

Vorarlberger  
Psychiatriebericht 2017

**Vorarlberger  
Psychiatriebericht 2017**

## Impressum

Autoren:

Dr. Hermann Elgeti  
Region Hannover, Dezernat II.3  
Hildesheimer Straße 20  
D-30169 Hannover  
E: [elgeti.hermann@region-hannover.de](mailto:elgeti.hermann@region-hannover.de)

Mag. Mag. (FH) Joachim Hagleitner  
Amt der Vorarlberger Landesregierung  
Landhaus, 6901 Bregenz  
E: [joachim.hagleitner@vorarlberg.at](mailto: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](mailto:thomas.neubacher@vorarlberg.at)

Bregenz, Oktober 2017

## Vorwort

---



Große Familientragödien, wie sie sich in der letzten Zeit in Vorarlberg zugetragen haben, machen die besonderen Herausforderungen im Umgang mit Menschen, die seelisch leiden und psychisch krank sind, deutlich. Das Psychatriekonzept 2015 - 2025 umfasst wichtige Themenbereiche der sozialpsychiatrischen Versorgung in Vorarlberg und liefert umfassende Maßnahmen zur Hilfeleistung.

Das Berichtsjahr 2017 stand ganz im Zeichen des Aufbaus der sozialpsychiatrischen Dienste auf Bezirksebene. Die Standorte Bregenz, Feldkirch und Egg nahmen Anfang September 2017 ihren Betrieb auf. Die niederschweligen Anlaufstellen stehen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und deren Angehörigen unbürokratisch zur Verfügung und können während der Öffnungszeiten aufgesucht oder telefonisch kontaktiert werden. Die Ausweitung auf die Bezirke Dornbirn und Bludenz soll 2018 erfolgen.

Noch in diesem Jahr soll das Wohnprojekt des aks in Langenegg eröffnet werden, dort wird eine intensive Betreuung 24 Stunden am Tag gewährleistet, damit die betreuten Klientinnen und Klienten wieder Fuß fassen können. Gleichzeitig konnten wir die Kapazitäten beim ambulant betreuten Wohnen weiter ausbauen. Psychisch kranke Menschen sollen in Vorarlberg ihr Leben möglichst selbstbestimmt und selbständig führen können, differenzierte Wohnangebote sind hier besonders wichtig. Es freut mich besonders, dass die in Vorarlberg an der Werkstatt für Suchtprophylaxe (SUPRO) entwickelte Internetplattform zur Suizidprävention ([www.bittellebe.at](http://www.bittellebe.at)) nun österreichweit als Standard gilt und die Aktivitäten in diesem Bereich erfolgreich fortgesetzt wurden.

Der Psychatriebericht 2017 informiert Sie in kompakter Form über das Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025 und die wichtigsten Aktivitäten und Entwicklungen im Berichtsjahr. Aufschluss über das Leistungsgeschehen und die Inanspruchnahme bieten die Kapitel zur regionalen Psychatrieberichterstattung und zur Evaluation der Planung der Integrationshilfen.

Auch für das kommende Jahr haben wir uns ambitionierte Ziele gesetzt, die nur durch gemeinsame Anstrengungen erreicht werden können. Mein Dank gilt allen Menschen, die motiviert und tatkräftig an der Erreichung der gesteckten Ziele mitwirken.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Dr. Christian Bernhard  
Gesundheitslandesrat



## Kurzfassung

---

Der jährlich erscheinende Psychiatriebericht ist eine wichtige Planungsgrundlage und bietet eine Standortbestimmung zur psychosozialen Versorgung im Land Vorarlberg. Er informiert über den Stand der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025 und Veränderungen in der Präventions- und Versorgungslandschaft im Berichtsjahr. In gewohnter Weise enthält die Publikation die regionale Psychiatrieberichterstattung (rPBE) und die Evaluation der Planung der Integrationshilfen, die über die unterschiedlichen Leistungsangebote und deren Inanspruchnahme informieren.

Die folgende Auflistung zeigt eine Auswahl an besonders wichtigen Projekten, die seit dem Erscheinen des letzten Berichts umgesetzt wurden:

- Eröffnung der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) in den Bezirken Bregenz und Feldkirch
- Ausarbeitung des Konzepts zur ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung Kinder und Jugendlicher
- Ausbau des ambulanten betreuten Wohnens
- Ausweitung der Aktivitäten zur Suizidprävention
- Vorbereitung des aks-Wohnprojekts in Langenegg

Grundlage für die regionale Psychiatrieberichterstattung ist die personenbezogene Leistungsdokumentation, die mithilfe von Datenblättern (siehe Anhang) erstellt wird. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 17.652 Leistungen erfasst und ausgewertet, was eine deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Somit liegt ein weitgehend vollständiges Bild über die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen mit Ausnahme der ärztlichen Behandlung in Praxen niedergelassener Fachleute vor.

Das neue Verfahren zur Hilfeplanung wurde 2009 eingeführt und bewährt sich sehr gut. Die Evaluation der Planung von Integrationshilfen bezieht sich auf die Zeit seit Einführung des neuen Verfahrens im Juli 2009 bis Ende Dezember 2016. In diesem Zeitraum wurden inzwischen 1.932 Anträge bearbeitet, in der Regel für teil- oder vollstationäre sozialpsychiatrische Integrationshilfen.

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

# Inhalt

---

<b>1</b>	<b>Einleitung (J. Hagleitner)</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Das Berichtsjahr im Überblick (J. Hagleitner)</b> .....	<b>9</b>
2.1	Veränderungen in der Versorgungslandschaft 2016/2017 .....	9
2.2	Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015-2025 .....	11
2.2.1	Ziele und Inhalt des Vorarlberger Psychiatriekonzepts.....	11
2.2.2	Zehn Entwicklungsprojekte bis 2025.....	12
2.2.3	Stand der Umsetzung des Psychiatriekonzepts im Überblick .....	12
2.3	Aktivitäten des Landespsychiatriebeirats .....	14
<b>3</b>	<b>Regionale Psychiatrieberichterstattung (H. Elgeti)</b> .....	<b>16</b>
3.1	Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten .....	16
3.2	Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung.....	17
3.3	Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick .....	18
3.4	Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie.....	21
3.5	Ergebnisse zur Suchthilfe .....	27
3.6	Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	31
3.7	Ergebnisse zur ambulanten und stationären Wohnbetreuung.....	34
<b>4</b>	<b>Evaluation der Planung von Integrationshilfen (H. Elgeti)</b> .....	<b>38</b>
4.1	Rahmenbedingungen und Zielsetzungen .....	38
4.2	Die Lebensqualität psychisch Kranker als Leitlinie.....	38
4.3	Beschreibung des Planungsverfahrens .....	40
4.4	Ergebnisse zu den Planungsverfahren .....	41
4.5	Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Integrationshilfen.....	44
4.6	Analysen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität .....	47
4.7	Ein Pilotversuch zur Beurteilung der Wirksamkeit von Hilfen .....	49
<b>Anhang</b>	.....	<b>52</b>
	Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung.....	58
	Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen .....	71

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

---

### Abbildungen

Abb. 3.3.1 Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007 - 2016 .....	19
Abb. 3.3.2 Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen pro 1.000 Einw. 2016* .....	21
Abb. 3.4.1 Inanspruchnahme LKH Rankweil (Stationen für Erwachsene) 2016* .....	23
Abb. 3.4.2 Inanspruchnahme ambulante sozialpsychiatrische Betreuung 2016* .....	24
Abb. 3.4.3 Verhältnis von Arbeitslosenquote und ambulanter Betreuungsziffer 2016.....	26
Abb. 3.4.4 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie 2016* .....	27
Abb. 3.5.1 Inanspruchnahme stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME 2015* .....	28
Abb. 3.5.2 Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe (ohne Drogenhilfe) 2016* .....	30
Abb. 3.5.3 Inanspruchnahme ambulante Drogenhilfe 2016* .....	30
Abb. 3.6.1 Inanspruchnahme Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie 2016* .....	33
Abb. 4.4.1 Planungsverfahren nach Leistungsart primär geplanter Hilfe 2010 – 2016 .....	42
Abb. 4.4.2: Planungsverfahren nach Antragsart 2010 – 2016 .....	42

### Tabellen

Tab. 3.1.1 Datenquellen der Vorarlberger Psychiatrieberichtserstattung .....	16
Tab. 3.2.1 Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2016.....	17
Tab. 3.2.2 Sozialstruktur der Regionen nach Siedlungsdichte 2015 - 2016 .....	18
Tab. 3.3.1 Merkmale der betreuten Personen 2016 nach Angebotsform .....	20
Tab. 3.4.1 Angebote Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie nach Angebotsform 2016* .....	22
Tab. 3.4.2 Merkmale im LKH Rankweil stationär behandelte Erwachsener .....	23
Tab. 3.4.3 Patientenmerkmale ambulante sozialpsychiatrische Betreuung .....	25
Tab. 3.5.1 Angebote Suchthilfe nach Angebotsform 2016* .....	27
Tab. 3.5.2 Patientenmerkmale stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME.....	29
Tab. 3.5.3 Patientenmerkmale ambulante Suchthilfe (nur AF 16).....	31
Tab. 3.6.1 Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angebotsform 2016.....	31
Tab. 3.6.2 Datenerhebung von Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	32

Tab. 3.6.3 Patientenmerkmale Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	33
Tab. 3.6.4 Patientenmerkmale Ambulanzen Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	34
Tab. 3.7.1 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Allgemeinpsychiatrie.....	35
Tab. 3.7.2 Nutzermerkmale psychisch erkrankter Menschen in Wohnungsloseneinrichtungen .....	36
Tab.3.7.3 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Suchthilfe und KJP.....	37
Tab. 4.2.1 Überblick zu den bei der Evaluation verwendeten Kennzahlen.....	39
Tab. 4.4.1: Art der im Meldeblatt primär beantragten Produkte pro Jahr .....	43
Tab. 4.4.2: Zahl der Hilfeplankonferenzen und Teilnehmerkreis 2010 - 2016.....	43
Tab. 4.5.1: Kennzahlen zu den Nutzergruppen nach Angebotsform 2010 - 2016 .....	45
Tab. 4.6.1: Zusammenhang zwischen Hilfebedarf und Leistungsintensität 2016.....	48
Tab. 4.7.1: Auswertung für beendete Maßnahmen (N = 39) .....	50
Tab. 4.7.2: Differenzierende Auswertung bei Beendigung .....	51

## 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
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
RSGBPV	Regionaler Strukturplan für Gesundheit, Betreuung, Pflege Vorarlberg
SH	Suchthilfe
SIB	Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung
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 dieses Jahr zum neunten Mal. Der Bericht informiert in kompakter Form über die Versorgungslandschaft und die Inanspruchnahme von Leistungen im vorangegangenen Berichtsjahr.

Ein kurzes Kapitel widmet sich den wichtigsten Veränderungen seit Erscheinen des letzten Berichts im Oktober 2016 unabhängig vom Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015-2025. Das Konzept mit seinen zehn Entwicklungsprojekten und dem aktuellen Stand der Umsetzung wird in einem eigenen Abschnitt vorgestellt.

Das Kapitel über die regionale Psychiatrieberichterstattung (rPBE) basiert auf den von den einzelnen Einrichtungen zur Verfügung gestellten Daten. Seit Beginn der ersten Datenerhebungen vor zehn Jahren wird großer Wert auf die kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität und eine möglichst vollständige Beteiligung gelegt, was durch die breite Unterstützung der beteiligten Organisationen auch gelingt. Nach einem Überblick über die Bevölkerungsstruktur Vorarlbergs wird auf die einzelnen Versorgungsbereiche eingegangen: Allgemeinpsychiatrie, Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, ambulante und stationäre Wohnbetreuung.

Das letzte Berichtskapitel befasst sich mit dem ab 2007 schrittweise eingeführten Instrument der Hilfeplanung. Seit damals wird die Planung der Integrationshilfen systematisch evaluiert. Hermann Elgeti hat im vorliegenden Bericht einen Schwerpunkt auf die Beurteilung der Wirksamkeit gelegt und präsentiert neue Auswertungsansätze dazu.

Einige Gebiete der psychosozialen Versorgung werden im Psychiatriebericht lediglich gestreift, daher finden sich im Berichtstext einige Hinweise auf Publikationen und Internetseiten (wie z. B. den aktuellen Suizidbericht oder den regionalen Strukturplan Gesundheit). Der Anhang ist ein Nachschlagewerk mit sämtlichen Erhebungsblättern der regionalen Psychiatrieberichterstattung und der Hilfeplanung, tabellarischen Übersichten der vorhandenen Hilfsangebote und einzelnen Zeitreihen.

## 2 Das Berichtsjahr im Überblick (J. Hagleitner)

---

### 2.1 Veränderungen in der Versorgungslandschaft 2016/2017

Über alle Projekte und Veränderung in der Sozialpsychiatrie im Detail zu berichten, würde den Rahmen des Psychiatrieberichts bei weitem sprengen. Der folgende Abschnitt soll in kompakter Form über die wichtigsten Entwicklungen in der Präventions- und Versorgungslandschaft im abgelaufenen Berichtsjahr informieren. Über den Stand der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts informiert der Abschnitt 2.2.

#### Ausbau der Suizidprävention fortgesetzt

Im Jahr 2016 waren in Vorarlberg 42 Suizide zu verzeichnen (gegenüber 45 im Jahr 2015).<sup>1</sup> Damit ist Vorarlberg gemeinsam mit Wien und Burgenland eines der Bundesländer mit der niedrigsten Suizidrate. Die Anzahl der Suizide ist seit einigen Jahren rückläufig, dennoch müssen die Präventionsanstrengungen aufrecht erhalten werden, um diesen Trend fortzusetzen. Es darf nicht übersehen werden, dass Suizidversuche etwa zehnmal häufiger sind als Suizide. Demnächst wird eine von der Werkstatt für Suchtprophylaxe SUPRO ([www.supro.at](http://www.supro.at)) entwickelte Sensibilisierungskampagne starten, die vor allem auf Jugendliche und junge Erwachsene abzielt. Die ebenfalls von der SUPRO entwickelte Website [www.bittelebe.at](http://www.bittelebe.at) wurde gut angenommen und ist vom Gesundheitsportal des Bundesministeriums für Gesundheit als österreichweite Plattform für Kinder und Jugendliche ausgewählt worden ([www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt](http://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt)). Im Herbst 2017 startet ein neuer Durchgang unterschiedlicher Schulungen zum Thema.

#### Neuer Strukturplan Gesundheit

Im Frühjahr 2017 wurde der neue Regionale Strukturplan Gesundheit, Pflege und Betreuung für Vorarlberg (RSGBPV) präsentiert. Im RSGBPV werden die stationären Kapazitäten mit dem Planungshorizont 2025 geplant. Für die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein moderater Ausbau der Plätze geplant, die Kapazitäten in der Erwachsenenpsychiatrie bleiben unverändert ([www.vorarlberg.at/pdf/ergebnisberichtdergoeg-re.pdf](http://www.vorarlberg.at/pdf/ergebnisberichtdergoeg-re.pdf)).

#### aks-Wohnprojekt in Langenegg

nach einer langwierigen Suche ist mit Langenegg ein sehr gut geeigneter Standort für ein neues Wohnprojekt mit Nachtbereitschaft gefunden worden. Das Gebäude im Zentrum von Langenegg wird derzeit renoviert, noch im Jahr 2017 sollen die Arbeiten abgeschlossen sein. Die Wohneinrichtung wird vom aks betrieben, der auch das Betreuungskonzept dazu entwickelte. Das zukünftige Angebot muss vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und hohem Unterstützungsbedarf zur Verfügung stehen, dies macht eine Betreuung rund um die Uhr notwendig.

---

<sup>1</sup> Bitriol-Dittrich, I., Haller, R., Lingg, A. (2017): Vorarlberger Suizidbericht 2016. aks-Eigenproduktion; verfügbar auf: <http://www.aks.or.at/?s=suizidbericht>

Ein Ziel der neuen Einrichtung ist die Entlastung des LKH Rankweil. Ab Anfang 2018 kann die Wohneinrichtung mit insgesamt 18 Plätzen schrittweise bezogen werden.

### **Ausbau der gerontopsychiatrischen Angebote**

Das Projekt *Ambulante gerontopsychiatrische Pflege* der connexia wurde 2013 gestartet. Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen werden unterstützt, damit sie weitgehend selbstbestimmt in ihrem gewohnten Umfeld leben können. Die Angehörigen werden eingebunden, beraten und gestärkt. Bei Bedarf findet Austausch und Zusammenarbeit mit Systempartnern (z.B. Hausärztin bzw. -arzt, Hauskrankenpflege, MOHI, ...) statt. 2016 wurden insgesamt 154 Klientinnen und Klienten betreut. Im Herbst 2016 begannen Informations- und Vorbereitungsarbeiten für eine weitere Ausrollung des Projektes. Das Projekt wird seit Anfang 2017 auch den Regionen Bludenz und Rankweil-Meiningen umgesetzt.

connexia, aks und pro mente haben gemeinsam mit den beteiligten Pflegeheimen 2012 mit der Umsetzung des Projekts *Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Vorarlberger Pflegeheimen* begonnen. Ziel des Projektes ist eine fachgerechte Versorgung von psychisch erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern zu gewährleisten und die Fachkompetenz der Pflegenden zu steigern. Neun Pflegeheime des ersten Projektdurchgangs sind mit der feierlichen Abschlussfeier und Zertifikatsüberreichung am 29. November 2016 in den Regelbetrieb überführt worden. Im Herbst 2016 sind im dritten Projektdurchgang die 12 Pflegeheime neu in das Projekt aufgenommen worden. Das Ziel ist eine flächendeckende Projektausrollung auf alle 51 Pflegeheime. Insgesamt umfasst das Projekt nun 32 Pflegeheime und 1.712 Menschen mit Pflegebedarf. Die Unterstützung durch eine kontinuierliche Begleitung von gerontopsychiatrischen Fachärztinnen und -ärzten im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten wird als sehr hilfreich und notwendig erachtet. Die beiden Projekte<sup>2</sup> sind als Umsetzung der im Psychatriekonzept vorgesehenen Verbesserungen im Bereich der Gerontopsychiatrie anzusehen.

### **Fachkompetenzteam Autismus**

Das Autismus Fachkompetenzteam wurde Mitte 2014 installiert. Die Hauptaufgabe des Fachkompetenzteams ist die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen bei der Klärung komplexer Einzelfälle (Bedarfsklärung, Beratung, Festlegung eines Zeitplanes, Ergebnisüberprüfung). Die Intervention zielt auf eine gemeinsame Erarbeitung von Lösungsstrategien (Perspektivenplan) ab, um eine größtmögliche Betreuungskontinuität zu gewährleisten. Die fachliche Expertise des Fachkompetenzteams wird sowohl von den Einrichtungen wie auch von Angehörigen gern in Anspruch genommen. Seit Bestehen des Kompetenzteams konnten 16 Fälle erfolgreich bearbeitet werden. Der Aufwand der Einzelfallarbeit umfasste je nach Erfordernis Besichtigungen vor Ort, Gespräche mit betroffenen Menschen und ihren Angehörigen, mit dem Betreuungs- und Leitungspersonal der Einrichtungen sowie die Moderation von Gesprächsrunden. In der Regel wird

---

<sup>2</sup> Details und Berichte zu den Projekten finden sich auf [www.connexia.at](http://www.connexia.at).

der Betreuungsverlauf über mehrere Monate verfolgt und überprüft, ob die empfohlenen Maßnahmen des Fachkompetenzteams die gewünschten Ergebnisse bringen.

## **2.2 Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015-2025**

### **2.2.1 Ziele und Inhalt des Vorarlberger Psychiatriekonzepts**

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 psychischen Erkrankungen 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 veröffentlicht<sup>3</sup>. 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 bis 2025 zehn Entwicklungsprojekte etappenweise umgesetzt werden. Die Koordination der Umsetzung der einzelnen Projekte ist Aufgabe der Psychiatriekoordinationsstelle, die im Herbst 2014 eingerichtet wurde.

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.

---

<sup>3</sup> Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 und ergänzender Materialienband verfügbar auf:

[http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft\\_soziales/soziales/sozialpsychiatrieundsucht/start.htm](http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/soziales/sozialpsychiatrieundsucht/start.htm)

## 2.2.2 Zehn Entwicklungsprojekte bis 2025

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 Vorbereitungsjahr) 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 ihrer geplanten zeitlichen Abfolge:

- 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, wird zeitnah festgelegt werden.

## 2.2.3 Stand der Umsetzung des Psychiatriekonzepts im Überblick

Entsprechend dem Zeitplan des Vorarlberger Psychiatriekonzepts befinden sich die ersten vier Entwicklungsprojekte in Vorbereitung bzw. Umsetzung:

- Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (EP 1)
- Ambulant betreutes Wohnen (EP 5)
- Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (EP 3)
- Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (EP 10)

Abgesehen von einigen Abweichungen aufgrund der komplexen Vorbereitungsarbeiten konnte der im Psychiatriekonzept festgelegte Zeitplan zur Umsetzung der Projekte gut eingehalten werden. Die einzelnen Detailkonzepte werden in enger Kooperation zwischen den Leistungsanbietern und dem Fachbereich Sozialpsychiatrie und Sucht im AdVLR entwickelt. Die jeweiligen Arbeitsgruppen des Landespsychiatriebeirats sind in diesen Prozess eingebunden und sorgen dafür, dass die alltägliche

Praxis in den Projekten berücksichtigt wird. In den Sitzungen des Landespsychiatriebeirats wird regelmäßig über den Stand der Umsetzung informiert.

### **Sozialpsychiatrischer Dienst auf Bezirksebene (EP 1)**

Anfang September 2017 haben die sozialpsychiatrischen Dienste auf Bezirksebene (SpDi) in Bregenz und Feldkirch ihren Betrieb aufgenommen (siehe dazu: [www.spdi.at](http://www.spdi.at) ) Für die Region Bregenzerwald wurde zusätzlich eine eigene Stelle (mit kürzeren Öffnungszeiten) eingerichtet.

Der sozialpsychiatrische Dienst leistet folgende Aufgaben:

- Niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Betroffene und Angehörige sowie Koordination von Leistungen
- Krisenintervention (auch aufsuchend)
- Koordination des Netzwerks der Dienste und Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund
- Mitwirkung an Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit

Mit der Eröffnung der sozialpsychiatrischen Dienste steht ein niederschwelliger, unbürokratischer und vor allem rascher Zugang zu Hilfe und Beratung für Menschen in psychischen Krisen zur Verfügung. Die Stellen in den Bezirken Dornbirn und Bludenz sollen ab Mitte 2018 zur Verfügung stehen.

### **Ambulant betreutes Wohnen (EP 5)**

Mit der Schaffung des ambulant betreuten Wohnens als Leistungsangebot der Integrationshilfe sollen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützt werden, eigenständig zu wohnen und das Leben selbst zu gestalten. Die Klientinnen und Klienten werden zuhause aufgesucht und bedarfsorientiert unterstützt, d.h. dass die Betreuungszeiten in Krisen jederzeit angepasst werden können. Dadurch wird auch ein Beitrag zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten geleistet.

Das neue Leistungsangebot wurde Anfang 2015 eingeführt. Sowohl 2016 als auch 2017 wurden die finanziellen Mittel für dieses Angebot aufgestockt. Als Ziel wurden 49 Plätze pro 100.000 Einwohner definiert, mittlerweile ist rund die Hälfte umgesetzt. Im Frühjahr 2016 wurde ein Workshop zum Thema Wohnraumbeschaffung gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Wohnungslosenhilfe abgehalten, das Finden geeigneter und leistbarer Wohnungen ist eine große Herausforderung. Der weitere Ausbau kann nur gelingen, wenn Wohnraum zur Verfügung steht.

### **Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (EP 3)**

Ziel ist je eine multidisziplinär tätige Anlaufstelle für Kinder im Unterland und im Oberland. Das Konzept zur Umsetzung wurde von pro mente Vorarlberg im ersten Halbjahr 2017 ausgearbeitet. Die bestehenden Angebote von pro mente für Jugendliche werden um die Zielgruppe der Kinder erweitert. Die Leistungen wurden im Rahmen eines Pilotprojekts in Dornbirn bereits sehr erfolgreich erprobt. In der Konzeption wurde darauf geachtet, dass das neue Angebot auf die Leistungen von aks

und IfS für Kinder und Jugendliche abgestimmt ist. Das Angebot von pro mente ist als sozialpsychiatrischer Fachdienst mit folgenden Aufgaben konzipiert:

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

Im Herbst 2017 erfolgen die letzten Abstimmungen zum Konzept, der Aufbau des Angebots soll schrittweise ab 2018 erfolgen.

### **Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (EP 10)**

Das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 sieht die Schaffung eines sozialpsychiatrischen Not- und Krisendienstes vor. 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 sozialpsychiatrischen Dienst auf Bezirksebene
- Der Krisendienst hilft in schwierigen psychosozialen Notlagen mit dem Ziel, Handlungsperspektiven für die Klientinnen und Klienten zu eröffnen, auch unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt.
- Intensive Kooperation mit den anderen Leistungserbringern
- Möglichkeit der Beiziehung einer Fachperson zur Krisenbegleitung

Das neue Ärztebereitschaftsmodell konnte im November 2015 erfolgreich etabliert werden. Mit dem von der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle (RFL) betriebene Angebot konnte erreicht werden, dass Untersuchungen gemäß dem Unterbringungsgesetz (UbG) flächendeckend von dazu berechtigten Ärztinnen und Ärzten rund um die Uhr vorgenommen werden, was die Situation für Betroffene und Angehörige deutlich verbessert hat. In der Konzeption des Not- und Krisendienstes ist der Ärztebereitschaftsdienst ebenso zu berücksichtigen wie die neu eröffneten sozialpsychiatrischen Dienste auf Bezirksebene. Im Jahr 2017 wurden psychiatrische Not- und Krisendienste in anderen Regionen analysiert. Gemeinsam mit der AG Allgemeinpsychiatrie soll nun das Konzept zur Umsetzung weiter ausgearbeitet werden.

## 2.3 Aktivitäten des 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. Der Landespsychiatriebeirat ist das beratende Gremium der Vorarlberger Landesregierung und spielt eine zentrale Rolle in der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025. Außerdem hat der Beirat eine wichtige Funktion als Kommunikations- und Informationsplattform 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 setzt sich aus zwei Leitungspersonen, weiteren Expertinnen und Experten im jeweiligen Fachgebiet und Repräsentantinnen und Repräsentanten der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen zusammen. Die Sitzungen der Arbeitsgruppen finden nach Bedarf statt, die Ergebnisse werden protokolliert und im Koordinationsausschuss besprochen. 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.

## 3 Regionale Psychiatrieberichterstattung (H. Elgeti)

### 3.1 Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten

Das Konzept orientiert sich an einem Modell, das 1999 für die Region Hannover entwickelt wurde.<sup>4</sup> 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 3.1.1). 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. Seit 2015 werden die Angaben zu den Datenblättern C vom Amt der Vorarlberger Landesregierung in entsprechend formatierten Excel-Tabellen angefordert und gesammelt. Mit der Auswertung der Daten ist die Medizinische Hochschule Hannover beauftragt.

**Tab. 3.1.1 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 bzw. Einrichtungsträgerinnen	
	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 bisher die Einbeziehung der psychiatrischen Facharztpraxen, während sich die Beteiligung im Bereich der psychotherapeutischen Hilfen zuletzt deutlich 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 in die Psychiatrieberichterstattung einbezogenen Einrichtungsträger und ihrer Hilfsangebote findet sich in der Anlage 3 dieses Abschnitts.

<sup>4</sup> 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 beschreiben Hilfsangebote nach Angaben auf den Datenblättern A und B (K1-K8), elf weitere 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.

### 3.2 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 3.2.1).

**Tab. 3.2.1 Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2016**

Bezirk	gering besiedelte Regionen ( $<1,0$ E./ha) 84.520	ländliche Regionen ( $1,0$ - $<3,0$ E./ha) 59.770	städtische Regionen ( $\geq 3,0$ E./ha) 238.684
<b>Bludenz</b>  <i>63.554</i>	101 Arlberg / Klostertal 102 Großes Walsertal 103 Montafon; 105 Walgau  <i>49.125 Einw.</i>		104 Stadt Bludenz  <i>14.429 Einw.</i>
<b>Bregenz</b>  <i>133.208</i>	201 Hi. Bregenzerwald 203 Kleinwalsertal 207 Vo. Bregenzerwald  <i>36.436 Einw.</i>	204 Leiblachtal  <i>14.348 Einw.</i>	202 Hofsteig 205 Rheindelta 206 Stadt Bregenz  <i>82.424 Einw.</i>
<b>Dornbirn</b>  <i>87.556</i>			301 Lustenau 302 Stadt Dornbirn 303 St. Hohenems  <i>87.556 Einw.</i>
<b>Feldkirch</b>  <i>105.446</i>		403 Vorderland 404 Walgau  <i>45.902 Einw.</i>	401 Kummenberg 402 Stadt Feldkirch  <i>59.544 Einw.</i>

Die Region Walgau gehört mit einem kleinen Teil zum Bezirk Feldkirch (Region 404), hauptsächlich aber zum Bezirk Bludenz (Region 105). In allen vier Bezirken ist 2016 im Vergleich zum Vorjahr ein Bevölkerungswachstum zu verzeichnen. Außerhalb der Stadt Bludenz umfasst der gleichnamige Bezirk nur gering besiedelte Gebiete, während es im Bezirk Dornbirn ausschließlich städtisch verdichtete Siedlungsräume gibt. 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 Kummenberg.

Wenn man die Regionen ähnlicher Siedlungsdichte zusammenfasst, lässt sich die Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung anhand der Kennzahlen K20 bis K25 differenziert betrachten (Tabelle 3.2.2). Die Altersstruktur (K22 bis K24) verändert sich mit ansteigender Siedlungsdichte nicht und weist einen erfreulich hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen auf. Die Arbeitslosenrate (K25; Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung zwischen 18 und unter 65 Jahren) steigt mit zunehmender Siedlungsdichte, wobei sich die Unterschiede 2016 gegenüber dem Vorjahr etwas vergrößerten.

**Tab. 3.2.2 Sozialstruktur der Regionen nach Siedlungsdichte 2015 - 2016**

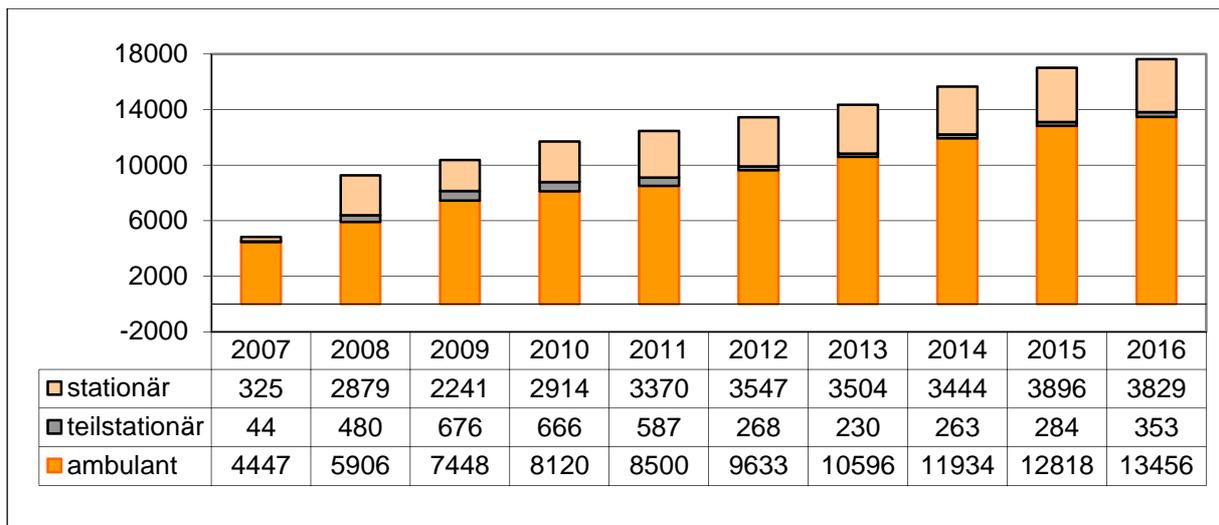
Siedlungsdichte	gering besiedelt		ländlich		städtisch		Vorarlberg	
Zahl der Gemeinden	52		24		20		96	
Fläche (Tsd. ha)	194		26		40		260	
Berichtsjahr	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
K20: Einw. (Tsd.)	85	86	60	60	241	244	385	390
K21: Siedlungsdichte	0,4	0,4	2,3	2,3	6,0	6,1	1,5	1,5
K22: <18 Jahre	19 %	19 %	20 %	20 %	19 %	19 %	19 %	19 %
K23: 18-<65 Jahre	64 %	64 %	63 %	63 %	64 %	64 %	64 %	64 %
K24 ≥65 Jahre	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %
K25 Arbeitslose	3,3 %	2,6 %	3,4 %	3,5 %	4,7 %	4,9 %	4,2 %	4,2 %

### 3.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick

Im Jahr 2016 haben 17 Einrichtungen für insgesamt 83 Hilfsangebote Datenblätter C abgegeben, darunter waren 55 ambulante, 8 teilstationäre und 25 stationäre Angebote. 69 der 83 Hilfsangebote betrafen Integrationshilfeprodukte. 31 Angebote lassen sich der Allgemeinpsychiatrie einschließlich Psychotherapie (PSY) zuordnen, 30 der Suchthilfe (SH) und 16 der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Hinzu kommen je drei Angebote in der Gerontopsychiatrie (GP) und Wohnungslosenhilfe (WH). Ähnlich ausgerichtete Angebote sind in einer Angebotsform (AF) zusammengefasst. So sind in der AF 16 immerhin 15 ambulante Angebote der Suchthilfe und in der AF 33 acht Angebote stationärer Wohnbetreuung im Rahmen der Integrationshilfe vertreten. Eine Übersicht zur Anzahl der für die Berichtsjahre 2008 bis 2016 ausgewerteten Datenblätter C nach Angebotsform findet sich in der Anlage 4.

Die Datenerhebung und -Auswertung beschränkt sich auch für das Jahr 2016 auftragsgemäß auf Angaben zum Datenblatt C (anonymisierte personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation). Die Zahl der ausgewerteten Datenblätter C hat sich gegenüber den Vorjahren weiter erhöht (Abbildung 2.3.1) und liegt jetzt bei 17.652. 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. 3.3.1 Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007 - 2016**



Die Nutzergruppen der verschiedenen Hilfsangebote lassen sich auf Grundlage der Angaben auf dem Datenblatt C mit Hilfe von Kennzahlen vergleichend beschreiben. Die Tabelle 3.3.1 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. 3.3.1 Merkmale der betreuten Personen 2016 nach Angebotsform**

AF	ausgewertete Datenblätter C		K9		K10	K11	K12	K13	K14*	K15
	2015	2016	Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur FI	psR	Dauer
			2015							
10	4993	4886	41 %	59 %	<1 %	42 %	8 %	6 %	18,9	2,7
11	969	1036	56 %	44 %	90 %	100 %		15 %	16,4	1,9
13	45	100	47 %	53 %		39 %	4 %	20 %	22,2	3,1
16	2771	3456	67 %	33 %	1 %	54 %	5 %	8 %	17,7	3,2
17	5	26	35 %	65 %	65 %	100 %			17,9	2,2
18	78	68	27 %	73 %		3 %	90 %	7 %	18,8	2,9
19	3957	3884	43 %	57 %	4 %	60 %	3 %	7 %	14,8	2,5
10-19	12818	13.456	49 %	51 %	9 %	54 %	6 %	7 %	17,4	2,7
20	0	56	66 %	34 %		64 %		2 %	18,4	19 Tage
21	12	0								
23	167	188	51 %	49 %		63 %	1 %	21 %	23,0	3,0
25	26	35	54 %	46 %		52 %		3 %	18,3	2,6
27	44	53	57 %	43 %	54 %	100 %		2 %	18,2	2,6
29	35	21	29 %	71 %		62 %			21,3	134 Tage
20-29	284	353	52 %	48 %	8 %	68 %	<1 %	12 %	21,0	
30	3057	2833	51 %	49 %	<1 %	47 %	17 %	13 %	20,4	27 Tage
31	143	191	41 %	59 %	98 %	100 %		59 %	20,3	31 Tage
33	160	170	50 %	50 %	1 %	66 %	3 %	28 %	23,5	3,0
35	383	458	81 %	19 %		53 %	8 %	11 %	23,6	2,5
36	27	47	60 %	40 %		38 %	6 %	2 %	19,0	1,3
37	126	144	60 %	40 %	76 %	100 %		59 %	20,8	3,0
30-39	3896	3843	55 %	45 %	8 %	53 %	14 %	17 %	20,9	

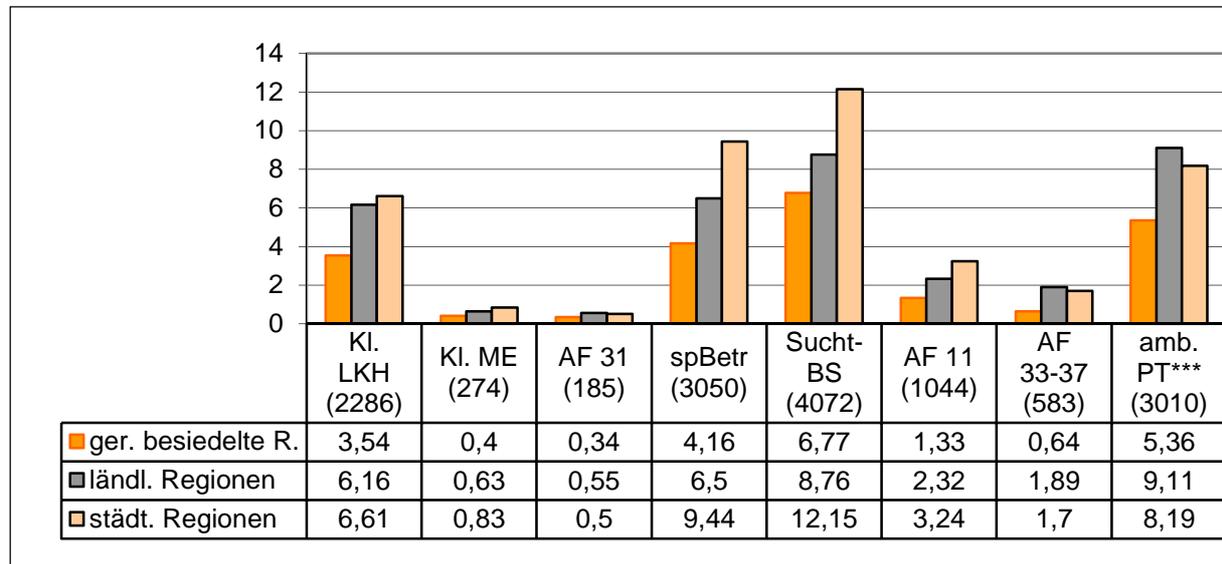
\*) Ist der Wert des Risikoscore in kursiver Schrift angezeigt, liegt der Anteil der Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %.

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 mit 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 Psychiatrie im LKH Rankweil (Kl. LKH) und für die suchtmmedizinischen Stationen des Krankenhauses der 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.

**Abb. 3.3.2 Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen pro 1.000 Einw. 2016\***



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

\*\*) nur Integrationshilfeprodukte zur ambulanten sozialpsychiatrischen (Langzeit-)Betreuung / Krisenintervention in der AF 10

\*\*\*) Angebote ambulanter Psychotherapie in der AF 19, ohne suchtspezifische Programme

### 3.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie

Als Ergänzung zur allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung in Facharzt-Praxen sind das LKH Rankweil, die psychotherapeutischen Angebote und 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. Das Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene hat sich seit 2015 mit ambulanten Begutachtungen (AF 19) auch an der allgemeinpsychiatrischen Notfallversorgung beteiligt. 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. Auch die speziellen psychotherapeutischen Angebote von PMV, dem Institut für Sozialmedizin (IFS) und dialog communications beteiligen sich inzwischen an der Datenerhebung (Tabelle 3.4.1).

**Tab. 3.4.1 Angebote Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie nach Angebotsform 2016\***

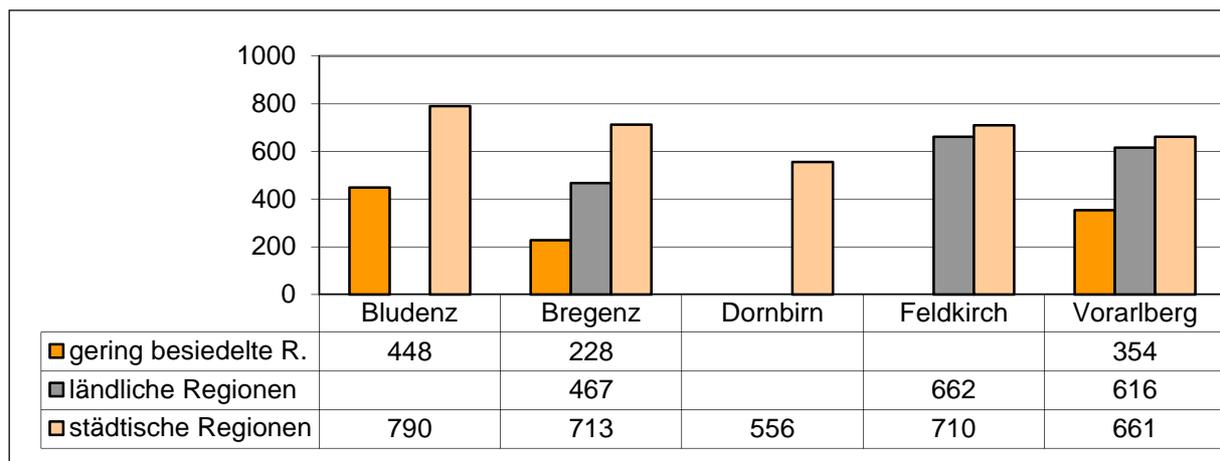
Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant				teilstationär				stationär	
		10	12	13	19	20	23	25	29	30	33
01.00	LKH Rankweil	2			1	1				1	
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	4	(1)	1			1				3
11.00	Pro mente Vorarlberg	1	(1)	1	1		1	1			2
03.00	Aqua Mühle			1			1				2
09.00	Stiftung Maria Ebene				1						
13.00	Verein für seel. Gesundheit										1
16.00	Omnibus		(1)								
15.00	Gemeinsam leben lernen		(1)		1				1		
17.00	Institut für Sozialmedizin				1						
22.00	dialog communications				1						
<b>Summe Angebote mit Datenblatt C</b>		<b>7</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

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

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), teilstationäre Hilfen zur Arbeit (AF 25) und stationäre Wohnbetreuung (AF 33) angeboten. Stationäre Wohnbetreuung leisten neben AKS und PMV auch der Verein für seelische Gesundheit (VSG) Rankweil und Aqua Mühle (AM) Frastanz. AM bietet zusätzlich für viele eigenständig wohnende Personen tagesstrukturierende Hilfen (AF 23). 2012 begann der allmähliche Aufbau von Angeboten des ambulant betreuten Wohnens (AF 13), das neben Aqua Mühle inzwischen auch AKS und PMV durchführen.

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 für das Berichtsjahr 2016 erstmals Datenblätter C abgegeben wurden. Die Inanspruchnahme war unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Siedlungsdichte vergleichsweise im Bezirk Bludenz am höchsten und im Bezirk Dornbirn am geringsten (Abbildung 3.4.1).

**Abb. 3.4.1 Inanspruchnahme LKH Rankweil (Stationen für Erwachsene) 2016\***



\*) Inanspruchnahmезiffer (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

Die Zahl der im LKH Rankweil stationär behandelten und mit einem Datenblatt C dokumentierten Erwachsenen ist gegenüber dem Vorjahr wieder etwas geringer geworden (Tabelle 2.4.2). Es muss offenbleiben, ob dies reale Veränderungen oder eine inkonsistente Datenerhebung widerspiegelt. 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.

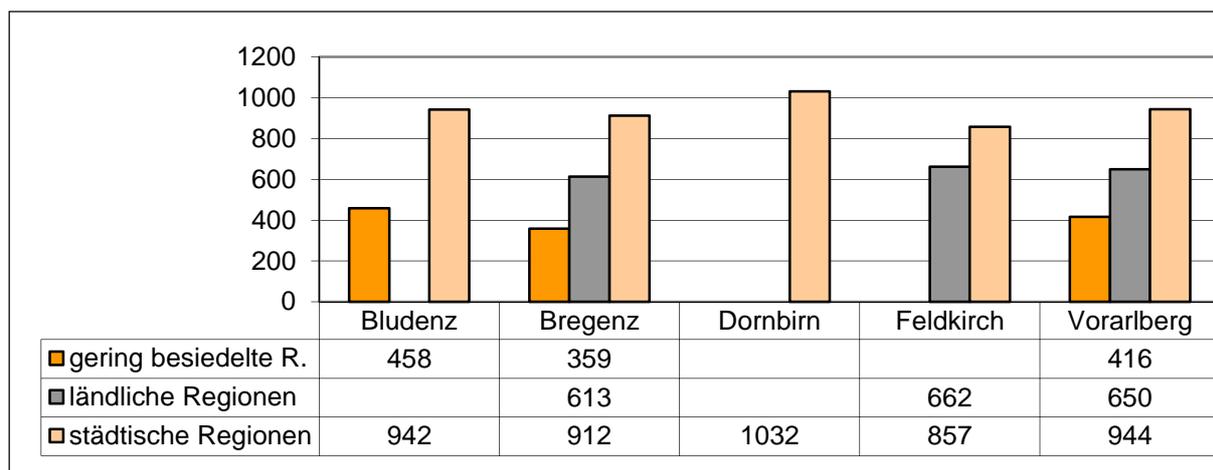
**Tab. 3.4.2 Merkmale im LKH Rankweil stationär behandelter Erwachsener**

Tage/Jahr		alle	1 - 6	7 - 30	31 - 91	>91
Patientenzahl (K3)	2014	2016	725	863	387	41
	2015	2506	794	1231	416	63
	2016	2363	746	1168	394	55
Männer (K9)	2014	48 %	41 %	53 %	46 %	46 %
	2015	48 %	41 %	52 %	54 %	49 %
	2016	48 %	43 %	51 %	48 %	40 %
<45 Jahre (K11)	2014	57 %	64 %	52 %	51 %	52 %
	2015	49 %	62 %	41 %	44 %	56 %
	2016	46 %	61 %	36 %	42 %	64 %
Psychose (K16 / DG 3)	2014	27 %	11 %	29 %	47 %	63 %
	2015	26 %	11%	27%	43%	68%
	2016	27 %	18 %	27 %	40 %	53 %
Risikoscore (K14)*	2014	20,3	20,8	19,8	20,4	21,6
	2015	20,1	20,8	19,8	19,8	22,3
	2016	20,1	20,8	19,7	19,9	22,0

\*) 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 vergleichsweise am häufigsten aus ihrem Nahbereich im Bezirk Feldkirch genutzt. Für chronisch und schwer psychisch erkrankte Personen im Erwachsenenalter gibt es ein dezentral ausgebautes Angebot ambulanter Integrationshilfen. Es heißt ambulante sozialpsychiatrische (Langzeit-)Betreuung bzw. Krisenintervention (spB), soll eine multidisziplinäre Behandlung im gewohnten Lebensumfeld gewährleisten und stationär behandlungsbedürftigen Krisen vorbeugen. Sie wird vom Arbeitskreis Sozialmedizin (AKS; Code 02.05, 02.06 und 02.19) und von Pro mente Vorarlberg (PMV; Code 11.06) an sieben Standorten angeboten (Bregenz, Götzis, Egg, Feldkirch, Bludenz, zweimal Dornbirn). Von beiden Trägern werden für einen Teil der betreuten Personen tages- und wochenstrukturierende Programme angeboten, darüber hinaus führt auch Aqua Mühle tagesstrukturierende Betreuungen für externe Klientinnen und Klienten an; diese Angebote werden bei der folgenden Ergebnisdarstellung jedoch nicht berücksichtigt. Die Inanspruchnahmehäufigkeit 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 3.4.2).

**Abb. 3.4.2 Inanspruchnahme ambulante sozialpsychiatrische Betreuung 2016\***



\*) Inanspruchnahmehäufigkeit (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

Die ambulante sozialpsychiatrische (Langzeit-)Betreuung für Erwachsene wird meist über alle vier Quartale pro Jahr geleistet (Tabelle 3.4.2). 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 mit 40 % höher als in der Klinik. 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. Erfreulicherweise sind die Unterschiede beim Durchschnittswert des psychosozialen Risikoscore (K14) zwischen kurzfristig und kontinuierlich betreuten Patientinnen und Patienten 2015 gegenüber den Vorjahren größer geworden. Wichtig sind ebenso leicht zugängliche, niederschwellig

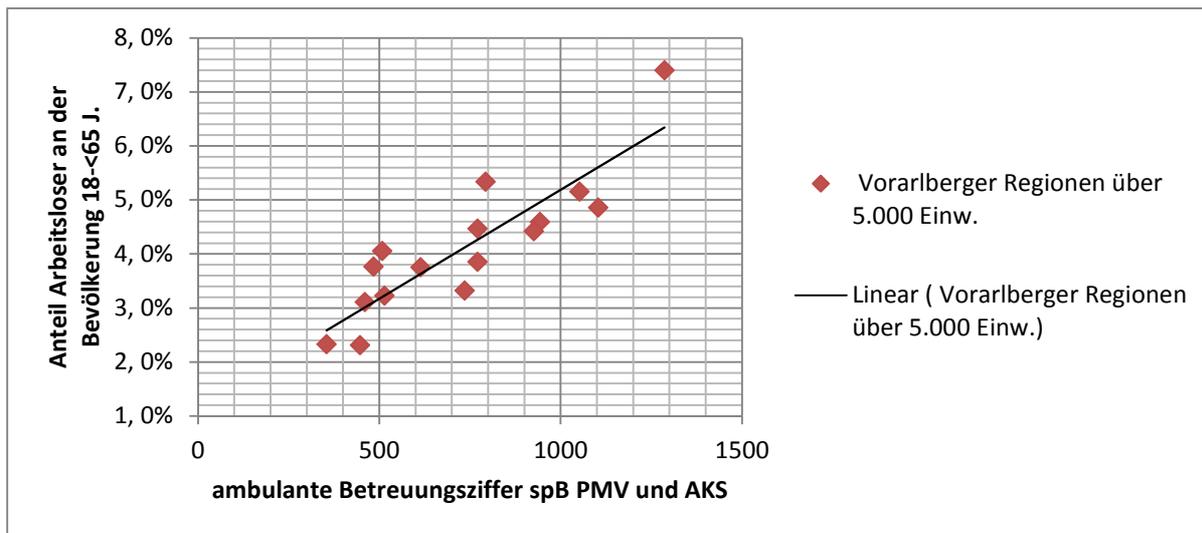
tätige, kurzfristige Kriseninterventionen wie gut geplante und regelmäßig überprüfte längerfristige Betreuungen für Patientengruppen mit komplexen Problemlagen und einem hohen Risikoscore.

**Tab. 3.4.3 Patientenmerkmale ambulante sozialpsychiatrische Betreuung**

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2014	2645	454	372	353	1451
	2015	2555	510	392	328	1306
	2016	3054	553	460	380	1646
Männer (K9)	2014	38 %	41 %	39 %	38 %	36 %
	2015	38 %	40 %	40 %	40 %	37 %
	2016	37 %	42 %	32 %	34 %	37 %
<45 Jahre (K11)	2014	39 %	48 %	49 %	41 %	33 %
	2015	36%	38%	43%	39%	31%
	2016	36 %	44 %	38 %	39 %	32 %
Psychose (K16 / DG 3)	2014	38 %	30 %	35 %	32 %	53 %
	2015	40%	35%	35%	37%	44%
	2016	40 %	35 %	32 %	35 %	44 %
Risikoscore (K14)	2014	19,0	18,3	18,1	18,3	19,5
	2015	19,5	18,1	18,8	19,0	20,3
	2016	19,6	18,7	19,2	19,1	20,1

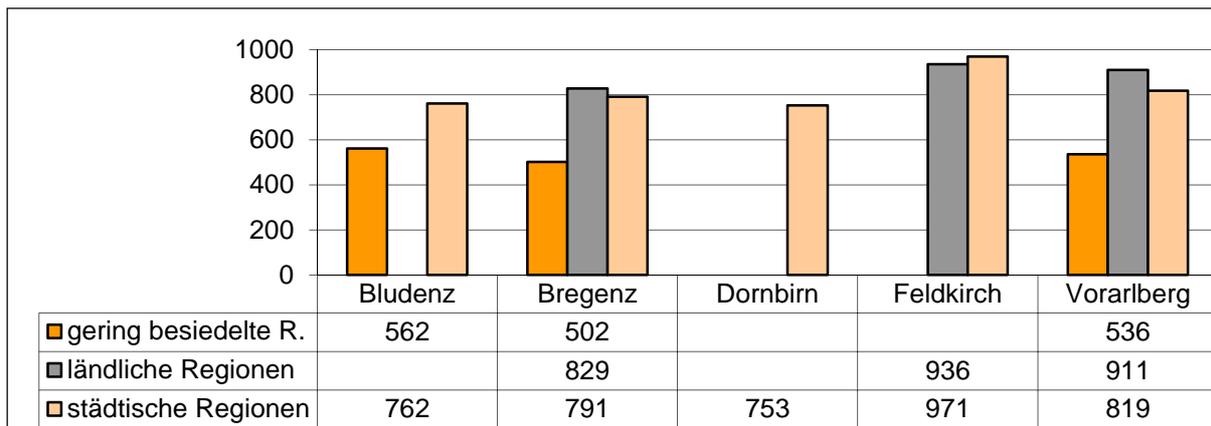
Ein Zusammenhang ergibt sich beim Vergleich der Inanspruchnahmeziffer für die ambulante sozialpsychiatrische Betreuung in den verschiedenen Regionen Vorarlbergs mit dem Anteil Arbeitsloser in der Bevölkerung (Korrelationskoeffizient: 0,65). Er ist sehr deutlich in der Stadt Bregenz und im Bregenzerwald, gering im Rheindelta und in der Stadt Bludenz (Abb. 3.4.3).

**Abb. 3.4.3 Verhältnis von Arbeitslosenquote und ambulanter Betreuungsziffer 2016**



Bereits seit 2008 sind die psychotherapeutischen Angebote des Vereins „Gemeinsam Leben Lernen“ (GLL) an der Psychiatrieberaterstattung beteiligt. Seit dem Berichtsjahr 2015 stehen auch die Datensätze der von PMV, IFS und dialog communications im Integrationshilfeprodukt „Psychotherapeutische Interventionen“ ambulant behandelten Patientinnen und Patienten zur Auswertung zur Verfügung. Die Ergebnisse zeigen, dass hier ambulant ganz überwiegend Frauen behandelt werden; ihr Anteil lag 2016 zwischen 61 % und 86 %. Der Durchschnittswert des Psychosozialen Risikoscore ist für Psychotherapie-Angebote recht hoch; er liegt bei den 3010 ambulant behandelten Personen je nach Angebot bei 13,5 (IFS), 16,6 (PMV), 17,1 (dialog communications) oder gar 18,5 (GLL). Die Angebote des Vereins GLL erreichen eine Gruppe von Personen mit einem erhöhten Risiko für Langzeit-Hospitalisation: Bei den 21 tagesklinisch behandelten Personen betrug der Wert 2016 sogar 21,3. Eine Auswertung der Datensätze der in Vorarlberg wohnenden und über die vier genannten ambulanten Psychotherapie-Angebote behandelten Personen nach regionalen Gesichtspunkten zeigt, dass die Inanspruchnahme im Bezirk Feldkirch am höchsten ist (Abbildung 3.4.4).

**Abb. 3.4.4 Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie 2016\***



\*) Inanspruchnahmезiffer (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

### 3.5 Ergebnisse zur Suchthilfe

Die Angebote der Suchthilfe wurden anlässlich der Vorarbeiten zum Vorarlberger Drogenbericht 2012 im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichte ausföhrlich dargestellt.<sup>5</sup> Alle im Produktkatalog der Vorarlberger Integrationshilfen aufgeföhrten und im Land selbst lokalisierten sozialpsychiatrischen Angebote der Suchthilfe wurden in die regionale Psychiatrieberichte einbezogen (Tabelle 3.5.1).

**Tab. 3.5.1 Angebote Suchthilfe nach Angebotsform 2016\***

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant			stationär		
		12	13	16	19	30	36
05.00	Caritas Vorarlberg	(2)	1	7	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	3	3	1
<b>Summe der Angebote mit Datenblatt C</b>		0	1	15	9	3	2

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

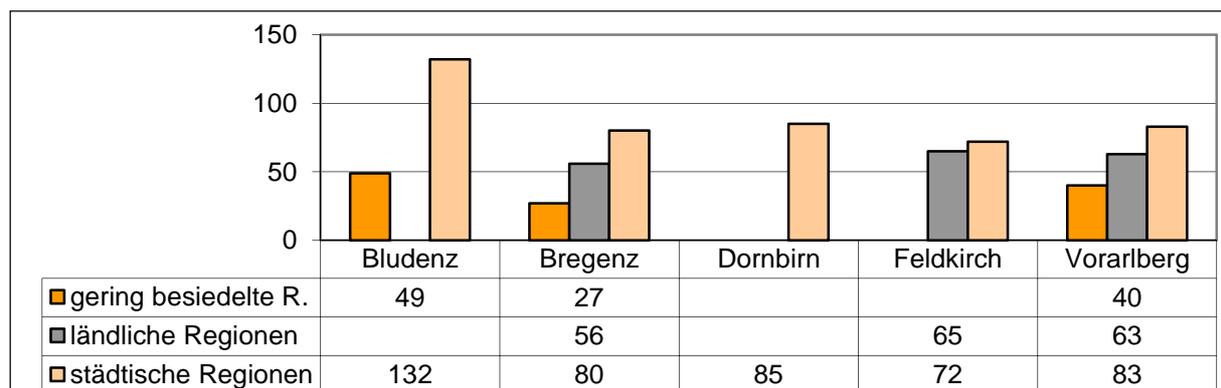
Sie werden mit Ausnahme der stationären und ambulanten Behandlungsleistungen des Krankenhauses der Stiftung Maria Ebene (ME) überwiegend aus Mitteln des Sozialfonds finanziert. Unterschieden werden in der Suchthilfe unverbindliche Angebote mit Café- bzw. Kontaktstellenfunktion (AF 12 – Abgabe von Datenblättern 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

<sup>5</sup> Elgeti H (2012): Angebote der Suchthilfe im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichte – aktualisierter Bericht mit Daten des Jahres 2011. <http://www.vorarlberg.at/suchthilfe>

und umfasst im ambulanten Bereich einen beträchtlichen Anteil am gesamten Platzangebot der Institutions-bezogenen psychiatrischen Versorgung.

196 der insgesamt 470 Personen, die laut Datenblatt C 2016 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 61 Tagen im Jahr kaum über derjenigen der Einheimischen (59 Tage). Nach den Angaben zum Wohnort der betreuten Personen im Datenblatt C ist die Inanspruchnahmeziffer für die Stadt Bludenz am höchsten und für den Bregenzerwald besonders niedrig (Abbildung 3.5.1).

**Abb. 3.5.1 Inanspruchnahme stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME 2015\***



\*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

In der Klinik dominieren Behandlungen zwischen ein und drei Monaten. Wie in der Erwachsenenpsychiatrie des LKH Rankweil liegt der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) bei den sehr lang (mehr als 3 Monate) behandelten Patientinnen und Patienten über den Werten der kürzer behandelten Personen (Tabelle 3.5.2). Hier handelt es sich überwiegend 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.

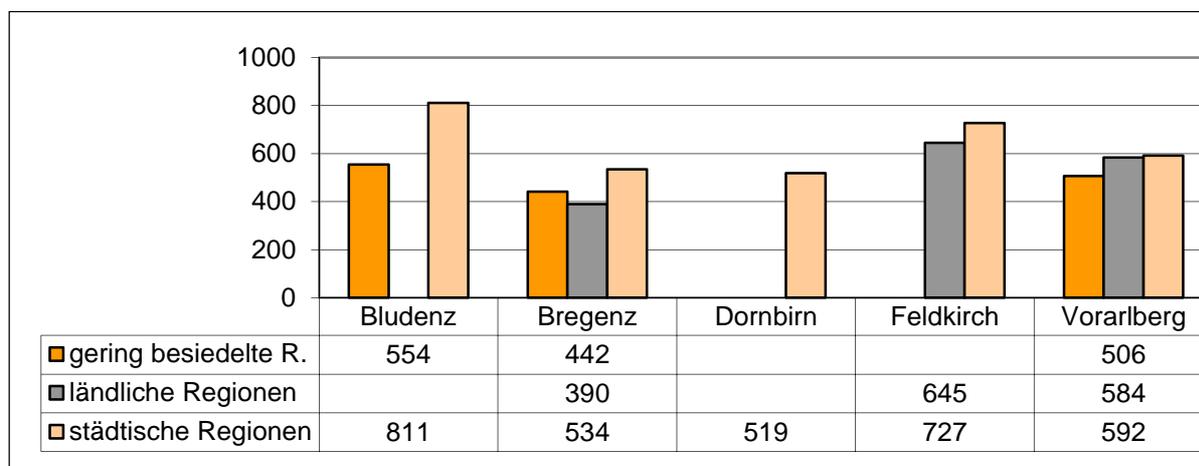
**Tab. 3.5.2 Patientenmerkmale stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME**

Tage/Jahr		alle	1 - 6	7 - 30	31 - 91	>91
Patientenzahl (K3)	2014	569	43	193	276	57
	2015	551	40	160	278	67
	2016	470	14	93	289	74
Männer (K9)	2014	67 %	63 %	68 %	67 %	70 %
	2015	72 %	83 %	70 %	70 %	73 %
	2016	69 %	50 %	68 %	71 %	65 %
<45 Jahre (K11)	2014	56 %	70 %	68 %	41 %	72 %
	2015	57 %	65 %	59 %	50 %	70 %
	2016	52 %	29 %	53 %	48 %	73 %
Risikoscore (K14)	2014	21,9	21,9	22,2	21,1	23,6
	2015	21,5	21,3	21,4	21,4	22,5
	2016	21,8	20,6	21,9	21,4	23,2

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 und 05.07), 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. Bis 2014 unterhielt die Caritas auch noch eine gesonderte Kontaktstelle bei Essstörungen (05.03; AF 16).

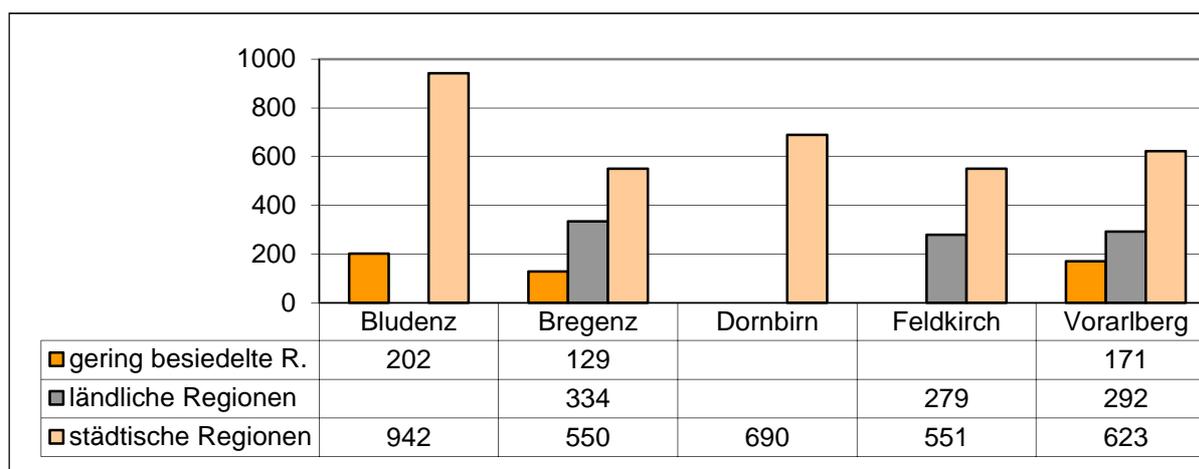
Bei der Auswertung der Datenblätter C der verschiedenen ambulanten Angebote der Suchthilfe (AF 16 und AF 19) überwiegen die Alkohol- gegenüber den Drogenabhängigen. Bei den von der Caritas und der Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene betreuten – vor allem alkoholkranken – Personen fällt eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme im Oberland auf (Abbildung 3.5.2). 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 Stadt Bludenz ist die Inanspruchnahmehäufigkeit ambulanter Suchthilfen am höchsten (Abbildung 3.5.3).

**Abb. 3.5.2 Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe (ohne Drogenhilfe) 2016\***



\*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

**Abb. 3.5.3 Inanspruchnahme ambulante Drogenhilfe 2016\***



\*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl Patienten 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 3.5.3). Mit der Anzahl der Behandlungsquartale pro Jahr steigt der Altersdurchschnitt der betreuten Personen etwas 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. 3.5.3 Patientenmerkmale ambulante Suchthilfe (nur AF 16)**

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2014	2915	437	429	349	1700
	2015	2771	389	331	297	1743
	2016	3456	458	498	343	2157
Männer (K9)	2014	62 %	62 %	58 %	60 %	63 %
	2015	64 %	64 %	59 %	61 %	65 %
	2016	67 %	63 %	65 %	64 %	68 %
<45 Jahre (K11)	2014	48 %	55 %	56 %	54 %	42 %
	2015	48 %	57 %	54 %	55 %	45 %
	2016	54 %	60 %	59 %	58 %	50 %
Risikoscore (K14)	2014	17,9	17,6	17,7	17,0	18,1
	2015	17,9	17,5	18,1	17,2	18,1
	2016	17,7	17,3	17,6	17,1	17,9

### 3.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das LKH Rankweil verfügt über eine Ambulanz (AF 11) und einen stationären Bereich (AF 31). Bei den Einrichtungsträgern der Integrationshilfe hat der Arbeitskreis für 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 zwei 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 3.6.1). 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). Seit 2014 ist auch der Einrichtungsträger Jupident mit fünf vollstationären Angeboten (AF 37) und einem teilstationären (AF 27) Angebot an der Psychiatrieberaterstattung beteiligt.

**Tab. 3.6.1 Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angebotsform 2016**

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant		teilstationär		stationär	
		11	17	21	27	31	37
01.00	LKH Rankweil	1		(1)		1	
02.00	Arbeitskreis für Sozialmedizin (aks)	1					
03.00	Aqua Mühle				1		
11.00	pro mente Vorarlberg	2	1		1		1
17.00	Institut für Sozialdienste						1
21.00	Jupident				1		5
<b>Summe der Angebote mit Datenblatt C</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

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 (Tabelle 3.6.2). 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.

**Tab. 3.6.2 Datenerhebung von Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

AF	Code	Anzahl ausgewerteter Datenblätter C									
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
11	01.06 LKH Ambulanz				174	167	140	133	216	224	361
	02.01 AKS KJP med. Reha			111	186	<i>(Angebot entfallen)</i>					
	02.04 AKS FÄ-Sprechtag			844		199	583	789	445	290	239
	04.01 Carina KJP-Ambulanz	34	23	14	25	24	16	17	22	13	0
	11.01 PMV KJP med. Reha	190	219	239	275	275	301	364	376	<i>(zu 11.07)</i>	
	11.19 PMV spB für Kinder								13	64	85
	11.07 PMV KJP soz-psy. Betr.	170	236	262	310	290	322	376	395	378	351
17	11.14 PMV Ju-on-Job WS							44	47	5	26
21	04.03 Carina KJP Tagesklinik	44	18	22	27	25	23	26	19	12	0
27	03.07 AM Lehrabschluss ASS							9	15	14	13
	11.14 PMV Ju-on-Job Werkst.				34	32	36	15	16	18	24
	17.03 IFS SIB Therap. Atelier				5	6	8	<i>(Angebot entfallen)</i>			
	21.06 Jupident Tagesgrp. BVS							16	12	16	
31	01.05 LKH jugendpsy. Station					105	50	85	57	103	191
	04.02 Carina Stationen	49	61	77	120	82	79	81	76	40	0
37	11.13 PMV JuMeGa			12	24	25	22	25	23	15	14
	17.01 IFS SIB			5	6	9	12	10	8	8	10
	21.01 Jupident Ki-WG intens.								12	11	11
	21.02 Jupident Ki-WG								44	52	53
	21.03 Jupident BVS Training								8	12	11
	21.04 Jupident BVS								18	17	24
	21.05 Jupident Ju-WG Train.								15	11	21

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. Die zur Berechnung des psychosozialen Risikoscore für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche (psR-KJP) herangezogenen Merkmale weisen gegenüber denjenigen für Erwachsene einige wichtige Unterschiede auf (Formulare in Anlage 6). Alle acht einbezogenen Merkmale beeinflussen sehr deutlich die Höhe des Summenscore. Von den 1.450 Datenblättern C, die von Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Berichtsjahr 2016 zur Auswertung kamen, ließ sich bei 66 %

der Risikoscore berechnen. Dieser Anteil schwankt bei den einzelnen Hilfsangeboten zwischen 15 % und 100 %.

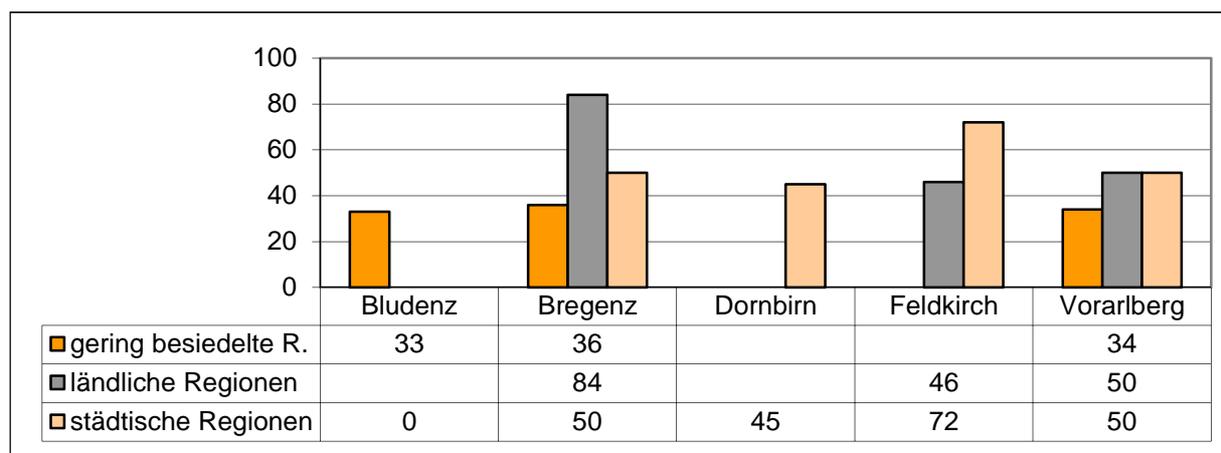
Die Zahl der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelten und mit einem Datenblatt C dokumentierten Personen ist 2016 gegenüber den Vorjahren weiter angestiegen, der Anteil längerer Behandlungen nahm deutlich ab. Hier wirkt sich die Reorganisation der beiden Angebote unter dem Dach des LKH Rankweil aus. Dies gilt auch für den deutlichen Anstieg des Risikoscore-Durchschnittswertes stationär behandelter Kinder und Jugendlicher, besonders bei sehr langer Behandlungsdauer (Tabelle 3.6.3).

**Tab. 3.6.3 Patientenmerkmale Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Tage/Jahr		alle	1 - 6	7 - 30	31 - 91	>91
Patientenzahl (K3)	2014	133	22	21	53	37
	2015	143	48	24	46	25
	2016	191	93	39	39	20
Jungen (K9)	2014	56 %	41 %	62 %	53 %	68 %
	2015	46 %	38 %	46 %	54 %	48 %
	2016	41 %	43 %	28 %	41 %	55 %
Risikoscore (K14)	2014	18,0	20,1	17,9	18,2	16,5
	2015	20,6	22,1	20,9	19,7	19,5
	2016	20,3	20,4	20,4	19,7	21,2

Ein Vergleich der Inanspruchnahmeziffern nach Siedlungsdichte und Bezirk ist wegen der geringen Fallzahlen nur bedingt aussagekräftig (Abbildung 3.6.1). So beruht der ungewöhnlich hohe Wert für das Leiblachtal im Bezirk Bregenz auf lediglich 12 Personen, von denen acht weniger als eine Woche stationär behandelt wurden.

**Abb. 3.6.1 Inanspruchnahme Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie 2016\***



\*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

Unter den Ambulanzen lieferte das Hilfsangebot „Fachärztliche Sprechtage“ des AKS (02.04) auch für das Berichtsjahr 2016 wieder weniger Datenblätter C als in den Vorjahren. Demgegenüber baute die KJP-Ambulanz des LKH Rankweil ihr Angebot im Zuge der Integration des Krankenhauses der Stiftung Carina deutlich aus. 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 Datensätze des Angebots 11.07 bis zum Berichtsjahr 2014 im weiteren Auswertungsverlauf nicht berücksichtigt. Seit dem Berichtsjahr 2015 ist das Angebot 11.01 im Angebot 11.07 aufgegangen. Die zahlenmäßige Dominanz des Angebots „Fachärztliche Sprechtage“ des AKS bis 2014 bedingte einen hohen Anteil von Personen, die nur ein Quartal lang betreut wurden (Tabelle 2.6.4). Trotz der Häufung komplizierter Problemlagen bei Jungen nimmt deren Anteil mit zunehmender Behandlungskontinuität in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie eher ab. Der Risikoscore ist im Durchschnitt aller ambulant betreuten Kinder und Jugendlichen in den letzten beiden Jahren nicht nennenswert angestiegen und zeigt auch nicht die erwarteten Unterschiede zwischen kurzfristigen und kontinuierlichen Betreuungen. Die Durchschnittswerte für die Hilfsangebote in der AF 11 schwankten 2016 in der Kinderpsychiatrie zwischen 14,4 (02.04) und 16,9 (11.19), lagen in der Jugendpsychiatrie bei 15,6 (11.07) und in der sowohl für Kinder als auch für Jugendliche tätigen Ambulanz des LKH Rankweil (01.06) bei 17,7.

**Tab. 3.6.4 Patientenmerkmale Ambulanzen Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2014	1072	580	212	136	144
	2015	969	536	194	109	130
	2016	1036	533	205	141	157
Jungen (K9)	2014	55 %	58 %	55 %	54 %	47 %
	2015	55 %	61 %	52 %	39 %	43 %
	2016	56 %	61 %	51 %	51 %	47 %
Risikoscore (K14)	2014	16,0	16,2	15,5	15,1	16,7
	2015	16,5	16,7	16,3	15,8	16,9
	2016	16,4	16,4	16,2	16,3	16,8

### 3.7 Ergebnisse zur ambulanten und 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). 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). Die Anzahl der Angebote und der dort betreuten Personen hat sich seitdem erhöht. Bei den stationären Angeboten, deren Inanspruchnahme in den letzten Jahren eher abgenommen hat, 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 3.7.1).

**Tab. 3.7.1 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Alltagspsychiatrie**

	Merkmal	Jahr	Anzahl DB C	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko-score (K14)	Quartale pro Jahr (K15)
13	11.16 PMV amb. betr. Wohnen	2014	<i>(Angebot wurde erst 2015 eingerichtet)</i>					
		2015	5	20 %	40 %	20 %	22,2	2,2
		2016	27	41 %	41 %	19 %	23,0	3,0
	02.16 AKS amb. betr. Wohnen	2014	5	40 %	80 %	25 %	22,5	3,6
		2015	12	50 %	42 %	17 %	21,7	2,8
		2016	42	36 %	36 %	12 %	22,2	3,3
	03.06 AQUA ambulant betr. Wohnen	2014	23	83 %	57 %	48 %	20,9	3,2
		2015	21	81 %	52 %	52 %	21,1	3,1
		2016	19	63 %	58 %	47 %	21,7	2,8
33	03.01 AQUA Individ.- betr. Wohnen	2014	6	100 %	67 %	50 %	25,0	2,3
		2015	4	100 %	75 %	50 %	26,3	3,2
		2016	13	62 %	77 %	31 %	24,1	2,7
	03.03 AQUA Betr. Wohnen	2014	43	63 %	67 %	37 %	22,6	3,3
		2015	50	68 %	76 %	48 %	24,0	2,8
		2016	40	62 %	73 %	43 %	24,7	2,9
	02.08 AKS Reha-Wohnen	2014	10	70 %	70 %	10 %	24,4	2,6
		2015	11	64 %	64 %	18 %	24,8	3,5
		2016	13	62 %	77 %	8 %	24,8	2,8
	02.09 AKS LZ-Wohnen teilbetreut	2014	5	40 %	40 %	40 %	23,2	3,2
		2015	6	50 %	50 %	33 %	23,3	3,2
		2016	5	80 %	40 %	40 %	23,2	3,4
	02.10 AKS LZ-Wohnen vollbetreut	2014	14	50 %	64 %	29 %	21,8	3,1
		2015	16	50 %	50 %	31 %	21,8	3,4
		2016	22	27 %	41 %	27 %	21,8	2,6
	11.09 PMV Reha-Wohnen	2014	43	56 %	81 %	14 %	22,2	2,7
		2015	42	43 %	81 %	21 %	22,9	3,0
		2016	46	46 %	85 %	15 %	22,5	2,7
11.10 PMV LZ-Wohnen teilbetreut	2014	23	70 %	57 %	4 %	22,9	3,6	
	2015	21	67 %	38 %	10 %	22,6	3,9	
	2016	22	55 %	50 %	18 %	23,3	3,8	
12.01 SozPsy Bregenz Reha-Wohnh.	2014	15	73 %	67 %	13 %	24,3	2,8	
	2015	<i>(Angebot wurde 2014 eingestellt)</i>						
	2016	<i>(Angebot wurde 2014 eingestellt)</i>						
13.01 VSG Rankweil LZ-Wohnheim	2014	11	46 %	18 %	55 %	24,5	3,0	
	2015	10	40 %	10 %	60 %	24,4	3,9	
	2016	9	22 %	22 %	67 %	24,7	4,0	
alle ambulanten Wohnbetreuungen (AF 13)	2014	28	75 %	61 %	44 %	21,2	3,3	
	2015	38	63 %	47 %	37 %	21,4	2,9	
	2016	100	47 %	39 %	20 %	22,2	3,1	
alle stationären Wohnbetreuungen (AF 33)	2014	170	62 %	65 %	24 %	24,3	3,0	
	2015	160	58 %	64 %	33 %	23,5	3,2	
	2016	170	50 %	66 %	28 %	23,5	3,0	

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 Psychiatrieberichterstattung mit einbezogen. Seit dem Berichtsjahr 2015 werden die Datensätze der Personen, die in der ausgelagerten Wohngemeinschaft des Kolpinghauses Götzis betreut wurden, dem Haupthaus zugeordnet; im Jahr 2014 betraf das vier Personen.

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. Auch wenn man die stationären Integrationshilfen in der Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe dazu Tabelle 3.7.3) hinzunimmt, machten die in der Berichterstattung erfassten psychisch kranken Wohnungslosen 2016 über die Hälfte aller erfassten 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. 3.7.2 Nutzermerkmale psychisch erkrankter Menschen in Wohnungsloseneinrichtungen**

	Merkmals	Jahr	Anzahl DB C	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko-score (K14)*	Quartale pro Jahr (K15)
35	18.01 Kolpinghaus Götzis (KHG)	2014	56	86 %	46 %	34 %	26,3	3,1
		2015	69	84 %	42 %	39 %	25,2	2,9
		2016	77	86 %	47 %	22 %	25,6	2,6
	19.01 Kolpinghaus Bregenz	2014	126	79 %	53 %	16 %	23,9	3,0
		2015	109	79%	51 %	20 %	24,4	3,3
		2016	108	80 %	46 %	20 %	24,3	3,2
	20.01 Kaplan-Bonetti-Haus	2014	213	81 %	64 %	8 %	24,2	2,3
		2015	205	82 %	58 %	6 %	23,7	2,8
		2016	273	80 %	57 %	4 %	22,1	2,2
alle Wohnungsloseneinrichtungen (AF 35)	2014	399	81 %	58 %	15 %	24,5	2,7	
	2015	383	82 %	53 %	16 %	24,3	2,9	
	2016	458	81 %	53 %	11 %	23,6	2,5	

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

Bei der stationären Wohnbetreuung Drogenkranker in der WG Lukasfeld (09.02) ist es offenbar zu Veränderungen in der konzeptuellen Ausrichtung gekommen: Die Betreuungsdauer erstreckte sich durchweg nur noch auf ein Quartal, die Zahl der betreuten Personen und ihr Altersdurchschnitt stieg

an. Nach den Angaben auf dem Datenblatt C waren viele von ihnen noch nie in fachspezifischer stationärer Behandlung, und der Durchschnittswert des psychosozialen Risikoscore verminderte sich von 22,9 auf 16,4.

**Tab.3.7.3 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Suchthilfe und KJP**

	Merkmal	Jahr	Anzahl DB C	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko-score (K14)*	Quartale pro Jahr (K15)
13	05.10 Caritas amb. betr. Wohnen	2014	7	71 %	29 %		21,6	3,0
		2015	7	86 %	29 %		22,7	2,3
		2016	12	75 %	17 %	8 %	21,5	3,0
36	09.02 Maria Ebene WG Lukasfeld	2014	13	77 %	85 %	8 %	23,3	1,5
		2015	9	78 %	56 %		22,9	2,8
		2016	31	55 %	42 %		16,4	1,0
	05.05 Caritas Nachbetreuungs-WG	2014	16	75 %	69 %		22,6	2,2
		2015	18	89 %	44 %		22,3	2,1
		2016	16	69 %	31 %	6 %	24,2	1,9
37	11.13 PMV JuMeGa	2014	23	65 %	100 %	5 %	18,8	2,6
		2015	15	47 %	100 %	7 %	18,4	2,6
		2016	14	43 %	100 %	29 %	18,9	2,3
	17.01 IfS SIB	2014	8	50 %	100 %	50 %	22,4	2,5
		2015	8	50 %	100 %	38 %	24,7	2,9
		2016	10	60 %	100 %	60 %	25,1	2,8
	21.01 Jupident Ki-WG intensiv	2014	12	83 %	100 %	42 %	22,8	3,0
		2015	11	73 %	100 %	36 %	23,2	3,2
		2016	11	73 %	100 %	27 %	23,0	3,4
	21.02 Jupident Ki-Wohngrp.	2014	44	57 %	100 %	86 %	19,5	3,6
		2015	52	62 %	100 %	100 %	20,6	3,3
		2016	53	74 %	100 %	100 %	21,2	3,4
	21.03 Jupident Ju-WG BVS	2014	8	25 %	100 %	63 %	20,5	3,0
		2015	12	25 %	100 %	50 %	21,2	2,9
		2016	11	55 %	100 %	46 %	19,9	2,7
	21.04 Jupident Ju-Wohngrp. BVS	2014	18	56 %	100 %	28 %	17,5	2,7
		2015	17	65 %	100 %	24 %	17,8	3,0
		2016	24	67 %	100 %	21 %	18,0	2,9
	21.05 Jupident Ju-WG	2014	15	67 %	100 %	40 %	19,6	3,2
		2015	11	46 %	100 %	36 %	19,9	3,2
		2016	21	29 %	100 %	43 %	19,2	2,5

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

## 4 Evaluation der Planung von Integrationshilfen (H. Elgeti)

---

### 4.1 Rahmenbedingungen und Zielsetzungen

Seit 2009 werden sozialpsychiatrische Integrationshilfen (IH) in Vorarlberg nach einem mit den Systempartnern abgestimmten Verfahren systematisch geplant und evaluiert. Das Verfahren gilt für alle stationären und teilstationären Hilfen sowie das ambulant betreute Wohnen; falls sie in Kombination mit weiteren ambulanten Hilfen geplant werden, so werden auch diese erfasst. Zur Eingabe und Auswertung der im Planungsverfahren erhobenen Merkmale (Datenblätter C - F; Anlage IV) wird ein EDV-Programm der Medizinischen Hochschule Hannover genutzt. Die Ergebnisse werden in einem Auswertungsbericht zusammengefasst, im Landespsychiatriebeirat vorgestellt und im Vorarlberger Psychiatriebericht veröffentlicht. Für die beteiligten Einrichtungsträger gibt es die Möglichkeit, sich spezielle Auswertungen zu den von ihnen vorgehaltenen IH-Produkten in gesonderten Besprechungen vorstellen und erläutern zu lassen.

Die jährliche Auswertung der erhobenen Daten soll die Koordination, Steuerung und Qualitätsentwicklung der IH für psychisch beeinträchtigte Menschen unterstützen. Dies gilt auch für die Evaluation von Entwicklungsprojekten im Rahmen des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015-2025, soweit sie den Bereich der IH tangieren. Der Auswertungsbericht gibt einen Überblick zu den im Berichtsjahr durchgeführten Planungsverfahren. Überprüft werden auch der Zielgruppenbezug und die Plausibilität der Leistungsintensität der geplanten Hilfen. Die Gruppierung vergleichbarer Hilfsangebote (HA) bzw. IH-Produkte erfolgt dabei nach dem Muster der regionalen Psychiatrieberichte in einer Angebotsform (AF). Jede AF wird einer Leistungsart (LA) zugeordnet: ambulant, teilstationär oder stationär. Das EDV-Auswertungsprogramm erlaubt die Berechnung der Daten nach Kalenderjahr, HA, Einrichtungsträger, Produktgruppe oder AF und stellt die Ergebnisse in derzeit insgesamt 15 Tabellen zur Verfügung. Für die Evaluation der Wirksamkeit der geplanten IH ist eine Ergänzung der Datenerhebung vorgesehen.

### 4.2 Die Lebensqualität psychisch Kranker als Leitlinie

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 hier bedeutsamen 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: Der subjektive Aspekt eingeschränkter Lebensqualität bezieht sich auf die Zufriedenheit der erkrankten Personen mit ihrem Befinden und Verhalten sowie mit ihren Aktivitäten und ihrer 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 multidimensionale Scores gebildet. Die Bandbreite ist bei allen Score-Werten 1 bis 4.

Der objektive Aspekt betrifft acht Merkmale im Datenblatt C und wird im psychosozialen Risikoscore (K14) zusammengefasst. Er umfasst Angaben einerseits zur Schwere und Chronizität der Erkrankung, andererseits zum Ausmaß sozialer Desintegration der Betroffenen, die auch gesondert in zwei Subscores (K14.1 bzw. K14.2) berechnet werden können. 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 zu einem Problemscore (K29) zusammengefasst. Bei ihm lassen sich die beiden Subscores zu Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten (K29.1) sowie bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2) unterscheiden. Der Verlaufsscore (K30) erfasst eine Prognose zur Chronizität der verschiedenen, im Problemscore zusammengefassten Beeinträchtigungen. Zwei weitere Kennzahlen beziehen sich auf Merkmale aus dem Datenblatt E zu den geplanten Leistungen zur Therapie (K3x.1) und Teilhabe (K3x.2), die dortigen Differenzierungen betreffen ihren Umfang (K31.x) und Zeitbedarf (K32.x). Tabelle 1 gibt einen Überblick zum Gegenstand der Kennzahlen.

**Tab. 4.2.1 Überblick zu den bei der Evaluation verwendeten Kennzahlen**

		Aspekte eingeschränkter Lebensqualität			Intensität erforderlicher Leistungen	
Subscore	objektiver Aspekt	funktioneller Aspekt		subjektiver A.		
	Datenblatt C	Datenblatt D		(nur im Dialog zu ermitteln)	Datenblatt E	
	psychosoziales Risiko (K14.x)	Ausmaß (K29.x) der Beeinträchtigungen	Prognose (K30.x)		Umfang (K31.x)	Zeitbedarf (K32.x)
Kxx.1	Dauer und Schwere der Erkrankung <i>Merkmale 3.1-3.4</i>	im Erleben und Verhalten – ICD-10 <i>Merkmale 1.-4.</i>		Zufriedenheit mit eigenem Befinden und Verhalten	Therapie	1. Einzeltherapie 2. Gruppentherapie 3. Medikation 4. Fallkoordination
Kxx.2	Ausmaß sozialer Desintegration <i>Merkmale 3.5-3.8</i>	bei Aktivitäten und Teilhabe – ICF <i>Merkmale 5.-8.</i>		Zufriedenheit mit eigenen Fähigkeiten und Aktivitäten		Teilhabe

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 den Nutzergruppen von Hilfsangeboten statistische 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.

### **4.3 Beschreibung des Planungsverfahrens**

Am Anfang einer teil- oder vollstationären sozialpsychiatrischen IH 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 IH 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. Geht es primär um eine IH in Form von ambulant betreutem Wohnen, entfällt die Phase der Auftragsklärung, und es wird sofort ein Neuantrag gestellt. Dem Antrag beizufügen sind eine fachärztliche Stellungnahme (Datenblatt G), Angaben zu einigen soziodemographisch und psychiatrisch relevanten Merkmale der betroffenen Person (Datenblatt C) sowie zu Art und Ausmaß ihrer Beeinträchtigungen (Datenblatt D).

Diese Informationen helfen auch bei der Vorbereitung einer Hilfeplankonferenz (HPK), die vor Ablauf der Aufnahmephase unter Federführung einer Vertretung des Kostenträgers durchgeführt werden soll. Zur HPK 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 HPK zum Neuantrag wird die erforderliche Hilfe in Art und Umfang gemeinsam 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; der Bewilligungszeitraum kann bei der HPK aber auch individuell vereinbart werden. 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 HPK durchgeführt, die bei Fortschreibungen ohne Änderungen im Leistungsspektrum erst nach Ablauf von drei Jahren nötig ist.

Wenn während der Auftragsklärung oder vor 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 notwendige Stabilisierung nach Zielerreichung sein oder eine erst noch vorzubereitende Weitervermittlung an ein geeignetes neues HA 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.

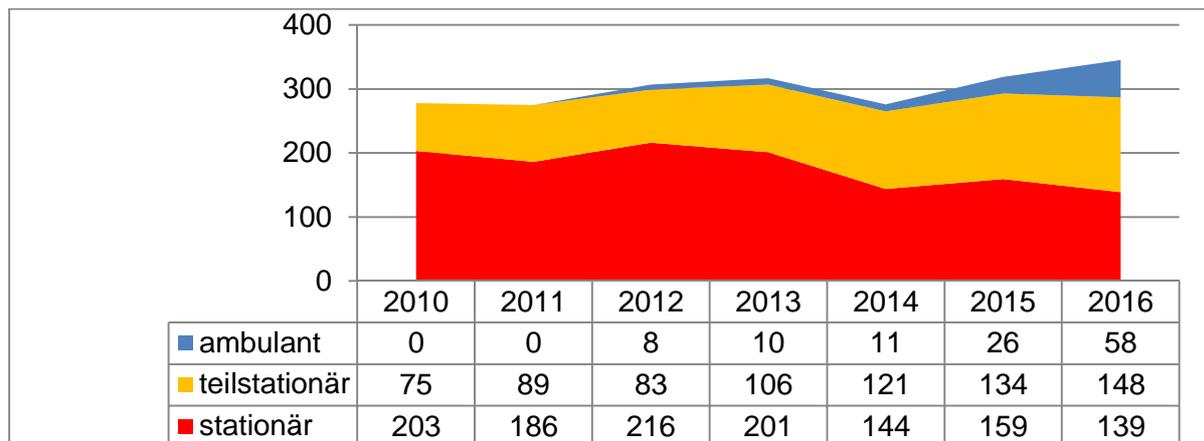
Um die Veränderungen zwischen Neuantrag und Beendigung einer Maßnahme messen zu können, sollen die Angaben zu den Datenblättern C und D künftig auch zum Zeitpunkt der Beendigung erhoben werden. Außerdem wird die fachkundige Person, die auf Seiten des Kostenträgers für die Planung und Fortschreibung der IH im Einzelfall zuständig ist, künftig nach Beendigung einer Maßnahme den Verlauf zusammenfassend beurteilen. Bewertet wird dabei die Konstanz der Leistungserbringung (K33), die Beibehaltung der beim Neuantrag formulierten Zielsetzung (K34), die Erreichung der vereinbarten Ziele (K35) und die Wirksamkeit der Leistungen für die Zielerreichung (K36). Die Konstanz der Leistungserbringung und die Erreichung der vereinbarten Ziele sollen auch bei jeder Fortschreibung der Maßnahme beurteilt werden.

#### **4.4 Ergebnisse zu den Planungsverfahren**

Anders als in den Berichten der Vorjahre wird das Angebot „Junge Menschen in Gastfamilien“ (Jumega) von Pro mente Vorarlberg (PMV) hier nicht mehr berücksichtigt, da die Kostenträgerschaft von der Integrationshilfe zur Kinder-Jugend-Hilfe wechselte. Dadurch und in Folge einiger weiterer Fehlerbereinigungen in der Eingabedatenbank ergeben sich gegenüber den Berichten der Vorjahre geringfügige Änderungen bei den Auswertungsergebnissen für die Berichtsjahre 2010 bis 2015.

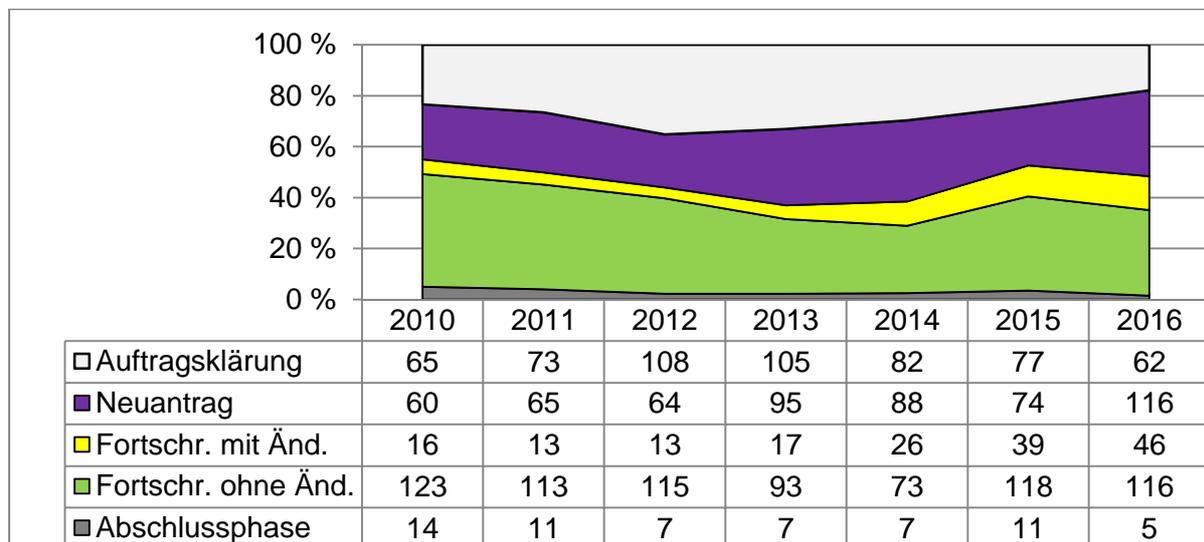
Die Anzahl der Verfahren hat sich seit Einführung der systematischen Hilfeplanung im Juli 2009 erhöht, von 2010 bis 2016 um insgesamt 24 %, bedingt durch den Auf- und Ausbau teilstationärer und ambulanter Hilfsangebote. In diesem Zusammenhang verschob sich der Schwerpunkt von stationären hin zu teilstationären und ambulanten Hilfen (Abbildung 1). Die Anzahl erledigter Planungsverfahren mit einer primär geplanten stationären Wohnbetreuung ist von 2010 bis 2016 um mehr als 30 % zurückgegangen. Dagegen verdoppelten sich im gleichen Zeitraum die Verfahren mit primär teilstationären Programmen zur Tagedstrukturierung und Beschäftigung. 2012 wurde als neues IH-Produkt auch das ambulant betreute Wohnen in die Hilfeplanung aufgenommen; sein Ausbau hat seit 2015 an Fahrt aufgenommen. Bei einer stationären Wohnbetreuung als primärem Produkt kann zusätzlich ein teilstationäres Angebot geplant werden, bei einer teilstationären Maßnahme zusätzlich ambulant betreutes Wohnen.

**Abb. 4.4.1 Planungsverfahren nach Leistungsart primär geplanter Hilfe 2010 – 2016**



Im Berichtsjahr 2016 wurden insgesamt 345 Anträge auf sozialpsychiatrische IH für 289 betroffene Personen abgeschlossen. Dabei handelte es sich zu 18 % um Auftragsklärungen (N=62), zu 34 % um Neuanträge (N=116), zu 47 % um Fortschreibungen mit (13 %; N=46) oder ohne (34 %; N=116) Änderungen im Leistungsspektrum (Abbildung 2). Seit einigen Jahren sind die Auftragsklärungen rückläufig, während die Zahl der Neuanträge und Fortschreibungen mit Änderungen im Leistungsspektrum tendenziell ansteigt. Insgesamt kamen in den 345 Anträgen des Jahres 2016 insgesamt 578 verschiedene Produkte zum Einsatz, das sind im Durchschnitt 1,7 Produkte pro Antrag.

**Abb. 4.4.2: Planungsverfahren nach Antragsart 2010 – 2016**



Die meisten Verfahren betrafen tagesstrukturierende Programme (AF 23) mit vier verschiedenen IH-Produkten und insgesamt 190 Verfahren, wenn man die Kombinationen mit stationärer Wohnbetreuung mitzählt (Tabelle 2). Einen starken Anstieg gibt es beim ambulant betreuten

Wohnen (AF 13), für das im Jahre 2016 allein (N=58) oder in Kombination mit Tagesstrukturhilfen (N=33) insgesamt 91 Hilfeplanverfahren durchgeführt wurden. Den Ausbau dieses Angebots hat sich seit 2015 ein Entwicklungsprojekt zur Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts zum Ziel gesetzt. Die Anzahl der Verfahren zur Planung einer stationären Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33) hat parallel dazu abgenommen, während der Bedarf an Reha-Wohnen in der Suchthilfe (AF 36) sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37) relativ konstant blieb.

**Tab. 4.4.1: Art der im Meldeblatt primär beantragten Produkte pro Jahr**

Leist.-Art	AF		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>ambulant</b>	13	ambulant betr. Wohnen			8	10	11	26	58
<b>teil-stationär</b>	23	Tagesstrukturhilfen	75	89	77	88	86	107	118
		<i>davon mit abW (AF 13)</i>			8	8	7	18	33
	25	spez. Hilfen zu Arbeit/ Ausb.			6	18	35	27	30
<b>stationär</b>	33	stat. Wohnen Allg.-Psy.	170	146	162	153	116	116	104
		<i>davon mit TS (AF 23)</i>	43	46	70	46	44	49	72
	36	Reha-Wohnen Suchthilfe	31	28	39	38	18	35	27
	37	Reha-Wohnen KJP (SIB)	2	12	15	10	10	8	8
<b>alle primär beantragten Produkte</b>			<b>278</b>	<b>275</b>	<b>307</b>	<b>317</b>	<b>276</b>	<b>319</b>	<b>345</b>

Die Zahl der HPK ist in den letzten beiden Jahren stärker gestiegen als die Zahl der Hilfeplanverfahren, was auch, aber nicht nur mit der Zunahme von Neuanträgen und Fortschreibungen mit Änderungen im Leistungsspektrum zu tun hat. Bei jeweils 98 % aller HPK im Jahre 2016 waren die betroffene Person, ihre therapeutische Bezugsperson bzw. eine Vertretung des Kostenträgers anwesend (Tabelle 3). Bemerkenswert ist die Zunahme von HPK, an denen auch eine Vertrauensperson der betroffenen Person teilnimmt, auf inzwischen 44 %. Da für Menschen, die sozialpsychiatrische IH beantragen, nur relativ selten eine Sachwalterschaft besteht, war eine mit dieser Aufgabe beauftragte Person in den letzten Jahren auch nur in 11 – 13 % aller HPK anwesend. Leider nimmt die behandelnde Fachärztin bzw. der behandelnde Facharzt kaum einmal an einer HPK teil (0 - 3%).

**Tab. 4.4.2: Zahl der Hilfeplankonferenzen und Teilnehmerkreis 2010 - 2016**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Betroffene Person	100 %	100 %	100 %	99 %	99 %	98 %	98 %
Sachwalter/ Sachwalterin	22 %	16 %	14 %	12 %	13 %	11 %	12 %
Vertrauensperson	10 %	13 %	19 %	7 %	16 %	28 %	44 %
therap. Bezugsperson	95 %	98 %	100 %	97 %	99 %	97 %	98 %
behand. Arzt/ Ärztin	3 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	3 %
Vertretung Kostenträger	100 %	98 %	96 %	98 %	98 %	97 %	98 %
<b>Anzahl HPK insgesamt</b>	<b>160</b>	<b>127</b>	<b>149</b>	<b>189</b>	<b>173</b>	<b>213</b>	<b>255</b>

Bei allen HPK gab es einen Konsens unter den Beteiligten im Sinne des Antrags; es waren also nie Änderungen des Antrags oder eine Entscheidung der Clearingstelle bei Dissens der Beteiligten erforderlich. Zwischen Eingang und Erledigung des Antrags vergingen im Berichtsjahr 2016 im Durchschnitt vier Wochen, das ist eine deutliche Verkürzung gegenüber den Vorjahren. Bei 21 % der Planungsverfahren waren es weniger als zwei Wochen, bei 42 % zwischen zwei und vier Wochen, bei 30 % vier bis unter acht Wochen und bei 6 % mehr als acht Wochen.

#### **4.5 Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Integrationshilfen**

Die Entwicklung seit dem Berichtsjahr 2010 lässt sich anhand einiger Kennzahlen nachvollziehen, die hier allerdings nur dann ausgewiesen werden, wenn mindestens zehn auswertbare Datensätze pro Angebotsform zur Verfügung standen (Tabelle 4). Auf die Darstellung der Ergebnisse für die Angebotsform 37 (stationäre Wohnbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird ganz verzichtet: Die „Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung“ (SIB) des Instituts für Sozialdienste (IfS) ist hier das einzige Angebot, und bis auf 2013 standen immer weniger als zehn Datensätze zur Auswertung zur Verfügung.

Tab. 4.5.1: Kennzahlen zu den Nutzergruppen nach Angebotsform 2010 - 2016

AF	Kurzbezeichnung	Jahr	Anzahl Datensätze	Anteil Männer K9	Anteil <45 J. K11	Risiko-score K14	Problem-score K29	Verlaufs-score K30	Umfang K31	Zeitbedarf K32
13	abW als primäres Produkt	2012	8	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		2013	10	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		2014	11	73 %	64 %	2,6	2,5	2,9	2,2	2,4
		2015	26	68 %	40 %	2,7	2,3	2,6	2,2	1,9
		2016	58	44 %	30 %	2,8	2,5	2,7	2,2	2,0
23	TS als primäres Produkt	2010	75	64 %	62 %	2,7	2,3	2,6	2,4	2,7
		2011	89	66 %	54 %	2,7	2,5	2,8	2,3	2,6
		2012	77	51 %	47 %	2,9	2,5	2,8	2,3	2,6
		2013	88	52 %	45 %	2,8	2,5	2,8	2,3	2,3
		2014	86	53 %	59 %	2,6	2,4	2,6	2,3	2,3
		2015	107	53 %	53 %	2,7	2,3	2,8	2,3	2,1
		2016	118	46 %	53 %	2,8	2,4	2,7	2,4	2,1
25	spez. Hilfen zur Arbeit/Ausbild.	2012	6	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		2013	18	<i>(weniger als zehn auswertbare Datensätze)</i>						
		2014	35	64 %	96 %	2,2	2,1	2,2	1,5	2,2
		2015	27	52 %	100 %	2,5	2,0	2,3	1,7	2,0
		2016	30	50 %	100 %	2,4	2,1	2,2	1,5	2,0
33	WH Allg.-Psy.	2010	170	56 %	65 %	2,9	2,6	3,1	3,0	2,6
		2011	146	54 %	71 %	2,9	2,5	2,9	2,9	2,6
		2012	162	67 %	65 %	3,0	2,5	3,0	2,9	2,6
		2013	153	66 %	70 %	3,0	2,6	2,9	2,9	2,5
		2014	116	59 %	66 %	3,0	2,6	2,8	2,8	2,3
		2015	116	57 %	75 %	2,9	2,6	2,7	2,8	2,3
		2016	104	47 %	66 %	3,0	2,7	2,8	2,9	2,4
36	WH Sucht	2010	31	79 %	64 %	2,9	1,8	1,9	2,4	2,6
		2011	28	88 %	65 %	2,8	2,1	2,4	2,5	2,5
		2012	39	82 %	76 %	2,9	2,2	2,5	2,8	3,0
		2013	38	61 %	61 %	2,9	2,5	2,5	2,6	2,7
		2014	18	70 %	60 %	2,7	2,2	2,2	2,5	2,3
		2015	35	82 %	53 %	2,9	2,0	2,0	2,5	2,0
		2016	27	82 %	41 %	2,9	2,2	2,1	2,5	1,7

Die Geschlechts- und Altersverteilung in den verschiedenen Nutzergruppen schwankt von Jahr zu Jahr teilweise erheblich. In der stationären Wohnbetreuung der Suchthilfe (AF 36) hat der Anteil älterer Personen in den letzten Jahren zugenommen, d.h. der Anteil jüngerer Menschen unter 45 Jahren (K11) ist gesunken, und zwar von 76 % im Jahre 2012 auf 41 % im Jahre 2016. Auch das ambulant betreute Wohnen (AF 13) kommt in den letzten beiden Jahren vor allem bei älteren Personen zum Einsatz, während in der stationären Wohnbetreuung der Allgemeinpsychiatrie (AF 33) zwei Drittel der Nutzergruppe jünger als 45 Jahre sind. Dort hat der Anteil der Männer deutlich abgenommen, und zwar von 67 % im Jahre 2012 auf 47 % im Jahre 2016. Gleiches gilt für die tagesstrukturierenden Programme (AF 23): Nach noch 66 % Männer im Jahre 2011 waren es in dieser Nutzergruppe 2016 nur noch 46 %.

Die Kennzahlen zu den objektiven und funktionellen Einschränkungen der Lebensqualität der betreuten Personen unterscheiden sich zwischen stationären und ambulant/ teilstationären Hilfen in der Allgemeinpsychiatrie nur geringfügig. Das psychosoziale Risiko (K14) und das Ausmaß der Beeinträchtigungen (Problemscore K29) ist bei den Nutzern ambulanter und teilstationärer Integrationshilfen gegenüber denen stationärer Wohnbetreuung tendenziell etwas geringer. Die Chronizität der Beeinträchtigungen (Verlaufsscore K30) wird vergleichbar hoch eingeschätzt und kann als Qualitätsmerkmal für einen hohen Zielgruppenbezug der IH angesehen werden.

Bei den tagesstrukturierenden Programmen (AF 23) hat sich der Durchschnittswert für den Zeitbedarf (K32) der geplanten Leistungen von 2010 (2,7) bis 2016 (2,1) stark verringert, in den anderen Angebotsformen war diese Tendenz nicht so deutlich. Während das psychosoziale Risiko der stationär in der Suchthilfe betreuten Personen (AF 36) ähnlich hoch ist wie in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), liegen die Durchschnittswerte der anderen Kennzahlen deutlich niedriger. Dies veranschaulicht den besonderen Charakter der hier zusammengefassten Angebote als vorübergehende Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Entzugsbehandlung.

Bei den Angaben auf dem Datenblatt D zum Ausmaß der Beeinträchtigungen in insgesamt acht Dimensionen (1.x - 8.x) wird auch nach den hauptsächlichen Bereichen gefragt. Dabei sind jeweils vier verschiedene Bereiche pro Dimension (x.1 - 4) vorgegeben, und Mehrfachangaben sind möglich. Eine Analyse dieser Daten für die Berichtsjahre 2010 bis 2016 zeigt, dass es bei der Nutzergruppe des stationären Wohnens in der Suchthilfe (AF 36) keine einzelnen Bereiche gibt, die sehr oft angegeben werden. Vielmehr wurden hier alle Bereiche vergleichsweise selten angegeben. Ansonsten sind häufig betroffen vor allem Antrieb und Affekt (1.1), Nähe-Distanz-Regulation (2.1) sowie Freizeitgestaltung (7.2), beim ambulant betreuten Wohnen (AF 13) auch die Fähigkeit zur Haushaltsführung und Wohnraumgestaltung (5.2), Selbstwertregulation und Frustrationstoleranz (2.3), in Kombination mit Tagesstrukturprogrammen zusätzlich die Sorge für eigenes Wohlbefinden und körperliche Aktivität (3.3) sowie Aufmerksamkeit und Ausdauer (6.1). Generell eher selten sind folgende Bereiche besonders betroffen: Gedächtnis und Orientierung (1.3), Intelligenz (1.4), Funktionsfähigkeit des Körpers und der Sinne (3.1), psychovegetative und psychosomatische Abläufe (3.2), Inanspruchnahme medizinischer Hilfen (3.4), angemessene Körperpflege und Kleidung (5.1),

Selbständigkeit und Kooperationsfähigkeit (6.3), Interesse an gesellschaftlichen Vorgängen (7.3), Engagement in der Gesellschaft (7.4), Existenz sichernder Lebensunterhalt (8.1).

#### **4.6 Analysen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität**

Stets muss im Einzelfall der Hilfebedarf der betroffenen Person individuell und unabhängig von den Messwerten zum psychosozialen Risiko, zum Ausmaß oder zur vermuteten Chronizität der Beeinträchtigungen festgestellt werden. Für die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen IH insgesamt gilt jedoch die Annahme, dass der Hilfebedarf chronisch und schwer psychisch beeinträchtigter Menschen stärker ausgeprägt ist. Insofern besteht für die gesamte Nutzergruppe die Vermutung, dass Umfang (K31) und Zeitbedarf (K32) der Hilfen abhängig sind von der Höhe des Risiko-, Problem- und Verlaufsscore. Unterschiede zwischen den Werten von 0,1 gelten als belanglos, von 0,2 als Trend und von mindestens 0,3 als bemerkenswert.

Zur Überprüfung der Plausibilität der geplanten Leistungsintensität wurden die Datensätze aller 328 Hilfeplanverfahren, die im Jahre 2016 durchgeführt wurden, unabhängig von der Angebotsform des primär geplanten Produkts einbezogen. Dabei wurden die Nutzergruppen mit unter- und überdurchschnittlichen Werten einer Kennzahl in Bezug auf die Durchschnittswerte der übrigen Kennzahlen verglichen (Tabelle 5). Dabei zeigt sich zunächst der Zusammenhang zwischen objektiven und funktionellen Einschränkungen der Lebensqualität, d.h. zwischen der Höhe des psychosozialen Risikos (K14) und dem Ausmaß der Beeinträchtigungen (K29). Das Ausmaß der Beeinträchtigungen wiederum ist verknüpft mit deren Chronizität (K30). Auf der anderen Seite zeigt der voraussichtliche Zeitaufwand der geplanten Hilfen (K32) auch eine gewisse Abhängigkeit von ihrem Umfang (K31). Erwartungsgemäß ist nun bei überdurchschnittlicher Ausprägung des Risikoscore (K14) der Leistungsumfang der geplanten Hilfen (K31) größer und der dafür kalkulierte Zeitaufwand (K32) höher. Etwas weniger deutlich ausgeprägt ist dieser Zusammenhang auch beim Ausmaß der Beeinträchtigungen (K29), kaum jedoch beim Ausmaß ihrer Chronizität (K30).

Tab. 4.6.1: Zusammenhang zwischen Hilfebedarf und Leistungsintensität 2016

			Anzahl Daten- sätze	Kennzahlen zu Ausmaß und Dauer der Einschränkungen der Lebensqualität			Leistungsintensität der geplanten IH		
				Risikoscore	Problemscore	Verlaufsscore	Umfang	Zeitaufwand	
				K14	K29	K30	K31	K32	
alle Hilfeplanverfahren	K14	≤2,9	154		2,4	2,7	2,3	2,0	
		>2,9	118		2,6	2,7	2,6	2,3	
	K29	≤2,4	142	2,8		2,4	2,3	2,1	
		>2,4	135	2,9		2,9	2,6	2,3	
	K30	≤2,7	107	2,8	2,4		2,4	2,1	
		>2,7	106	2,9	2,8		2,6	2,2	
	K31	≤2,4	128	2,7	2,3	2,6		2,0	
		>2,4	153	3,0	2,5	2,7		2,3	
	K32	≤2,2	144	2,8	2,4	2,7	2,4		
		>2,2	99	3,0	2,6	2,7	2,7		
	AF 13	K14	≤2,8	25		2,3	2,5	2,1	1,8
			>2,8	32		2,6	2,8	2,3	2,0
K29		≤2,5	33	2,7		2,3	2,3	1,9	
		>2,5	22	2,9		3,0	2,2	2,1	
AF 23	K14	≤2,8	53		2,3	2,9	2,3	2,1	
		>2,8	44		2,4	2,6	2,5	2,2	
	K29	≤2,4	58	2,8		2,6	2,3	2,1	
		>2,4	38	2,8		2,9	2,4	2,1	
AF 33	K14	≤3,0	44		2,6	2,6	2,9	2,3	
		>3,0	39		2,8	2,9	2,9	2,5	
	K29	≤2,7	50	3,0		2,6	2,9	2,3	
		>2,7	33	3,1		3,0	2,9	2,5	

Bei einer Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Hilfebedarf und Leistungsintensität innerhalb einer Angebotsform (AF) sind die Ergebnisse nicht so deutlich. Das lässt sich zeigen am Beispiel der AF 13, 23 und 33, denen 2016 am häufigsten ein primäres Hilfeangebot zuzuordnen war. Der Grund dafür dürfte nicht nur an der geringeren Bandbreite der Risiko- und Problemlagen bei den Nutzergruppen einzelner Angebotsformen liegen, sondern auch an deren jeweils begrenztem Leistungsspektrum im Vergleich zur Gesamtzahl aller IH-Produkte. Dennoch sollte dieses Ergebnis ein Ansporn sein, die Hilfeplanung noch stärker als bisher am individuellen Hilfebedarf der betroffenen Menschen auszurichten. Merkwürdig ist bei den Ergebnissen dieser Auswertung, dass in der AF 23 bei einem geringeren psychosozialen Risiko (K14 ≤ 2,8) die Beeinträchtigungen deutlich langfristiger eingeschätzt wurden als bei höherem Risiko (K30 = 2,9 versus 2,6).

## 4.7 Ein Pilotversuch zur Beurteilung der Wirksamkeit von Hilfen

Nicht nur die Einschränkungen der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen ist von vielen Einflussfaktoren abhängig, sondern auch die Wirksamkeit der sozialpsychiatrischen IH, die zu ihrer Unterstützung geplant werden. Es gehört zu jeder Fortschreibung einer Hilfeplanung und zu jedem Abschluss einer Einzelfallhilfe, dass sich die beteiligten Personen über den bisherigen Verlauf der Maßnahmen verständigen. Wurden die Leistungen wie geplant durchgeführt? Erwies sich die Zielsetzung als sinnvoll? Inwieweit konnten die vereinbarten Ziele bereits erreicht werden? Haben die erbrachten Leistungen die Erreichung der Ziele bewirkt?

Die Beantwortung dieser Fragen beruht in jedem Einzelfall auf einer vornehmlich qualitativen Beurteilung und hat eine subjektive Färbung. Gleichwohl sollte diese Beurteilung dokumentiert und in die Evaluation der Planung sozialpsychiatrischer IH einbezogen werden. Zu diesem Zweck haben die bei der Hilfeplanung jeweils federführenden Fachleute des Kostenträgers im Zeitraum 15.04. bis 15.12.2016 bei allen IH-Fortschreibungen Stellung zu folgenden Fragen genommen:

- Frage 1: Wurden die im Hilfeplanverfahren zuletzt vereinbarten Leistungen tatsächlich erbracht? (K33: Konstanz der Leistungserbringung)
- Frage 3: Wurden die zuletzt vereinbarten Ziele erreicht? (K35: Erreichung der Ziele)

Diese beiden Fragestellungen wurden bei Abschluss einer solchen Maßnahme um weitere zwei Fragen ergänzt:

- Frage 2: Wurden die in der Zielvereinbarung zum Neuantrag der jetzt beendeten Integrationshilfe formulierten Ziele im weiteren Verlauf beibehalten? (K34: Beibehaltung der Zielsetzung)
- Frage 4: Haben die im Rahmen der Integrationshilfe erbrachten Leistungen die Erreichung der Ziele bewirkt? (K36: Wirksamkeit der Leistungen)

Die Beantwortung der Fragen wurde in standardisierter Form nach folgendem Muster dokumentiert:

1. weitgehend oder vollständig ( $\geq 75$  %)
2. überwiegend ( $\geq 50$  % bis  $< 75$  %)
3. nur teilweise ( $\geq 25$  % bis  $50$  %)
4. kaum oder gar nicht ( $< 25$  %)

Die Beantwortung einer Frage unterblieb, wenn eine der Vorfragen mit der Alternative 4 „kaum oder gar nicht ( $< 25$  %)“ beantwortet wurde. Die Kennzahlen K33 - 36 haben also eine Bandbreite von 1 bis 4, und sie ergeben sich jeweils aus den Mittelwerten der Merkmalsausprägungen bei der entsprechenden Frage. Ein Wert von 1,0 bis unter 1,5 bedeutet „sehr gut“, ein Wert von 1,5 bis unter 2,0 „gut“, von 2,0 bis unter 2,5 „mäßig“, ein Wert von 2,5 bis unter 3,0 „eher gering“, von 3,0 und höher „sehr gering“.

In dieser Weise wurden im neunmonatigen Untersuchungszeitraum insgesamt 133 Verläufe sozialpsychiatrischer IH beurteilt. Anlass war in 94 Fällen die Fortschreibung von IH-Maßnahmen und

in 39 Fällen deren Beendigung. Die Ergebnisse basieren auf geringen Fallzahlen und sind vorsichtig zu interpretieren.

Die Auswertung der Angaben zu den 39 beendeten Maßnahmen zeigt erwartungsgemäß die Abhängigkeit der Beurteilung von der Beantwortung der Vorfragen: Je vollständiger die vereinbarten Leistungen tatsächlich erbracht wurden, desto eher wurden die Ziele beibehalten und auch erreicht, desto stärker war der Wirkungszusammenhang zwischen den erbrachten Leistungen und den erreichten Zielen (Tabelle 6). Die Mittelwerte für die Kennzahlen betragen in diesen Fällen: K33 (Konstanz der Leistungen): 2,1; K34 (Beibehaltung der Zielsetzung): 1,9; K35 (Erreichung der Ziele): 2,3; K36 (Wirksamkeit der Leistungen): 2,0

**Tab. 4.7.1: Auswertung für beendete Maßnahmen (N = 39)**

		Zahl	Mittelwert übrige Fragen			
			1	2	3	4
<b>Frage 1: Wurden die im Hilfeplanverfahren vereinbarten Leistungen tatsächlich erbracht?</b>						
1	weitgehend oder vollständig (>75 %)	11	2,1	1,3	1,6	1,5
2	überwiegend (≥50 % bis <75 %)	18		2,0	2,4	2,1
3	nur teilweise (≥25 % bis <50 %)	7		2,7	3,3	3,3
4	kaum oder gar nicht (<25 %)	3				
<b>Frage 2: Wurden die im Erstantrag formulierten Ziele im weiteren Verlauf beibehalten?</b>						
1	weitgehend oder vollständig (>75 %)	12	1,3	1,9	1,4	1,2
2	überwiegend (≥50 % bis <75 %)	14	2,1		2,4	2,5
3	nur teilweise (≥25 % bis <50 %)	7	2,3		3,0	3,0
4	kaum oder gar nicht (<25 %)	1	3,0			
<b>Frage 3: Wurden die vereinbarten, ggf. im Verlauf modifizierten Ziele erreicht?</b>						
1	weitgehend oder vollständig (>75 %)	9	1,3	1,1		1,1
2	überwiegend (≥50 % bis <75 %)	11	1,7	1,9		2,0
3	nur teilweise (≥25 % bis <50 %)	10	2,2	2,3		2,9
4	kaum oder gar nicht (<25 %)	5	2,4	2,7		
<b>Frage 4: Haben die erbrachten Leistungen die Erreichung der Ziele bewirkt?</b>						
1	weitgehend oder vollständig (>75 %)	11	1,3	1,1	1,4	2,0
2	überwiegend (≥50 % bis <75 %)	9	2,0	1,9	2,0	
3	nur teilweise (≥25 % bis <50 %)	8	1,9	2,4	2,8	
4	kaum oder gar nicht (<25 %)	2	3,0	2,5	3,0	

Die Konstanz der Leistungserbringung (K33) lag bei Fortschreibungen im Mittelwert (MW) meist bei 1,9 bis 2,0; sie war ziemlich unabhängig von der Angebotsform der Einrichtung und von der Frage, ob Änderungen des Leistungsspektrums geplant wurden oder nicht (Tabelle 7). Sie war bei Beendigung

der Maßnahmen dann gut (MW 1,7), wenn kein Bedarf an Integrationshilfen mehr bestand (N=7) oder die Behandlung bzw. Betreuung niedrigschwellig im ambulanten Setting (AF 10/16) fortgesetzt werden sollte (N=3) (Tabelle 8). Sie war mäßig, wenn eine Klinikbehandlung Grund für die Beendigung der Maßnahmen war (MW 2,2), und eher gering, wenn es zu einem Abbruch trotz weiterem Hilfebedarf gekommen war (2,8).

**Tab. 4.7.2: Differenzierende Auswertung bei Beendigung**

Beendigung der Integrationshilfe-Maßnahmen (N=39)					alle Fälle	Angebotsform abgebende Einrichtung					
						13	23	33	36	37	?
K33 Konstanz der Leistungserbringung					2,1	2,0	2,0	2,5	1,8	2,0	2,0
K34 Beibehaltung der Zielsetzung					1,9	1,5	2,0	2,3	2,0	2,0	1,9
K35 Erreichung der Ziele					2,3	2,8	2,3	2,5	2,0	4,0	2,2
K36 Wirksamkeit der Leistungen					2,0	1,5	2,7	2,3	2,0		1,9
K33	K34	K35	K36	alle Beendigungen	39	4	3	5	4	1	22
1,7	1,7	1,7	1,4	kein Bedarf mehr	7	2		1	1		3
1,7	1,7	1,7	2,0	amb. Beh. (AF 10/16)	3		1		2		
2,2	2,0	3,2	2,3	Klinikbehandlung	5	1	2	1		1	
2,8	2,7	3,5	3,0	Abbruch trotz Bedarf	5	1		2	1		1
1,3	2,0	2,7	2,7	sonstiges / unbekannt	3			1			2
2,1	1,9	2,0	2,0	Keine Angaben	16						16

Der Grad der Zielerreichung (K35) ist im Bereich stationären Wohnens (AF 33) eher gering bei Beendigung der Maßnahmen (MW 2,5; N=5), bei Fortschreibungen ohne Änderung des Leistungsspektrums (MW 2,7; N=23) sowie bei Wechsel innerhalb des stationären Wohnens (MW 2,7; N=3); bei einem Wechsel ins ambulante Wohnen (abW; AF 13) ist er dagegen sehr gut (MW 1,4; N=5). Bei Fortschreibungen ohne Änderung des Leistungsspektrums ist der Grad der Zielerreichung im Bereich des ambulant betreuten Wohnens und der Tagesstruktur-Programme mäßig (MW 2,3 bzw. 2,2). Bei Beendigungen ohne weiteren Bedarf an Integrationshilfen (N=7) oder nur niedrigschwelliger Behandlung bzw. Betreuung (N=3) ist der Grad der Zielerreichung gut (MW 1,7), dagegen sehr gering bei erforderlicher Klinikbehandlung (MW 3,2; N=5) oder Abbruch trotz weiterem Hilfebedarf (MW 3,5; N=5).

## 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
<b>Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen der Datenblätter A und B</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
<b>Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen des Datenblattes C</b>		
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
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen
<b>Kennzahlen zur Sozialstruktur der Regionen</b>		
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
<b>Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen</b>		
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
<b>01.00</b>		<b>LKH Rankweil</b>	<b>05.00</b>		<b>Caritas Vorarlberg</b>
01.01	30	LKHR Stationen Allg.-Psy.	05.01	19	Caritas Sozmed Psychotherapie
01.02	20	LKHR Tagesklinik Allg.-Psy	05.04	16	Caritas Sozmed Suchtberatung
01.03	10	LKHR Ambulanz Allg.-Psy	05.05	33	Caritas Sozmed Nachbetr.-WG
01.04	10	LKHR forensische Ambulanz	05.06	16	Caritas HIOB psychosoz. Betr.
01.05	31	LKHR Station Jugendpsychiatrie	05.07	16	Caritas HIOB Substitution
01.06	11	LKHR Ambulanz Jugendpsychiatrie	05.08	12	Caritas HIOB Café u. Anlaufstelle
01.07	30	LKHR Stationen Ger.-Psy.	05.09	12	Caritas HIOB Arbeitsprojekt Wald
01.08	18	LKHR Ambulanz Ger.-Psy.	05.10	13	Caritas amb. betreutes Wohnen
01.09	22	LKHR Tagesklinik Ger.-Psy.	05.11	19	C amb. Suchtth. (Alk.) Bregenz
10.10	21	Tagesklinik Jugendpsychiatrie	05.12	16	C Suchtberatung Bregenz
01.11	19	Kompetenzteam ASS	05.13	19	C amb. Suchtth. (Alk.) Dornbirn
<b>02.00</b>		<b>aks Sozialmedizin</b>	05.14	16	C Suchtberatung Dornbirn
02.04	11	AKS Fachärztliche Sprechstage	05.15	19	C amb. Suchtth. (Alk.) Egg
02.05	10	AKS amb. soz.-psy. Ber. u Betr.	05.16	16	C Suchtberatung Egg
02.06	10	AKS soz.-psy. Langzeitbetreuung	05.17	19	C amb. Suchtth. (Alk.) Bludenz
02.08	33	AKS soz.-psy. Reha-Wohngem.	05.18	16	C Suchtberatung Bludenz
02.09	33	AKS Langzeitwohnen teilbetreut	<b>06.00</b>		<b>Do it yourself</b>
02.10	33	AKS Langzeitwohnen vollbetreut	06.01	16	Do it yourself psychosoz. Betr.
02.11	10	AKS wochenstrukt. Programme	06.02	12	Do it yourself Café u. Anlaufstelle
02.12	23	AKS Beschäftigungsinitiativen	<b>07.00</b>		<b>Ex &amp; Hopp</b>
02.13	12	AKS offenes sozialpsy. Tageszentr.	07.01	16	Ex & Hopp psychosoz. Betreuung
02.16	13	AKS ambulant betreutes Wohnen	07.02	12	Ex & Hopp Schadensminimier.
02.17	18	AKS ger.-psy. Tagesbetreuung	07.03	16	Ex & Hopp Abgabe / Substitut.
02.18	18	AKS Demenzsprechstunde	<b>08.00</b>		<b>Die Faehre</b>
02.19	10	AKS kurzfristige sozialpsych. Interv.	08.01	16	Die Faehre amb. Therapie (Stabil.)
<b>03.00</b>		<b>Aqua Mühle Frastanz</b>	08.03	19	Die Faehre amb. Therapie (PT)
03.01	33	Aqua individuell betr. Wohnen	<b>09.00</b>		<b>Stiftung Maria Ebene</b>
03.03	33	Aqua betreutes Wohnen	09.01	30	ME Drogentherapiestation Carina
03.05	23	Aqua Tagesstrukt. für Externe	09.02	36	ME therapeutische WG Lukasfeld
03.06	13	Aqua amb. betreutes Wohnen	09.03	19	ME BS Clean Feldkirch Psychotherapie
03.07	27	Aqua Lehrabschluss-Begl. für ASS	09.04	16	ME BS Clean Feldkirch Stabilisierung
03.08	25	Vorbereitung auf allg. Arbeitsmarkt	09.06	16	ME Suchtmedizinische Ambulanz
			09.07	30	ME stat. Entgiftung / Entwöhnung
			09.08	30	ME Drogentherapiestation Lukasfeld
			09.09	19	ME BS Clean Bregenz Psychotherapie
			09.10	19	ME BS Clean Bludenz Psychotherapie
			09.11	16	ME BS Clean Bregenz Stabilisierung
			09.12	16	ME BS Clean Bludenz Stabilisierung
			09.13	19	ME ambulante Begutachtungen

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

Code	AF	Kurzbezeichnung	Code	AF	Kurzbezeichnung
<b>11.00</b>		<b>Pro mente Vorarlberg</b>	<b>16.00</b>		<b>Omnibus e.V.</b>
11.02	10	PMV Ambulanz med. Reha.	16.01	12	Omnibus (Selbsthilfe-Ber.-Kont.-St.)
11.03	19	PMV Psychotherapie	<b>17.00</b>		<b>Institut für Sozialdienste</b>
11.04	15	PMV Arbeitstraining	17.01	37	IfS Sozialpsych. Intensivbetreuung
11.06	10	PMV soz.-psy. Betreuung	17.02	19	IfS Psychotherapie
11.07	11	PMV KJP soz.-psy. Betreuung	<b>18.00</b>		<b>Kolpinghaus Götzis</b>
11.08	18	PMV Aktiv. Menschen mit Demenz	18.01	35	KH Götzis stationäre Wohnbetreuung
11.09	33	PMV Wohnen mit Reha-Charakter	18.03	35	KH Götzis ausgelagerte WG
11.10	33	PMV Langzeitwohnen teilbetreut	<b>19.00</b>		<b>Kolpinghaus Bregenz</b>
11.11	23	PMV Beschäftigungsprogramm	19.01	35	KH Bregenz stationäre Wohnbetreuung
11.12	12	PMV psychosoziales Tageszentrum	<b>20.00</b>		<b>Kaplan-Bonetti-Haus</b>
11.13	37	PMV JuMeGa Betr. in Gastfamilien	20.01	35	KBH stationäre Wohnbetreuung
11.14	17	PMV Ju-on-Job Werkth. f. Jugend.	<b>21.00</b>		<b>Jupident</b>
11.15	10	PMV wochenstrukt. Programme	21.01	37	Jupident Kinder-Wohngruppe intensiv
11.16	13	PMV ambulant betreutes Wohnen	21.02	37	Jupident Kinder-Wohngruppe
11.17	17	PMV Ju-on-Job wochenstrukt. Ang.	21.03	37	Jupident Jugend-WG BVS Training
11.19	10	PMV amb. soz.-psy. Betr. f. Kinder	21.04	37	Jupident Jugend-WG BVS
<b>13.00</b>		<b>Verein f. seel. Ges. Rankweil</b>	21.05	37	Jupident Jugend-WG Training
13.01	33	VSG Wohnh. mit Langzeitcharakter	21.06	27	Jupident Jugend-Tagesgruppen BVS
<b>15.00</b>		<b>Projekt Gemeinsam Leben Lernen</b>	<b>22.00</b>		<b>dialog communications</b>
15.01	29	GLL Psychotherapie Tagesklinik	22.01	19	Dialog communications-Psychotherapie
15.02	19	GLL Psychotherapie Ambulanz			
15.03	12	GLL Kontaktstelle			

#### Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2016 nach Angebotsform

Code-Nr. / Kurzbezeichnung der Angebotsform (AF)		Anzahl der Datenblätter C								
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
alle Hilfen (AF 10-39)		<b>8.505</b>	<b>10.365</b>	<b>11.700</b>	<b>12.457</b>	<b>13.448</b>	<b>14.330</b>	<b>15.641</b>	<b>16.998</b>	<b>17.652</b>
10	Ambulanzen	3.346	3.476	3.524	3.601	4.713	4.993	5.244	4.993	4.886
11	Ambulanzen KJP	478	1.470	970	955	1.362	1.679	1.467	969	1.036
12	Kontaktstellen	395	496	707	897	118	81	0	0	0
13	amb. betr. Wohnen <sup>3</sup>					30	29	35	45	100
16	Sucht-Beratungsst.	895	965	1.944	2.077	2.317	2.521	2.915	2.771	3.456
17	wochenstr. Progr. KJP <sup>3</sup>			34	32	36	44	47	5	26
18	Demenzprojekte	26	127	123	123	121	115	78	78	68
19	Sonstige (Psychoth.)	637	829	760	753	868	1.088	2.099	3.957	3.884
alle amb. Hilfen (AF 10-19)		<b>5.906</b>	<b>7.472</b>	<b>8.120</b>	<b>8.500</b>	<b>9.633</b>	<b>10.596</b>	<b>11.934</b>	<b>12.818</b>	<b>13.456</b>
20	Tagesklinik									56
21	Tagesklinik KJP	18	22	27	25	23	26	19	12	0
23	Tagestrukturhilfen <sup>3</sup>	437	602	617	536	212	152	169	167	188
25	spez. Hilfen zur Arbeit <sup>3</sup>	129	85	58	62	68	46	49	26	35
27	Tagesstrukturh. KJP <sup>3</sup>		24			8	24	47	44	53
29	Sonst. (TK Psychoth.)	25	28	22	26	25	28	28	35	21
alle teilstat. Hilfen (AF 20-29)		<b>480</b>	<b>676</b>	<b>666</b>	<b>587</b>	<b>268</b>	<b>230</b>	<b>263</b>	<b>284</b>	<b>353</b>
30	Klinik-Stationen	2.654 <sup>1</sup>	1.838 <sup>2</sup>	2.462	2.755	2.979	2.817	2.585	3.057	2.833
31	Klinik-Stationen KJP	61	77	120	187	129	166	133	143	191
33	Wohnheime allgemein	164	197	189	189	194	203	170	160	170
35	WH Wohnungslose		71	65	169	183	254	399	383	458
36	WH Suchtkranke <sup>3</sup>		41	48	36	28	29	29	27	47
37	WH KJP		17	30	34	34	35	128	126	144
alle vollstat. Hilfen (AF 30-39)		<b>2.879</b>	<b>2.241</b>	<b>2.914</b>	<b>3.370</b>	<b>3.547</b>	<b>3.504</b>	<b>3.444</b>	<b>3.896</b>	<b>3.843</b>

<sup>1</sup>) Doppelzählungen im LKH Rankweil durch Mehrfachaufenthalte im Berichtsjahr

<sup>2</sup>) unvollständiger Datensatz des LKH Rankweil

<sup>3</sup>) 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. Die speziellen Hilfen zur Arbeit wurden zunächst der AF 15, seit 2014 werden sie der AF 25 zugeordnet.

## **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 Einrichtungen<sup>6</sup>. 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 werden<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812 - 815

## Anlage 6: Formularvorlagen der Datenblätter der regionalen Psychiatrieberichterstattung

### Datenblatt für die personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation Erwachsene (gültig ab Anfang 2017)

**Berichtsjahr:** \_\_\_\_\_

Bitte dokumentieren Sie den Stand am Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr.

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

1.1 Code des Hilfsangebotes: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr

Dauer der Behandlung/Betreuung in **Quartalen**: \_\_\_\_\_ (bei ambulanten Leistungen)

Dauer der Behandlung/Betreuung in **Tagen**: \_\_\_\_\_ (teil- oder vollstationäre Krankenhaus-Aufenthalte)

#### 2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

##### 2.1 Geschlecht:

1 = männlich

2 = weiblich

9 = Geschlecht unbekannt/unklar (eigentlich 1 weiblich und 2 männlich)

##### 2.2 Geburtsjahr/Jahrgang:

\_\_\_\_\_

##### 2.3 Wohnort (aktueller/letzter Wohnort, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt)

Postleitzahl des Wohnorts: \_\_\_\_\_

Meldeadresse = Hauptwohnsitz; 9 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Länderkennzeichen (A, D, CH, FL,...): \_\_\_\_\_

##### 2.4 juristische Flankierung der Hilfen unklar, vor allem bei Jugendlichen, Kategorien, gesetzliche Vertretung anstelle von „juristische Flankierung“

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 im Berichtsjahr (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 / wahnhaftige 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**

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung)

#### **3.3. Dauer seit Ersterkrankung**

Angabe in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Alter bei Ersterkrankung unbekannt/unklar)

#### **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

#### **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) höchste abgeschlossene Ausbildung Fall vorsehen für Ausbildung bzw. Kinder und Jugendliche**

- 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig
- 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung
- 2 = Teilzeittätigkeit (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. Gab es weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!) – bitte mit

- 1 = Ja
- 2 = Nein

**Falls Ja**, bitte kreuzen Sie die entsprechenden Leistungen an und geben Sie nach Möglichkeit an, in welchem Ausmaß die Leistungen in Anspruch genommen wurden.

	<b>Medizinische Behandlung</b>
	<b>Ambulant</b>
<input type="checkbox"/>	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis: _____
<input type="checkbox"/>	4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst): _____
<input type="checkbox"/>	4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.): _____
	<b>Klinisch</b>
<input type="checkbox"/>	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
	<b>Komplementäre Versorgung</b>
	<b>Wohnen</b>
<input type="checkbox"/>	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen): _____
<input type="checkbox"/>	4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim): _____
<input type="checkbox"/>	4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege): _____
<input type="checkbox"/>	4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim): _____
	<b>Arbeit</b>
<input type="checkbox"/>	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben: _____
<input type="checkbox"/>	4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit: _____
<input type="checkbox"/>	4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder Ähnliches: _____

**Datenblatt für die personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation  
Kinder und Jugendliche (gültig ab Anfang 2017)**

**Berichtsjahr:** \_\_\_\_\_

Bitte dokumentieren Sie den Stand am Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten  
Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr.

**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**

Dauer der Behandlung/Betreuung in **Quartalen**: \_\_\_\_\_ (bei ambulanten Leistungen)

Dauer der Behandlung/Betreuung in **Tagen**: \_\_\_\_\_ (teil- oder vollstationäre Krankenhaus-Aufenthalte)

**2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen**

**2.1 Geschlecht:**

1 = männlich

2 = weiblich

9 = Geschlecht unbekannt/unklar (eigentlich 1 weiblich und 2 männlich)

**2.2 Geburtsjahr/Jahrgang:**

\_\_\_\_\_

**2.3 Wohnort (aktueller/letzter Wohnort, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder  
Heimaufenthalt)**

Postleitzahl des Wohnorts: \_\_\_\_\_

Meldeadresse = Hauptwohnsitz; 9 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

**Länderkennzeichen (A, D, CH, FL,...):** \_\_\_\_\_

**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 im Berichtsjahr (Clinical Casemanagement)**

0 = nein

1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.)

9 = unbekannt/unklar

*Erläuterung: "ja" bedeutet, dass die therapeutische Haupt Bezugsperson 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 (ICD-F0 bis F 10)**

- 0x = organische psychische Störung
- 1x = Suchterkrankung
- 2x = schizophrene/wahnhafte Störung
- 3x = affektive Störung
- 4x = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- 5x = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 6x = Persönlichkeitsstörung
- 7x = intellektuelle Minderbegabung
- 8x = Entwicklungsstörungen (F8)
- 9x = Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend
- X = keine psychische Störung
- keine Angabe, d.h. die psychiatrische Diagnose ist 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**

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung)

#### **3.3. Dauer seit Ersterkrankung**

Angabe in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Alter bei Ersterkrankung unbekannt/unklar)

#### **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**

- 11 = minderjährig, mit beiden Eltern
- 12 = minderjährig, mit einem Elternteil
- 13 = minderjährig, in Pflegefamilie
- 14 = minderjährig, in Heim / betreuter WG
- 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 = 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 sozialer Umstände

- 0x = keine belastenden soziale Umstände
- 1x = abnorme extra- oder intrafamiliäre Beziehungen
- 2x = psychische Störung oder Behinderung in der Familie
- 3x = 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 Belastung

- 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. Gab es weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!) – bitte mit**

- 1 = Ja  
 2 = Nein

**Falls Ja**, bitte kreuzen Sie die entsprechenden Leistungen an und geben Sie nach Möglichkeit an, in welchem Ausmaß die Leistungen in Anspruch genommen wurden.

	<b>Medizinische Behandlung</b>
	<b>Ambulant</b>
<input type="checkbox"/>	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis: _____
<input type="checkbox"/>	4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst): _____
<input type="checkbox"/>	4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.): _____
	<b>Klinisch</b>
<input type="checkbox"/>	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
	<b>Komplementäre Versorgung</b>
	<b>Wohnen</b>
<input type="checkbox"/>	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen): _____
<input type="checkbox"/>	4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim): _____
<input type="checkbox"/>	4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege): _____
<input type="checkbox"/>	4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim): _____
	<b>Arbeit</b>
<input type="checkbox"/>	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben: _____
<input type="checkbox"/>	4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit: _____
<input type="checkbox"/>	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
<b>alle einbezogenen Angebote</b>				<b>74</b>	<b>300</b>	<b>287</b>	<b>323</b>	<b>332</b>	<b>287</b>

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
37			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. <b>Anträge, die eine HPK erfordern, müssen gekennzeichnet sein (roter Vermerk HPK).</b></p>
Auftragsklärung	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliches Kurzattest maschinell geschrieben (Inhalte von Datenblatt H müssen enthalten sein)</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel und Wirkung der Leistungsvereinbarung ist die Auftragsklärung</li> <li>○ Dauer der Auftragsklärung ist maximal 3 Monate.</li> <li>○ Vor Beginn der Auftragsklärung ist <u>keine</u> Hilfeplankonferenz (HPK) erforderlich.</li> <li>○ Antragstellung 2 Wochen vor dem geplanten Beginn der Leistung</li> </ul>
Neuantrag	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenblatt C + D + E (Entwurf) + G</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HPK ist vor Beginn der beantragten Leistung erforderlich.</li> <li>○ Bei erfolgter Auftragsklärung ist der Antrag auf Integrationshilfe bis Ende des zweiten Monats der Auftragsklärung einzubringen.</li> </ul>
Fortschreibung mit Änderung:	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungsbericht</li> <li>• Datenblatt C + D + E (Entwurf) + G</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HPK ist vor Beginn der neuen Leistung erforderlich.</li> </ul>
Fortschreibung ohne Änderung:	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungsbericht</li> <li>• Datenblatt C + D (+ E (Entwurf) bei HPK)</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HPK ist nur nach Ablauf der HPK-Empfehlung (siehe Protokoll der letzten HPK) oder auf Wunsch eines der Beteiligten erforderlich.</li> </ul>
Abschlussphase:	<p>Erforderliche Unterlagen sind Integrationshilfeantrag (IH), Meldeblatt ('F')</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenblatt C + D</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dauer maximal 3 Monate</li> <li>○ Keine Leistungsvereinbarung + keine HPK erforderlich</li> </ul> <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"> <li>• Die Anmeldung für die HPK muss aus organisatorischen Gründen über <a href="mailto:hilfeplankonferenz@vorarlberg.at">hilfeplankonferenz@vorarlberg.at</a> erfolgen.</li> <li>• Die Verantwortung für das Zustandekommen eines Termins liegt bei der Einrichtung</li> </ul>
Datenblätter:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Meldeblatt (F) muss ausgefüllt immer dabei sein</li> <li>• Datenblatt C, D, D1 müssen ausgefüllt sein</li> <li>• Datenblatt E wird bei der HPK gemeinsam ausgefüllt (Vorschlag d. Einrichtung)</li> <li>• Fachärztliche Stellungnahme maschinell geschrieben (Inhalte von Datenblatt G müssen enthalten sein)</li> <li>• Fachärztliches Kurzattest maschinell geschrieben (Inhalte von Datenblatt H müssen enthalten sein)</li> </ul>
Hilfeplan- konferenz Teilnehmende:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• An der HPK nehmen immer die betroffene Person, eine Bezugsperson aus der Betreuung und eine Vertretung des Landes teil.</li> <li>• Liegt eine Sachwalterschaft vor, so muss der Sachwalter bzw. die Sachwalterin auch dabei sein.</li> <li>• Die betroffene Person kann eine Vertrauensperson ihrer Wahl dazu einladen, die Einrichtung macht die Klientin bzw. den Klienten darauf aufmerksam.</li> <li>• Die Anwesenheit einer Ärztin bzw. eines Arztes ist immer erwünscht, jedoch nicht unbedingt erforderlich (Datenblätter D und G enthalten die Informationen des Arztes).</li> </ul>
Umfeld:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die HPK wird in der Regel in den Räumlichkeiten der Einrichtung abgehalten.</li> <li>• Erforderlich ist nur ein Raum mit einem Arbeitstisch und Sesseln (kein Couchtisch), in dem ein ungestörtes Gespräch möglich ist.</li> </ul>
Protokoll:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Von der Vertretung des Landes wird ein Protokoll erstellt, welches im Akt der betroffenen Person beim Land abgelegt wird.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ebenso ist der Zeitpunkt der nächsten regulären HPK darin festgehalten.</li> <li>• Die Beteiligten unterschreiben das Protokoll und erhalten je eine Kopie.</li> </ul>

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"> <li>• Kurze Darstellung über den Verlauf der Bemühungen, die geplanten Fortschritte zu realisieren;</li> <li>• Was sind weitere Ziele und Perspektiven?</li> <li>• Welche konkreten Maßnahmen sind zur weiteren Umsetzung geplant?</li> </ul> <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, Version April 2017)

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

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 des Hilfsangebotes: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr

- Dauer der Behandlung/Betreuung in **Quartalen**: \_\_\_\_\_
- Dauer der Behandlung/Betreuung in **Tagen**: \_\_\_\_\_ (Krankenhausaufenthalte)

### 2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

#### 2.1 Geschlecht:

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

#### 2.2 Geburtsjahr:

\_\_\_\_\_

#### 2.3 Wohnort (aktueller/letzter Wohnort, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt)

Postleitzahl des Wohnorts: \_\_\_\_\_

Meldeadresse = Hauptwohnsitz; 9 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Länderkennzeichen (A, D, CH, FL,...): \_\_\_\_\_

#### 2.4 juristische Flankierung der

- 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 im Berichtsjahr (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 / wahnhaftige 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**

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung)

#### **3.3. Dauer seit Ersterkrankung**

Angabe in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Alter bei Ersterkrankung unbekannt/unklar)

#### **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

#### **3.5. Wohnsituation**

- 0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie
- 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner/Partnerin bzw. Angehörigen einschl. WG
- 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) höchste abgeschlossene Ausbildung**

- 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig
- 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung
- 2 = Teilzeittätigkeit (alles unter 35 Stunden/Woche), auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze
- 3 = beschützte Arbeit (z.B. Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation, 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)
- 2 = Alterspension, IV-Pension, Reha-Geld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe Karenzgeld
- 3 = durch PartnerIn, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen
- 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt
- 9 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

**4. Gab es weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!) – bitte mit**

- 1 = Ja
- 2 = Nein

**Falls Ja**, bitte kreuzen Sie die entsprechenden Leistungen an und geben Sie nach Möglichkeit an, in welchem Ausmaß die Leistungen in Anspruch genommen wurden.

	<b>Medizinische Behandlung</b>
	<b>Ambulant</b>
<input type="checkbox"/>	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis: _____
<input type="checkbox"/>	4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst): _____
<input type="checkbox"/>	4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.): _____
	<b>Klinisch</b>
<input type="checkbox"/>	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
	<b>Komplementäre Versorgung</b>
	<b>Wohnen</b>
<input type="checkbox"/>	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen): _____
<input type="checkbox"/>	4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim): _____
<input type="checkbox"/>	4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege): _____
<input type="checkbox"/>	4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim): _____
	<b>Arbeit</b>
<input type="checkbox"/>	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben: _____
<input type="checkbox"/>	4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit: _____
<input type="checkbox"/>	4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder Ähnliches: _____

## Datenblatt C für Kinder und Jugendliche

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

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 eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr

- Dauer der Behandlung/Betreuung in **Quartalen**: \_\_\_\_\_  
 Dauer der Behandlung/Betreuung in **Tagen**: \_\_\_\_\_ (Krankenhausaufenthalte)

### 2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

#### 2.1 Geschlecht:

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

#### 2.2 Geburtsjahr:

\_\_\_\_\_

#### 2.3 Wohnort (aktueller/letzter Wohnort, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt)

Postleitzahl des Wohnorts: \_\_\_\_\_

Meldeadresse = Hauptwohnsitz; 9 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Länderkennzeichen (A, D, CH, FL,...): \_\_\_\_\_

#### 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 im Berichtsjahr (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 (ICD-F0 bis F 10)**

- 0x = organische psychische Störung
- 1x = Suchterkrankung
- 2x = schizophrene/wahnhaftige Störung
- 3x = affektive Störung
- 4x = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- 5x = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 6x = Persönlichkeitsstörung
- 7x = intellektuelle Minderbegabung
- 8x = Entwicklungsstörungen (F8)
- 9x = Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend
- X = keine psychische Störung
- keine Angabe, d.h. die psychiatrische Diagnose ist 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**

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung)

#### **3.3. Dauer seit Ersterkrankung**

Angabe in Jahren: \_\_\_\_\_

- 9 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Alter bei Ersterkrankung unbekannt/unklar)

#### **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**

- 11 = minderjährig, mit beiden Eltern
- 12 = minderjährig, mit einem Elternteil
- 13 = minderjährig, in Pflegefamilie
- 14 = minderjährig, in Heim / betreuter WG
- 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner/Partnerin bzw. Angehörigen einschl. WG
- 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. ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit
- 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar

### **3.7. Belastende sozialer Umstände**

- 0x = keine belastenden soziale Umstände
- 1x = abnorme extra- oder intrafamiliäre Beziehungen
- 2x = psychische Störung oder Behinderung in der Familie
- 3x = 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 Belastung**

- 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)
- 2 = Alterspension, IV-Pension, Reha-Geld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe Karenzgeld
- 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. Gab es weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!) – bitte mit**

- 1 = Ja  
 2 = Nein

**Falls Ja**, bitte kreuzen Sie die entsprechenden Leistungen an und geben Sie nach Möglichkeit an, in welchem Ausmaß die Leistungen in Anspruch genommen wurden.

	<b>Medizinische Behandlung</b>
	<b>Ambulant</b>
<input type="checkbox"/>	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis: _____
<input type="checkbox"/>	4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst): _____
<input type="checkbox"/>	4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.): _____
	<b>Klinisch</b>
<input type="checkbox"/>	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation: _____
	<b>Komplementäre Versorgung</b>
	<b>Wohnen</b>
<input type="checkbox"/>	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe (z.B. als ambulant betreutes Wohnen): _____
<input type="checkbox"/>	4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe (z.B. in therapeutischem Wohnheim): _____
<input type="checkbox"/>	4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe zur Pflege (z.B. als häusliche Pflege): _____
<input type="checkbox"/>	4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe zur Pflege (z.B. in Alten- oder Pflegeheim): _____
	<b>Arbeit</b>
<input type="checkbox"/>	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben: _____
<input type="checkbox"/>	4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher Rehabilitation: _____
<input type="checkbox"/>	4.12 <u>Quartale</u> in Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer beschützter Arbeit: _____
<input type="checkbox"/>	4.13 <u>Quartale</u> in ambulanter Arbeitstherapie, Tagesstätte oder Ähnliches: _____

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

**Art und Ausmaß der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen in Rücksprache mit behandelnden Arzt/Ärztin**

**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)
<b>1. affektive und kognitive Funktionen</b>	<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)	
<b>2. Sozialverhalten und Konfliktverarbeitung</b>	<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)	
<b>3. somatische Funktionen</b>	<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	
<b>4. Einsichtsfähigkeit und Krankheitsbewältigung</b>	<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	

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

### 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)
	<b>5. Selbstversorgung und Wohnen</b>	
	<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	
	<b>6. Arbeit und Ausbildung</b>	
	<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	
	<b>7. Soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe</b>	
	<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)	
	<b>8. materielle Existenzsicherung</b>	
	<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	

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

**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

Einzeltherapie Gruppentherapie 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)
	<b>1. Einzeltherapie</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>vorwiegend Beziehungsaufbau und Motivation zur Inanspruchnahme der Hilfen</li> <li>vorwiegend stützende, informierende und beratende Interventionen</li> <li>vorwiegend Bearbeitung aktueller psychosozialer Konflikte</li> <li>vorwiegend psychodynamisch angelegte aufdeckende Interventionen</li> </ol>	
	<b>2. Gruppentherapie</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>hauptsächlich Informations-/Erfahrungsaustausch zur Krankheit (Psychoedukation)</li> <li>hauptsächlich trainierende Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie, Rollenspiele)</li> <li>hauptsächl. spez. nicht-verbale Verfahren (z.B. Entspannung, Gestaltung, Musik)</li> <li>hauptsächlich spez. verbale Verfahren (z.B. psychodynamische Gruppentherapie)</li> </ol>	
	<b>3. Befundkontrolle und Medikation</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>ausschließlich kontinuierliche Erhebung des psychischen Befundes</li> <li>zusätzlich Bedarfsmedikation bzw. Intervalltherapie</li> <li>zusätzlich (auch) orale Dauermedik. (Symptomsuppression/Rückfallprophylaxe)</li> <li>zusätzlich (auch) regelmäßige (Depot-)Injektionen von Psychopharmaka</li> </ol>	
	<b>4. Fallkoordination und Therapieplanung (Clinical Casemanagement)</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>ausschl. regelmäßiger Austausch über Bedarf/Inanspruchnahme weiterer Hilfen</li> <li>zusätzl. ständige Koordination der Kooperationspartner bei komplexem Hilfebedarf</li> <li>zusätzl. (auch) Federführung bei Vorber./Durchführ./Umsetzung der Hilfeplanung</li> <li>zusätzl. (auch) Übernahme erweiterter Pflichten zur Dokument./Berichterstattung</li> </ol>	

<b>Datenblatt E</b> zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patientinnen- bzw. Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	<span style="font-size: 2em; color: #e69d00;">E1</span>
<b>KOSTENTRÄGER u. EINRICHTUNG</b>		

	<b>5. Wohnen und Selbstversorgung</b>	
--	---------------------------------------	--

- 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

	<b>6. Arbeit und Ausbildung</b>	
--	---------------------------------	--

- 1 Unterstützung an einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes
- 2 berufliche Rehabilitation für den allgemeinen Arbeitsmarkt
- 3 mindestens 3 Std./Tag beschützte Beschäftigung (z.B. Tagesstruktur)
- 4 < 3 Std./Tag beschützte Beschäftigung/Zuverdienst (z.B. Wochenstruktur)

	<b>7. soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe</b>	
--	----------------------------------------------------------------	--

- 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

	<b>8. administrative Hilfen</b>	
--	---------------------------------	--

- 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

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

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

lfd. Nr.	Immer eintragen			nur bei Meldung über Beendigung eintragen	
	Produkt-Nr. nach Produktkatalog	Leistungserbringende (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 Leistungserbringenden 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	Hilfeplankonferenz 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 (spätestens 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

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

	Hilfeplankonferenz 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

<b>Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung</b>		<b>G</b>
<b>ÄRZTIN / ARZT</b>	Patientinnen- bzw. Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	Datum:

**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 <b>Unterschrift</b> der Fachärztin bzw. des Facharztes	

**Fachärztliches Kurzattest  
für die Auftragsklärung**

**H**

**ÄRZTIN /  
ARZT**

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

Datum:

**Fachärztliches Kurzattest für die Auftragsklärung**

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

Amt der Vorarlberger Landesregierung  
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration  
Sozialpsychiatrie und Sucht  
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz  
T +43 5574 511 24105  
[gesellschaft-soziales@vorarlberg.at](mailto:gesellschaft-soziales@vorarlberg.at)  
[www.vorarlberg.at](http://www.vorarlberg.at)