreichung und Wirtschaftlichkeit werden überprüft.
- **Differenzierung und Integration:** Abgestufte Behandlungskonzepte und integrierte Versorgungsmodelle sollen etabliert werden.

In der Umsetzung des Konzepts ist auf Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit zu achten.

⁶ Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015-2025 und ergänzender Materialienband verfügbar auf: http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/soziales/sozialpsychiatrie/start.htm

1.2.2 Landesstelle Psychiatriekoordination (Basisinnovation A)

Die Landesstelle für Psychiatriekoordination wurde im Herbst 2014 eingerichtet und hat folgende Aufgaben zu erfüllen:

- Geschäftsführung des Vorarlberger Landespsychiatriebeirats
- Koordination der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) auf Bezirksebene (EP1)
- Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung
- Erstellung (und Wartung) eines Regionalinventars der sozialpsychiatrischen Hilfsangebote
- Koordination der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts
- Fachliche Beratung der mit der Förderung seelischer Gesundheit und mit Hilfen für psychisch erkrankte Menschen befassten Landesstellen
- Erstellung von fachlichen Stellungnahmen für das AdVLR
- Mitwirkung an der Optimierung eines Beschwerdemanagements in der Psychiatrie
- Koordination der Öffentlichkeitsarbeit für seelische Gesundheit im AdVLR
- Evaluation und fachliche Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Integrationshilfen in Vorarlberg sowie fachliche Steuerung der Hilfeplanverfahren
- Entwicklung innovativer Konzepte zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sowie Unterstützung der Rahmenplanung und Fachplanung der Kostenträger;
- Planung, Controlling und Evaluation der, für das Vorarlberger Psychiatriekonzept ausgewählten, Maßnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

Umsetzung

Mitte September 2014 wurde die neu geschaffene Stelle des Psychiatriekoordinators an der Abteilung für Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) im Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht besetzt. Die Psychiatriekoordinationsstelle konzentriert sich derzeit aus Kapazitätsgründen vor allem auf

- die Begleitung der Umsetzung des Psychiatriekonzepts 2015 - 2025,
- die Führung der Geschäfte des Psychiatriebeirats mit seinen sechs Arbeitsgruppen,
- Beiträge zur Gesundheitsförderung und Öffentlichkeitsarbeit,
- fachliche Stellungnahmen und Konzepte für mehrere Fachabteilungen im AdVLR und
- Teile der Psychiatrieberichterstattung.

Auf Basis der nun über ein Jahr gesammelten Erfahrung ist ein Plan zur schrittweisen Abdeckung sämtlicher Aufgaben der Psychiatriekoordinationsstelle zu entwickeln. Dabei sollen vorhandene (Personal-)Ressourcen der Abteilung IVa bestmöglich genutzt und Synergien mit anderen Fachabteilungen – insbesondere der Abteilung für Gesundheit und Sport (IVb) – gesucht werden.

1.2.3 Regionale Anlaufstellen für seelische Gesundheit und soziale Fragen (Basisinnovation B)

Wie gelangt ein Mensch in Vorarlberg mit einer psychischen Erkrankung rasch zu einem geeigneten Hilfsangebot, bestenfalls in Kombination mehrerer Unterstützungs-, Behandlungs- und Betreuungsangebote? Wer unterstützt die Abklärung des Bedarfs und ist verantwortlich für den oft notwendigen Informationsfluss zu unterschiedlichen Institutionen und Behörden? Die Beantwortung dieser zentralen Fragen überfordert selbst Experten und Kenner der Versorgung in manchen Fällen. Die heute erfreulicherweise vorhandene Differenziertheit und Vielfalt an Angeboten bedingt eine hohe Komplexität. Gerade wenn es um die Kombination von Leistungen aus dem Gesundheits- und dem Sozialbereich geht, ist eine zielführende Kommunikation notwendig. Die regionalen Anlaufstellen für seelische Gesundheit und soziale Fragen sollen Menschen mit psychischen und sozialen Problemen und Fragestellungen einen niederschweligen Zugang und die notwendige Information bieten. Die Treffsicherheit der Angebote soll erhöht werden und die Handlungskompetenz der Bevölkerung stärken. Folgende Funktionen sollen die Anlaufstellen in 16 Regionen übernehmen:

- Gemeindenahe Erstberatung zur seelischen Gesundheit und bei sozialen Fragen in einer
- Unterstützung und Aufbau eines lokalen Netzwerks von Selbst- und Laienhilfe, zur Förderung präventiver und inklusiver Aktivitäten in der jeweiligen Region
- Beteiligung an einem offenen Treffpunkt mit Kaffeehaus-Charakter, wo Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Handicaps unverbindlich zusammenkommen, Informationen erhalten und an Veranstaltungen teilnehmen können.

Umsetzung

Das Anliegen, die Menschen in Vorarlberg auf der Suche nach einer geeigneten Beratungs- oder Behandlungsleistung zu unterstützen, verbindet alle Bereiche der Sozialabteilung des Landes miteinander. Dieses Thema spielt aber auch für die Gesundheitsabteilung eine wichtige Rolle. Es geht also bei den regionalen Anlaufstellen darum, den Blick nicht nur auf Menschen mit psychischen Problemen/Erkrankungen zu richten, sondern die gesamte Bevölkerung im Blick zu haben. Das Angebot soll gemeindenah vorgehalten werden und die Selbst- und Laienhilfe stärken.

Im Berichtsjahr gab es einige Gespräche innerhalb der IVa, um das Projekt näher zu skizzieren. Es steht fest, dass die regionalen Anlaufstellen an eine bestehende Struktur „angedockt“ werden und als erste Anlaufstelle für das gesamte Spektrum im Sozialbereich zur Verfügung stehen sollen. Zur weiteren Umsetzung müssen folgende Fragen geklärt werden:

- Wie soll das Informationsangebot beschaffen sein, um tatsächlich das relevante Wissen über ein sehr breites Feld vermitteln zu können und wie kann es für mehrere Bereiche einheitlich gestaltet werden?

- Welche bestehenden Einrichtungen/Strukturen eignen sich am besten als regionale Anlaufstellen? (erklärtes Nicht-Ziel ist die Schaffung einer Parallelstruktur).

1.2.4 Zehn Entwicklungsprojekte in zehn Jahren

Der zeitliche Ablauf für die Umsetzung der einzelnen Projekte erfolgt nach einem einheitlichen Schema: Die Vorbereitungszeit beträgt ein Jahr, im zweiten Jahr erfolgt die Umsetzung. Nach drei Jahren Laufzeit (ohne Vorbereitungszeit) ist eine Evaluation vorgesehen. Danach bleibt ein Jahr Zeit, um anhand der Evaluationsergebnisse darüber zu entscheiden, ob das Projekt in den Regelbetrieb übergeführt, adaptiert oder mangels Erfolg beendet wird. Die gesamte Projektlaufzeit beträgt somit fünf Jahre.

Die folgende Übersicht zeigt die zehn Entwicklungsprojekte in der geplanten zeitlichen Abfolge ihrer Umsetzung:

- Vorbereitungsphase 2015:
 - Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (EP 1)
 - Ambulant betreutes Wohnen (EP 5)
- Vorbereitungsphase 2017:
 - Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (EP 3)
 - Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (EP 10)
- Vorbereitungsphase ab 2019:
 - Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen (EP 6)
 - Integrative Beschäftigungsprogramme (EP 7)
 - Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche (EP 9)
 - Integrierte Suchtberatungsstellen (EP 2)
 - Gerontopsychiatrische Kompetenzteams auf Bezirksebene (EP 4)
 - Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation (EP 8)

Die Reihenfolge der Projekte, die ab dem Jahr 2019 beginnen, soll zeitnah geplant werden.

Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (EP 1)

Der sozialpsychiatrische Dienst auf Bezirksebene (SpDi) ist ein besonders wichtiges Projekt des Psychiatriekonzepts 2015 - 2025. Die vier sozialpsychiatrischen Dienste sollen im Endausbau folgende Aufgaben leisten:

- Niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Betroffene und Angehörige sowie Koordination von Leistungen
- Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe und Mitwirkung am geplanten psychiatrischen Kriseninterventionsdienst außerhalb normaler Dienstzeiten
- Vorhaltung sozialpsychiatrischer Konsiliar- und Liaison-Dienste
- Koordination des Netzwerks der Dienste und Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund

- Mitwirkung an Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen.

Umsetzung

Die zugehörige Arbeitsgruppe Allgemeinpsychiatrie und Notfallhilfe⁷ des Landespsychiatriebeirats hat im ersten Halbjahr 2015 sechs Treffen abgehalten, um die Eckpunkte des SpDi zu diskutieren. Auch das Projektteam (unter Beteiligung der Geschäftsführer von aks und pro mente und der VGKK) hat einmal getagt. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe sind nun zeitnah zu bündeln. Darauf aufbauend soll bis zum Jahresende ein Zeitplan zur schrittweisen Realisierung des Projekts im Projektteam erarbeitet werden. Die Vorbereitungsarbeiten sind nicht so weit gediehen, wie dies ursprünglich geplant war. Es bedarf großer Anstrengungen, um die Projektumsetzung im Jahr 2016 voranzutreiben.

Ambulant betreutes Wohnen (EP 5)

Mit der Schaffung eines flächendeckenden Angebots des ambulant betreuten Wohnens soll es auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen möglich sein, eigenständig zu wohnen und das Leben stärker selbst zu gestalten. Unter Umständen können Krankenhausaufenthalte dadurch verkürzt oder vermieden werden.

Umsetzung

Die Arbeitsgruppe Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung des LPB hat fünf Treffen organisiert. Neben der Leistungsbeschreibung waren auch die Themen Wohnraumbeschaffung, einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit und die Finanzierung wichtig für die Arbeitsgruppe. Mittlerweile liegt die Produktbeschreibung vor und die Fallzahlen erhöhen sich langsam. Wichtig ist nun, die Leistung des ambulant betreuten Wohnens weiter auszubauen und mehr Menschen auf diese Art zu betreuen. Im Jahr 2016 sollen die leicht verfügbaren Daten erstmals bewertet werden, damit gegebenenfalls Änderungen vorgenommen werden. Die Umsetzung des Projekts verläuft bisher planmäßig, sogar rascher als erwartet.

Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (EP 3)

Ziel ist je eine multidisziplinär tätige Spezialambulanz im Unterland und im Oberland. Das Projekt soll 2017 vorbereitet werden und sieht folgende Eckpunkte vor:

- Problemabklärung und Diagnostik, Vermittlung weiterer Hilfen
- Mitwirkung an der Feststellung des Hilfebedarfs, der Planung und Evaluation von Hilfen
- Einzelfall-übergreifend kollegiale Beratung und Fortbildung auf Anforderung von Einrichtungen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche betreuen (Liaison-Funktion);

⁷ Erläuterungen zu den Arbeitsgruppen des Landespsychiatriebeirats bietet Abschnitt 1.3.

- Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene
- Mitwirkung an der Planung, Durchführung und Evaluation allgemeiner und selektiver präventiver Aktivitäten.

Umsetzung

Die zuständige Arbeitsgruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie des LPB ist bisher einmal zusammengetreten. Das vorherrschende Thema in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist derzeit der Ausbau der stationären Kapazitäten (siehe dazu Abschnitt 1.1.1). Es ist der Wunsch der Arbeitsgruppe mit den ersten Arbeiten zum Entwicklungsprojekt schon jetzt zu beginnen. Ziel ist die Detailausarbeitung und -beschreibung der im Psychatriekonzept aufgelisteten Aufgaben. Auf den bestehenden Strukturen von aks und pro mente kann gut aufgebaut werden. Die Zusammenarbeit zwischen LKH Rankweil und den ambulanten Anbietern ist heute schon gelebte Praxis. Verbesserungspotenzial wird aber dennoch an unterschiedlichen Schnittstellen gesehen.

Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (EP 10)

Ein flächendeckender Not- und Krisendienst wird in Vorarlberg schon seit langer Zeit diskutiert. Die Umsetzung ist bisher gescheitert. Die Grundzüge eines aufsuchenden Not- und Krisendienstes für Menschen in psychischen Notlagen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Rund um die Uhr verfügbarer Dienst, der organisatorisch verbunden ist mit dem SpDi
- Der Krisendienst hilft gerade bei schwierigsten psychosozialen Notlagen mit dem Ziel, Handlungsperspektiven für den Klienten zu eröffnen auch unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt.
- Intensive Kooperation mit den anderen Leistungserbringern
- Möglichkeit der Beiziehung einer Fachperson zur Krisenbegleitung

Umsetzung

Die Bedeutung von Unterstützung in Krisen für Betroffene – aber auch das soziale Umfeld – zeigt sich in vielen Diskussionen. Gerade in den Besprechungen der AG Allgemeinpsychiatrie wurde viel Zeit für die Frage verwendet, wie mit Krisen umgegangen werden kann und welche Defizite in diesem Bereich bestehen.

Derzeit arbeitet die Abteilung für Gesundheit und Sport (IVb) im Auftrag von LR Dr. Bernhard intensiv an einem für ganz Vorarlberg einheitlichen Ärztebereitschaftsmodell. Es besteht die berechtigte Hoffnung, dass durch dieses neue Modell auch die Umsetzung des aufsuchenden psychiatrischen Not- und Krisendienstes erleichtert wird. Die Umsetzung dieses Modells ist auf jeden Fall weiter zu beobachten und nach Möglichkeit mit der Umsetzung des EP 10 zu verknüpfen.

Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen (EP 6)

Dieses Entwicklungsprojekt verfolgt das Ziel, die Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu erhalten oder wieder zu erlangen. Dazu bedarf es mehrstufiger Programme und differenzierter Unterstützungsmaßnahmen. Vorarlberg verfügt bereits über einige hervorragende Projekte bei mehreren sozialpsychiatrischen Anbietern, ein quantitativer Ausbau wäre wünschenswert.

Integrative Beschäftigungsprogramme (EP 7)

Im Unterschied zum EP 6 geht es bei den integrativen Beschäftigungsprogrammen (EP 7) überwiegend um die soziale Teilhabe und die Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung für schwer psychisch kranke Menschen. Die Integration am ersten Arbeitsmarkt ist nicht das vorrangige Ziel.

Umsetzung

Sowohl EP 6 und EP 7 sollen ab 2019 abgerufen werden. Die zugehörige Arbeitsgruppe Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung hat bisher einmal getagt, um sich auszutauschen über die unterschiedlichen Angebote der einzelnen Träger. Ein zentrales Thema der nächsten Monate sollte die Vernetzung sein. Insbesondere Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit dem Programm fit2work (siehe für Vorarlberg: http://www.fit2work.at/home/Regionale_Infos/Vorarlberg/) sollten geprüft werden. Der ohnehin angespannte Arbeitsmarkt macht die Schaffung von Arbeitsplätzen nicht leichter. Dennoch sollte versucht werden, verstärkt mit Unternehmern Kooperationen einzugehen. Das Angebot von Beschäftigungsmöglichkeiten neben dem regulären Arbeitsmarkt bedarf kreativer Lösungen und sollte mit Hilfe der Gemeinden erweitert werden.

Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche (EP 9)

Die Präventionsaktivitäten für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre im Bereich seelische Gesundheit sollen ausgebaut werden. Es geht dabei auch um die Koordinierung sämtlicher Maßnahmen und Programme zur Förderung körperlicher und seelischer Gesundheit durch die Systempartner. Erstrebenswert ist eine Integration von Ansätzen, die sich inhaltlich ergänzen. Differenziert werden muss das Angebot hinsichtlich des Lebensalters, sozialer Merkmale (Bildungsniveau, Einkommen der Familie,...) und individueller Beeinträchtigungen.

Umsetzung

Die Gesundheitsförderungsstrategie 2013 - 2022 des Landes Vorarlberg berücksichtigt die psychische Gesundheit. Nicht zuletzt deshalb wurde ein Förderantrag der SUPRO zur Suizidprävention als förderungswürdig eingestuft. Die Aktivitäten im Bereich der Suizidprävention können dadurch deutlich verstärkt werden (siehe Abschnitt 1.1.4).

Integrierte Suchtberatungsstellen (EP 2)

Die bestehenden Angebote der Suchthilfe sollen zu vier Anlaufstellen (eine pro Bezirk) gebündelt werden und folgende Leistungen anbieten:

- Niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Menschen mit Suchterkrankungen, sofern diese Problematik im Vordergrund steht
- Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe bei schweren akuten Suchtproblemen
- Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene
- Mitwirkung an gemeinsamen Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen

Umsetzung

Die Arbeitsgruppe Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe hat sich im Frühjahr 2015 konstituiert und zwei Sitzungen abgehalten. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben sich darauf verständigt, dass vorrangig die Themen Substitutionsbehandlung und Medikamentenabhängigkeit besprochen werden, da hier großer Handlungsbedarf besteht. Konkrete einzelne Maßnahmen werden derzeit umgesetzt. Ein übergeordnetes Ziel der AG ist die Erstellung eines neuen Suchthilfekonzepts für Vorarlberg, das das Vorarlberger Psychatriekonzept im Bereich Sucht ergänzt.

Gerontopsychiatrische Kompetenzteams auf Bezirksebene (EP 4)

An dieser Stelle greift das Psychatriekonzept Empfehlungen aus dem Geriatriekonzept für Vorarlberg auf. Angestrebt wird das Ziel in jedem der vier Bezirke einen multidisziplinär tätigen Konsiliar- und Liaison-Dienst vorzuhalten, der folgende Aufgaben hat:

- Problemabklärung und Diagnostik, bei Bedarf Case-Management-Funktion
- Einzelfall-übergreifend kollegiale Beratung auf Anforderung von Einrichtungen, die betagte psychisch kranke Menschen betreuen
- Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene
- Fachliche Unterstützung und Mitwirkung an der Qualifizierung von Betreuungspersonen im Umgang betagter Menschen mit psychischen Erkrankungen

Umsetzung

Das Thema der gerontopsychiatrischen Pflege wird intensiv vom Fachbereich Pflege der IVa und dem Unternehmen connexia⁸ bearbeitet, das sich im Auftrag des AdVLR in zwei Projekten engagiert. Im Projekt „Ambulante gerontopsychiatrische Pflege“ der connexia werden seit April 2013 zusätzliche

⁸ Weitere Information auf: www.connexia.at/start.html

Betreuungs- und Pflegeleistungen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Kooperation mit den örtlichen Krankenpflegevereinen in Feldkirch und Hohenems angeboten. Im Rahmen dieses Projektes werden gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen unterstützt, damit sie weitgehend selbstbestimmt in ihrem gewohnten Umfeld leben können. Dabei werden Angehörige eingebunden, beraten und gestärkt. Von Beginn des Projektes bis Ende März 2015 wurden in beiden Städten insgesamt 120 Personen (89 Frauen und 31 Männer) betreut. Durch die Aufstockung der Mittel für das Projekt „Ambulante gerontopsychiatrische Pflege“ können ab 2015 zwei weitere Regionen – Region Kuppenberg (Götzis, Koblach und Mäder) und Region Vorderland (Fraxern, Klaus, Laterns, Röthis, Sulz, Viktorsberg, Weiler, Zwischenwasser) – am Projekt teilnehmen.

Im Projekt „Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen“ sollen die Pflegenden im Umgang mit herausfordernden Pflegesituationen geschult werden, die aufgrund psychischer Erkrankungen entstehen bzw. verstärkt werden können. Ziel des Projektes ist es, eine fachgerechte Versorgung von psychisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern zu gewährleisten und die Fachkompetenz der Pflegenden zu steigern. Seit Juni 2014 nehmen neun Pflegeheime an diesem Projekt teil und seit Januar 2015 zwölf weitere. Aktuell finden Schulungen für mehr als 250 Betreuungs- und Pflegekräfte statt. Die Unterstützung durch eine kontinuierliche Begleitung von gerontopsychiatrischen Fachärzten wird von Seiten der Pflegenden als sehr hilfreich und notwendig erachtet. Die fachärztliche Expertise ist auch für Hausärzte eine bereichernde Unterstützung, beispielsweise im Umgang und Einsatz von Psychopharmaka. Kooperationspartner sind connexia, pro mente Vorarlberg und der aks.

Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation (EP 8)

Für die vom Land bzw. von Land und SV-Trägern gemeinsam finanzierte Psychotherapie soll ein Drei-Säulen-Modell etabliert werden:

- Säule 1: kurzfristige Hilfen zur Prävention
- Säule 2: kurative psychotherapeutische Behandlung
- Säule 3: längerfristige Hilfen zur Rehabilitation

Wichtig in der Umsetzung ist ein einfacher Zugang, insbesondere für Menschen in sozialen Notlagen und dringendem Hilfebedarf, die sorgfältige Planung und regelmäßige Evaluation längerfristiger Psychotherapie und das Vorhalten von möglichst gemeindenahen Gruppenangeboten zur Informationsvermittlung und zur Stärkung der Selbsthilfe-Kompetenz.

Umsetzung

Die Umsetzung des Projekts ist an sich für einen Zeitpunkt nach 2019 anberaumt. Dennoch konnten bereits jetzt Verbesserungen in der Organisation der Versorgung und ein Ausbau der Kapazitäten erreicht werden (siehe dazu Abschnitt 1.1.2).

1.3 Neue Organisation des Vorarlberger Landespsychiatriebeirats

Die Vorarlberger Landesregierung hat erstmals 2003 einen Psychiatriebeirat einberufen, der in den vergangenen Jahren viele Impulse zur Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung gegeben hat.

Im Jahr 2014 wurde der Vorarlberger Landespsychiatriebeirat neu organisiert und mit einer eigenen Geschäftsordnung versehen, um die Umsetzung des Psychiatriekonzepts 2015 - 2025 möglichst gut durch den Landespsychiatriebeirat begleiten lassen zu können. Der Landespsychiatriebeirat ist das beratende Gremium der Vorarlberger Landesregierung. Neben der Begleitung der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025 hat der Beirat eine wichtige Funktion als Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung.

Der Landespsychiatriebeirat setzt sich aus den Mitgliedern des Koordinationsausschusses und den Mitgliedern der ständigen Arbeitsgruppen zusammen.

Mit Bezug zu den Projekten des Psychiatriekonzepts wurden sechs Arbeitsgruppen zu folgenden Themen eingerichtet:

- Allgemeinpsychiatrie und Notfallhilfe (EP1 und EP 10)
- Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe (EP 2)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (EP 3 und EP 9)
- Gerontopsychiatrie (EP 4)
- Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung (EP 5)
- Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung (EP 6 und EP 7)

Jede Arbeitsgruppe besteht aus zwei Leitungspersonen, weiteren Experten im jeweiligen Fachgebiet und Repräsentanten der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Die Sitzungen der Arbeitsgruppen finden nach Bedarf statt, die Ergebnisse werden protokolliert und im Koordinationsausschuss besprochen.

- Der Koordinationsausschuss tagt viermal jährlich und besteht aus folgenden Mitgliedern:
- Leiter der Landessanitätsdirektion (Abt. IVd) als Vorsitzender
- Je eine Vertretung der Abteilung für Gesundheit und Sport (IVb), und der Landessanitätsdirektion (IVd) sowie drei Vertretungen der Abteilung für Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa) im AdVLR
- Vertretung einer Betroffenenorganisation
- Vertretung einer Angehörigenorganisation
- Leiterinnen bzw. Leiter der ständigen Arbeitsgruppen
- bei Bedarf externe Fachpersonen

Den Vorsitz des Landespsychiatriebeirats hat der Landessanitätsdirektor inne, die Führung der Geschäfte obliegt dem Psychiatriekoordinator. Das Plenum des Landespsychiatriebeirats tritt einmal im Jahr zusammen. Sämtliche Mitglieder des Beirats werden dazu eingeladen. Das Plenum ersetzt das frühere Psychiatrieforum.

2 Regionale Psychiatrieberichterstattung (H. Elgeti)

2.1 Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten

Das Konzept orientiert sich an einem Modell, das 1999 für die Region Hannover entwickelt wurde.⁹ Es wird auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen zur Anwendung in den Sozialpsychiatrischen Verbänden aller dortigen Kommunen empfohlen. Datenquellen sind die Gemeindestatistik der Vorarlberger Landesregierung und die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger nach einheitlichen Formularen (Tabelle 2.1.1). Die Formulare der Datenblätter A, B und C sind in der Anlage 6 abgedruckt. Seit 2006 (Datenblatt A und B) bzw. 2007 (Datenblatt C) sind die psychiatrischen Einrichtungen in Vorarlberg aufgerufen, die dort abgefragten Angaben in entsprechende Formulare einzutragen oder *online* über Internet in ein EDV-Programm einzugeben. Mit der Auswertung der Daten ist die Medizinische Hochschule Hannover beauftragt.

Tab. 2.1.1 Datenquellen der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung

Gemeindestatistik des Amtes der Vorarlberger Landesregierung	
	Gebietsfläche in Hektar (ha)
	Einwohnerzahl nach Altersgruppen (unter 18 Jahre, 18 bis unter 65 Jahre, ab 65 Jahre)
	Zahl der Arbeitslosen
statistische Jahresberichte der Einrichtungsträgerinnen bzw. Einrichtungsträger	
	Datenblatt A: allgemeine Angaben zu den verschiedenen Hilfsangeboten der Anbietenden
	Datenblatt B: Angaben zu Größe und Kosten jedes einzelnen Angebotes sowie zu Umfang und Qualifikation des hier eingesetzten Fachpersonals
	Datenblatt C: kurz gefasste anonymisierte Basis- und Leistungsdokumentation für jede im einzelnen Angebot betreute Person

Für eine Beteiligung an der regionalen Berichterstattung konnten die psychiatrischen Kliniken und die Anbietenden von sozialpsychiatrischen Integrationshilfen schnell gewonnen werden. Nicht gelungen ist dagegen bisher die Einbeziehung der psychiatrischen Facharztpraxen, während sich die Beteiligung im Bereich der psychotherapeutischen Hilfen zuletzt verbessert hat. Auch die Anbietenden von Leistungen der Wohnungslosenhilfe fanden in den vergangenen Jahren zunehmend Interesse an einer Mitwirkung, da sich unter den von ihnen betreuten Personen eine große Anzahl psychisch erkrankter Personen befindet. Eine Liste aller aktuell an der Psychiatrieberichterstattung beteiligten Einrichtungsträger und ihrer Hilfsangebote findet sich im Anhang (Anlagen 3a und 3b).

⁹ Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. In: Elgeti H (Hrg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 132-147

Hilfsangebote mit vergleichbarem Leistungsspektrum werden in einer Angebotsform zusammengefasst, und jede Angebotsform wird einer der drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer bzw. stationärer Hilfen zugeordnet (Anlage 1). Das EDV-Programm berechnet aus den Rohdaten insgesamt 28 Kennzahlen (Anlage 2). Acht von ihnen beschreiben Hilfsangebote nach Angaben auf den Datenblättern A und B (K1-K8), elf weitere kennzeichnen Patientengruppen nach den auf dem Datenblatt C abgefragten Merkmalen (K9-K19). Sechs Kennzahlen beschreiben die Größe und Sozialstruktur des Landes und seiner vier Bezirke mit insgesamt 19 zu diesem Zweck gebildeten Regionen (K20-K25). Drei weitere Kennzahlen beziehen sich auf alle Hilfsangebote einer Angebotsform oder Leistungsart in einem Einzugsgebiet: Pro 100.000 Einw. werden die Inanspruchnahme (K26), das Platzangebot (K27) und der Fachkräfteeinsatz (K28) berechnet.

2.2 Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung

Die zu 19 Regionen zusammengefassten Vorarlberger Gemeinden lassen sich nach ihrer Zugehörigkeit zu einem Bezirk und nach ihrer Siedlungsdichte gruppieren (Tabelle 2.2.1).

Tab. 2.2.1 Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2014

Bezirk	gering besiedelte Regionen (<1,0 E./ha) 83.208	ländliche Regionen (1,0-<3,0 E./ha) 59.238	städtische Regionen (≥3,0 E./ha) 237.175
Bludenz 61.810	101 Arlberg / Klostertal 102 Großes Walsertal 103 Montafon; 105 Walgau 47.750 Einw.		104 Stadt Bludenz 14.060 Einw.
Bregenz 129.959	201 Hi. Bregenzerwald 203 Kleinwalsertal 207 Vo. Bregenzerwald 35.458 Einw.	204 Leiblachtal 14.265 Einw.	202 Hofsteig 205 Rheindelta 206 Stadt Bregenz 80.236 Einw.
Dornbirn 85.156			301 Lustenau 302 Stadt Dornbirn 303 St. Hohenems 85.156 Einw.
Feldkirch 102.696		403 Vorderland 404 Walgau 44.973 Einw.	401 Kuppenberg 402 Stadt Feldkirch 57.723 Einw.

Die Region Walgau gehört mit einem kleinen Teil zum Bezirk Feldkirch (Region 404), hauptsächlich aber zum Bezirk Bludenz (Region 105).

Die Bevölkerung ist in allen vier Bezirken im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Im Bezirk Bludenz wohnt sie, abgesehen von der Stadt Bludenz, ausschließlich in gering besiedelten Gebieten.

Im Bezirk Dornbirn gibt es ausschließlich städtisch verdichtete Siedlungsräume, im Bezirk Bregenz unterscheidet sich der gering besiedelte Bregenzerwald vom ländlichen Leiblachtal und den städtischen Regionen Stadt Bregenz, Hofsteig und Rheindelta. Der Bezirk Feldkirch ist gegliedert in das ländliche Vorderland mit dem westlichen Ende des Walgau und die Stadt Feldkirch mit Kuppenberg.

Wenn man die Regionen ähnlicher Siedlungsdichte zusammenfasst, lässt sich die Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung anhand der Kennzahlen K20 bis K25 differenziert betrachten (Tabelle 2.2.2). Die Altersstruktur (K22 bis K24) verändert sich mit ansteigender Siedlungsdichte kaum und weist einen erfreulich hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen auf, trotz Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Die Arbeitslosenrate (K25; Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung zwischen 18 und unter 65 Jahren) steigt mit zunehmender Siedlungsdichte und war 2014 wiederum etwas höher als im Vorjahr, ist allerdings insgesamt weiterhin gering.

Tab. 2.2.2 Sozialstruktur der Regionen nach Siedlungsdichte 2013-2014

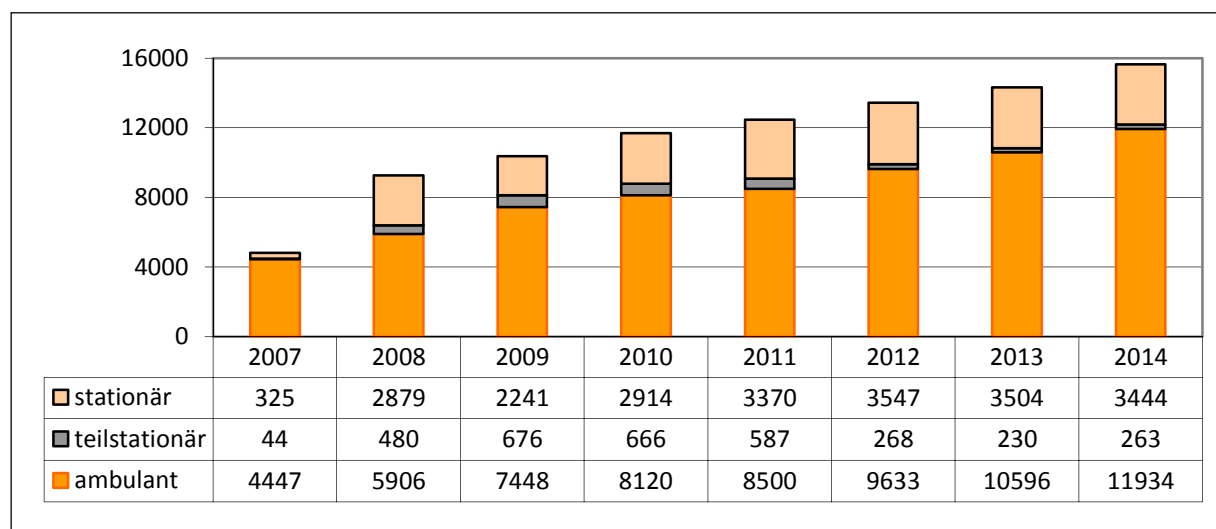
Siedlungsdichte	gering besiedelt		ländlich		städtisch		Vorarlberg	
Zahl der Gemeinden	52		24		20		96	
Fläche (Tsd. ha)	194		26		40		260	
Berichtsjahr	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
K20: Einw. (Tsd.)	83	83	59	59	235	237	377	380
K21: Siedlungsdichte	0,4	0,4	2,5	2,3	6,6	5,9	3,8	1,5
K22: <18 Jahre	20%	20%	20%	20%	20%	19%	20%	19%
K23: 18-<65 Jahre	64%	64%	64%	63%	64%	64%	64%	64%
K24 ≥65 Jahre	16%	17%	17%	17%	16%	17%	16%	17%
K25 Arbeitslose	2,5%	2,6%	3,6%	3,8%	4,9%	5,1%	4,2%	4,4%

2.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick

Im Jahr 2014 haben 18 Einrichtungen für insgesamt 87 Hilfsangebote Datenblätter C abgegeben, darunter waren 51 ambulante, 8 teilstationäre und 28 stationäre Angebote. 68 der 87 Hilfsangebote betrafen Integrationshilfeprodukte. 29 Angebote lassen sich der Allgemeinpsychiatrie (PSY) zuordnen, 32 der Suchthilfe (SH), 20 der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Hinzu kommen zwei ambulante gerontopsychiatrische Angebote (GP) und vier aus der Wohnungslosenhilfe (WH). Ähnlich ausgerichtete Angebote sind in einer Angebotsform (AF) zusammengefasst. So sind in der AF 16 immerhin 16 ambulante Angebote der Suchthilfe und in der AF 33 neun Angebote stationärer Wohnbetreuung im Rahmen der Integrationshilfe vertreten. Eine Übersicht zur Anzahl der für die Berichtsjahre 2008 bis 2014 ausgewerteten Datenblätter C nach Angebotsform findet sich in der Anlage 4.

Die Auswertung für das Jahr 2014 beschränkt sich auf Angaben zum Datenblatt C (anonymisierte personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation). Die beim Kostenträger gespeicherten Angaben zu den Datenblättern A und B für die ambulanten Integrationshilfen standen für das Jahr 2014 weiterhin nicht in der erforderlichen Formatierung zur Verfügung, und die ab dem Berichtsjahr 2014 durch die Anbietenden gelieferten Angaben zum Datenblattes B waren trotz zwischenzeitlicher Schulungen teilweise immer noch unvollständig und nicht immer korrekt. Die Zahl der ausgewerteten Datenblätter C hat sich gegenüber den Vorjahren weiter erhöht (Abbildung 2.3.1) und liegt jetzt bei 15.641. Ungewöhnlich gering ist in Vorarlberg das Angebot teilstationärer Hilfen für psychisch erkrankte Menschen; darunter sind vor allem Tageskliniken und tagesstrukturierende Programme der Integrationshilfe zu verstehen.

Abb. 2.3.1 Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007-2014



Die Nutzergruppen der verschiedenen Hilfsangebote lassen sich auf Grundlage der Angaben auf dem Datenblatt C mit Hilfe von Kennzahlen vergleichend beschreiben. Die Tabelle 2.3.1 gibt einen Überblick über die Ergebnisse zu den Kennzahlen K9 bis K15 für die Patientengruppen nach Angebotsform. Die Kennzahl K9 bezieht sich auf die Geschlechtsverteilung, gemessen als Anteil der Männer in der entsprechenden Nutzergruppe. Die Kennzahlen K10 (Personen unter 18 Jahren), K11 (Personen unter 45 Jahren) und K12 (Personen ab 65 Jahre) beschreiben die Altersverteilung.

Die Kennzahl K13 gibt Auskunft über den Anteil betreuter Personen mit einer juristischen Flankierung ihrer Betreuung. Dies kann in Form einer Sachwalterschaft geschehen, im Rahmen des Unterbringungs- bzw. Heimaufenthaltsgesetzes oder auch – bei straffällig gewordenen psychisch kranken Menschen – als Maßnahmenvollzug. Eine Notiz in Anlage 5 erläutert die Zusammensetzung und den Aussagewert des aus acht Merkmalen gebildeten multidimensionalen psychosozialen Risikoscore (K14). Für die Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Angebotsformen 11, 17,

21, 27, 31, 37) kam im Berichtsjahr 2012 erstmals ein modifizierter Datensatz zur Erprobung eines Risikoscore für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zum Einsatz. Das Datenblatt hat sich bewährt und wird von den entsprechenden Hilfsangeboten inzwischen routinemäßig genutzt.

Die Dauer der Betreuung (K15) für eine teil- oder vollstationäre Klinikbehandlung wird in Tagen gemessen und auf das ganze Berichtsjahr bezogen, nicht auf nur einen von womöglich mehreren Aufenthalten im Berichtsjahr. Für alle anderen Angebotsformen wird die Anzahl der Quartale berechnet, die eine Person im Hilfsangebot im Berichtsjahr betreut wurde.

Tab 2.3.1 Merkmale der betreuten Personen 2014 nach Angebotsform

AF	ausgewertete Datenblätter C		K9		K10	K11	K12	K13	K14*	K15
	2013	2014	Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur Fl	psR	Dauer
			2014							
10**	4993	5244	40 %	60 %	<1 %	42 %	8 %	5 %	19,1	2,7
11**	1679	1467	51 %	39 %	84 %	100 %		9 %	15,7	2,0
13	29	35	74 %	26 %		54 %	3 %	35 %	21,3	3,2
15	46	49	47 %	53 %		73 %		4 %	19,3	2,8
16	2521	2915	62 %	38 %	<1 %	48 %	6 %	3 %	17,9	3,1
17	44	47	36 %	64 %	62 %	100 %		4 %	18,3	1,6
18	115	78	32 %	68 %			96 %	4 %	19,3	3,3
19	1088	2099	58 %	42 %	4 %	70 %	2 %	19 %	16,4	2,8
10-19	10596	11934	50 %	50 %	12 %	56 %	6 %	8 %	17,9	2,8
20										
21	26	19	68 %	32 %	100 %	100 %			15,8	107 Tage
23	152	169	52 %	48 %		57 %		17 %	22,0	2,8
27	24	47	55 %	45 %	60 %	100 %		17 %	18,9	2,5
29	28	28	36 %	64 %		79 %			23,6	122 Tage
20-29	230	263	52 %	48 %	18 %	70 %		14 %	21,4	
30	2817	2585	52 %	48 %	1 %	57 %	6 %	11 %	20,8	26 Tage
31	166	133	56 %	44 %	100 %	100 %		25 %	18,0	58 Tage
33	203	170	62 %	38 %	1 %	65 %	2 %	25 %	23,0	3,0
35	254	399	81 %	19 %	2 %	58 %	6 %	18 %	24,5	2,7
36	29	29	76 %	24 %		76 %		3 %	22,8	1,9
37	35	128	55 %	45 %	90 %	100 %		50 %	20,2	3,1
30-39	3504	3444	56 %	44 %	8 %	61 %	5 %	15 %	21,6	

*) Ist der Wert des Risikoscore in kursiver Schrift angezeigt, liegt der Anteil der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %.

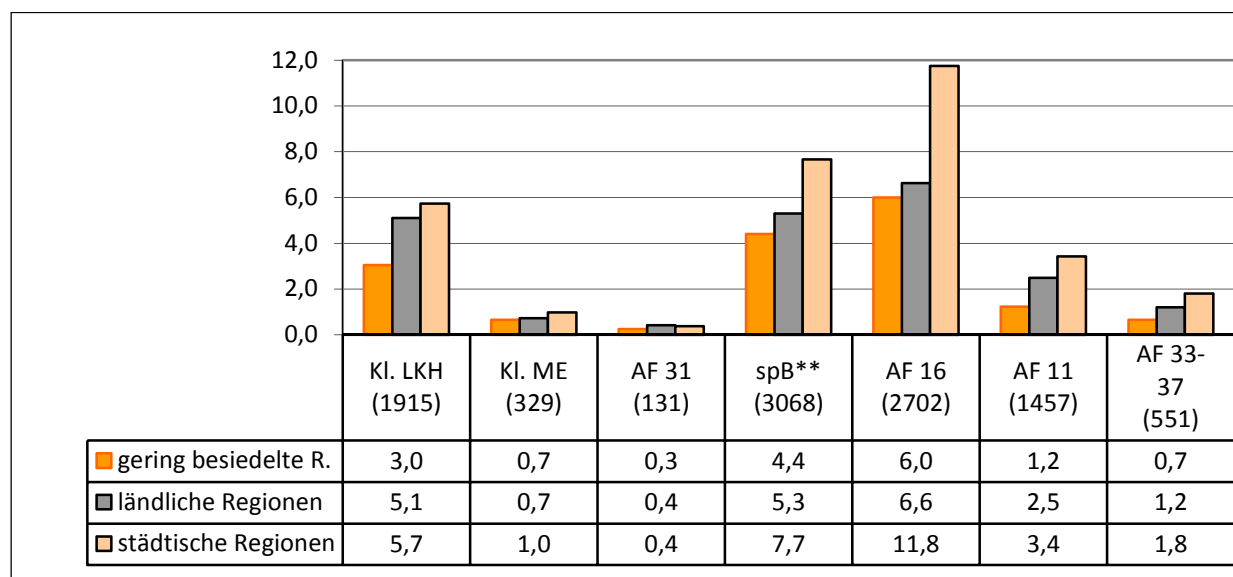
**) Einzel- und Gruppenangebote gesondert, dadurch erhöhte Platz-/ betreute Personenzahl

Die gleichmäßige Nutzung psychiatrischer Hilfen durch Patientinnen und Patienten aus den verschiedenen Regionen Vorarlbergs lässt sich durch einen Vergleich der Inanspruchnahmeziffer (K26) überprüfen. Sie wird in der Regel für alle Hilfsangebote einer Angebotsform gemeinsam berechnet, und zwar als Anzahl der Datenblätter C dort betreuter Menschen mit (letzter)

Wohnadresse in einem definierten Gebiet, bezogen auf 1.000 bzw. 100.000 Einw. dieses Gebietes. Chronisch und schwer verlaufende psychische Erkrankungen kommen gehäuft in Städten (starke urbane Verdichtung) und in Regionen hoher Arbeitslosigkeit (ungünstige soziale Lage) vor.

Die bei der Auswertung der Datensätze fast durchgehend zu beobachtende Zunahme der Inanspruchnahme mit der Siedlungsdichte der Regionen entspricht also den Erwartungen (Abbildung 2.3.2). Stationäre Behandlungen für Erwachsene (AF 30) wurden gesondert für die Allgemeinpsychiatrie einschließlich Gerontopsychiatrie (LKH Rankweil – Kl. LKH) und für die Suchtmedizin (Stiftung Maria Ebene – Kl. ME) berechnet. Wegen des geringen Umfangs der Hilfen zur stationären Wohnbetreuung wurden die Angebote der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), Wohnungslosenhilfe (AF 35), Suchthilfe (AF 36) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37) hier zusammengefasst. Auf eine gesonderte Darstellung der gerontopsychiatrischen Angebote wird im Folgenden verzichtet, da der Umfang der hierzu verfügbaren Datensätze spezialisierter Hilfsangebote zu gering war.

Abb. 2.3.2 Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen pro 1.000 Einw. 2014*



*) in Klammern Anzahl der Datensätze für betreute Personen mit (letzter) Wohnadresse in einer der Vorarlberger Regionen

***) ambulante sozialpsychiatrische (Langzeit-)Betreuung / Krisenintervention (AF 10, aber ohne Ambulanzen des LKHR)

2.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie

Als Ergänzung zur allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung in Facharzt- und Psychotherapie-Praxen sind sowohl das LKH Rankweil als auch die sozialpsychiatrischen Integrationshilfen bedeutsam. Die Klinik wird hauptsächlich für stationär behandlungsbedürftige Krisen im Krankheitsverlauf benötigt; für die Allgemeinpsychiatrie sind neben den Stationen (AF 30) auch die Notfallambulanz und die forensische Ambulanz (AF 10) wichtig. Eine Vielzahl von Anbietenden von Integrationshilfen bemüht sich vor allem darum, die Chancen von schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen auf volle gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Eine Sonderrolle spielen der Verein Omnibus, der als Selbsthilfe-Organisation der Psychiatrie-Erfahrenen auch eine Funktion als Kontakt- und Beratungsstelle ausübt. Der Verein Gemeinsam Leben Lernen (GLL) leistet ambulante (AF 19) und tagesklinische (AF 29) Psychotherapie, die allerdings nicht über die Integrationshilfe finanziert werden (Tabelle 2.4.1).

Die Hauptrolle im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Integrationshilfen spielen pro mente Vorarlberg (pmV) und der Arbeitskreis Sozialmedizin (aks) mit zahlreichen ambulanten, teil- und vollstationären Angeboten. Neben ambulanter multidisziplinärer Behandlung und Betreuung (AF 10) werden Kontaktstellen (AF 12), tagesstrukturierende Programme (AF 23), ambulante Hilfen zur Arbeit (AF 15) und stationäre Wohnbetreuung (AF 33) angeboten.

Tab. 2.4.1 Angebote Allgemeinpsychiatrie nach Angebotsform 2014*

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant					teilstationär				stationär	
		10	12	13	15	19	20	23	25	29	30	33
01.00	LKH Rankweil	2				1	(1)				1	
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	4	(1)	1				1				3
03.00	pro mente Vorarlberg	3	(1)	(1)	1	1		1				2
11.00	aqua mühle			1				1	(1)			2
12.00	Sozialpsychiatrie Bregenz											1
13.00	Verein für seel. Gesundheit											1
15.00	Gemeinsam Leben Lernen		(1)			1				1		
16.00	Omnibus		(1)									
17.00	Institut für Sozialdienste					(1)						
Summe Angebote mit Datenblatt C		9	0	2	1	3	0	3	0	1	1	9

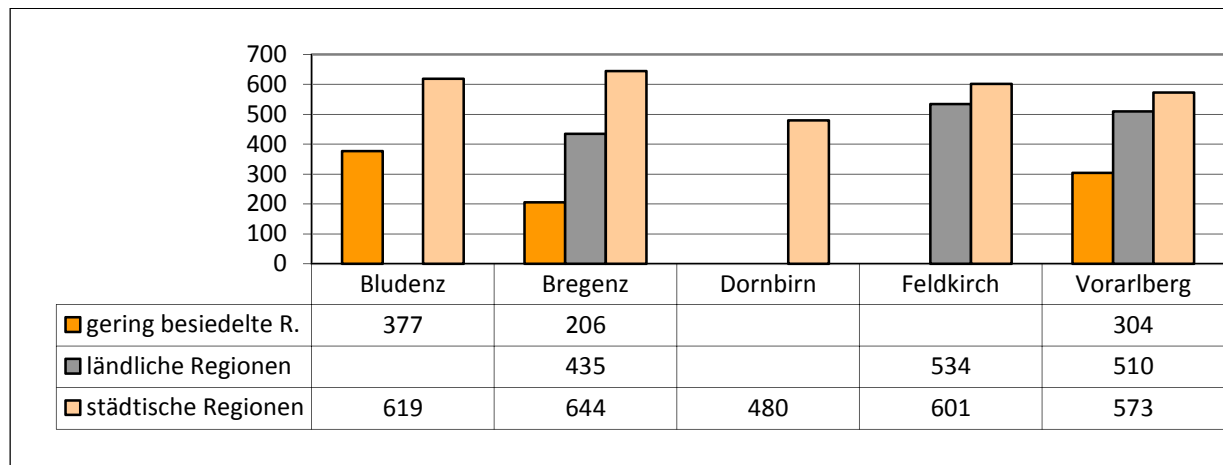
*) in Klammern gesetzt Angebote ohne Beteiligung an Datenerhebung mit Datenblatt C

Von den Angeboten ambulanter Psychotherapie (AF 19) beteiligte sich neben dem Verein GLL für das Berichtsjahr 2014 erstmals auch pmV an der Erhebung mit dem Datenblatt C; ab 2015 werden weitere Anbieter mitmachen. Stationäre Wohnbetreuung leisten neben aks und pmV auch die Sozialpsychiatrie Bregenz, der Verein für seelische Gesundheit Rankweil und Aqua Mühle (AM)

Frastanz. AM bietet zusätzlich für viele eigenständig wohnende Personen tagesstrukturierende Hilfen (AF 23) und ein Arbeitstraining zur Vorbereitung auf den offenen Arbeitsmarkt (AF 25). 2012 begann der allmähliche Aufbau von Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13);

Für psychisch erkrankte Erwachsene standen 2014 im LKH Rankweil – Allgemein- und Gerontopsychiatrie zusammengenommen – 210 stationäre Behandlungsplätze (AF 30) zur Verfügung, das sind 55 Plätze pro 100.000 Einw. Zusätzlich sind sechs tagesklinische Plätze ausgewiesen, zu denen allerdings bisher keine Datenblätter C abgegeben wurden. Die Inanspruchnahme aus den städtischen Verdichtungsräumen zeigt für das Berichtsjahr 2014 gewisse Ungleichmäßigkeiten: So wurden – bezogen auf die Einwohnerzahl – aus den städtischen Regionen des Bezirks Dornbirn vergleichsweise weniger Erwachsene im LKH Rankweil stationär psychiatrisch behandelt. (Abbildung 2.4.1).

Abb. 2.4.1 Inanspruchnahme LKH Rankweil (Stationen für Erwachsene) 2014*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

Die Zahl der im LKH Rankweil stationär behandelten und mit einem Datenblatt C dokumentierten Erwachsenen ist gegenüber den Vorjahren weiterhin rückläufig (Tabelle 2.4.1). Dies liegt vermutlich an einer abnehmenden Zahl von Doppelzählungen durch das LKH Rankweil, wo offensichtlich in den vergangenen Jahren trotz gegenteiliger Richtlinien teilweise ein Datenblatt pro Aufenthalt statt pro behandelter Person im Berichtsjahr übermittelt wurde. Die Gesamtdauer der stationären Behandlungen liegt – unabhängig von der Zahl der Aufenthalte – überwiegend bei ein bis vier Wochen pro Jahr. Bei den sehr lange behandelten Personen (>91 Tage im Berichtsjahr) ergeben sich überdurchschnittliche Werte beim psychosozialen Risikoscore, hier handelt es sich hauptsächlich um Menschen mit psychotischen Erkrankungen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Datenqualität

für die stationär im LKH Rankweil behandelten Personen in Bezug auf die Merkmale des psychosozialen Risikoscore verbesserungsbedürftig ist.

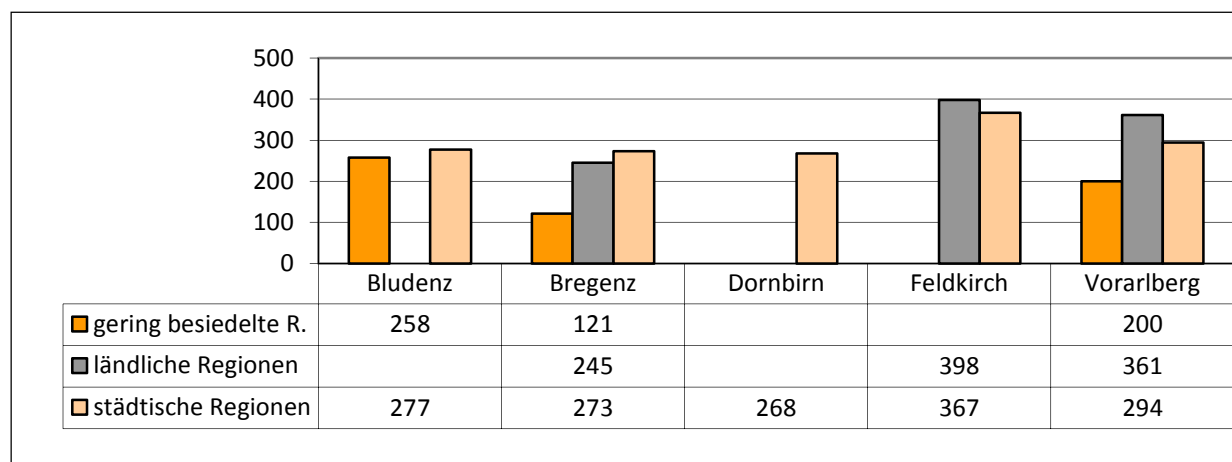
Tab. 2.4.2 Merkmale im LKH Rankweil stationär behandelter Erwachsener

Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2012	2431	694	1088	522	88
	2013	2229	732	994	437	66
	2014	2016	725	863	387	41
Männer (K9)	2012	49 %	40 %	50 %	57 %	36 %
	2013	47 %	38 %	48 %	56 %	39 %
	2014	48 %	41 %	53 %	46 %	46 %
<45 Jahre (K11)	2012	50 %	67 %	42 %	42 %	75 %
	2013	52 %	67 %	41 %	49 %	65 %
	2014	57 %	64 %	52 %	51 %	52 %
Psychose (K16 / DG 3)	2012	28 %	12 %	27 %	44 %	68 %
	2013	27 %	11 %	28 %	44 %	78 %
	2014	27 %	11 %	29 %	47 %	63 %
Risikoscore (K14)*	2012	18,4	19,2	18,2	17,9	20,6
	2013	18,3	19,0	18,0	18,0	19,5
	2014	20,3	20,8	19,8	20,4	21,6

*) Ist der Wert des Risikoscore in kursiver Schrift angezeigt, liegt der Anteil der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %.

Die Notfallambulanz des LKH Rankweil für Erwachsene wird regional ungleichmäßig genutzt, vergleichsweise am häufigsten aus ihrem Nahbereich im Bezirk Feldkirch (Abbildung 2.4.2). Zumindest im ambulant-teilstationären Bereich sollten die spezifischen Hilfsangebote des LKH Rankweil künftig auch im Unterland verfügbar sein.

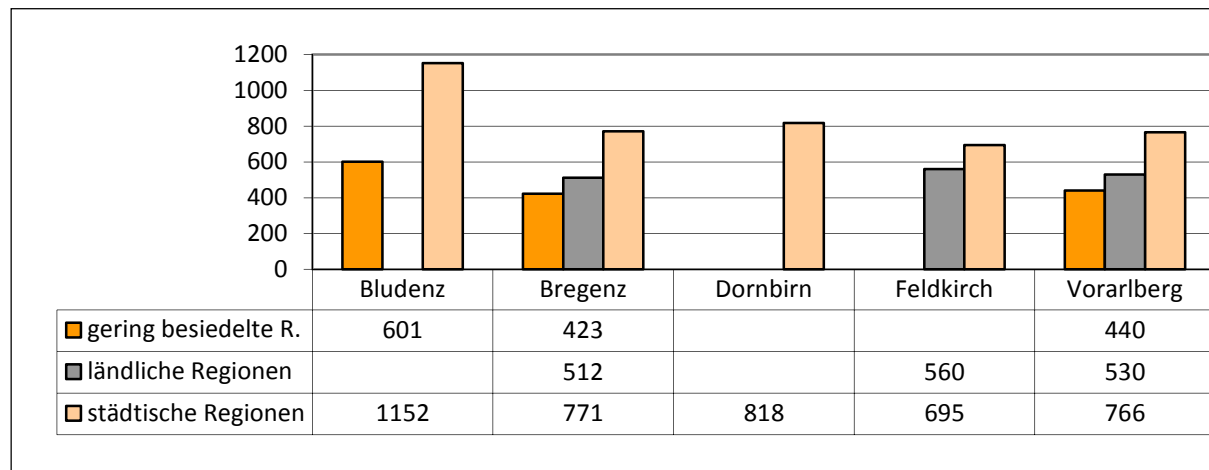
Abb. 2.4.2 Inanspruchnahme Ambulanz für Erwachsene LKH Rankweil 2014*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

Für chronisch und schwer psychisch erkrankte Personen im Erwachsenenalter gibt es ein dezentral ausgebautes Angebot ambulanter Integrationshilfen. Es heißt ambulante sozial-psychiatrische (Langzeit-)Betreuung, soll eine multidisziplinäre Behandlung im gewohnten Lebensumfeld gewährleisten und stationär behandlungsbedürftigen Krisen vorbeugen. Sie wird vom Arbeitskreis Sozialmedizin (aks; Code 02.05 und 02.06) und von pro mente Vorarlberg (pmV; Code 11.06) an insgesamt sieben Standorten angeboten, und zwar in Bregenz, Götzis, Egg, Feldkirch, Bludenz und zweimal in Dornbirn. Die Inanspruchnahmeziffer liegt in der Stadt Bludenz besonders hoch. Ansonsten zeigt sich hier dank wohnortnaher Angebote eine regional einigermaßen gleichmäßige Nutzung mit der erwarteten häufigeren Inanspruchnahme in städtischen Regionen (Abbildung 2.4.3).

Abb. 2.4.3 Inanspruchnahme ambulante sozialpsychiatrische Betreuung 2014*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

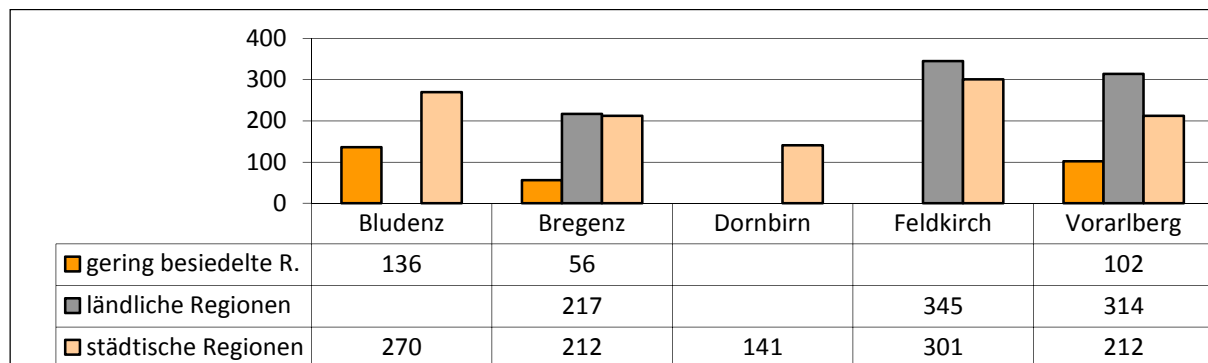
Die ambulante sozialpsychiatrische (Langzeit-)Betreuung für Erwachsene wird meist über alle vier Quartale pro Jahr geleistet (Tabelle 2.4.2). Psychotisch erkrankte Menschen (K16, Diagnosegruppe 3) bilden eine Hauptzielgruppe dieses Angebots, sie werden auch eher kontinuierlich über alle vier Quartale im Jahr betreut. Ihr Anteil an den insgesamt hier betreuten Personen ist höher als in der Klinik, liegt aber noch unter 40%. Die von Psychose betroffenen Männer erkranken im Durchschnitt in jüngerem Alter als Frauen und zeigen einen ungünstigeren Krankheitsverlauf. Im Vergleich zur stationären Behandlung im LKH Rankweil ist der Männeranteil (K9) hier geringer, und es werden weniger jüngere Menschen (K11) betreut. Geringer als erwünscht sind die Unterschiede beim Durchschnittswert des psychosozialen Risikoscores (K14) zwischen kurzfristig und kontinuierlich betreuten Patientinnen und Patienten. Angestrebt werden sollten einerseits leicht zugängliche, niederschwellig tätige, kurzfristige Kriseninterventionen, andererseits gut geplante und regelmäßig überprüfte längerfristige Betreuungen für Patientengruppen mit komplexen Problemlagen, die in der Regel auch hohe Werte beim Risikoscore aufweisen.

Tab. 2.4.3 Patientenmerkmale ambulante sozialpsychiatrische Betreuung

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2012	2305	334	354	287	1329
	2013	2377	397	347	290	1314
	2014	2645	454	372	353	1451
Männer (K9)	2012	38 %	40 %	36 %	37 %	37 %
	2013	36 %	36 %	36 %	38 %	37 %
	2014	38 %	41 %	39 %	38 %	36 %
<45 Jahre (K11)	2012	47 %	56 %	42 %	49 %	41 %
	2013	41 %	42 %	48 %	44 %	37 %
	2014	39 %	48 %	49 %	41 %	33 %
Psychose (K16 / DG 3)	2012	39 %	28 %	34 %	28 %	45 %
	2013	38 %	32 %	31 %	33 %	42 %
	2014	38 %	30 %	35 %	32 %	53 %
Risikoscore (K14)	2012	18,8	17,7	18,0	18,2	19,2
	2013	19,1	18,4	18,6	18,8	19,5
	2014	19,0	18,3	18,1	18,3	19,5

Bereits seit 2008 sind die psychotherapeutischen Angebote des Vereins „Gemeinsam Leben Lernen“ (GLL) an der Psychiatrieberaterstättung beteiligt. Für das Berichtsjahr 2014 standen nun erstmals auch die Datensätze der von pro mente Vorarlberg im Integrationshilfeprodukt „Psychotherapeutische Interventionen“ ambulant behandelten Patientinnen und Patienten zur Auswertung zur Verfügung. Die Ergebnisse zeigen, dass hier ganz überwiegend Frauen ambulant oder teilstationär behandelt werden; der Frauenanteil liegt zwischen 63% und 80%. Der Durchschnittswert des Psychosozialen Risikoscore ist für Psychotherapie-Angebote recht hoch; er liegt bei den 777 über das pmV-Produkt ambulant behandelten Personen bei 15,9. Die Angebote des Vereins GLL erreichen sogar eine Gruppe von Personen mit einem erhöhten Risiko für Langzeit-Hospitalisation: Bei den 28 tagesklinisch behandelten Personen betrug der Wert 2014 23,6 und bei den ambulant behandelten 20,0. Eine Auswertung der 773 Datensätze der in Vorarlberg wohnenden und über das pmV-Psychotherapie-Angebot 11.03 behandelten Personen nach regionalen Gesichtspunkten zeigt, dass die Inanspruchnahmeziffer im Bezirk Feldkirch etwa doppelt so hoch ist wie im Bezirk Dornbirn und nur ganz wenige Personen aus dem Bregenzerwald behandelt wurden (Abbildung 2.4.4).

Abb. 2.4.4 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie (nur pmV-Angebot 11.03) 2014*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

2.5 Ergebnisse zur Suchthilfe

Die Angebote der Suchthilfe wurden anlässlich der Vorarbeiten zum Vorarlberger Drogenbericht 2012 im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichtserstattung ausführlich dargestellt.¹⁰ Alle im Produktkatalog der Vorarlberger Integrationshilfen aufgeführten und im Land selbst lokalisierten sozialpsychiatrischen Angebote der Suchthilfe wurden in die regionale Psychiatrieberichtserstattung einbezogen (Tabelle 2.5.1).

Tab. 2.5.1 Angebote Suchthilfe nach Angebotsform 2014*

Code Träger	Leistungsart	ambulant				stationär	
		12	13	16	19	30	36
05.00	Caritas Vorarlberg	(2)	1	8	5		1
06.00	Do it yourself	(1)		1			
07.00	Ex & Hopp	(1)		2			
08.00	Die Faehre			1	1		
09.00	Stiftung Maria Ebene			4	4	3	1
Summe der Angebote mit Datenblatt C		0	1	16	10	3	2

*) in Klammern gesetzt Angebote ohne Beteiligung an Datenerhebung mit Datenblatt C

Sie werden mit Ausnahme der stationären und ambulanten Behandlungsleistungen des Krankenhauses der Stiftung Maria Ebene (ME) überwiegend aus Mitteln des Sozialfonds finanziert. Unterschieden werden in der Suchthilfe unverbindliche Angebote mit Café- bzw.

¹⁰ Elgeti H (2012): Angebote der Suchthilfe im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichtserstattung – aktualisierter Bericht mit Daten des Jahres 2011. <http://www.vorarlberg.at/suchthilfe>

Kontaktstellenfunktion (AF 12 – Abgabe von Datenblättern C nicht erforderlich), Maßnahmen ambulanter Psychotherapie (AF 19) und ambulanter Behandlung, Stabilisierung bzw. Substitution (AF 16), stationärer Behandlung (AF 30) und Wohnbetreuung (AF 36).

Die Suchthilfe ist gut ausgebaut und umfasst im ambulanten Bereich einen beträchtlichen Anteil am Platzangebot der Institutions-bezogenen psychiatrischen Versorgung. 2014 betrug ihr Anteil bei den stationären Integrationshilfen (AF 33, 36 und 37) nur 8 %; bei den Klinikbetten (AF 30 und 31) waren es 26 %, wobei allerdings lediglich 53 % der Personen, die im Krankenhaus der Stiftung ME stationär behandelt wurden, in Vorarlberg wohnten.

Tab. 2.5.2 Anteil Suchthilfe an der gesamten psychiatrischen Versorgung 2014

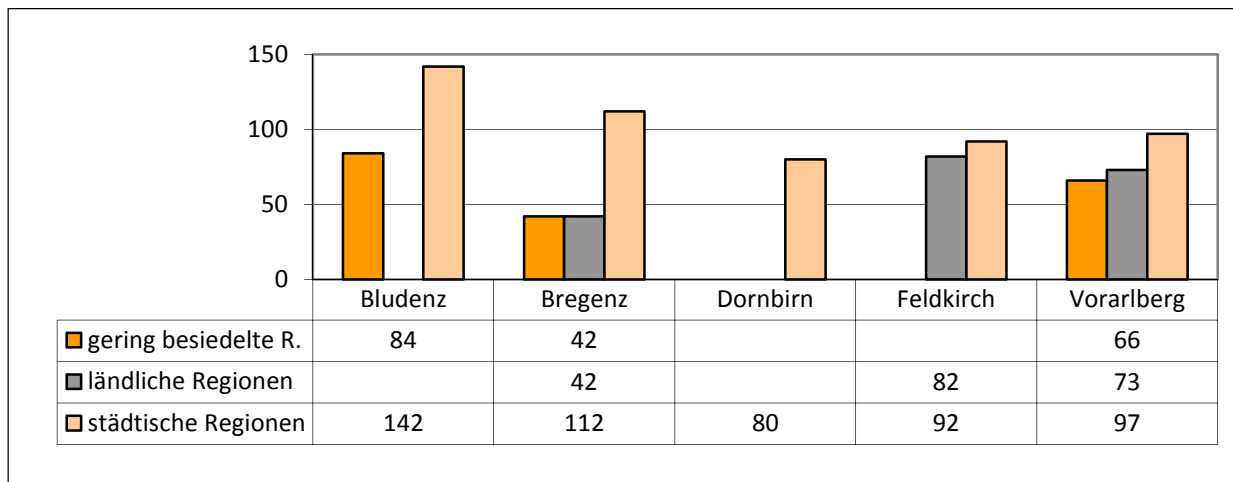
	vollstationäre Hilfen						nicht-vollstationäre Hilfen					
	Klinikbehandlung			Integrationshilfen			Klinikambulanzen			Integrationshilfen		
	alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen	
Plätze	330	85	26 %	149	12	8 %	1978	1406	71 %	6451	1751	27 %
Db C	2718	569	21 %	230	29	13 %	3165	1757	56 %	8899	2415	27 %
K15*	27	46		2,8	1,9		2,5	3,2		2,9	2,9	

*) Betreuungskontinuität (K15): bei Klinikbehandlungen in Tagen, sonst in Quartalen pro Jahr

Bei den nicht-vollstationären Integrationshilfen wurden 2014 27 % der belegten Plätze von der Suchthilfe angeboten, bei den Klinikambulanzen (LKH Rankweil, Stiftung Carina, Stiftung ME) waren es 71 %. Geschätzt wurde das Platzangebot nicht-vollstationärer Hilfen mangels entsprechender Angaben im Datenblatt A über die Anzahl belegter Plätze pro Quartal. Berechnet wurde dieser Wert aus der Anzahl Datenblätter C und der durchschnittlichen Betreuungskontinuität (Quartale pro Jahr) eines Hilfsangebots (Tabelle 2.5.2).

240 der insgesamt 569 Personen, die laut Datenblatt C 2014 im Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene (Angebote 09.01, 09.07 und 09.08) stationär behandelt wurden, waren nicht in Vorarlberg zu Hause. Ihre Aufenthaltsdauer lag mit 48 Tagen im Jahr etwas oberhalb derjenigen der Einheimischen (44 Tage). Für die medizinische Rehabilitation von Vorarlberger Suchtkranken standen demnach 2014 48 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung, wenn man von den insgesamt 85 Plätzen einen Anteil von 44 % für die von auswärts kommenden Personen abzieht. Bei rund 380.000 Einw. sind das etwa 13 Plätze pro 100.000 Einw. Nicht eingerechnet sind hier auch diejenigen Vorarlberger Suchtkranken, die sich in entsprechenden Kliniken außerhalb des Landes behandeln lassen. Nach den Angaben zum Wohnort der betreuten Personen im Datenblatt C ist die Inanspruchnahmeziffer für die städtischen Verdichtungsräume des Bezirks Bregenz und insbesondere die Stadt Bludenz am höchsten, für den Bregenzerwald und das Leiblachtal besonders niedrig (Abbildung 2.5.1).

Abb. 2.5.1 Inanspruchnahme stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME 2014*



*) Inanspruchnahmезiffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

In der Klinik dominieren Behandlungen zwischen ein und drei Monaten. Bei den sehr lang (mehr als 3 Monate) behandelten Patientinnen und Patienten liegt der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) über den Werten der kürzer behandelten Personen und deutlich über den Werten für die Allgemeinpsychiatrie im LKH Rankweil (Tabelle 2.5.2). Hier handelt es sich meist um jüngere drogenabhängige Menschen mit komplexen psychosozialen Problemlagen, für die es zwei Therapiestationen (Carina und Lukasfeld) sowie – zur Nachsorge im Rahmen der Integrationshilfe – eine Wohngemeinschaft (AF 36) gibt.

Tab. 2.5.3 Patientenmerkmale stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME

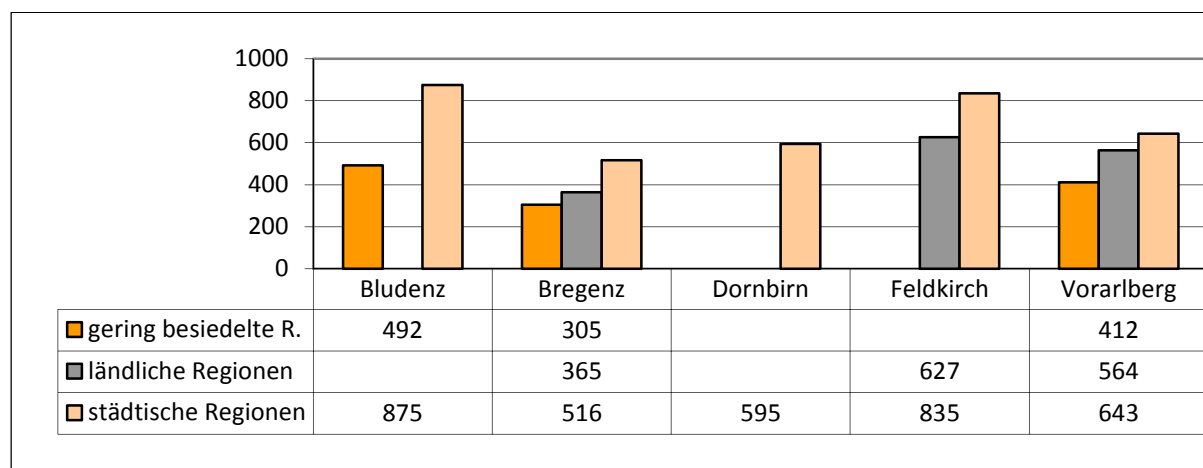
Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2012	548	52	137	307	52
	2013	588	49	176	308	55
	2014	569	43	193	276	57
Männer (K9)	2012	69 %	71 %	66 %	71 %	62 %
	2013	68 %	78 %	67 %	67 %	65 %
	2014	67 %	63 %	68 %	67 %	70 %
<45 Jahre (K11)	2012	58 %	63 %	71 %	50 %	71 %
	2013	57 %	73 %	64 %	46 %	87 %
	2014	56 %	70 %	68 %	41 %	72 %
Risikoscore (K14)	2012	21,6	22,0	21,6	21,3	22,7
	2013	21,7	21,2	21,9	21,4	23,1
	2014	21,9	21,9	22,2	21,1	23,6

*) Ist der Wert des Risikoscore in kursiver Schrift angezeigt, liegt der Anteil der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %

Die ambulanten Beratungsstellen für Drogenabhängige verteilen sich über die vier größeren Städte Vorarlbergs und unterscheiden sich in ihrem Leistungsspektrum. Neben einem unverbindlichen Café-Angebot (AF 12) führen die Kontakt- und Anlaufstellen von Caritas (05.06), do it yourself (06.01) sowie Ex & Hopp (07.01 und 07.03) auch Stabilisierungs- und Substitutionsprogramme (AF 16) durch. Die Beratungs- und Therapiestelle Die Faehre (08.01 / 08.03) sowie die Clean-Beratungsstellen der Stiftung Maria Ebene in Bregenz (09.09 / 09.11), Feldkirch (09.03 / 09.04) und Bludenz (09.10 / 09.12) bieten neben Programmen zur Stabilisierung bzw. Substitution (AF 16) auch Psychotherapie (AF 19) an. Diese Angebotskombination haben auch die Suchtfachstellen der Caritas in Feldkirch (05.01 / 05.04), Bregenz (05.11 / 05.12), Dornbirn (05.13 / 05.14), Egg (05.15 / 05.16) sowie Bludenz (05.17 / 05.18). Sie sind ebenso wie die Suchtmedizinische Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene (09.06; AF 16) auf Alkoholprobleme spezialisiert. Daneben unterhält die Caritas noch eine Kontaktstelle bei Essstörungen (05.03; AF 16).

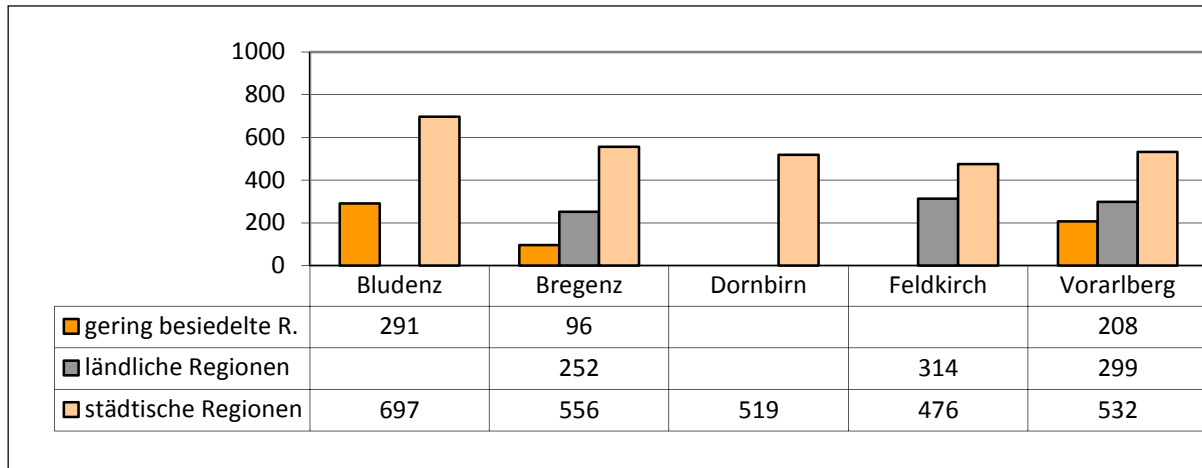
Bei der Auswertung der Datenblätter C der verschiedenen ambulanten Angebote der Suchthilfe (AF 16 und AF 19) überwiegen die Alkohol- gegenüber den Drogenabhängigen. Bei den von der Caritas und der Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene betreuten – vor allem alkoholkranken – Personen fällt eine vergleichsweise höhere Inanspruchnahme im Oberland auf (Abbildung 2.5.2). Das ist der Nahbereich des Standortes der Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses der Stiftung Maria Ebene in Frastanz, die den Großteil der hierbei einbezogenen Datenblätter C geliefert hat. In der ambulanten Drogenhilfe dagegen liegt die Inanspruchnahmeziffer in der Stadt Feldkirch mit Kuppenberg deutlich unter den städtischen Regionen in den anderen Bezirken; sehr hoch ist die Inanspruchnahme in der Stadt Bludenz (Abbildung 2.5.3).

Abb. 2.5.2 Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe (ohne Drogenhilfe) 2014*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

Abb. 2.5.3 Inanspruchnahme ambulante Drogenhilfe 2014*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

Der Vergleich einiger Merkmale der von der ambulanten Suchthilfe betreuten Personen (unter Ausschluss der Psychotherapieprogramme der AF 19) zeigt zunächst eine häufig kontinuierlich durchgeführte Betreuung über alle vier Quartale (Tabelle 2.5.4). Mit der Anzahl der Behandlungsquartale pro Jahr steigt der Altersdurchschnitt der betreuten Personen an (geringere Werte bei K11), kaum jedoch der Durchschnittswert ihres psychosozialen Risikos (K14). Hier stellt sich die Frage, ob künftig nicht stärker unterschieden werden sollte zwischen einer leicht erreichbaren und kurzfristigen Krisenintervention einerseits sowie einer auf Hochrisikogruppen konzentrierten längerfristigen multidisziplinären Betreuung andererseits.

Tab. 2.5.4 Patientenmerkmale ambulante Suchthilfe (nur AF 16)

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2012	2317	360	367	291	1233
	2013	2521	442	393	272	1409
	2014	2915	437	429	349	1700
Männer (K9)	2012	66 %	64 %	72 %	60 %	67 %
	2013	63 %	56 %	53 %	64 %	66 %
	2014	62 %	62 %	58 %	60 %	63 %
<45 Jahre (K11)	2012	51 %	59 %	58 %	53 %	46 %
	2013	49 %	59 %	51 %	52 %	45 %
	2014	48 %	55 %	56 %	54 %	42 %
Risikoscore (K14)	2012	18,3	17,6	18,5	18,3	18,5
	2013	17,8	16,9	17,1	17,6	18,2
	2014	17,9	17,6	17,7	17,0	18,1

2.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie befindet sich im Umbruch (siehe dazu im Detail Abschnitt 1.1.1): Der Vertrag zwischen der Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG) und der Stiftung Carina wurde im Frühjahr 2015 gelöst. Die bislang von der Stiftung Carina angebotenen stationären kinderpsychiatrischen Kapazitäten (AF 31) als auch die tagesklinischen Leistungen in Bregenz (AF 21) werden seit August 2015 nicht mehr vom Sozialfonds finanziert. Ab Herbst 2015 werden die stationären und tagesklinischen KJP-Angebote ausschließlich von der KHBG vorgehalten. Diese organisatorischen Veränderungen finden ihren Niederschlag erst im Psychiatriebericht 2016. Den Ist-Stand der KJP-Versorgung zum 31.12.2014 bietet Tabelle 2.6.1.

Bei den Einrichtungsträgern der Integrationshilfe hat der Arbeitskreis Sozialmedizin (aks) einen kinderpsychiatrischen Schwerpunkt, während sich pro mente Vorarlberg (pmV) bisher auf die Jugendpsychiatrie konzentriert hat, inzwischen aber auch ein Angebot für Kinder bereithält. Neben den Ambulanzen im Unter- und Oberland (Dornbirn und Nenzing) mit drei Integrationshilfeprodukten (AF 11) bietet pmV auch ein tages- und wochenstrukturierendes Beschäftigungsprojekt (AF 27 bzw. AF 17) sowie betreutes Wohnen in Gastfamilien (AF 37) an (Tabelle 2.6.1). Ein sehr aufwändiges und auf die individuellen Bedürfnisse besonders schwierig zu betreuender Jugendlicher angepasstes Programm ist die Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB; AF 37) des Instituts für Sozialdienste (IfS). Neu ist der Einrichtungsträger Jupident mit fünf vollstationären Angeboten (AF 37) und einem teilstationären (AF 27) Angebot an der Psychiatrieberaterstattung beteiligt.

Tab. 2.6.1 Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angebotsform 2014

Code Träger	Leistungsart	ambulant		teilstationär		stationär	
		11	17	21	27	31	37
01.00	LKH Rankweil	1		(1)		1	
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	1					
03.00	aqua mühle				1		
04.00	Stiftung Carina	1		1		1	
11.00	pro mente Vorarlberg	3	1		1		1
17.00	Institut für Sozialdienste						1
21.00	Jupident				1		5
Summe der Angebote mit Datenblatt C		6	1	1 (+1)	3	2	7

Die Beteiligung von Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der anonymisierten personenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C hat seit dem ersten Berichtsjahr 2007 deutlich zugenommen. Für das Berichtsjahr 2012 kam erstmals ein modifizierter Datensatz zum Einsatz, der gemeinsam mit den Systempartnern entwickelt wurde und inzwischen in die Routine übergegangen ist. Es konnte gezeigt werden, dass – ähnlich wie in der Erwachsenenpsychiatrie – auch für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche das psychosoziale Risiko mittels

eines multidimensionalen Score ermittelt werden kann. Von den 1.841 Datenblättern C, die von Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Berichtsjahr 2014 zur Auswertung kamen, ließ sich bei 63 % der Risikoscore berechnen. Dieser Anteil schwankte zwischen den einzelnen Hilfsangeboten zwischen 36 % und 100 %, abgesehen von den Angeboten des Trägers Jupident, das sich zum ersten Mal an der Datenerhebung beteiligte. Während die stark schwankende Zahl der Datensätze aus der jugendpsychiatrischen Station des LKH Rankweil offenbar auf einer teilweise unvollständigen Datenerhebung bzw. -abgabe beruht, dürften sie in Bezug auf die aks-Kinderdienste mit dortigen Unklarheiten bei der Zuordnung der betreuten Kinder zu einer explizit psychiatrischen Intervention zusammenhängen. Da die Jugendlichen, die in den beiden großen ambulanten Hilfsangeboten 11.01 und 11.07 von pro mente Vorarlberg betreut werden, fast identisch sind, wurden die 395 Datensätze des Angebots 11.07 (AF 17) im weiteren Auswertungsverlauf nicht berücksichtigt.

Tab. 2.6.2 Datenerhebung von Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie

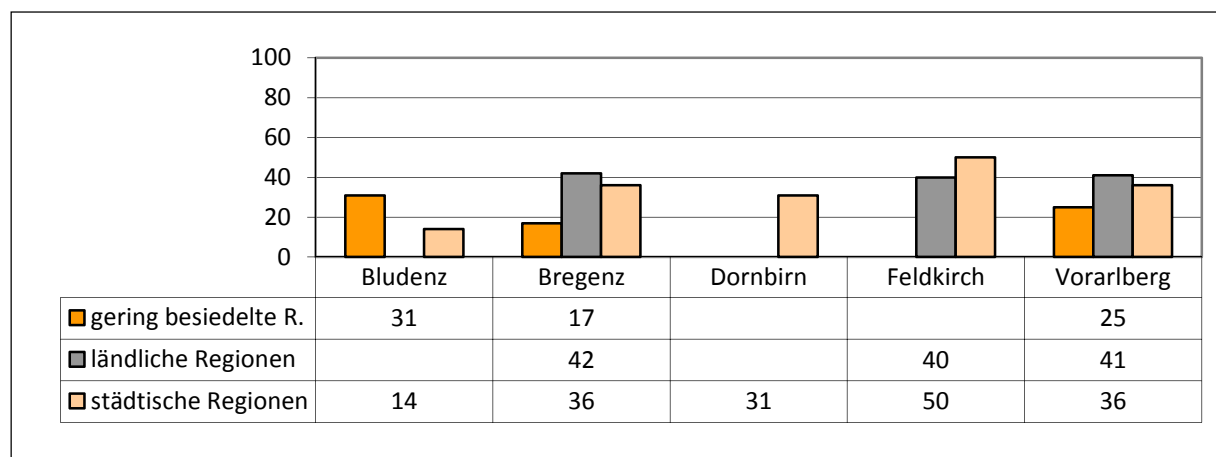
AF	Code	Anzahl ausgewerteter Datenblätter C								mit psR
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
11	01.06 LKH Ambulanz				174	167	140	133	216	61 %
	02.01 aks KJP med. Reha			111	186	<i>(Angebot entfallen)</i>				
	02.04 aks FÄ-Sprechtag			844		199	583	789	445	36 %
	04.01 Carina KJP-Ambulanz	34	23	14	25	24	16	17	22	91 %
	11.01 pmV KJP med. Reha	190	219	239	275	275	301	364	376	78 %
	11.19 pmV spB für Kinder								13	92 %
	11.07 pmV KJP soz-psy. Betr.	170	236	262	310	290	322	376	395	78 %
17	11.14 pmV Ju-on-Job WS-Ang.							44	47	74 %
21	04.03 Carina KJP Tagesklinik	44	18	22	27	25	23	26	19	63 %
27	03.07 AM Lehrabschluss ASS							9		0 %
	11.14 pmV Ju-on-Job Werkth.				34	32	36	15	16	81 %
	17.03 IfS SIB Therap. Atelier				5	6	8	<i>(Angebot entfallen)</i>		
	21.06 Jupident Tagesgrp. BVS								16	25 %
31	01.05 LKH jugendpsy. Station					105	50	85	57	68 %
	04.02 Carina Stationen	49	61	77	120	82	79	81	76	78 %
37	11.13 pmV JuMeGa			12	24	25	22	25	23	87 %
	17.01 IfS SIB			5	6	9	12	10	8	100 %
	21.01 Jupident Ki-WG intensiv								12	100 %
	21.02 Jupident Ki-WG								44	5 %
	21.03 Jupident BVS Training								8	50 %
	21.04 Jupident BVS								18	33 %
	21.05 Jupident Ju-WG Training								15	67 %

Der 2012 erstmals erprobte psychosoziale Risikoscore für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche (psR-KJP) weist gegenüber dem etablierten Risikoscore für Erwachsene einige wichtige Unterschiede

auf (Formulare in Anlage 6). Alle acht einbezogenen Merkmale beeinflussen sehr deutlich die Höhe des Summenscores. Die Durchschnittswerte für die Nutzergruppen der verschiedenen Hilfsangebote für das Berichtsjahr 2014 variieren bei den ambulanten Behandlungen in der AF 11 in der Kinderpsychiatrie zwischen 13,8 und 14,9 und in der Jugendpsychiatrie zwischen 15,3 und 19,2. Bei den (tages-)klinischen Behandlungen liegt der entsprechende Wert in der Kinderpsychiatrie bei 16,1 und in der Jugendpsychiatrie bei 20,6.

Die Zahl der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelten und mit einem Datenblatt C dokumentierten Personen ist 2014 gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Die regionale Inanspruchnahme zeigt eine höhere Ziffer in den Bezirken Bregenz und Feldkirch als in den Bezirken Bludenz und Dornbirn; diese Befunde sind aufgrund der vergleichsweise geringen Gesamtzahl der Datensätze und eventuell unvollständiger Datenerhebung allerdings nicht sehr belastbar (Abbildung 2.6.1).

Abb. 2.6.1 Inanspruchnahme Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie 2014*



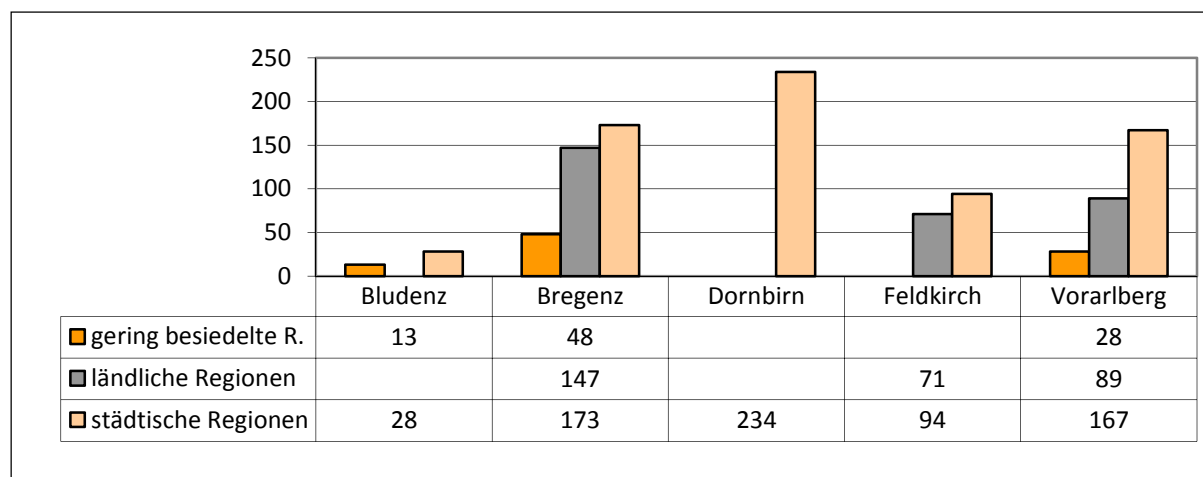
*) Inanspruchnahmезiffer (K26): Anzahl betreute Personen pro 100.000 Einw.

Tab. 2.6.3 Patientenmerkmale Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2012	129	7	25	49	48
	2013	166	36	35	58	37
	2014	133	22	21	53	37
Jungen (K9)	2012	66 %	57 %	48 %	73 %	69 %
	2013	59 %	42 %	44 %	69 %	73 %
	2014	56 %	41 %	62 %	53 %	68 %
Risikoscore (K14)	2012	16,9	15,5	17,3	16,6	17,2
	2013	17,8	18,4	18,6	17,4	17,0
	2014	18,0	20,1	17,9	18,2	16,5

Unter den Ambulanzen der Kinderpsychiatrie lieferte das Hilfsangebot „Fachärztliche Sprechtage“ des aks (02.04) für das Berichtsjahr 2014 die weitaus meisten Datenblätter C, wenn auch deutlich weniger als im Vorjahr (445 gegenüber 789). Demgegenüber hat die Ambulanz des Krankenhauses der Stiftung Carina (04.01) nur einen geringen Umfang; 2014 kamen von dort 22 Datenblätter C zur Auswertung (2013: 17). Bei der regionalen Verteilung lag die Inanspruchnahmehziffer 2014 im Unterland sehr viel höher als im Oberland (Abbildung 2.6.2); allerdings wurden in den Vorjahren auch schon ganz andere Ergebnisse registriert. So ist auch hier bei der Interpretation Vorsicht geboten.

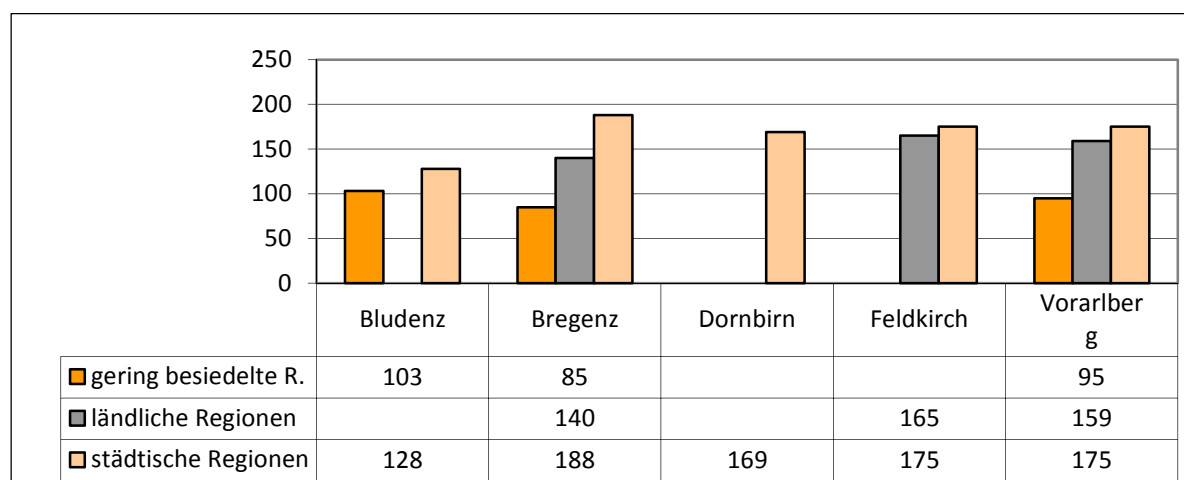
Abb. 2.6.2 Inanspruchnahme Ambulanzen Kinderpsychiatrie 2014*



*) Inanspruchnahmehziffer (K26): Anzahl behandelter Personen pro 100.000 Einw.

Die regionale Verteilung der Inanspruchnahme der Ambulanzen der Jugendpsychiatrie von pmV in Dornbirn und Nenzing sowie vom LKH in Rankweil war demgegenüber 2014 gleichmäßiger, im Bezirk Bludenz noch relativ am geringsten (Abbildung 2.6.3). Hier hat sich die Einrichtung einer jugendpsychiatrischen Ambulanz im Oberland (Nenzing) durch pro mente Vorarlberg im Jahre 2012 bereits positiv bemerkbar gemacht.

Abb. 2.6.3 Inanspruchnahme Ambulanzen Jugendpsychiatrie 2014*



*) Inanspruchnahmehziffer (K26): Anzahl behandelter Personen pro 100.000 Einw.

Mit der verstärkten Beteiligung des Angebots „Fachärztliche Sprechtage“ des aks ging der Anteil von kontinuierlich über drei oder vier Quartale betreuten Personen stark zurück (Tabelle 2.6.4). Trotz der Häufung komplizierter Problemlagen bei Jungen nimmt deren Anteil mit zunehmender Behandlungskontinuität in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab.

Tab. 2.6.4 Patientenmerkmale Ambulanzen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2012	1040	638	228	91	83
	2013	1303	918	196	103	67
	2014	1072	580	212	136	144
Jungen (K9)	2012	60 %	62 %	61 %	43 %	59 %
	2013	63 %	66 %	64 %	52 %	42 %
	2014	55 %	58 %	55 %	54 %	47 %
Risikoscore (K14)	2012	15,3	14,9	15,1	16,1	16,1
	2013	14,9	14,7	15,0	15,2	16,6
	2014	16,0	16,2	15,5	15,1	16,7

2.7 Ergebnisse zur stationären Wohnbetreuung

Zur stationären Wohnbetreuung psychisch erkrankter Menschen gibt es in Vorarlberg eine Reihe von Angeboten in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), Suchthilfe (AF 36) und Jugendpsychiatrie (AF 37). Viele Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen werden auch in der Wohnungslosenhilfe betreut. Daher wurden in den vergangenen Jahren nach und nach auch vier Einrichtungen stationärer Hilfen in diesem Bereich (AF 35) in die Psychiatrieberichte mit einbezogen.

Die zahlreichen Angebote stationärer Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33) wurden für das Berichtsjahr 2012 erstmals um ein Angebot ambulant betreuten Wohnens ergänzt (AF 13). Bei den stationären Angeboten unterscheidet der Produktkatalog der Integrationshilfen zwischen „Reha-Wohnen“ und „Langzeit-Wohnen“. Im Vergleich dieser beiden Produktgruppen werden im Reha-Wohnen in der Regel eher Männer und meist jüngere Menschen betreut (Tabelle 2.7.1).

Tab. 2.7.1 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Allgemeinpsychiatrie

	Merkmal	Jahr	Platzangebot (K1)	Anzahl DB C (K3)	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risikoscore (K14)	Quartale pro Jahr (K15)
13	02.16 aks amb. betr. W.	2013	3	4	25 %	25 %		18,7	3,2
		2014	5	5	40 %	80 %	25 %	22,5	3,6
	03.06 aqua ambulant betr. Wohnen	2012	25	22	77 %	68 %	23 %	20,8	2,2
		2013	11	20	75 %	70 %	20 %	20,4	3,0
		2014	15	23	83 %	57 %	48 %	20,9	3,2
33	03.01 aqua Indiv.-betr. Wohnen	2012	3	3	67 %	100 %	67 %	23,7	2,0
		2013	1	4	61 %	100 %	25 %	25,5	2,2
		2014	2	6	100 %	67%	50 %	25,0	2,3
	03.03 aqua Betr. Wohnen	2012	21	58	60 %	67 %	45 %	24,2	3,1
		2013	26	66	61 %	70 %	52 %	23,5	3,0
		2014	26	43	63 %	67 %	37 %	22,6	3,3
	02.08 aks Reha-Wohnen	2012	10	12	75 %	83 %	18 %	23,7	3,2
		2013	10	11	64 %	82 %	18 %	24,1	3,3
		2014	10	10	70 %	70 %	10 %	24,4	2,6
	02.09 aks LZ-Wohnen teilbetreut	2012	4	7	57 %	50 %	43 %	22,6	2,7
		2013	4	4	50 %	50 %	75 %	24,7	4,0
		2014	4	5	40 %	40 %	40 %	23,2	3,2
	02.10 aks LZ-Wohnen vollbetreut	2012	10	14	64 %	62 %	43 %	22,6	2,8
		2013	10	14	57 %	57 %	29 %	22,7	3,0
		2014	10	14	50 %	64 %	29 %	21,8	3,1
	11.09 pmVReha-Wohnen	2012	38	48	69 %	98 %	13 %	23,1	3,0
		2013	38	46	70 %	87 %	18 %	23,5	3,0
		2014	38	43	56 %	81 %	14 %	22,2	2,7
	11.10 pmV LZ-Wohnen teilbetreut	2012	17	22	64 %	46 %	9 %	23,0	3,7
		2013	17	26	69 %	54 %	12 %	24,0	3,3
		2014	8	23	70 %	57 %	4 %	22,9	3,6
	12.01 SozPsy Bregenz Reha-Wohnh.	2012	16	19	79 %	74 %	26 %	24,3	3,3
		2013	14	21	71 %	67 %	24 %	24,5	2,6
		2014	14	15	73 %	67 %	13 %	24,3	2,8
	13.01 VSG Rankweil LZ-Wohnheim	2012	10	11	55 %	27 %	36 %	23,3	4,0
		2013	10	11	55 %	18 %	36 %	24,3	4,0
		2014	9	11	46 %	18 %	55 %	24,5	3,0
	alle stationären Wohnbetreuungen (AF 33)	2012	129	194	66 %	71 %	27 %	23,6	3,1
		2013	130	203	65 %	69 %	32 %	23,7	3,1
		2014	121	170	62 %	65 %	24 %	24,3	3,0

Ein Vergleich der stationären Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie mit derjenigen psychisch erkrankter Menschen in Wohnungsloseneinrichtungen (siehe dazu Tabelle 2.7.2) zeigt, dass dort mehr Personen der Zielgruppe betreut werden, der Anteil an Männern höher und der Risikoscore nicht geringer ist. Nimmt man die stationären Integrationshilfen in der Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe dazu Tabelle 2.7.3) hinzu, so machten die in der Berichterstattung erfassten psychisch kranken Wohnungslosen 2014 über die Hälfte aller erfassten Patientinnen und Patienten in stationärer Wohnbetreuung aus. 26 % von ihnen leiden an einer psychotischen Erkrankung. Dieser

Befund lässt vermuten, dass ein Teil der chronisch psychisch erkrankten Menschen trotz eines gut ausgebauten sozialpsychiatrischen Hilfesystems nicht in ihrem gewohnten Lebensumfeld gehalten werden konnte. Es wäre wünschenswert, wenn für diese Betroffenen, die aus dem psychiatrischen Hilfesystem herausgefallen sind oder bisher noch keinen Zugang dazu fanden, in jedem Einzelfall eine qualifizierte sozialpsychiatrische Behandlung und Betreuung angeboten werden könnte. Hier sind verstärkte Anstrengungen zur Prävention ungünstiger Krankheitsverläufe und zur Rehabilitation und Teilhabe auch solcher Personen nötig, die besonders schwierig zu betreuen sind.

Tab. 2.7.2 Nutzermerkmale psychisch erkrankter Menschen in Wohnungsloseneinrichtungen

	Merkmal	Jahr	Platzangebot (K1)	Anzahl DB C (K3)	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko-score (K14)*	Quartale pro Jahr (K15)	
35	18.01 Kolpinghaus Götzis (KHG)	2012	40	69	94 %	49 %	33 %	23,4	2,7	
		2013	40	78	86 %	53 %	37 %	24,0	2,5	
		2014	44	56	86 %	46 %	34 %	26,3	3,1	
	18.03 KHG ausgelagerte WG	2012	4	4	100 %	50 %	75 %	24,2	3,2	
		2013	3	4	100 %	50 %	75 %	22,7	3,2	
		2014	3	4	100 %	50 %	100 %	27,0	3,2	
	19.01 Kolpinghaus Bregenz	2012	85	110	80 %	50 %	22 %	24,7	3,2	
		2013	85	126	81 %	57 %	18 %	24,2	2,9	
		2014	85	126	79 %	53 %	16 %	23,9	3,0	
	20.01 Kaplan-Bonetti-Haus	2012	<i>(Teilnahme an Datenerhebung erst ab 2013)</i>							
		2013	108	46	72 %	54 %	36 %	23,9	2,7	
		2014	108	213	81 %	64 %	8 %	24,2	2,3	
alle Wohnungsloseneinrichtungen (AF 35)	2012	129	183	86 %	50 %	31 %	24,2	3,0		
	2013	236	254	81 %	55 %	28 %	24,1	2,8		
	2014	240	399	81 %	58 %	15 %	24,5	2,7		

*) Ist der Wert des Risikoscore in kursiver Schrift angezeigt, liegt der Anteil der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %.

Tab. 2.7.3 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Suchthilfe und KJP

	Merkmal	Jahr	Platz- angebot (K1)	Anzahl DB C (K3)	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko- score (K14)*	Quartale pro Jahr (K15)	
36	09.02 Maria Ebene WG Lukasfeld	2012	6	9	67 %	89 %		23,4	2,8	
		2013	6	15	73 %	73 %		23,3	1,7	
		2014	6	13	77 %	85 %	8 %	23,3	1,5	
	05.05 Caritas Nachbetreu-ungs- WG	2012	6	19	74 %	84 %	11 %	23,8	1,8	
		2013	6	14	64 %	64 %		23,4	1,9	
		2014	6	16	75 %	69 %		22,6	2,2	
37	11.13 pmV JuMeGa	2012	10	22	50 %	100 %		17,5	2,4	
		2013	10	25	48 %	100 %		18,6	2,3	
		2014	10	23	65 %	100 %	5 %	18,8	2,6	
	17.01 IfS SIB	2012	9	12	58 %	100 %	42 %	23,0	2,8	
		2013	7	10	40 %	100 %	70 %	24,0	2,9	
		2014	6	8	50 %	100 %	50 %	22,4	2,5	
	Jupident	21.01	2014	9	12	83 %	100 %	42 %	22,8	3,0
		21.02		50	44	57 %	100 %	86 %	19,5	3,6
		21.03		9	8	25 %	100 %	63 %	20,5	3,0
		21.04		11	18	56 %	100 %	28 %	17,5	2,7
21.05		9		15	67 %	100 %	40 %	19,6	3,2	

*) Ist der Wert des Risikoscore in kursiver Schrift angezeigt, liegt der Anteil der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %.

3 Evaluation der Planung von Integrationshilfen (H. Elgeti)

3.1 Vorbemerkungen zum Planungs- und Evaluationsverfahren

Das im Juli 2009 eingeführte Verfahren zur Planung und Evaluation von Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen wurde in enger Abstimmung mit den Systempartnerinnen und Systempartnern entwickelt. Dabei konnte auf eine vielerorts bereits geübte Praxis partnerschaftlichen Dialogs mit den betroffenen Personen in enger Bezugnahme auf den sozialen Kontext der individuellen Beeinträchtigungen aufgebaut werden. Es geht um mittel- oder längerfristig angelegte Angebote, die den häufig schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel möglichst guter Lebensqualität leisten sollen.

Auf Grundlage des individuellen Hilfebedarfs, der im Gespräch mit der betroffenen Person und ihnen vertrauten Bezugspersonen ermittelt wird, sind Art und Umfang der erforderlichen Hilfen gemeinsam zu planen und regelmäßig zu überprüfen. Die diesbezüglichen Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg sind in der Anlage III dieses Abschnitts nachzulesen. Einheitlich gestaltete Formulare sollen die Dokumentation wichtiger Details sicherstellen und die Evaluation sowohl der geplanten Leistungen als auch des Planungsverfahrens erleichtern (Datenblätter C bis H in Anlage IV). Die Medizinische Hochschule Hannover hat ein EDV-Programm zur Eingabe und Auswertung der erhobenen Daten entwickelt und ist mit der Auswertung der Daten beauftragt.

Im Juli 2009 startete das neue Verfahren mit den stationären Integrationshilfen; im Oktober 2010 wurde es auf teilstationäre Hilfsangebote auch ohne gleichzeitig geplante stationäre Wohnbetreuung ausgeweitet. Seit seiner Einführung im Jahre 2012 ist auch das neue Integrationshilfeprodukt „ambulant betreutes Wohnen“ in das Planungsverfahren einbezogen.

Am Anfang einer sozialpsychiatrischen Integrationshilfe steht eine Aufnahmephase zur Auftragsklärung von maximal drei Monaten Dauer zur Überprüfung des Hilfebedarfs, begründet in einem fachärztlichen Kurzattest (Datenblatt H). Sie dient der Erprobung der Maßnahme und der Vorbereitung einer Zielvereinbarung zwischen der betroffenen Person und dem Kostenträger. Hier wie bei allen weiteren Antragsarten muss ein Meldeblatt ausgefüllt werden (Datenblatt F).

Erweisen sich Integrationshilfen während der Auftragsklärung auch über einen Gesamtzeitraum von sechs Monaten hinaus als erforderlich, ist spätestens zwei Monate nach der Aufnahme ein sogenannter Neuantrag zu stellen. Dem Antrag beizufügen sind eine fachärztliche Stellungnahme (Datenblatt G), Angaben zu einigen soziodemographisch und psychiatrisch relevanten Daten der betroffenen Person (Datenblatt C) sowie zu Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen (Datenblatt D).

Diese Informationen helfen auch bei der Vorbereitung einer Hilfeplankonferenz, die vor Ablauf der Aufnahmephase unter Federführung einer Vertretung des Kostenträgers durchgeführt werden soll. Zur Hilfeplankonferenz werden eingeladen: die betroffene Person, ggf. eine Vertrauensperson und der Sachwalter bzw. die Sachwalterin sowie die zuständige therapeutische Bezugsperson und die behandelnde Fachärztin bzw. der behandelnde Facharzt. Während der Hilfeplankonferenz zum Neuantrag wird die erforderliche Hilfe in Art und Umfang festgelegt und auf dem Datenblatt E dokumentiert.

Eine Fortschreibung der Maßnahme erfolgt in der Regel nach 12 Monaten, bei absehbar längerfristiger Dauer gegebenenfalls auch erst nach 24 Monaten. Dem Antrag sind in jedem Falle ein Entwicklungsbericht und aktuelle Datenblätter C und D beizufügen. Bei einer geplanten Änderung im Leistungsspektrum sind zusätzlich eine fachärztliche Stellungnahme und ein aktualisierter Entwurf für das Datenblatt E beizufügen. In diesem Falle – auf Wunsch eines der Beteiligten auch in allen anderen Fällen – wird dann wieder eine Hilfeplankonferenz durchgeführt, die sonst erst nach Ablauf von drei Jahren nötig ist.

Wenn während der Auftragsklärung oder bei bevorstehendem Ablauf einer Bewilligung zwar ein Ende der Maßnahme absehbar, aber noch nicht sofort möglich ist, kann im Einvernehmen aller Beteiligten eine Abschlussphase von maximal drei Monaten verabredet werden. Gründe dafür können eine noch erforderliche Stabilisierung nach Zielerreichung sein oder eine vorzubereitende Weitervermittlung an ein geeignetes Hilfsangebot bei erwiesener Unzweckmäßigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen. Im Rahmen eines vereinfachten Verfahrens müssen einem solchen Antrag ein Entwicklungsbericht und aktuelle Datenblätter C und D beigefügt werden.

Die Evaluation der Planung von Integrationshilfen wird jeweils auf Basis eines Kalenderjahrs durchgeführt und bezieht sich hauptsächlich auf folgende Fragen:

1. Wie gestaltet sich das Hilfeplanverfahren?

Hier gibt es Auswertungen zu

- Art und Umfang der beantragten Maßnahmen,
- Teilnehmenden, Ergebnis, Verfahrensdauer der Hilfeplankonferenzen.

2. Waren die geplanten Maßnahmen notwendig?

Hier gibt es Auswertungen zum Zielgruppenbezug der Hilfen mit einem Vergleich der Nutzergruppen

- in der Geschlechts- und Altersverteilung,
- im Ausmaß des psychosozialen Risikos und der Beeinträchtigungen,
- im geplanten Umfang und Zeitaufwand der Maßnahmen.

3. Waren die durchgeführten Maßnahmen wirksam?

Hier gibt es Auswertungen zu Veränderungen im Verlauf der Maßnahmen mit Vergleichen zu

- Ausmaß des psychosozialen Risikos und der Beeinträchtigungen,
- Versorgungskombinationen in den letzten 12 Monaten.

Angesichts des noch relativ kurzen Zeitraums seit Beginn des Verfahrens im Juli 2009 und der daher noch nicht so großen Anzahl an Datensätzen für einzelne Angebotsformen sind derzeit noch keine Untersuchungen zur Wirksamkeit der Maßnahmen sinnvoll (Frage 3). Bei den Analysen zur Frage nach der Notwendigkeit der geplanten Hilfen (Frage 2) wurden die Datensätze zu den Nutzenden der verschiedenen Integrationshilfeprodukte in den Berichtsjahren 2013 und 2014 zusammengefasst ausgewertet, um zu verlässlicheren Aussagen zu kommen. Gegenüber der hier und da noch unzuverlässigen Datengrundlage bei den früheren Auswertungen konnten inzwischen wieder eine ganze Reihe von Missverständnissen, Fehlern und Lücken bei der Eingabe der Daten in das EDV-Programm beseitigt werden. Aufgrund von Neuberechnungen für alle Berichtsjahre kommt es bei den Auswertungsergebnissen im Einzelfall zu Unterschieden im Vergleich zum Vorjahresbericht.

3.2 Ergebnisse zu den Planungsverfahren

In den fünfjährigen Jahren zwischen Juli 2009 und Dezember 2014 wurden nach den Angaben im Meldeblatt (Formular F) 1.603 Anträge auf sozialpsychiatrische Integrationshilfen bearbeitet. In Anlage I informiert eine Liste über ihre Anzahl nach dem jeweils primär beantragten Hilfsangebot und dem Jahr des Planungsverfahrens. In 1.128 Fällen betrafen die Anträge nur ein Produkt, in den übrigen Fällen (475 Anträge für insgesamt 1.201 Produkte) wurden Kombinationen mit bis zu vier weiteren ambulanten bzw. teilstationären Produkten beantragt (Tabelle 3.2.1). Das liegt daran, dass ein Integrationshilfeprodukt (z.B. für stationäre Wohnbetreuung) nicht bei allen Trägern eine „Komplettbetreuung“ beinhaltet, sondern ggf. nur ein Modul darstellt, welches dann mit weiteren (ambulanten bzw. teilstationären) Modulen kombiniert wird. Die durchschnittliche Anzahl der pro Planungsverfahren beantragten Produkte nahm in den letzten Jahren von 1,6 auf 1,4 ab.

Tab. 3.2.1 Anzahl der Anträge und der im Meldeblatt beantragten Produkte

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	Summe
pro Antrag kombinierte Produkte	nur 1 Produkt	58	217	193	221	240	195	1128
	2 Produkte	7	35	33	66	70	61	272
	3 Produkte	8	33	41	28	18	30	158
	4 Produkte	1	14	15	8	3	1	42
	5 Produkte	0	1	1	0	1	0	3
	alle Produkte	100	447	451	469	451	411	2329
Art der Produkte	ambulante (AF 10-19)	16	100	116	83	78	95	488
	teilstationäre (AF 23-27)	11	122	138	155	156	157	739
	stationäre (AF 33,36,37)	73	225	197	231	217	159	1102
alle Anträge		74	300	287	323	332	287	1603
Produkte pro Antrag		1,4	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	1,5

Bei 31 % aller Anträge, die in den letzten beiden Jahren bearbeitet wurden, ging es um eine Auftragsklärung (N=191), fast ebenso häufig (N=193) war es ein Neuantrag (Tabelle 3.2.2). In 28 % aller Anträge wurden die durchgeführten Maßnahmen unverändert fortgeschrieben (N=175), solche mit Änderungen im Leistungsspektrum machten 7 % (N=45) aus. Nur selten wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, einen Antrag auf Bewilligung einer Abschlussphase zu stellen (2 %; N=14). Differenziertere Analysen zu den Angaben auf den Datenblättern C, D und E konnten bei 318 der insgesamt 618 Anträge (51 %) vorgenommen werden. Bei den 300 Anträgen ohne solche Angaben ging es überwiegend um Auftragsklärung (N=191), dort sind keine Angaben zu den Datenblättern C, D und E erforderlich.

Tab. 3.2.2 primär beantragte Produkte nach Antragsart 2013-2014

Antragsart	primär beantragtes Produkt								alle
	23	25	27	33	13	33	36	37	
	4444			4443	4442				
Auftragsklärung	53		18	32	3	46	27	12	191
Neuantrag	50	2	20	39	3	40	20	19	193
Fortschreibung mit Änderung	12			14	9	5	2	3	45
Fortschreibung ohne Änderung	51		10	55	8	40	1	10	175
Abschlussphase	2		2	1		3	4	2	14
alle Datensätze	168	2	50	141	23	134	54	46	618

Von den in den letzten beiden Jahren insgesamt gestellten Anträgen war das primär beantragte Produkt in 44 % aller Fälle eine stationäre Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), wobei es sich etwas häufiger um Langzeitwohnen (Produktgruppe 4443; N=141) als Reha-Wohnen (Produktgruppe 4442; N=134) handelte. Recht häufig wurden auch tagesstrukturierende Hilfen in der Allgemeinpsychiatrie beantragt (AF 23; N=168). Reha-Wohnen im Bereich der Suchthilfe (AF 36) wurde deutlich seltener geplant (N=54). Überwiegend handelte es sich dabei um Auftragsklärungen – fast immer im Anschluss an einen Klinikaufenthalt – ohne das Erfordernis einer über drei Monate hinausgehenden Wohnbetreuung. Dadurch sind hier Anträge auf Fortschreibung der Maßnahme selten. Anträge auf stationäre Wohnbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37) spielten zahlenmäßig eine noch geringere Rolle (N=46). Auch eher selten wurde erst 2012 eingeführte ambulant betreute Wohnen (AF 13 - ABW) in den letzten beiden Jahren in das Planungsverfahren einbezogen: In 23 Fällen als primäres Produkt und in weiteren 14 Fällen in Kombination mit einer tagesstrukturierenden Maßnahme. In der Suchthilfe wurde das ABW bisher nur von Caritas (05.05) angeboten, in der Allgemeinpsychiatrie vor allen Dingen von aqua mühle (03.06).

Betrachtet man die seit Einführung des Hilfeplanverfahrens primär beantragten Produkte der sozialpsychiatrischen Integrationshilfe im Längsschnitt, so zeigt sich bei der Zahl der Anträge seit 2012 in der Allgemeinpsychiatrie und in der Suchthilfe eine Abnahme stationärer Wohnbetreuungen,

in der Jugendpsychiatrie eine relative Konstanz (Tabelle 3.2.3). Bei ambulanten und teilstationären Hilfen, die im Verlauf der letzten Jahre zunehmend in das Planungsverfahren einbezogen wurden, ist eine moderate Zunahme zu verzeichnen, hauptsächlich in der Jugendpsychiatrie.

Tab. 3.2.3 Art der im Meldeblatt primär beantragten Produkte pro Jahr

Leistungsart	AF		Produktbereich	2009	2010	2011	2012	2013	2014	alle
ambulant	13	4442	ambulant betr. Wohnen				8	10	13	31
	19		ambulante Psychotherapie						1	1
teilstationär	23	4444	Tagesstrukturhilfen	1	75	90	78	88	80	412
	25		Hilfen zu Arbeit / Ausbild.						2	2
	27		Tagesstrukturhilfen KJP				6	18	32	56
stationär	33	4443	Langzeitwohnen Allg.-Psy.	27	92	69	96	88	53	425
			Reha-Wohnen Allg.-Psy.	34	82	74	67	70	64	391
	36	4442	Reha-Wohnen Suchthilfe	12	31	29	40	38	16	166
	37		Reha-Wohnen KJP		20	25	28	20	26	119
alle primär beantragten Produkte dieser AF				74	300	287	323	332	287	1603

Anträge auf eine Auftragsklärung oder Abschlussphase wurden entsprechend der geltenden Verfahrensregelungen unter Verzicht auf die Durchführung einer Hilfeplankonferenz (HPK) bearbeitet. Dagegen ist bei Neuanträgen und bei Fortschreibungen laufender Maßnahmen mit beantragter Änderung des Leistungsspektrums eine HPK grundsätzlich erforderlich, bei Fortschreibungen ohne Änderung des Leistungsspektrums mindestens alle drei Jahre. Bei diesen drei Antragsarten nahm – bei vorübergehend ansteigender und zuletzt wieder deutlich sinkender Gesamtzahl der Anträge – der Anteil von Antragsbearbeitungen ohne HPK in den letzten beiden Jahren deutlich ab: Er lag 2014 nur noch bei 7 % (Tabelle 3.2.4). Ein weiteres Indiz für das zunehmend dynamische Verständnis bei der Planung und Durchführung sozialpsychiatrischer Integrationshilfen kann der in den letzten Jahren steigende Anteil von Neuanträgen und Fortschreibungen mit Änderungen bei der Art oder dem Umfang der Maßnahme gelten.

Tab. 3.2.4 Durchführung von Hilfeplankonferenzen nach Antragsart*

Art des Antrags		2009-2010		2011-2012		2013		2014		Summe	
Hilfeplankonferenz erfolgt?		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
Neuantrag		92		134	5	102		91		419	5
davon Langzeit-Wohnen		16		17		25		14		72	
Fortschr. mit Änder.		18	1	12	16	15	2	24	4	69	23
davon Langzeit-Wohnen		13		6	9	8	2	4		31	11
Fortschr. ohne Änder.		131	39	146	87	82	15	69	9	428	150
davon Langzeit-Wohnen		60	24	51	47	23	7	22	3	156	81
alle	Zahl Anträge	241	40	292	108	199	17	184	13	916	178
	Anteil ohne HPK	14 %		27 %		8 %		7 %		16 %	
davon Langzeit-Wohnen		89	24	74	56	56	9	40	3	259	92

*) ohne Anträge auf Auftragsklärung oder Abschlussphase

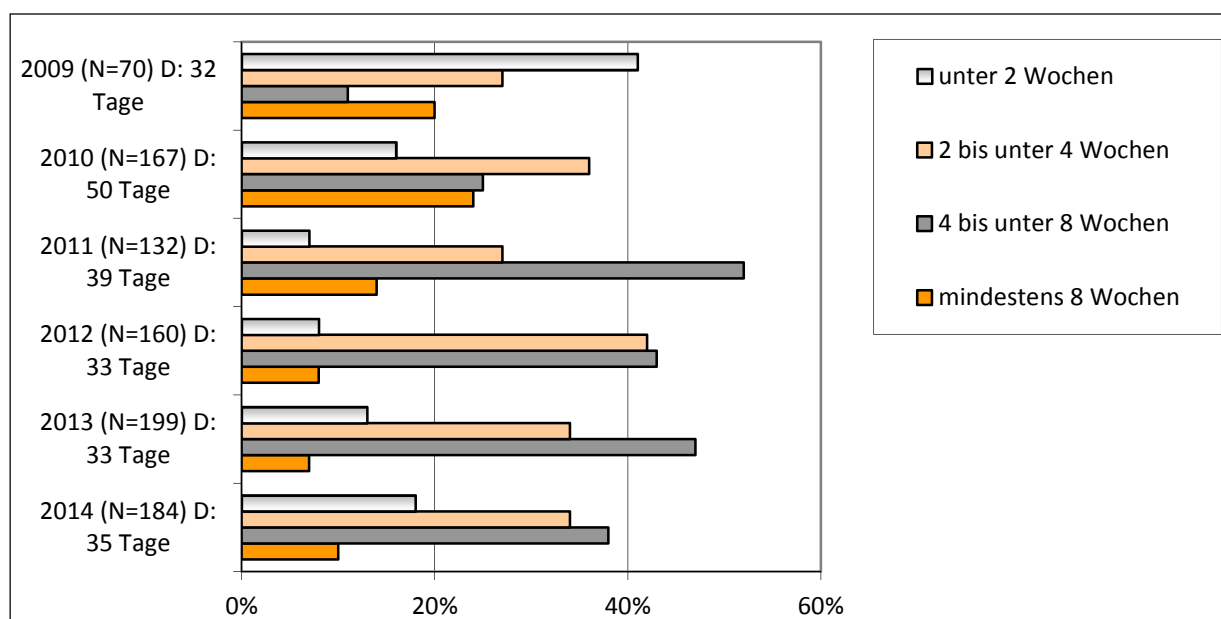
Die betroffenen Personen, ihre therapeutischen Bezugspersonen und die Vertretung des Kostenträgers sind praktisch immer bei einer Hilfeplankonferenz dabei (Tabelle 3.2.5). Die Teilnahme von Vertrauenspersonen an den Hilfeplankonferenzen hatte seit Einführung des Verfahrens zunächst zugenommen, sank aber 2013 vorübergehend wieder ab. Sachwalterinnen bzw. Sachwalter sind eher selten beteiligt, die ärztliche Profession ist kaum vertreten.

Tab. 3.2.5 Entwicklung der Teilnahme an Hilfeplankonferenzen

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Betroffene Person	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %	99 %
Sachwalter bzw. Sachwalterin	24 %	23 %	17 %	14 %	11 %	13 %
Vertrauensperson	7 %	12 %	17 %	22 %	9 %	19 %
Therapeutische Bezugsperson	100 %	95 %	98 %	100 %	97 %	98 %
behandelnde(r) Facharzt / Fachärztin	18 %	2 %	1 %	0 %	0 %	1 %
Vertretung Kostenträger	100 %	100 %	98 %	96 %	98 %	98 %
Zahl der Hilfeplankonferenzen	71	170	132	160	199	184

Die Antragsbearbeitung, gemessen als Zeitraum zwischen dem Datum bei Antragsstellung und demjenigen bei Erledigung des Antrags, dauerte bei Durchführung einer Hilfeplankonferenz in den Jahren 2010 und 2011 im Durchschnitt sechs Wochen, seit 2012 fünf Wochen (Abbildung 3.2.1). Der Anteil der Verfahren mit sehr langer Bearbeitungszeit (mindestens acht Wochen) hat sich seit 2010 verringert. Oftmals liegt der Grund einer verzögerten Bearbeitung daran, dass die Antragstellung vorzeitig erfolgt oder nicht alle notwendigen Unterlagen mitgeschickt werden und so beim Leistungserbringenden nachgefordert werden müssen.

Abb. 3.2.1 Verfahrensdauer bei Durchführung von Hilfeplankonferenzen



3.3 Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Hilfen

Ohne die Auftragsklärungen (N=191), bei denen keine umfangreiche Datenerhebung erfolgt, kam es in den Jahren 2013 und 2014 zu insgesamt 728 Planungsverfahren, und in 426 Fällen lagen auch Datensätze für eine differenzierte Auswertung vor. Anhand der definierten Kennzahlen lassen sich die geplanten Maßnahmen nach der Angebotsform des primär beantragten Produkts gut vergleichen (Tabelle 3.3.1; Ergebnisse zu den einzelnen Hilfsangeboten: Anlage II). Bei den Kennzahlen K14 (psychosoziales Risiko), K29-30 (Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen) sowie K30-31 (Umfang und Zeitbedarf der geplanten Leistungen) ist die Bandbreite (*Range*) immer 1 bis 4. Das psychosoziale Risiko der Nutzergruppen schwankt – mit Ausnahme der in tagesstrukturierenden Angeboten beschäftigten Jugendlichen – zwischen 2,7 und 3,0. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen (Problemscore; K29) schwankt meist zwischen 2,4 und 2,7, die Einschätzung ihrer Chronizität (Verlaufsscore; K30) zwischen 2,7 und 3,0. Geringere Werte zeigen die speziellen Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und teilweise auch der Suchthilfe. Die kleine Nutzergruppe des ambulant betreuten Wohnens in Kombination mit einem tagesstrukturierenden Angebot (N=12) weist den höchsten Männeranteil (75 %), den höchsten Altersdurchschnitt (Anteil unter 45 Jahren: 42 %) sowie den vermutlich ungünstigsten Verlauf der Beeinträchtigungen (K30: 3,0) auf. Beim Ausmaß der Beeinträchtigungen zeigt die Nutzergruppe des Langzeitwohnens den höchsten Durchschnittswert (K29: 2,7). Die stationäre Wohnbetreuung für Kinder und Jugendliche (A 37) erfordert bei den geplanten Leistungen den höchsten Zeitbedarf (K32: 2,8).

Tab. 3.3.1 Merkmale der Nutzergruppen nach primär geplanter Hilfe 2013-2014

AF		Merkmale der Nutzergruppen				Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen		geplante Leistungen	
		Anzahl Datensätze	Anteil Männer (K9)	Anteil <45 Jahre (K11)	Risiko-score (K14)	Problemscore (K29)	Verlaufsscore (K30)	Umfang (K31)	Zeitbedarf (K32)
13	abW ohne TS	20	70 %	65 %	2,7	2,6	2,8	2,3	2,1
	abW mit TS*	12	75 %	42 %	2,8	2,6	3,0	2,6	2,2
23	TS heimintern*	71	58 %	62 %	3,0	2,6	2,8	2,9	2,5
	TS ambulant	114	54 %	51 %	2,7	2,4	2,7	2,3	2,3
25	Training off. AM	2	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
27	TS KJP heimint.*	5							
	TS KJP ambulant	32	63 %	100 %	2,4	2,1	2,2	1,6	2,3
33	Langzeitwohnen	109	57 %	61 %	3,0	2,7	2,9	2,8	2,3
	Reha-W. Allg.	88	70 %	75 %	3,0	2,4	2,7	2,8	2,6
36	Reha-W. Sucht	27	67 %	59 %	2,8	2,4	2,4	2,6	2,6
37	Reha-W. KJP	34	41 %	100 %	2,9	2,3	2,3	2,2	2,8
alle / Durchschnitt		426	59 %	67 %	2,9	2,5	2,7	2,5	2,4

*) Kombinationen von Integrationshilfeprodukten, die in der Summierung nicht mitzählen

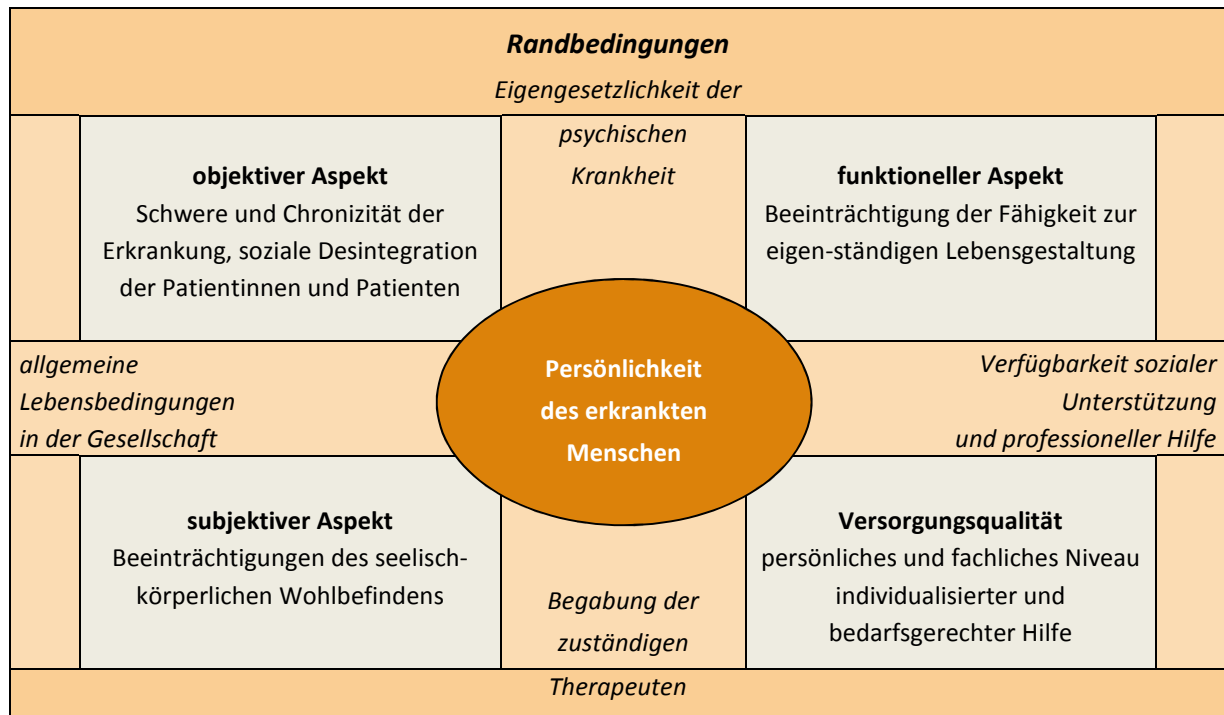
Relativ häufig wurden primär teilstationäre Maßnahmen im Sinne tagesstrukturierender Programme in der Allgemeinpsychiatrie geplant (AF 23). Die im Vergleich zum vollstationären Langzeitwohnen niedrigeren Durchschnittswerte bei den Kennzahlen K14, K29 und K30 deuten an, dass die Nutzung dieser Angebote bereits eine gewisse Stabilisierung des psychosozialen Zustands der betreuten Person voraussetzt. Während der Umfang der geplanten Leistungen (K31) denn auch deutlich geringer ist, gibt es beim Zeitbedarf (K32) keinen Unterschied.

Die Platzkapazität der Integrationshilfeprodukte zum Reha-Wohnen ist in der Suchthilfe (AF 36) und Kinder-Jugend-Psychiatrie (AF 37) gegenüber der Allgemeinpsychiatrie deutlich geringer. Die Nutzergruppen dieser beiden Angebotsformen zeigen im Durchschnitt weniger ausgeprägte Beeinträchtigungen, und deren Verlauf wurde auch günstiger eingeschätzt. Auffällig ist der mit 41 % relativ geringe Anteil von Jungen bei den stationären Wohnbetreuungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den Auswertungen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung hatte sich ein mit der Dauer stationärer Behandlungen eher ansteigender Anteil von Jungen ergeben, ein Hinweis auf einen bei ihnen häufigeren Bedarf an Integrationshilfen (siehe Tab. 2.6.3 im Abschnitt 2 dieser Broschüre). Die Angebote in der AF 37 fallen durch einen besonders hohen Zeitbedarf bei den geplanten Maßnahmen auf, bedingt durch das Angebot „sozialpsychiatrische Intensivbetreuung“ (SIB) des Instituts für Sozialdienste (IFS), extra geschaffen für besonders schwer beeinträchtigte Jugendliche, die in den Regelangeboten keine passende Hilfe gefunden haben.

3.4 Analysen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität

Gerade bei schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen dürfen sich die Hilfen nicht nur auf den Versuch einer Heilung der Erkrankung bzw. einer Linderung der diesbezüglichen Störungen im Erleben und Verhalten beschränken. Es geht darüber hinaus und in vielen Fällen auch hauptsächlich um den Erhalt bzw. die Wiedergewinnung einer möglichst guten Lebensqualität für die betroffenen Menschen. Die diesbezüglichen Einflussfaktoren sind vielfältig, wobei neben verschiedenen Randbedingungen – und nicht zuletzt auch der Qualität der Leistungserbringung (Versorgungsqualität) selbst – drei Aspekte eingeschränkter Lebensqualität voneinander abgegrenzt werden können (Abbildung 3.4.1).

Abb. 3.4.1 Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Kranker



Der subjektive Aspekt eingeschränkter Lebensqualität bezieht sich auf die Zufriedenheit der erkrankten Personen mit ihrem Befinden und Verhalten sowie mit ihrer Aktivität und Teilhabe. Dieser Aspekt kann nur im offenen Dialog mit dem einzelnen Menschen qualitativ erfasst werden und eignet sich nicht für eine quantitative Messung nach einem standardisierten Verfahren. Das ist anders im Hinblick auf die objektiven und funktionellen Aspekte: Um sie zu messen und so auch vergleichbar zu machen, wurde aus entsprechenden Angaben in den Datenblättern C und D je ein multidimensionaler Score gebildet.

Der objektive Aspekt betrifft Schwere und Chronizität der Erkrankung sowie Ausmaß sozialer Desintegration der davon Betroffenen und lässt sich mit Hilfe des psychosozialen Risikoscore (K14) abschätzen. Der funktionelle Aspekt betrifft das Ausmaß von Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur eigenständigen und selbstbestimmten Lebensgestaltung; zu seiner Messung wurden entsprechende Angaben im Datenblatt D zusammengefasst.

Der Hilfebedarf psychisch beeinträchtigter Menschen variiert im Einzelfall sehr stark; er muss individuell und im partnerschaftlichen Dialog mit dem jeweils betroffenen Menschen, seinen vertrauten Bezugspersonen und Helfern ermittelt werden. Hier dürfen keine scheinbar objektiven Messwerte über Art und Ausmaß gewährter Hilfen entscheiden. Unabhängig von der Entscheidungsfindung im Einzelfall sollten aber bei Nutzergruppen von Hilfsangeboten Zusammenhänge sichtbar werden zwischen den Risiken bzw. Beeinträchtigungen der betroffenen Personen einerseits und den darauf bezogenen Maßnahmen andererseits. Plausibel wäre es, wenn

die geplante Leistungsintensität höher ausfällt bei Menschen mit einem vergleichsweise höheren psychosozialen Risiko und stärker ausgeprägten Beeinträchtigungen.

Folgende Fragen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität sollen hier für die Nutzergruppen sozialpsychiatrischer Integrationshilfen im Zeitraum Januar 2012 bis Dezember 2013, differenziert nach Angebotsformen, untersucht werden:

- Steigen Umfang (K31.1) und Zeitbedarf (K32.1) von Therapieleistungen im Durchschnitt mit der Dauer und Schwere der psychischen Erkrankung (K14.1) bzw. mit dem Ausmaß der Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten (K29.1) an?
- Orientieren sich Umfang (K31.2) und Zeitbedarf (K32.2) von Teilhabe-Leistungen an dem Ausmaß sozialer Desintegration der betroffenen Menschen (K14.2) bzw. seiner Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2)?

Diese Fragen werden gesondert für die Teilbereiche „Therapie der psychischen Störung“ (psychische Krankheit im Sinne der ICD-10-Klassifikation) und „Teilhabe-Leistungen“ (bezogen auf Fähigkeitsstörungen im Sinne der ICF-Klassifikation) untersucht. Um diese beiden Bezüge differenziert untersuchen zu können, wurden für die – aus jeweils acht Merkmalen gebildeten – Kennzahlen K14, K29, K31 und K32 jeweils zwei Subscores aus vier Merkmalen gebildet (Tab. 3.4.1).

Tab. 3.4.1 Bezugnahme der für die Plausibilitätsprüfung genutzten Kennzahlen

Subscore	Aspekte eingeschränkter Lebensqualität			erforderliche Leistungen	
	objektiver Aspekt	funktioneller Aspekt	subjektiver A.	Datenblatt E	
	<i>Datenblatt C</i>	<i>Datenblatt D</i>	(nur im Dialog zu ermitteln)	Umfang (K31.x)	Zeitbedarf (K32.x)
Kxx.1	psychosoziales Risiko (K14.x)	Ausmaß (K29.x)	(nur im Dialog zu ermitteln)	<i>Therapie</i> 1. Einzeltherapie 2. Gruppentherapie 3. Medikation 4. Fallkoordination	
Kxx.2	Ausmaß sozialer Desintegration <i>Merkmale 3.5-3.8</i>	Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe – ICF <i>Merkmale 5.-8.</i>	Zufriedenheit mit eigenen Fähigkeiten und Aktivitäten	<i>Teilhabe</i> 5. Hilfen z. Wohnen 6. Hilfen zur Arbeit 7. Kontaktförderung 8. Existenzsicherung	

Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse zur Plausibilitätsprüfung müssen vorsichtig und unter Einbeziehung der Kommentare von Seiten derjenigen interpretiert werden, die an der Datenerhebung beteiligt waren. Ein wichtiger Vorbehalt betrifft die Vergleichbarkeit (Reliabilität) der Angaben auf dem Datenblatt E: Zwar ist eine fachlich erfahrene Vertretung des Sozialfonds persönlich an allen Hilfeplankonferenzen beteiligt und bemüht sich auch sonst darum, Unklarheiten und Missverständnisse bei der Ausfüllung der Datenblätter aufzuklären. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Fachleute ihre Einschätzung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen, von Umfang und Zeitbedarf der geplanten Leistungen nicht immer nach der gleichen „inneren Messlatte“

vorgenommen haben. Auch wurden die geplanten Hilfen offenbar gerade in der ersten Zeit nicht in jedem Fall dem dafür vorgesehenen Merkmal des Datenblatts E zugeordnet.

Zur Beantwortung der oben aufgeworfenen Fragen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität wurden die 910 differenziert auswertbaren Datensätze zunächst nach der Angebotsform des primär beantragten Integrationshilfeprodukts gruppiert. Die Angebotsformen AF 13 und AF 27 wurden wegen zu geringer Anzahl der auswertbaren Datensätze nicht in diese Auswertung einbezogen. Dann wurden die Datensätze einer Angebotsform für jeden Untersuchungsschritt einer von zwei Teilgruppen zugeordnet. Das Kriterium der Zuordnung ist, ob der Wert des jeweils ausgewählten Subscores als unabhängige Variable unter- oder oberhalb des Durchschnittswerts aller Datensätze dieser Angebotsform liegt. Zur Auswahl stehen als unabhängige Variablen:

- die Subscores zum psychosozialen Risiko (K14) der betroffenen Person
 - „psychische Störung“ (K14.1)
 - „soziale Desintegration“ (K14.2)
- die Subscores zum Ausmaß ihrer Beeinträchtigungen (K29)
 - „Erleben und Verhalten“ (K29.1)
 - „Aktivität und Teilhabe“ (K29.2).

Anschließend wurde für jede der so gebildeten Teilgruppen die Höhe des Leistungsscore für den Umfang (K31.x) und den Zeitbedarf (K32.x) sowohl der Therapie- (Kxx.1) als auch der Teilhabe-Leistungen (Kxx.2) ermittelt. Sie stellen bei den Analysen die abhängigen Variablen dar. Als Zusammenfassung dieser Analysen werden hier nur die Differenzen dargestellt, die sich beim Wert der abhängigen Variable ergeben zwischen den Teilgruppen mit unter- und überdurchschnittlichen Werten der jeweils ausgewählten unabhängigen Variablen. Dies geschieht getrennt für die abhängigen Variablen zum Umfang der Therapie- und Teilhabe-Leistungen (Tabelle 3.4.2) sowie zu ihrem Zeitbedarf (Tabelle 3.4.3).

Tab. 3.4.2 Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Leistungsumfang 2013-2014*

AF und Produkt-gruppe		Leistungs-bereich	Risikoscore (K14)		Problemscore (K29)		Summe positive Differenz $\geq 0,3$
			psychische Störung (K14.1)	soziale Des-integration (K14.2)	Erleben & Verhalten (K29.1)	Aktivität & Teilhabe (K29.2)	
13	4442 (N=19)	Therapie	-0,2	-0,1	0,0	0,1	(-0,2)
		Teilhabe	-0,1	0,1	0,1	0,1	(0,2)
23	4444 (N=83)	Therapie	-0,1	0,0	-0,1	0,0	(-0,2)
		Teilhabe	0,2	0,1	0,1	0,3	1 (0,7)
33	4443 (N=105)	Therapie	0,2	0,1	0,1	0,2	(0,6)
		Teilhabe	0,2	0,1	0,0	0,2	(0,5)
	4442 (N=75)	Therapie	0,0	0,2	-0,2	0,0	(0,0)
		Teilhabe	0,0	0,1	0,0	0,1	(0,2)
36	4442 (N=20)	Therapie	0,4	0,2	0,1	-0,1	1 (0,6)
		Teilhabe	-0,2	0,3	0,1	-0,1	1 (0,1)
37	4442 (N=14)	Therapie	-0,3	0,0	0,2	0,4	1 (0,3)
		Teilhabe	0,8	0,9	0,6	0,7	4 (3,0)
Summe pos. Differenz $\geq 0,3$		Therapie	1 (0,0)	(0,4)	(0,1)	1 (0,6)	2 (1,1)
		Teilhabe	1 (0,7)	2 (1,6)	1 (0,9)	2 (1,3)	6 (4,5)

*) Differenz beim Umfang der geplanten Leistungen zur Therapie und zur Teilhabe zwischen über- und unterdurchschnittlichen Werten bei den Subscores zum psychosozialen Risiko (Risikoscore; K14) und zum Ausmaß der Beeinträchtigungen (Problemscore; K29)

Tab. 3.4.3 Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Zeitbedarf 2013-2014*

AF und Produkt-gruppe		Leistungs-bereich	Risikoscore (K14)		Problemscore (K29)		Summe positive Differenz $\geq 0,3$
			psychische Störung (K14.1)	soziale Des-integration (K14.2)	Erleben & Verhalten (K29.1)	Aktivität & Teilhabe (K29.2)	
13	4442 (N=19)	Therapie	0,2	0,0	0,4	0,1	1 (0,7)
		Teilhabe	0,1	0,2	0,1	0,1	(0,5)
23	4444 (N=83)	Therapie	-0,2	0,0	0,0	0,0	(-0,2)
		Teilhabe	-0,2	0,1	-0,1	0,3	(0,1)
33	4443 (N=105)	Therapie	0,4	-0,2	0,2	0,3	2 (0,7)
		Teilhabe	0,5	0,1	0,2	0,2	1 (1,0)
	4442 (N=75)	Therapie	0,0	0,5	-0,1	0,3	2 (0,7)
		Teilhabe	0,1	0,2	-0,1	0,3	1 (0,5)
36	4442 (N=20)	Therapie	0,0	0,1	0,7	0,3	2 (1,1)
		Teilhabe	-0,3	0,4	0,0	0,6	2 (0,7)
37	4442 (N=14)	Therapie	0,3	0,8	0,7	0,7	4 (2,5)
		Teilhabe	1,0	1,3	0,9	1,0	4 (4,2)
Summe pos. Differenz $\geq 0,3$		Therapie	2 (0,7)	2 (1,2)	3 (1,9)	4 (1,7)	11 (5,5)
		Teilhabe	1 (1,2)	2 (2,3)	1 (1,0)	4 (2,5)	8 (7,0)

*) Differenz beim Zeitbedarf der geplanten Leistungen zur Therapie und zur Teilhabe zwischen über- und unterdurchschnittlichen Werten bei den Subscores zum psychosozialen Risiko (Risikoscore; K14) und zum Ausmaß der Beeinträchtigungen (Problemscore; K29)

Differenzen von 0,1 werden als unbedeutend, von 0,2 als Trend, von 0,3 oder mehr als Hinweis auf eine Abhängigkeit der geplanten Leistungsintensität vom Risiko der betroffenen Personen bzw. ihrer Beeinträchtigungen aufgefasst. Insgesamt findet sich nur für 44 % der insgesamt untersuchten

Beziehungen (42 von 96) in der Tendenz (Differenz 0,2) oder eindeutig (Differenz mindestens 0,3) ein positiver Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Risiken bzw. Probleme einerseits und dem Umfang bzw. Zeitbedarf der geplanten Leistungen andererseits. Dabei ist zu bedenken, dass für die Angebotsformen 13, 36 und 37 nur sehr wenig Datensätze ausgewertet werden konnten.

Der Zeitbedarf zeigt häufiger als der Umfang der geplanten Hilfen einen positiven Zusammenhang mit der Höhe des psychosozialen Risikos und vor allem dem Ausmaß der Beeinträchtigungen. Die ermittelten Differenzen zum Umfang der Hilfen richten sich in ähnlicher Häufigkeit nach dem Ausmaß des Risiko- und des Problemscore, sie betreffen eher die Leistungen zur Teilhabe als diejenigen zur Therapie. Diese Differenzen lassen sich kaum beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) und bei den tagesstrukturierenden Programmen (AF 23) zeigen, fast durchgehend dagegen bei der stationären Wohnbetreuung für Jugendliche (AF 37). Das betrifft die Angebote von pro mente Vorarlberg (Betreuung in Gastfamilien; JuMeGa) und vom Institut für Sozialdienste (sozialpsychiatrische Intensivbetreuung; SIB).

Bei den beiden letztgenannten Angeboten ist aber zu bedenken, dass sie auf sehr unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet sind, die dazu noch von ähnlicher Größe sind: Im Angebot JuMeGa werden Jugendliche mit weniger ausgeprägten Beeinträchtigungen der Lebensqualität und besserer Prognose betreut. Die Durchschnittswerte für den Umfang (K31) und Zeitbedarf (K32) der hier geplanten Leistungen lagen bisher erwartungsgemäß immer sehr deutlich unter denen im Angebot SIB, wo nur solche schwer beeinträchtigten Jugendlichen aufgenommen werden, für die sich im Regelsystem keine geeignete Hilfe findet. Insofern bedeutet das Ergebnis für die Angebotsform AF 37 nicht unbedingt, dass die Hilfe hier jenseits institutioneller Standardangebote stärker am individuellen Hilfebedarf ausgerichtet ist als in anderen Angebotsformen.

Trotz der hier beispielhaft dargestellten methodischen Einschränkungen bezüglich der Aussagekraft können die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung gleichwohl Anregungen geben für die Diskussion mit den Systempartnerinnen und Systempartnern über eine bedarfsgerechte Planung von Integrationshilfen

Literatur

Amt der Vorarlberger Landesregierung – Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (2011): Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung 2009/2010 (Verfasser: Dr. Hermann Elgeti und Johann Tschann). Bregenz (Eigendruck)

Arnold M, König P, Lingg A (2002): Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg – Vorarlberger Psychiatriekonzept. Bregenz (Eigendruck)

Bitriol-Dittrich, I., Haller, R., Lingg, A. (2015): Vorarlberger Suizidbericht 2014. aks-Eigenproduktion

Bitriol-Dittrich, I., Haller, R., Lingg, A. (2014): Vorarlberger Suizidbericht 2013. aks-Eigenproduktion

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2014. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2014): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien

Anhang

Übersicht über die Anlagen

Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung

- Anlage 1: Gruppierung der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen
- Anlage 2: Definition der Kennzahlen zur Datenauswertung
- Anlage 3a: Liste der Einrichtungsträger 01.00 bis 09.00 mit ihren Hilfsangeboten
- Anlage 3b: Liste der Einrichtungsträger 11.00 bis 22.00 mit ihren Hilfsangeboten
- Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2013 nach Angebotsform
- Anlage 5: Notiz zum Aussagewert des psychosozialen Risikos
- Anlage 6: Formularvorlagen der Datenblätter A bis C

Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen

- Anlage I: Anträge auf Integrationshilfen nach primär geplantem Hilfsangebot
- Anlage II Kennzahlen zu primär geplanten Hilfen nach Angebot 2013-2014
- Anlage III Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg
- Anlage IV Datenblätter zum Hilfeplanverfahren (Datenblätter C bis H)

Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung

Anlage 1: Gruppierung der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen

	Code	Name der Angebotsform (AF) mit Erläuterungen und Beispielen
ambulante Hilfen	10	ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene
	11	ambulant-aufsuchender Dienst für Kinder und Jugendliche
	12	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle
	13	ambulant betreutes Wohnen in eigener Wohnung
	14	andere spezielle Hilfen zu Wohnen u. Selbstversorgung (amb. Pflege)
	15	spezielle Hilfen zu Arbeit und zu Ausbildung
	16	spezielle Angebote für Suchtkranke
	17	spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche
	18	spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen
	19	sonstige ambulante Leistungen (z.B. spezielle Psychotherapie)
teilstationäre Hilfen	20	tagesklinische Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie
	21	tagesklinische Behandlung in der Kinder-Jugend-Psychiatrie
	22	tagesklinische Behandlung in der Gerontopsychiatrie
	23	teilstationäre Integrationshilfen (Tagesstättenfunktion)
	24	Werkstatt für (seelisch) behinderte Menschen
	25	andere spezielle Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstruktur
	26	tagesklinische Behandlung / Rehabilitation für Suchtkranke
	27	spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche
	28	spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen
	29	sonstige teilstationäre Leistungen
stationäre Hilfen	30	vollstationäre Behandlung in einer Klinik für Erwachsene
	31	vollstationäre Behandlung in der Kinder-Jugend-Psychiatrie
	32	vollstationäre Behandlung in einer forensischen Klinik
	33	stationäre Integrationshilfe in speziellem Wohnheim / WG
	34	stationäre Integrationshilfe / Pflege in psychiatrischem Pflegeheim / WG
	35	spezielle komplementäre Angebote für wohnungslose Menschen
	36	spezielle komplementäre Angebote für Suchtkranke
	37	spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche
	38	spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen
	39	sonstige stationäre Leistungen

Anlage 2: Definition der Kennzahlen zur Datenauswertung

Nr.	Name	Definition
Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen der Datenblätter A und B		
K1	Platzangebot	Platzzahl nach Plan
K2	Belegungsquote	Platzzahl nach Belegung am 31.12. in % des Platzangebotes
K3	Patientenzahl	Anzahl der betreuten Personen im Berichtsjahr
K4	Personalumfang	Vollzeitstellen Fachpersonal (Grundqualifikationen GQ 1-3)
K5	Berufsgruppenmix	%-Anteil des Fachpersonals in den drei Grundqualifikationen
K6	Zusatzqualifikation	Fachkräfte (FK; GQ 1-3) mit Zusatzqualifikation in % aller FK
K7	Betreuungsintensität	Anzahl der belegten Plätze auf 1 Vollzeitstelle Fachpersonal
K8	Betreuungskosten	durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz
Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen des Datenblattes C		
K9	Männer	Anteil Männer in %
K10	Minderjährige	Anteil betreuter Personen im Alter unter 18 Jahren in %
K11	Jüngere	Anteil betreuter Personen im Alter unter 45 Jahren in %
K12	Alte	Anteil betreuter Personen im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzlich Betreute	Anteil der betreuten Personen mit einer Sachwalterschaft in %
K14	psychosoziales Risiko	Durchschnitt Summenscore Merkmale 3.1-3.8 (Range: 7-32)
K15	Betreuungskontinuität	Durchschnitt Dauer der eigenen Hilfeleistung im Berichtsjahr (AF 20-22,26,30-32 in Tagen; sonst in Quartalen)
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der betreuten Personen in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung betr Personen nach Region ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der betreuten Personen, für die die therap. Hauptbezugsperson dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K18	Fallkoordination	%-Anteil der betreuten Personen, für die die therapeutische Hauptbezugsperson dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen
Kennzahlen zur Sozialstruktur der Regionen		
K20	Einwohnerzahl	Wohnberechtigte Bevölkerung nach Melderegister
K21	Fläche	Gesamtfläche des Gebietes in Hektar
K22	Bevölkerungsdichte	Einwohnerzahl pro Hektar Fläche des zugehörigen Gebietes
K23	Minderjährige	Anteil Personen unter 18 Jahren
K24	Alte	Anteil Personen ab 65 Jahren
K25	Arbeitslose	Anteil Arbeitsloser an 18- bis unter 65-jährigen Personen
Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen		
K26	Inanspruchnahme-Ziffer	Betreute Personen mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Gebiet pro 100.000 Einw. nach Angebotsform / Leistungsart
K27	Messziffer Platzangebot	Platzangebot pro 100.000 Einw. des betreffenden Gebietes
K28	Messziffer Fachkräfteeinsatz	Vollzeitstellen Fachkräfte (Grundqualifikationen 1-3) pro 100.000 Einw. des betreffenden Gebietes

Anlage 3a: Liste der Einrichtungsträger 01.00 bis 09.00 mit ihren Hilfsangeboten

Code	AF	Kurzbezeichnung	Code	AF	Kurzbezeichnung
01.00		LKH Rankweil	05.05	33	Caritas Sozmed Nachbetr.-WG
01.01	30	LKHR Stationen Allg.-Psy.	05.06	16	Caritas HIOB psychosoz. Betr.
01.02	20	LKHR Tagesklinik Allg.-Psy	05.07	16	Caritas HIOB Substitution
01.03	10	LKHR Ambulanz Allg.-Psy	05.08	12	Caritas HIOB Café u. Anlaufstelle
01.04	10	LKHR forensische Ambulanz	05.09	12	Caritas HIOB Arbeitsprojekt Wald
01.05	31	LKHR Station Jugendpsychiatrie	05.10	13	Caritas amb. betreutes Wohnen
01.06	11	LKHR Ambulanz Jugendpsychiatrie	05.11	19	Caritas amb. Suchtth. (Alk.) Bregenz
01.07	30	LKHR Stationen Geronto-Psy.	05.12	16	Caritas Suchtberatung Bregenz
01.08	18	LKHR Ambulanz Geronto-Psy.	05.13	19	Caritas amb. Suchtth. (Alk.) Dornbirn
01.09	22	LKHR Tagesklinik Geronto-Psy.	05.14	16	Caritas Suchtberatung Dornbirn
10.10	21	Tagesklinik Jugendpsychiatrie	05.15	19	Caritas amb. Suchtth. (Alk.) Egg
01.11	19	Autismus Fachkompetenzteam	05.16	16	Caritas Suchtberatung Egg
02.00		aks Sozialmedizin	05.17	19	Caritas amb. Suchtth. (Alk.) Bludenz
02.04	11	aks Fachärztliche Sprechtag	05.18	16	Caritas Suchtberatung Bludenz
02.05	10	aks amb. soz.-psy. Ber. u Betr.	06.00		Do it yourself
02.06	10	aks soz.-psy. Langzeitbetreuung	06.01	16	Do it yourself psychosoz. Betr.
02.08	33	aks soz.-psy. Reha-Wohngem.	06.02	12	Do it yourself Café u. Anlaufstelle
02.09	33	aks Langzeitwohnen teilbetreut	07.00		Ex & Hopp
02.10	33	aks Langzeitwohnen vollbetreut	07.01	16	Ex & Hopp psychosoz. Betreuung
02.11	10	aks wochenstrukt. Programme	07.02	12	Ex & Hopp Schadensminimier.
02.12	23	aks Beschäftigungsinitiativen	07.03	16	Ex & Hopp Abgabe / Substitut.
02.13	12	aks offenes sozialpsy. Tageszentr.	08.00		Die Faehre
02.16	13	aks ambulant betreutes Wohnen	08.01	16	Die Faehre amb. Therapie (Stabil.)
02.17	18	aks geronto-psy. Tagesbetreuung	08.03	19	Die Faehre amb. Therapie (PT)
02.18	18	aks Demenzsprechstunde	09.00		Stiftung Maria Ebene
02.19	10	aks kurzfristige sozialpsych. Interv.	09.01	30	ME Drogentherapiestation Carina
03.00		aqua mühle Frastanz	09.02	36	ME therapeutische WG Lukasfeld
03.01	33	aqua individuell betr. Wohnen	09.03	19	ME BS Clean Feldkirch Psychotherapie
03.03	33	aqua betreutes Wohnen	09.04	16	ME BS Clean Feldkirch Stabilisierung
03.05	23	aqua Tagesstrukt. für Externe	09.06	16	ME Suchtmedizinische Ambulanz
03.06	13	aqua amb. betreutes Wohnen	09.07	30	ME stat. Entgiftung / Entwöhnung
03.07	27	aqua Lehrabschluss-Begl. für ASS	09.08	30	ME Drogentherapiestation Lukasfeld
03.08	25	aqua Vorb. auf AM n Abl. IVP	09.09	19	ME BS Clean Bregenz Psychotherapie
04.00		Heilpädagog. Zentrum Carina	09.10	19	ME BS Clean Bludenz Psychotherapie
04.01	11	Carina KJP-Ambulanz	09.11	16	ME BS Clean Bregenz Stabilisierung
04.02	31	Carina KJP-Station	09.12	16	ME BS Clean Bludenz Stabilisierung
04.03	21	Carina KJP-Tagesklinik	09.13	19	ME ambulante Begutachtungen
05.00		Caritas Vorarlberg	11.00		pro mente Vorarlberg
05.01	19	Caritas Sozmed Psychotherapie	11.01	11	pmV KJP-Ambulanz
05.03	16	Caritas Sozmed KS Essstörungen	11.02	10	pmV Ambulanz med. Reha.
05.04	16	Caritas Sozmed Suchtberatung	11.03	19	pmV Psychotherapie

Anlage 3b: Liste der Einrichtungsträger 11.00 bis 22.00 mit ihren Hilfsangeboten

Code	AF	Kurzbezeichnung	Code	AF	Kurzbezeichnung
11.04	15	pmV Arbeitstraining	16.00		Omnibus e.V.
11.06	10	pmV soz.-psy. Betreuung	16.01	12	Omnibus (Selbsthilfe-Ber.-Kont.-St.)
11.07	11	pmV KJP soz.-psy. Betreuung	17.00		Institut für Sozialdienste
11.08	18	pmV Aktiv. Menschen mit Demenz	17.01	37	IfS Sozialpsych. Intensivbetreuung
11.09	33	pmV Wohnen mit Reha-Charakter	17.02	19	IfS Psychotherapie
11.10	33	pmV Langzeitwohnen teilbetreut	18.00		Kolpinghaus Götzis
11.11	23	pmV Beschäftigungsprogramm	18.01	35	KH Götzis stationäre Wohnbetreuung
11.12	12	pmV psychosoziales Tageszentrum	18.03	35	KH Götzis ausgelagerte WG
11.13	37	pmV JuMeGa Betr. in Gastfamilien	19.00		Kolpinghaus Bregenz
11.14	17	pmV Ju-on-Job Werkth. f. Jugend.	19.01	35	KH Bregenz stationäre Wohnbetreuung
11.15	10	pmV wochenstrukt. Programme	20.00		Kaplan-Bonetti-Haus
11.16	13	pmV ambulant betreutes Wohnen	20.01	35	KBH stationäre Wohnbetreuung
11.17	17	pmV Ju-on-Job wochenstrukt. Ang.	21.00		Jupident
11.19	10	pmV amb. soz.-psy. Betr. f. Kinder	21.01	37	Jupident Kinder-Wohngruppe intensiv
12.00		Sozialpsychiatrie Bregenz	21.02	37	Jupident Kinder-Wohngruppe
12.01	33	Sozpsych Bregenz therap. Wohnen	21.03	37	Jupident Jugend-WG BVS Training
13.00		Verein für seel. Ges. Rankweil	21.04	37	Jupident Jugend-WG BVS
13.01	33	VSG Wohnh. mit Langzeitcharakter	21.05	37	Jupident Jugend-WG Training
15.00		Gemeinsam Leben Lernen	21.06	27	Jupident Jugend-Tagesgruppen BVS
15.01	29	GLL Psychotherapie Tagesklinik	22.00		Thomas Boss dialogcommunications
15.02	19	GLL Psychotherapie Ambulanz	22.01	19	Boss Psychotherapie
15.03	12	GLL Kontaktstelle			

Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2013 nach Angebotsform

Code-Nr. und Kurzbezeichnung der Angebotsform (AF)		Anzahl der Datenblätter C						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
alle Hilfen (AF 10-39)		8.505	10.365	11.700	12.457	13.448	14.330	15.641
10	Ambulanzen	3.346	3.476	3.524	3.601	4.713	4.993	5.244
11	Ambulanzen KJP	478	1.470	970	955	1.362	1.679	1.467
12	Kontaktstellen	395	496	707	897	118	81	0
13	ambulant betreutes Wohnen ³					30	29	35
15	Arbeitshilfen	129	85	58	62	68	46	49
16	Sucht-Beratungsstellen	895	965	1.944	2.077	2.317	2.521	2.915
17	wochenstrukturier. Programme KJP ³			34	32	36	44	47
18	Demenzprojekte	26	127	123	123	121	115	78
19	Sonstige (Psychotherapie)	637	829	760	753	868	1088	2.099
alle ambulanten Hilfen (AF 10-19)		5.906	7.472	8.120	8.500	9.633	10.596	11.934
20	Tagesklinik							
21	Tagesklinik KJP	18	22	27	25	23	26	19
23	Tagestrukturhilfen ³	437	602	617	536	212	152	169
27	Tagestrukturhilfen KJP ³		24			8	24	47
29	Sonstige (Tagesklinik Psychotherapie)	25	28	22	26	25	28	28
alle teilstationären Hilfen (AF 20-29)		480	676	666	587	268	230	263
30	Klinik-Stationen	2.654 ¹	1.838 ²	2.462	2.755	2.979	2.817	2.585
31	Klinik-Stationen KJP	61	77	120	187	129	166	133
33	Wohnheime allgemein	164	197	189	189	194	203	170
35	WH Wohnungslose		71	65	169	183	254	399
36	WH Suchtkranke ³		41	48	36	28	29	29
37	WH KJP		17	30	34	34	35	128
alle vollstationären Hilfen (AF 30-39)		2.879	2.241	2.914	3.370	3.547	3.504	3.444

¹) Doppelzählungen im LKH Rankweil durch Mehrfachaufenthalte im Berichtsjahr

²) unvollständiger Datensatz des LKH Rankweil

³) Wechsel der Angebotsformen für einzelne Hilfsangebote: Das Angebot IfS Therapeutisches Atelier (17.03) wurde bis 2011 in AF 23, 2012 in AF 27 geführt und stand 2013 nicht mehr zur Verfügung. Das Angebot pmV berufsorientierte Werktherapie für Jugendliche (11.14) ist der AF 27 zugeordnet, wurde allerdings 2010 bis 2012 in AF 17 geführt. Das Angebot Caritas ambulant betreutes Wohnen (05.10) wurde bis 2011 in AF 36 und ab 2012 in AF 13 geführt.

Anlage 5: Notiz zum Aussagewert des psychosozialen Risikos

In der Bevölkerung gibt es ein breites Verständnis dafür, dass die Medizin bei Gesundheitsstörungen gewöhnlich zunächst diagnostische Untersuchungen vornimmt, um nach Feststellung der zugrunde liegende Krankheit eine dagegen wirksame Behandlung auszusuchen. Die Psychiatrie hat sich in den letzten 200 Jahren als Teilgebiet der Medizin formiert und bemüht sich auch bei den Störungen der seelischen Gesundheit um eine Einordnung des Einzelfalls in eine Systematik von Krankheitsdiagnosen. Dieses Vorgehen ist zweifellos für die Suche nach einer wirksamen Behandlung auch hier hilfreich, stößt aber gerade bei den Hilfen für chronisch und schwer psychisch erkrankte Menschen schnell an seine Grenzen. In ihrer Anklammerung an die klinische Medizin hat es die psychiatrische Wissenschaft jedoch bisher versäumt, eine diagnostische Systematik unter Einbezug der psychosozialen Problemlagen der betroffenen Menschen zu entwickeln.

Der in der Psychiatrieberichterstattung eingesetzte psychosoziale Risikoscore (psR) wurde entwickelt, um wichtige und leicht messbare Einflussfaktoren auf den Verlauf einer seelischen Erkrankung in einer Kennzahl zusammenfassen. Aus acht psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen (Merkmale 3.1 bis 3.8 des Datenblattes C) wird der psR berechnet. Vier Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der Betroffenen, vier weitere das Ausmaß ihrer sozialen Desintegration. Je stärker die Ausprägung des Merkmals, desto höher das Risiko für einen komplizierten Verlauf der Erkrankung. Die Merkmalsausprägungen müssen zwischen 1 und 4 liegen; nur beim Merkmal „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ wird auch ein Wert 0 (bisher kein Klinikaufenthalt) mit einbezogen. Fehlt die Angabe zu einem der acht Merkmale oder lautet sie „unbekannt/unklar“, ist eine Berechnung nicht möglich.

Der Score wurde ursprünglich mit sechs Merkmalen (Merkmale 3.1-3.3 und 3.5-3.6 sowie 3.8 des Datenblattes C) bei den chronisch psychisch kranken Menschen eines Versorgungssektors zwischen 18 und 60 Jahren auf seine Aussagekraft erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für eine Langzeithospitalisation im zehnjährigen Untersuchungszeitraum anstieg mit dem Risiko bei Erstkontakt in einer der für das Einzugsgebiet zuständigen Einrichtungen¹¹. Der Risikoscore wurde später um die „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (DB C-Merkmal 3.4) und die „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (DB C-Merkmal 3.7) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Beispiel der Nutzenden von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden¹².

¹¹ Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft:51-58

¹² Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

Anlage 6: Formularvorlagen der Datenblätter A bis C

Regionale Psychiatrieerberichterstattung Vorarlberg Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

A) Datenblatt für Einrichtungsträger

Berichtsjahr:

1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers

	(Code-Nr.)

2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung

Erläuterung: Angebote nach vorrangigem Kostenträger und Definition (ambulant, teilstationär, stationär) differenzieren, jeweils planmäßige und tatsächlich belegte Platzzahlen (jeweils zum 31.12. des Berichtsjahres) sowie hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit) angeben.

Bei mehreren Kostenträgern bitte nur den vorrangigen angeben, ebenso bei Zuständigkeit für mehrere Versorgungssektoren das hauptsächliches Einzugsgebiet aus der Codierungsliste auswählen!

Code-Nr. des Hilfsangebotes	Vorrangiger Kostenträger	Leistungsart	Platzzahl (am 31.12.)		hauptsächlich Einzugsgebiet
			nach Plan ¹³	belegt ¹⁴	

Code vorrangiger Kostenträger

1 = Krankenversicherung; 2 = Rentenversicherung; 3 = Landesgesundheitsfonds; 4 = Sozialfonds; 5 = Bundessozialamt; 6= AMS; 7 = Bundesministerien; 8 = Eigenmittel der betreuten Person; 9 = Eigenmittel des Einrichtungsträgers (einschl. Spenden); 88 = sonstige Kostenträger, bitte Klartext angeben: _____; 99 = unbekannt / unklar

Code Leistungsart

1 = ambulante Leistungen; 2 = teilstationäre Leistungen; 3 = stationäre Leistungen

Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)

1 = landesweit; 2 = Bezirk Bludenz; 3 = Bezirk Bregenz; 4 = Bezirk Dornbirn; 5 = Bezirk Feldkirch (Wenn Haupteinzugsgebiet mehr als ein Bezirk dann: 1 = landesweit)

¹³ bei ambulanten Leistungen kann dieses Feld auch frei bleiben

¹⁴ am Jahresende, im letzten Monat, im letzten Quartal oder im Durchschnitt des Jahres (passende Alternative wählen)

Regionale Psychiatrieberichterstattung Vorarlberg
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

**B) Datenblatt für einzelne Angebote eines
 Einrichtungsträgers**

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

	(Code-Nr.)
Zuständige Ansprechperson (Name, E-Mail, Tel)	

	Dieses Angebot ist maßnahmenfinanziert (wenn ja, bitte Abschnitt 2. ausfüllen)
	Dieses Angebot ist pauschalfinanziert (d.h. unabhängig von der Zahl der belegten Plätze)

(Zutreffendes ankreuzen)

bei Puschalfinanzierung
 jährliche Puschale in Euro

2. Zahl und Kosten der belegten Plätze bei maßnahmenfinanziertem Angebot (Berichtszeitraum)

Erläuterung: Bei einer internen Differenzierung des Hilfsangebotes mit unterschiedlichen Kostensätzen bitte für jeden Kostensatz eine Zeile verwenden. Für jeden Kostensatz sind die zugrunde gelegten Leistungsmengen anzuführen. Relevant sind alle kostenwirksamen (auch fremd vergebene) Leistungen.

Ifde. Nr.	Kosten pro belegtem Platz					Anzahl der belegten Plätze (passende Alternative wählen)				
	Kostensatz pro Zeiteinheit in Euro	Zeiteinheit (Zutreffendes ankreuzen)				bei Kostensatz pro Stunde: Anzahl Stunden pro Monat im Durchschnitt	am Jahres- ende	im letzten Monat	im letzten Quartal	Jahres- Durch- schnitt
		Quartal	Monat	Tag	Stunde					
2.1										
2.2										
2.3										
2.4										

3. Angaben zu Umfang und Qualifikation des eingesetzten Betreuungspersonals (Stichtag 31.12.)

Erläuterung: Anzahl der Vollkräfte immer mit 1-2 Stellen hinter dem Komma angeben (z.B. 4,6 bzw. 3,25).

Berufsgruppen	Vollkräfte insgesamt	Vollkräfte mit spezifischer Qualifikation	Angabe zur Qualifikation		
			1	2	3
1 Akademisches Fachpersonal					
2 Diplomiertes Fachpersonal					
3 Andere					

Code Qualifikationen:

- 1 = psychiatrische Grundausbildung; 2 = psychotherapeutische Qualifizierung;
- 3 = Andere (ohne Verwaltungspersonal)

4. Bitte Zahl der im Berichtsjahr behandelten bzw. betreuten Personen angeben:

(Möglichst für jede Person dann ein ausgefülltes Datenblatt C beilegen)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Regionale Psychiatrieberichterstattung Vorarlberg
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

**C) Datenblatt für die Personenbezogene
Basis- und Leistungsdokumentation**

Berichtsjahr

Erläuterung: Dieses Datenblatt orientiert sich am Fragebogen zur Psychiatrieberichterstattung in Hannover. In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für die jeweilig betreute Person die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es soll der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert werden.**

1. Angaben zum Ort der Hilfe und zur eigenen psychiatrischen Versorgungsleistung

**1.1 Code-Nr.
des eigenen Hilfsangebotes**

**1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung
im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr
Angabe in Quartalen**

Ausnahme: bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik (Krankenhausaufenthalte) ist die Anzahl der Tage anzugeben.

2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1 Geschlecht
1 = männlich; 2 = weiblich; 9 = Geschlecht unbekannt/unklar

2.2 Alter (oder Jahrgang)
0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 J.; 3 = 45 bis unter 65 J.;
4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 aktueller/letzter Wohnort (PLZ), gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt Meldeadresse = Hauptwohnsitz;
9999 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar
Länderkennzeichen (A, FL, CH, D)

2.4 juristische Flankierung der Hilfen
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 2 = Sachwalterschaft;
3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar

Erläuterung: "ja" bedeutet, dass die therapeutische Hauptbezugsperson des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit der betreuten Person und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. psychiatrische Hauptdiagnose
 0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) oder Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhafte Störung (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8 = keine psychische Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar

3.2. Alter bei Ersterkrankung
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1 = 65 und mehr Jahre; 2 = 45 bis unter 65 Jahre; 3 = 25 bis unter 45 Jahre; 4 = unter 25 Jahre; 9 = Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar

3.3. Dauer seit Ersterkrankung
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre

3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt
 0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre; 2 = 5 bis unter 10 J.; 3 = 1 bis unter 5 J.; 4 = unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbek.

3.5. Wohnsituation
 0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner/Partnerin bzw. Angehörigen einschl. Wohngemein.; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar

3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeitätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeitätigkeit (alles unter 35 Stunden/Woche), auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation (z.B. RPK), Sonderschule o. ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar

3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte
Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Versicherungsleistungen (einschl. Beamtenpension); 3 = durch PartnerIn, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!)

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med.	amb.	4.1 Quartale in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis
		4.2 Quartale in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 Quartale in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
klinisch	4.4.0 Tage in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	
	4.4.1 Tage in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	
	4.5.0 Tage in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation	
	4.5.1 Tage in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation	
kompl.	Wohne	4.6 Quartale in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
		4.7 Quartale in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
		4.8 Quartale in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege)
		4.9 Quartale in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim)
		4.10 Quartale Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
Arbeit	4.11 Quartale in beruflicher Rehabilitation	
	4.12 Quartale in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit	
	4.13 Quartale in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder Ähnliches	

Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen
für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (revidierte Version; Januar 2014)

**C) Datenblatt für die Personenbezogene
Basis- und Leistungsdokumentation**

Berichtsjahr

Erläuterung: In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für die jeweilig behandelte Person die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. Es soll der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert werden.

1. Angaben zum Ort der Hilfe und zur eigenen psychiatrischen Versorgungsleistung

**1.1 Code-Nr.
des eigenen Hilfsangebotes**

**1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung
im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr
Angabe in Quartalen**

Ausnahme: bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik (Krankenhausaufenthalte) ist die Anzahl der Tage anzugeben.

2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1 Geschlecht
1 = männlich; 2 = weiblich; 9 = Geschlecht unbekannt/unklar

2.2 Alter (oder Jahrgang)
11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre; 13 = 10-13 Jahre; 14 = 14-17 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 Jahre; 3 = 45 bis unter 65 Jahre; 4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 aktueller/letzter Wohnort (PLZ), gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt Meldeadresse = Hauptwohnsitz;
9999 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar
Länderkennzeichen (A, FL, CH, D)

2.4 juristische Flankierung der Hilfen
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung); 1 = laufende Jugendwohlfahrtsmaßnahme;
2 = Sachwalterschaft / behördliche Obsorge; 3 = Unterbringungsgesetz / Heimaufenthaltsgesetz;
4 = Maßnahmenvollzug; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9 = unbekannt/unklar
Erläuterung: "ja" bedeutet, dass die therapeutische Hauptbezugsperson des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit der betreuten Person und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. klinische Diagnose (1. Ziffer: ICD-10-Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)
Kategorie der psychiatrischen Diagnose: 0x = organische psychische Stör.; 1x = Suchterkrankung; 2x = schizophrene/wahnhafte Störung; 3x = affektive Störung; 4x = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; 5x = Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Stör. und Faktoren; 6x = Persönlichkeitsstörung; 7x = intellektuelle Minderbegabung; 8x = Entwicklungsstörungen (F8); 9x = Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend, X = keine psychische Störung; LEER = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar
Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung: x1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); x2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; x3 = deutlich; x4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung)

3.2. Alter bei Ersterkrankung
11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre; 13 = 10-13 Jahre; 14 = 14-17 Jahre
 10= trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1= 65 und mehr Jahre; 2= 45 bis unter 65 Jahre; 3= 25 bis unter 45 Jahre; 4= 18 bis unter 25 Jahre; 9= Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar

3.3. Dauer seit Ersterkrankung
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar);
 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre

3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt
 0= trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1= 10 und mehr Jahre; 2= 5 bis unter 10 J.; 3= 1 bis unter 5 J.; 4= unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9= Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar

3.5. Wohnsituation
11 = mit beiden Eltern; 12 = mit einem Elternteil; 13 = in Pflegefamilie; 14 = in Heim / betreuter WG
 10 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partnern bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung;
 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar

3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Tätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung mit regelmäßiger Teilnahme; 2 = Schul- oder Berufsausbildung in Sondereinrichtung mit regelmäßiger Teilnahme; 3 = med.-berufliche Rehabilitation oder beschützte Arbeitstätigkeit mit regelmäßiger Teilnahme; 4 = überwiegende Abwesenheit in Regel- oder Sondereinrichtung (z.B. Schule) bzw. ganz ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9= Arbeitssituation unbekannt/unklar

3.7. belastende soziale Umstände (1. Ziffer: vorrangige Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)
Kategorie: 0x = keine belastenden soziale Umstände; 1x abnorme extra- oder intrafamiliäre Beziehungen; 2x = psychische Störung oder Behinderung in der Familie; 3 = verzerrte familiäre Kommunikation u abnorme Erziehungsbedingungen; 4x = abnorme unmittelbare Umgebung; 5x = akut belastende Lebensereignisse; 6x = gesellschaftliche Belastungsfaktoren; 7x = chronische zwischenmenschliche Belastung in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit; 8x = belastende Situationen infolge von Störungen/Behinderung des Kindes; 9x = soziale Umstände unklar / unbekannt
Schweregrad der sozialen Belastungen: x1 = höchstens gering ausgeprägt; x2 = mäßige Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen; x3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen; x4 = deutliche Belastung ohne unterstützende soziale Beziehungen

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt der Eltern
 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG);
 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Versicherungsleistungen (einschl. Beamtenpension); 3 = durch Partner bzw. Partnerin, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!)

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs-/Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung		
4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation		
4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation		
kompl. Versorgung	Wohnh.	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Integrationshilfe (z.B. ambulante Betreuung Jupident)
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Integrationshilfe (z.B. therapeutisches / sozialpädagogisches Wohnheim)
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. Familienhilfe)
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim)
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation
		4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit
		4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder ähnliches

Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen

Anlage I: Anträge auf Integrationshilfen nach primär geplante Hilfsangebot

Code Angebot	AF	Produkt	Kurzbezeichnung	Anzahl der Anträge					
				2009	2010	2011	2012	2013	2014
Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin GmbH (aks)									
02.08	33	4442-100-204	sozialpsychiatr. Reha-WG	7	13	13	11	10	15
02.09	33	4443-200-201	Langzeitwohnen teilbetreut		4	3	5	3	4
02.10	33	4443-100-202	Langzeitwohnen vollbetreut	2	10	9	16	13	5
02.12	23	4444-100-202	tagesstr. Gruppen.		1			15	11
02.16	13	4442-200-301	ambulant betr. Wohnen						3
aqua mühle frastanz (aqua)									
03.01	33	4442-100-201	Individuell betr. Wohnen	2	5	1	1	4	2
03.02	33	4443-100-205	begleitetes Wohnen		7	10	2		
03.03	33	4443-200-203	betreutes Wohnen	2	17	9	32	54	22
03.04	33	4443-200-204	Intensivbetreutes Wohnen	3	27	13	5		
03.05	23	4444-100-204	Tagesstruktur. für Externe		65	80	71	68	62
03.06	13	4442-200-303	ambulant betr. Wohnen				8	10	7
03.07	27	4422-100-051	Lehrabschluss-Begl. für ASS					11	19
03.08	25	4431-100-005	Vorber. auf offenen AM						2
Caritas (CAR)									
05.05	36	4442-100-401	Nachbetreuungs-WG	1	14	17	26	21	8
05.10	13	4442-100-404	ambulant betr. Wohnen						3
DIE FAEHRE									
08.03	19	4411-200-122	Abstinenz (Psychotherapie)						1
Stiftung Maria Ebene (ME)									
09.02	36	4442-100-402	WG Lukasfeld	4	13	9	10	17	7
Team Mika (TMI)									
10.04	36	4442-100-403	Wohnen	7	3	1	4		
10.05	36	4442-100-405	Wohnen m. Doppeldiagnose		1	2			
pro mente Vorarlberg (pmV)									
11.09	33	4442-100-203	Wohnen m. Reha-Charakter	18	42	46	37	36	31
11.10	33	4443-100-201	Langzeitwohnen teilbetreut	13	17	17	26	15	16
11.11	23	4444-100-203	tagesstr. Gruppen	1	1	1	5	5	7
11.13	37	4442-100-205	Wohnen in Gastfamilien		18	13	13	10	17
11.14	27	4444-100-206	Ju-on-Job Werktherapie				6	7	13
Sozialpsychiatrie Bregenz GmbH (SPB)									
12.01	33	4442-100-202	Therapeutisches Wohnen	7	22	14	18	20	11
Verein für seelische Gesundheit Rankweil (VSG)									
13.01	33	4443-100-203	WH mit Langzeitcharakter	7	10	8	10	3	6
Institut für Sozialdienste Dornbirn (IFS)									
17.01	37	4442-100-206	sozialpsy. Intensivbetreuung		2	12	15	10	9
17.03	27	4444-100-207	SIB Therapeutisches Atelier		8	9	2		
sonstige Anträge (auswärtige Angebote, Fehlläufer)									6
alle einbezogenen Angebote				74	300	287	323	332	287

Anlage II Kennzahlen zu primär geplanten Hilfen nach Angebot 2013-2014

A F	Produkt- gruppe	Code Hilfs- angebot	Anzahl auswert- barer Daten- sätze	Anteil	Anteil	psycho- soziales Risiko (DB C)	Beeinträchti- gungen (DB D)		Leistungen (DB E)	
				Männer	<45 Jahre		Ausmaß	Ver- lauf	Um- fang	Zeit- bedarf
				K9	K11		K14	K29	K30	K31
alle primär geplanten Produkte			632	62%	66%	2,9	2,5	2,8	2,7	2,6
23	4444	alle Angebote in der AF	114	54%	51%	2,7	2,4	2,7	2,3	2,3
27	4422/4444		32	63%	100%	2,4	2,1	2,2	1,6	2,3
33	4443		109	57%	61%	3,0	2,7	2,9	2,8	2,3
36	4442		88	70%	75%	3,0	2,4	2,7	2,8	2,6
37			27	67%	59%	2,8	2,4	2,4	2,6	2,6
13			34	41%	100%	2,9	2,3	2,3	2,2	2,8
13			19	74%	68%	2,7	2,6	2,8	2,5	2,4
13	4442	02.16	2	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		05.10	2	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		03.06	15	80%	67%	2,8	2,7	3,0	2,3	2,0
25	4431	03.08	2	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
23	4444	02.12	20	65%	50%	2,7	2,3	2,7	2,3	1,9
		02.11	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>							
		03.05	86	53%	51%	2,7	2,4	2,6	2,3	2,4
		11.11	8	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
27	4422	03.07	19	63%	100%	2,2	2,1	2,3	1,4	2,4
	4444	11.14	13	62%	100%	2,6	2,1	1,9	1,9	2,3
33	4443	02.09	5	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		02.10	12	50%	50%	3,2	2,7	3,0	2,9	2,9
		03.03	55	60%	73%	2,9	2,8	2,9	2,8	2,5
		11.10	30	60%	60%	3,0	2,7	3,0	2,9	1,8
		13.01	7	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
36	4442	02.08	16	81%	56%	3,2	2,6	2,3	3,1	3,1
		03.01	5	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		11.09	45	62%	82%	3,0	2,6	2,9	2,8	2,4
		12.01	18	78%	67%	3,1	2,1	2,5	2,8	2,5
		98.01	4	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		05.05	16	63%	63%	2,8	2,6	2,7	2,5	2,6
37	4442	09.02	11	73%	55%	2,9	2,2	2,1	2,7	2,4
		11.13	20	40%	100%	2,6	2,1	2,2	1,8	2,1
		17.01	14	43%	100%	3,1	2,5	2,4	2,9	3,4

Anlage III Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg

Information für Antragstellung und Hilfeplankonferenzen in der Sozialpsychiatrie (Version: 2014_06)

Unterlagen für die Beantragung von Integrationshilfe	
Für alle Anträge gilt:	<p><u>Erforderlich für alle Anträge:</u> Integrationshilfe-Antrag + Leistungsvereinbarung (inklusive Zielvereinbarung) + Meldeblatt ('F')</p> <p>Antrag und Datenblätter werden zusammen beim AdVLR bis spätestens 4 Wochen vor Ablauf der Bewilligung eingereicht (Ausnahme Auftragsklärung). Fehlende Unterlagen verzögern die Antragsbearbeitung. Anträge, die eine HPK erfordern, müssen gekennzeichnet sein (roter Vermerk HPK).</p>
Auftragsklärung	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztliches Kurzattest maschinell geschrieben (Inhalte von Datenblatt H müssen enthalten sein) <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel und Wirkung der Leistungsvereinbarung ist die Auftragsklärung ○ Dauer der Auftragsklärung ist maximal 3 Monate. ○ Vor Beginn der Auftragsklärung ist <u>keine</u> Hilfeplankonferenz (HPK) erforderlich. ○ Antragstellung 2 Wochen vor dem geplanten Beginn der Leistung
Neuantrag	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenblatt C + D + E (Entwurf) + G <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ HPK ist vor Beginn der beantragten Leistung erforderlich. ○ Bei erfolgter Auftragsklärung ist der Antrag auf Integrationshilfe bis Ende des zweiten Monats der Auftragsklärung einzubringen.
Fortschreibung mit Änderung:	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsbericht • Datenblatt C + D + E (Entwurf) + G <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ HPK ist vor Beginn der neuen Leistung erforderlich.
Fortschreibung ohne Änderung:	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsbericht • Datenblatt C + D (+ E (Entwurf) bei HPK) <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ HPK ist nur nach Ablauf der HPK-Empfehlung (siehe Protokoll der letzten HPK) oder auf Wunsch eines der Beteiligten erforderlich.
Abschlussphase:	<p>Erforderliche Unterlagen sind Integrationshilfeantrag (IH), Meldeblatt ('F')</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenblatt C + D <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dauer maximal 3 Monate ○ Keine Leistungsvereinbarung + keine HPK erforderlich <p>Beim IH-Antrag: Beschreibung der Leistung = Produkt Notwendigkeit der Leistung = Abschlussphase</p>
Beendigung:	Erforderliche Unterlagen: Meldeblatt ('F') + Abschlussbericht

Ergänzungen	
Antragsverfahren bei Unterbrüchen	<p><u>Fortschreibung ohne Änderung</u> (gleiche Leistung/ gleicher Anbieter)</p> <p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt (F) Entwicklungsbericht Datenblatt C + D + E (Entwurf) Info: HPK ist vor Beginn der Leistung erforderlich.</p> <p>-----</p> <p><u>Fortschreibung mit Änderung</u> bei Änderung der Leistung oder des Anbieters</p> <p>Erforderliche Unterlagen – zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt (F) Datenblatt G Entwicklungsbericht (bzw. fallbezogen Information von früheren Leistungserbringern) Datenblatt C + D + E (Entwurf) + G Info: HPK ist vor Beginn der Leistung erforderlich.</p>
Antragsverfahren beim Wechsel von einer Wochenstruktur in eine Tagesstruktur	<p>Antrag für <u>Fortschreibung mit Änderung</u>, wenn bereits eine Hilfeplankonferenz stattgefunden hat.</p> <p>Ein <u>Neuantrag</u> muss gestellt werden, wenn im Vorfeld noch keine HPK durchgeführt wurde.</p> <p>Erforderliche Unterlagen – zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt (F) Entwicklungsbericht Datenblatt C + D + E (Entwurf) + G Info: HPK ist vor Beginn der Leistung erforderlich.</p>

Die Hilfeplankonferenz	
Allgemein:	Die Unterlagen müssen aus organisatorischen Gründen 7 Tage vor dem HPK-Termin KOMPLETT im Amt eingelangt sein. Bei fehlenden Datenblättern wird die HPK verschoben.
Ablauf:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Anmeldung für die HPK muss aus organisatorischen Gründen über hilfeplankonferenz@vorarlberg.at erfolgen. • Die Verantwortung für das Zustandekommen eines Termins liegt bei der Einrichtung
Datenblätter:	<ul style="list-style-type: none"> • Das Meldeblatt (F) muss ausgefüllt immer dabei sein • Datenblatt C, D, D1 müssen ausgefüllt sein • Datenblatt E wird bei der HPK gemeinsam ausgefüllt (Vorschlag d. Einrichtung) • Fachärztliche Stellungnahme maschinell geschrieben (Inhalte von Datenblatt G müssen enthalten sein) • Fachärztliches Kurzattest maschinell geschrieben (Inhalte von Datenblatt H müssen enthalten sein)
Hilfeplan- konferenz Teilnehmende:	<ul style="list-style-type: none"> • An der HPK nehmen immer die betroffene Person, eine Bezugsperson aus der Betreuung und eine Vertretung des Landes teil. • Liegt eine Sachwalterschaft vor, so muss der Sachwalter bzw. die Sachwalterin auch dabei sein. • Die betroffene Person kann eine Vertrauensperson ihrer Wahl dazu einladen, die Einrichtung macht die Klientin bzw. den Klienten darauf aufmerksam. • Die Anwesenheit einer Ärztin bzw. eines Arztes ist immer erwünscht, jedoch nicht unbedingt erforderlich (Datenblätter D und G enthalten die Informationen des Arztes).
Umfeld:	<ul style="list-style-type: none"> • Die HPK wird in der Regel in den Räumlichkeiten der Einrichtung abgehalten. • Erforderlich ist nur ein Raum mit einem Arbeitstisch und Sesseln (kein Couchtisch), in dem ein ungestörtes Gespräch möglich ist.
Protokoll:	<ul style="list-style-type: none"> • Von der Vertretung des Landes wird ein Protokoll erstellt, welches im Akt der betroffenen Person beim Land abgelegt wird. • Im Protokoll ist unter anderem auch die Empfehlung für die Dauer einer Bewilligung eines bestimmten Produktes eingetragen. Davon wird schließlich beim Kostenträger der Bewilligungszeitraum abgeleitet. • Ebenso ist der Zeitpunkt der nächsten regulären HPK darin festgehalten. • Die Beteiligten unterschreiben das Protokoll und erhalten je eine Kopie.

Definitionen:	
Leistungsvereinbarung:	Laut Integrationshilfeverordnung muss die Leistungsvereinbarung (LV) zumindest Art, Ausmaß, Dauer und Kosten der zu erbringenden Leistung, sowie detaillierte und überprüfbare Ziele beinhalten. Die zwischen der betroffenen Person und dem Leistungserbringenden abgeschlossene LV ist von beiden Seiten zu unterzeichnen.
Entwicklungsbericht Zwischenbericht Abschlussbericht	<p>Der jeweilige Bericht soll in wenigen Absätzen in Prosa über die letzte Betreuungsphase informieren. Diese Kurzbeschreibung basiert auf dem Zielerreichungsgespräch zwischen der betreuten Person und dem Leistungserbringenden.</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Darstellung über den Verlauf der Bemühungen, die geplanten Fortschritte zu realisieren; • Was sind weitere Ziele und Perspektiven? • Welche konkreten Maßnahmen sind zur weiteren Umsetzung geplant? <p>Die Unterschrift der betreuenden Person sowie des Leistungserbringenden ist erforderlich.</p> <p>Der Entwicklungsbericht ist bei Fortschreibungen mit und ohne Änderungen erforderlich.</p> <p>Bei einer mehrjährigen Bewilligung ist jährlich dem Kostenträger ein Zwischenbericht vorzulegen.</p> <p>Bei Beendigung der Leistung ist ein Abschlussbericht zu erstellen.</p>

Anlage IV Datenblätter zum Hilfeplanverfahren (Datenblätter C bis H)

Datenblatt C für Erwachsene

Datenblatt C zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen bzw Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	C
EINRICHTUNG		

Personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation

Erläuterung: Maßgeblich für die Angaben ist der Zeitpunkt der aktuellen Antragstellung.

1. Angaben zum Ort der Hilfe und zur eigenen psychiatrischen Versorgungsleistung

1.1 Code-Nr. des primären Hilfsangebotes

1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung im primären Hilfsangebot (bezogen auf Meldeblatt F) in den letzten 12 Monaten, Angabe in Quartalen; bei unbekannter Dauer: 9 eintragen
Anzahl der Tage angeben bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik (nur Krankenhausaufenthalte); bei unbekannter Dauer: 999 eintragen

Anzahl der Quartale angeben bei allen übrigen Hilfsangeboten; bei unbekannter Dauer: 9 eintragen

2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1 Geschlecht
1 = männlich; 2 = weiblich; 9 = Geschlecht unbekannt/unklar

2.2 Alter (oder Jahrgang)
0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 J.; 2 = 25 bis unter 45 J.; 3 = 45 bis unter 65 J.; 4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 aktueller/letzter Wohnort (PLZ), gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt Meldeadresse = Hauptwohnsitz; 9999 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Länderkennzeichen (A, FL, CH, D)

2.4 juristische Flankierung der Hilfen
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 2 = Sachwalterschaft; 3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

1 2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9= unbekannt/unklar

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

C1

- 3.1. psychiatrische Hauptdiagnose**
 0 = Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstör. (F8, F9); 1 = neurotische / psychosomatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2 = Suchterkrankung (F1x.1/2/8) / Persönlichkeitsstörung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3 = schizophrene / wahnhaftige Stör. (F2); affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organ. psych. Stör. (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8 = keine psych. Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar
- 3.2. Alter bei Ersterkrankung**
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1 = 65 Jahre plus; 2 = 45 bis < 65 J.; 3 = 25 bis < 45 Jahre; 4 = < 25 Jahre; 9 = Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar
- 3.3. Dauer seit Ersterkrankung**
 0 = trifft nicht zu (keine psych. Störung; Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar); 1 = < 1 Jahr; 2 = 1 bis < 5 Jahre; 3 = 5 bis < 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**
 0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre; 2 = 5 bis unter 10 Jahre; 3 = 1 bis < 5 Jahre.; 4 = < 1 Jahr / ggw. in der Klinik; 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**
 0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständig Wohnen Erwachsener mit Partner/Partnerin bzw. Angehörigen einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Reha-Trägers, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschl. Wohnungsloseneintr.); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), berufliche Reha., Sonderschule o.ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar
- 3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte**
Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz / beim gemeinsamen Wohnen.
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar
- 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt**
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. Bafög); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Versicherungsleistungen (einschl. Beamtenpension); 3 = durch Partner / Partnerin, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten (ohne primäres Angebot!)		
		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychother. Praxis
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatr. Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs-/ Rehabilitationseinr. (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
med. Behandlung	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
kompl. Versorgung	Wohnen	4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege)
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim)
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation
		4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit
		4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder ähnliches

Modifiziertes Datenblatt C für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Datenblatt C zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen- bzw. Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	C
EINRICHTUNG		
Personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation		

Erläuterung: Maßgeblich für die Angaben ist der Zeitpunkt der aktuellen Antragstellung.

1. Angaben zum Ort der Hilfe und zur eigenen psychiatrischen Versorgungsleistung

1.1 Code-Nr. des eigenen Hilfsangebotes

1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung im primären Hilfsangebot (bezogen auf Meldeblatt F) in den letzten 12 Monaten, Angabe in Quartalen; bei unbekannter Dauer: 9 eintragen

Ausnahme: bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik (nur Krankenhausaufenthalte) ist die Anzahl der Tage anzugeben; bei unbekannter Dauer: 999 eintragen

2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1 Geschlecht

1 = männlich; 2 = weiblich; 9 = Geschlecht unbekannt/unklar

2.2 Alter (oder Jahrgang)

11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre, 13 = 10-13 Jahre, 14 = 14-17 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 J.; 2 = 25 bis unter 45 Jahre; 3 = 45 bis unter 65 Jahre; 4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 aktueller/letzter Wohnort (PLZ), gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt Meldeadresse = Hauptwohnsitz;

9999 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Länderkennzeichen (A, FL, CH, D)

2.4 juristische Flankierung der Hilfen

0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung); 1 = laufende Jugendwohlfahrtsmaßnahme; 2 = Sachwalterschaft/behördliche Obsorge; 3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

1

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)

0 = nein; 1 = ja (bitte unbedingt **Abschnitt 4.** ausfüllen!); 9 = unbekannt/unklar

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. klinische Diagnose (1. Ziffer: ICD-10-Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)

Kategorie der psychiatrischen Diagnose: 0x = organische psychische Stör.; 1x = Suchterkrankung; 2x = schizophrene/wahnhafte Störung; 3x = affektive Störung; 4x = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; 5x = Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Stör. und Faktoren; 6x = Persönlichkeitsstörung; 7x = intellektuelle Minderbegabung; 8x = Entwicklungsstörungen (F8); 9x = Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend, X = keine psychische Störung; LEER = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar

Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung: x1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); 8 = keine psych. Störung; 9 = psychiatrische Diagnose unbekannt / unklar

x2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; x3 = deutlich; x4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung)

- 3.2. Alter bei Ersterkrankung**
11 = 0-5 Jahre; 12 = 6-9 Jahre; 13 = 10-13 Jahre; 14 = 14-17 Jahre
 0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1= 65 Jahre plus; 2= 45 bis < 65 J.; 3= 25 bis < 45 Jahre; 4= < 25 Jahre; 9= Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar
- 3.3. Dauer seit Ersterkrankung**
 0 = trifft nicht zu (keine psych. Störung; Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar);
 1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**
 0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre; 2 = 5 bis unter 10 Jahre; 3 = 1 bis unter 5 Jahre.; 4 = unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik; 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**
11 = mit beiden Eltern; 12 = mit einem Elternteil; 13 = in Pflegefamilie; 14 = in Heim / betreuter WG; 10 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen Erwachsener mit Partner/Partnerin bzw. Angehörigen einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Reha-Trägers, Strafvollzug; 4 = ohne festen Wohnsitz (einschl. Wohnungsloseneintr.); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
 0 = trifft nicht zu, da Kleinkind; 1 = Tätigkeit in Beruf oder Familie, Kindergarten, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung mit regelmäßiger Teilnahme; 2 = Kindergarten, Schul- oder Berufsausbildung in Sondereinrichtung mit regelmäßiger Teilnahme; 3 = med.-berufliche Rehabilitation oder beschützte Arbeitstätigkeit mit regelmäßiger Teilnahme; 4 = überwiegende Abwesenheit in Regel- oder Sondereinrichtung (z.B. Schule) bzw. ganz ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar
- 3.7. belastende soziale Umstände** (1. Ziffer: vorrangige Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)
 Kategorie: 0x = keine belastenden soziale Umstände; 1x abnorme intrafamiliäre Beziehungen; 2x = psychische Störung oder Behinderung in der Familie; 3x = verzerrte familiäre Kommunikation u abnorme Erziehungsbedingungen; 4x = Abnorme unmittelbare Umgebung; 5x = akute, belastende Lebensereignisse; 6x = gesellschaftliche Belastungsfaktoren; 7x = chronische zwischenmenschliche Belastung in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit; 8x = belastende Situationen infolge von Störungen/Behinderung des Kindes; 9x = soziale Umstände unklar / unbekannt
Schweregrad der sozialen Belastungen: x1 = höchstens gering ausgeprägt; x2 = mäßige Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen; x3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen; x4 = deutliche Belastung ohne unterstützende soziale Beziehungen
- 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt**
 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Versicherungsleistungen (einschl. Beamtenpension); 3 = durch Partner bzw. Partnerin, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten (ohne primäres Angebot!)		
		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen in den letzten 12 Monaten
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychother. Praxis
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatr. Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs-/ Rehabilitationseinr. (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
	klinisch	4.4.0 <u>Tag</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
4.4.1 <u>Tag</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung		
4.5.0 <u>Tag</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation		
4.5.1 <u>Tag</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation		
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege)
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim)
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation
		4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit
		4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder ähnliches

Datenblatt D zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen bzw. Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	D
	ÄRZTIN / ARZT	

Art und Ausmaß der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

Codierung zum Ausmaß der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen:

0	besondere Fähigkeiten
1	keine oder nur leichte Beeinträchtigungen
2	mäßige oder deutliche Beeinträchtigungen
3	erhebliche oder starke Beeinträchtigungen
4	besonders schwere Beeinträchtigungen bis zu vollständigem Unvermögen
9	nicht beurteilbar

Codierung zu Verlauf und Beeinflussbarkeit der Beeinträchtigungen:

(nur einzuschätzen bei einem Ausmaß der Beeinträchtigungen zwischen 2 bis 4)

kurzfristige (innerhalb von drei Monaten) Aufhebung	0
mittelfristige (innerhalb von zwei Jahren) Aufhebung	1
mittelfristige (innerhalb von zwei Jahren) Minderung	2
langfristige (frühestens nach zwei Jahren) Minderung	3
langfristige (frühestens nach zwei Jahren) Begrenzung der Folgen der Beeinträchtigung	4
nicht beurteilbar	9

Erleben und Verhalten innerhalb einer Diagnose nach ICD-10

	Ausmaß der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen (0-4) hauptsächlich betroffene Bereiche (ankreuzen)	Verlauf und Beeinflussbarkeit (0-4)
	1. affektive und kognitive Funktionen	
	<input type="checkbox"/> Antrieb und Affekt (z.B. Depression, Manie, schizophreses Residuum) <input type="checkbox"/> Wahrnehmung und Denken (z.B. Halluzinationen, Wahn, Zwangsgedanken) <input type="checkbox"/> Gedächtnis und Orientierung (z.B. dementielles Syndrom) <input type="checkbox"/> Intelligenz (z.B. intellektuelle Minderbegabung)	
	2. Sozialverhalten und Konfliktverarbeitung	
	<input type="checkbox"/> Nähe-Distanz-Regulation (z.B. sozialer Rückzug, Distanzverlust) <input type="checkbox"/> Affektregulation und Impulskontrolle (z.B. Selbstverletzung, Gereiztheit) <input type="checkbox"/> Selbstwertregulation und Frustrationstoleranz (z.B. leichte Kränkbarkeit) <input type="checkbox"/> Umgang mit Suchtmitteln (z.B. Neigung zu Alkohol- oder Drogenkonsum)	
	3. somatische Funktionen	
	<input type="checkbox"/> Funktionsfähigkeit des Körpers und der Sinne <input type="checkbox"/> psychovegetative bzw. psychosomatische Abläufe <input type="checkbox"/> Sorge für eigenes Wohlbefinden und körperliche Aktivität <input type="checkbox"/> Inanspruchnahme medizinischer Hilfen bei entsprechendem Bedarf	
	4. Einsichtsfähigkeit und Krankheitsbewältigung	
	<input type="checkbox"/> Einsicht in den Krankheitscharakter der psychischen Störung <input type="checkbox"/> Kenntnisse über die Art der Störung und die Beeinflussbarkeit von Krisen <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur therapeutischen Kooperation <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Integration der Krankheit in ein Sinn-orientiertes Leben	

Datenblatt D zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen bzw Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	D1
	BETREUER / BETREUERIN	

Merkmale zu Aktivitäten und Teilhabe in Anlehnung an Kriterien der ICF

	Ausmaß der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen (0-4) hauptsächlich betroffene Bereiche (ankreuzen)	Verlauf und Beeinflussbarkeit (0-4)
	5. Selbstversorgung und Wohnen	
	<input type="checkbox"/> angemessene Körperpflege und Kleidung <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Haushaltsführung und Wohnraumgestaltung <input type="checkbox"/> gesunde Ernährung, Umgang mit Lebensmitteln <input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Tagesstrukturierung, Einhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus	
	6. Arbeit und Ausbildung	
	<input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit und Ausdauer <input type="checkbox"/> Motivation und Konzentrationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Selbständigkeit und Kooperationsfähigkeit <input type="checkbox"/> Flexibilität und Fähigkeit zur Selbstkritik	
	7. Soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe	
	<input type="checkbox"/> regelmäßiger Kontakt zu Angehörigen und Freunden <input type="checkbox"/> abwechslungsreiche Freizeitgestaltung, Hobbies <input type="checkbox"/> Interesse an gesellschaftlichen Vorgängen (z.B. Politik, Kultur, Kunst) <input type="checkbox"/> Engagement in der Gesellschaft (z.B. Vereine, Verbände, Kirchengemeinde)	
	8. materielle Existenzsicherung	
	<input type="checkbox"/> Existenzsichernder Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Übersicht über die eigenen Finanzen <input type="checkbox"/> angemessener Umgang mit Geld <input type="checkbox"/> Bewältigung des Postverkehrs, Erledigung von Behördenangelegenheiten	

Datenblatt E zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen bzw Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	E
KOSTENTRÄGER u. EINRICHTUNG		

Art und Ausmaß der erforderlichen Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs

Codierung Art der Leistungen zur Deckung des Hilfsbedarfs:

0	Selbst- und Laienhilfe ausreichend / trifft nicht zu
1	unterschiedliche Arten spezifisch psychiatrischer Leistungen (siehe jeweilige Legende)
2	
3	
4	
8	Art der Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs zwischen den Beteiligten strittig
9	Art der Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs nicht beurteilbar

Codierung Zeitbedarf der erforderlichen Hilfeleistung: Merkmalsausprägungen:

- nur bei Merkmalsausprägungen 1 bis 4 bei der Art der Leistungen
- nur Zeitbedarf für direkt patientenbezogene Tätigkeiten (einschl. Fahrzeiten)
- bei Bedarf an Gruppenbetreuung anteilig bezogen auf die Gruppengröße
- bei Einsatz von zwei Fachkräften Verdopplung des (anteiligen) Zeitbedarfs

Einzelbehandlung Gruppenbehandlung Befundkontrolle/Medik.	Selbstversorgung/Wohnen Arbeit und Ausbildung soziale Bez. /kult. Teilhabe	Fallkoordination administrative Hilfen	Zeit- Stufe
1-20 Min/Wo	1-20 Min/Wo	1-10 Min/Wo	1
21-40 Min/Wo	21-60 Min/Wo	11-20 Min/Wo	2
41-60 Min/Wo	61-180 Min/Wo	21-30 Min/Wo	3
>60 Min/Wo	>180 Min/Wo	>30 Min/Wo	4

Art der Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen mit Zeitbedarf

↓ Art der Leistung (siehe jeweils angefügte Legende)	Zeitbedarf (1-4) (siehe Tabelle)	↓
1. Einzeltherapie		
1 vorwiegend Beziehungsaufbau und Motivation zur Inanspruchnahme der Hilfen 2 vorwiegend stützende, informierende und beratende Interventionen 3 vorwiegend Bearbeitung aktueller psychosozialer Konflikte 4 vorwiegend psychodynamisch angelegte aufdeckende Interventionen		
2. Gruppentherapie		
1 hauptsächlich Informations-/Erfahrungsaustausch zur Krankheit (Psychoedukation) 2 hauptsächlich trainierende Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie, Rollenspiele) 3 hauptsächlich spez. nicht-verbale Verfahren (z.B. Entspannung, Gestaltung, Musik) 4 hauptsächlich spez. verbale Verfahren (z.B. psychodynamische Gruppentherapie)		
3. Befundkontrolle und Medikation		
1 ausschließlich kontinuierliche Erhebung des psychischen Befundes 2 zusätzlich Bedarfsmedikation bzw. Intervalltherapie 3 zusätzlich (auch) orale Dauermedik. (Symptomsuppression/Rückfallprophylaxe) 4 zusätzlich (auch) regelmäßige (Depot-)Injektionen von Psychopharmaka		
4. Fallkoordination und Therapieplanung (Clinical Casemanagement)		
1 ausschl. regelmäßiger Austausch über Bedarf/Inanspruchnahme weiterer Hilfen 2 zusätzl. ständige Koordination der Kooperationspartner bei komplexem Hilfebedarf 3 zusätzl. (auch) Federführung bei Vorber./Durchführ./Umsetzung der Hilfeplanung 4 zusätzl. (auch) Übernahme erweiterter Pflichten zur Dokument./Berichterstattung		

Datenblatt E zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen bzw Patienten- Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	E1
KOSTENTRÄGER u. EINRICHTUNG		

	5. Wohnen und Selbstversorgung	
--	---------------------------------------	--

- 1 ausschließl. Steuerung nicht-psychiatr. Hilfen (z.B. Putzhilfe, Essen auf Rädern)
- 2 zusätzl. aufsuchende Anleitung und Kontrolle bei eigenständigem Wohnen
- 3 zusätzl. (auch) tägliche Hilfen in betreuter Wohnung/Wohngemeinschaft/ Heim
- 4 zusätzl. (auch) Rund-um-die-Uhr-Betreuung im Heim

	6. Arbeit und Ausbildung	
--	---------------------------------	--

- 1 Unterstützung an einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes
- 2 berufliche Rehabilitation für den allgemeinen Arbeitsmarkt
- 3 mindestens 3 Std./Tag beschützte Beschäftigung (z.B. in einer Werkstatt)
- 4 < 3 Std./Tag beschützte Beschäftigung/Zuverdiensttätigkeit (z.B. in Tageszentrum)

	7. soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe	
--	--	--

- 1 ausschließl. Motivierung zu nicht-psychiatr. Hilfen (z.B. Freizeitclub, Sportverein)
- 2 zusätzl. Unterstützung bei der Nutzung informeller Angebote in einer Kontaktstelle
- 3 zusätzl. (auch) verbindl. Gruppenangebote zur Tagesstruktur/Freizeitgestaltung
- 4 zusätzl. (auch) Einzelbetreuung zur Anleitung und Begleitung von Außenaktivitäten

	8. administrative Hilfen	
--	---------------------------------	--

- 1 ausschließl. Kooperation mit nicht-psychiatr. Hilfen (z.B. Schuldnerberatung)
- 2 zusätzl. Beratung einer bevollmächtigten Vertrauensperson
- 3 zusätzl. (auch) sozialarbeit. Unterstützung in administrativen Angelegenheiten
- 4 zusätzl. (auch) kontinuierliche Kooperation mit einem eingesetzten Sachwalter bzw. einer Sachwalterin

Meldeblatt Für Integrationshilfe Antrag und Hilfeplanung	Patientinnen bzw Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)		F
	EINRICHTUNG u. KOSTENTRÄGER	Datum d. aktuellen Antragstellung IH:	

**Aktuelle und beantragte Integrationshilfe-Produkte:
Alle sozialpsychiatrischen Leistungen der Integrationshilfe (auch ambulante)**

	Immer eintragen			nur bei Meldung über Beendigung eintragen	
lfd. Nr.	Produkt-Nr. nach Produktkatalog	Leistungserbringer (Code-Nr. des Hilfsangebotes)	Leistungsbeginn Auftragsklärung (Datum)	Ende der Leistung (Datum)	Art der Beendigung (siehe Legende)
1					
2					
3					
4					
5					

Legende zur Art der Beendigung:
 1 = Maßnahme im Konsens beendet
 2 = Maßnahme von der betroffenen Person gegen fachlichen Rat abgebrochen
 3 = Maßnahme vom Leistungserbringer gegen den Wunsch der betroffenen Person abgelehnt
 4 = Maßnahme vom Kostenträger gegen den Wunsch der betroffenen Person nicht bewilligt

Art des Antrags auf Gewährung / Fortschreibung von Leistungen

bitte ankreuzen

Art des Antrags	Hilfplankonferenz erforderlich	erforderliche Datenblätter
1) Auftragsklärung	Nein	Meldeblatt + H
2) Neuantrag	Ja	Meldeblatt + C und D (+ E leer) + G
3) Fortschreibung mit Änderung	Ja	Meldeblatt + C und D + E (im Entwurf) + G
4) Fortschreibung ohne Änderung	Nur auf Wunsch eines der Beteiligten (spät. 3 Jahre nach der letzten HPK verpflichtend)	Meldeblatt + C und D (+ E bei HPK)
5) Abschlussphase (maximal 3 Monate)	Keine	Meldeblatt + C und D
6) Beendigung	Keine	Meldeblatt + Abschlussbericht

Hilfplankonferenz **Datum:**
 (Von der Vertretung des Kostenträgers auszufüllen!)

	Hilfplankonferenz abgehalten
Teilnehmer	Betroffene Person
	Therapeutische Bezugsperson
	Facharzt / Fachärztin
	Sachwalter / Sachwalterin
	Vertrauensperson
	Vertretung Kostenträger
Ergebnis	1) Konsens im Sinne der Angaben auf Datenblatt E
	2) Konsens im Sinne der Angaben auf Datenblatt E nach Änderung des Antrags
	3) Entscheidung durch Clearingstelle nach Dissens zwischen den Beteiligten

Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung		G
ÄRZTIN / ARZT	Patientinnen bzw Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	

Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung

Gliederung in Abschnitte		Stichworte, zu denen relevante Aussagen gemacht werden müssen
1	Zusammenfassung der Lebensgeschichte	Entwicklung in Kindheit und Jugend, Bildungs- und Berufsweg, wichtige soziale Beziehungen, Bestreitung des Lebensunterhaltes
2	Zusammenfassung des Behandlungsverlaufs	Umstände bei Beginn der Erkrankung, Verlauf der bisherigen Therapie und Rehabilitation (auch aus der Sicht der Patientin bzw des Patienten)
3	Zusammenfassung des Befundes	psychische Symptome, somatische Erkrankungen, Minderungen der Fähigkeit zu eigenständiger Lebensgestaltung und sozialer Teilhabe
4	Diagnosen nach ICD-10 (vierstellig, d.h Fxx.x)	psychiatrische Erstdiagnose, ggf. auch Zweitdiagnose und somatische Diagnosen (Klartext und ICD-10-Kategorie)
5	erforderliche Hilfen	Ziel, Zeitrahmen und Art der erforderlichen Therapie / Rehabilitation (auch somat. med.), ggf. Notwendigkeit stationärer Hilfen begründen
	Name und Unterschrift der Fachärztin bzw. des Facharztes	

**Fachärztliches Kurzattest
für die Auftragsklärung**

H

**ÄRZTIN /
ARZT**

Patientinnen bzw Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)

Fachärztliches Kurzattest für die Auftragsklärung

Gliederung in Abschnitte		Stichworte, zu denen relevante Aussagen gemacht werden müssen
1	Diagnose(n):	ICD-NR + Text
2	Behinderung(en):	Bestehende bzw. drohende Behinderungen
3	Empfehlung:	Empfohlene Maßnahmen

Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration
Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz
T +43 5574 511 24105
gesellschaft-soziales@vorarlberg.at
www.vorarlberg.at