

Vorarlberger
Psychiatriebericht 2018

**Vorarlberger
Psychiatriebericht 2018**

Impressum

Herausgeber

Amt der Vorarlberger Landesregierung
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
gesellschaft-soziales@vorarlberg.at

Autoren

Nikolaus Blatter
Joachim Hagleitner

Unter Mitarbeit von
Manuel Ludescher

Bregenz, Oktober 2018

Vorwort



Der Vorarlberger Psychiatriebericht 2018 erscheint heuer bereits zum zehnten Mal mit einer detaillierten, aber dennoch überschaubaren und kompakten Darstellung der sozialpsychiatrischen Versorgung in unserem Land. In den vergangenen Jahren ist es gelungen, eine ganze Reihe an Projekten zu realisieren. Das im Jahr 2015 beschlossene Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 wird schrittweise und unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen umgesetzt. Mit der Eröffnung *der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi)* Anfang September dieses Jahres in Dornbirn und Bludenz steht nun der Bevölkerung dieses niederschwellige Angebot in allen

Bezirkshauptstädten und einer Außenstelle in Egg im Bregenzerwald zur Verfügung. Betroffene und Angehörige werden in psychosozialen Krisen sofort persönlich oder telefonisch beraten. In Dornbirn und Nenzing wurden die Angebote für Kinder und Jugendliche entsprechend dem Psychiatriekonzept erweitert und verbessert.

Insgesamt konnten bereits drei von zehn Projekten des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025 erfolgreich realisiert werden. In den kommenden Monaten werden wir uns auf die wichtigen Themen Beschäftigung und Tagesstruktur sowie den Aufbau eines psychosozialen Not- und Krisendienstes konzentrieren. Der Auftakt dazu erfolgte im Rahmen der Rankweiler Tage der Akutpsychiatrie 2018, wo verschiedene Krisenversorgungsmodelle aus anderen Bundesländern vorgestellt und diskutiert wurden. Die erfolgreichen Praxisbeispiele lieferten interessante und wichtige Informationen für die vorbereitenden Arbeiten in Vorarlberg.

Die im Psychiatriebericht präsentierten Daten zur Inanspruchnahme der Leistungsangebote zeigen, dass wir auf einem guten Weg sind. Gerade das im Jahr 2015 eingeführte *ambulant betreute Wohnen* ist ein wichtiger Schritt in Richtung Selbstbestimmung und Erhaltung des eigenen Wohnraums der Klientinnen und Klienten.

Ich möchte allen danken, die an der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzeptes 2015 - 2025 tatkräftig mitwirken!

Dr. Christian Bernhard
Gesundheitslandesrat

Kurzfassung

Eine besonders wichtige Neuerung im Berichtsjahr ist die Eröffnung der *sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi)* auf Bezirksebene¹ in Dornbirn und Bludenz Anfang September 2018. Die Stellen in Bregenz, Egg und Feldkirch nahmen ihren Betrieb bereits vor einem Jahr auf. Die *SpDi* stehen nun flächendeckend zur Verfügung und bieten Soforthilfe für Menschen in psychosozialen Krisen. Während der Öffnungszeiten stehen zwei Fachkräfte persönlich und telefonisch zur Verfügung, auch aufsuchende Kontakte sind möglich. Im Bedarfsfall erfolgt innerhalb weniger Tage eine fachärztliche Abklärung.

Sehr wichtig ist auch der Ausbau der sozialpsychiatrischen Ambulanzen für Kinder und Jugendliche der *pro mente Vorarlberg*² an den Standorten Dornbirn und Nenzing, der Anfang 2019 abgeschlossen sein wird. Das multiprofessionelle Angebot ist für Kinder konzipiert, die besonders intensive Unterstützung benötigen, um ihren Alltag wieder selbst bewältigen zu können. Die Familien werden in die Betreuung eingebunden. Der Zugang zum *pro mente*-Angebot für Kinder erfolgt in der Regel über andere Institutionen (LKH Rankweil, aks, ifs) und Fachärztinnen und Fachärzte in Niederlassung. Das Angebot für Jugendliche wurde erweitert und kann von den Jugendlichen selbst sehr einfach in Anspruch genommen werden.

Neben den beiden genannten Projekten wurde das *ambulant betreute Wohnen* für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Anfang 2015 gestartet. Dieser aufsuchende Dienst unterstützt Menschen dabei, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen und den Alltag trotz Erkrankung zu bewältigen. Die drei genannten Projekte sind Teil des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025, das 2014 veröffentlicht wurde. Gemäß dem Konzept stehen in den kommenden Monaten Beschäftigungsprojekte und ein Not- und Krisendienst für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Mittelpunkt.

Die regionale Psychiatrieberichterstattung umfasst die stationäre psychiatrische Versorgung im Krankenhaus sowie ambulante psychosoziale Beratungs- und Betreuungsleistungen mit Ausnahme der fachärztlichen Leistungen. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 18.337 Leistungen erfasst. Der vorliegende Bericht informiert über die Häufigkeit und Dauer der Inanspruchnahme einer Leistung sowie Geschlecht und Alter der Klientinnen und Klienten in den unterschiedlichen Bereichen.

¹ www.spdi.at

² <http://www.promente-v.at/jugend>

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Entwicklungen im Berichtsjahr	3
2.1	Veränderungen in der Versorgungslandschaft 2017/2018.....	3
2.2	Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025	5
2.2.1	Ziele und Inhalte des Psychiatriekonzepts	5
2.2.2	Übersicht über die einzelnen Projekte des Psychiatriekonzeptes	6
2.2.3	Projekte in Umsetzung 2017/2018.....	6
2.2.4	Aufgaben des Vorarlberger Psychiatriebeirats.....	7
3	Datenquellen und Methodik der Psychiatrieberaterstattung.....	9
3.1	Ziele der Erhebung	9
3.2	Datenquellen und Kennzahlen	9
3.3	Psychosozialer Risikoscore (psR).....	10
3.4	Methodische Einschränkungen	10
3.5	Rücklauf	11
3.6	Weiterentwicklung der Psychiatrieberaterstattung.....	11
4	Bevölkerung.....	13
5	Angebote für Kinder und Jugendliche	17
5.1	Versorgung im Krankenhaus	17
5.2	Extramurale Behandlungs- und Betreuungsangebote	19
5.2.1	Sozialpsychiatrische Leistungen für Jugendliche.....	19
5.2.2	Psychotherapie.....	20
5.2.3	Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB).....	20
5.3	Beschäftigungsangebote für Jugendliche.....	20
5.4	Wohnangebote für Kinder und Jugendliche.....	21
6	Angebote für Erwachsene	23
6.1	Versorgung im Krankenhaus	23
6.2	Beratungsangebote	24
6.3	Sozialpsychiatrische Wohnangebote	26
6.3.1	Ambulant betreutes Wohnen.....	26
6.3.2	Stationäre Wohnformen	28
6.3.2.1	Stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe	29
6.4	Beschäftigungsangebote in der Sozialpsychiatrie	30
6.5	Psychotherapeutische Versorgung.....	32
7	Angebote der Suchthilfe.....	35
	Stationäre Angebote	35

7.2	Extramurale Angebote	36
7.2.1	Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen	36
7.2.2	Alkoholabhängigkeit	37
7.2.3	Abhängigkeit von illegalen Substanzen	38
7.2.4	Wohnangebote der Suchthilfe	39
8	Selbsthilfe.....	41
8.1	Verein Omnibus – Selbsthilfe für psychisch Kranke	41
8.2	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (hpe)	41
9	Gesundheitsförderung und Prävention.....	43
10	Planung und Steuerung der Integrationshilfen.....	45
10.1	Ziele und Grundsätze.....	45
10.2	Hilfeplanung als Instrument zur Förderung der Lebensqualität	46
10.3	Hilfeplanung als Instrument des Casemanagements.....	47
10.4	Der Ablauf Hilfeplanung	48
10.5	Statistische Kennzahlen zu den Hilfeplanverfahren.....	49
10.6	Art der Leistung	50
10.7	Partizipation im Rahmen der Hilfeplankonferenz	52
10.8	Überlegungen zur Versorgungssituation aus Sicht der Hilfeplanung.....	54
Anhang	55

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 3.1: Anzahl der ausgewerteten Datenblätter 2012 - 2017	11
Abbildung 4.1: Gemeindegrößen (EWZ) der Vorarlberger Gemeinden.....	14
Abbildung 6.1: Altersverteilung der Ambulanzpatientinnen und -patienten	23
Abbildung 6.2: Diagnosegruppen auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie	24
Abbildung 6.3: Betreuungsdauer im ambulant betreuten Wohnen in Quartalen (in Prozent)	27
Abbildung 6.4: Psychiatrische Diagnosegruppe gemäß DB C im ambulant betreuten Wohnen	27
Abbildung 6.5: Diagnosen in der stationären Wohnungslosenhilfe (Verteilung in Prozent)	30
Abbildung 6.6: Verweildauer in den Einrichtungen in Quartalen (prozentuelle Verteilung).....	30
Abbildung 10.1: Häufigkeit der hilfepflichtigen Leistungen nach dem Einzugsgebiet	53

Tabellen

Tabelle 4.1: Zehn bevölkerungsreichste Gemeinden Vorarlbergs	13
Tabelle 4.2: Bevölkerungsdichte in den Regionen Vorarlbergs	15
Tabelle 4.3: Altersverteilung der Vorarlberger Bevölkerung (Gesamt und in den Bezirken)	15
Tabelle 5.1: Organisationseinheiten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	17
Tabelle 5.2: Inanspruchnahme der KJP-Stationen und der KJP-Ambulanz am Standort Rankweil.....	17
Tabelle 5.3: Verteilung der Diagnosen (ICD-10 Obergruppen, Anteile in Prozent).....	18
Tabelle 5.4: Verteilung der Hauptdiagnosen der Jugendlichen und Ausmaß der Beeinträchtigung	19
Tabelle 5.5: Sozialpsychiatrische Beschäftigungsangebote für Jugendliche.....	20
Tabelle 5.6: Wohnangebote der Stiftung Jupident im Überblick.....	21
Tabelle 6.1: Diagnosen der Patientinnen/Patienten der Erwachsenenpsychiatrie	23
Tabelle 6.2: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten der Gerontopsychiatrie.....	24
Tabelle 6.3: Einzelberatung und -betreuung bei pro mente und aks.....	25
Tabelle 6.4: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten in psychosozialer Einzelbetreuung	25
Tabelle 6.5: Dauer der psychosozialen Einzelbetreuung (Anteil in Prozent)	25
Tabelle 6.6: Verteilung der Diagnosen (Anteil in Prozent).....	25

Tabelle 6.7: Wohn- und Arbeitssituation der Klientinnen und Klienten (Anteil in Prozent).....	26
Tabelle 6.8: Ambulant betreutes Wohnen in der Sozialpsychiatrie im Überblick	26
Tabelle 6.9: Übergangswohnen im Überblick	28
Tabelle 6.10: Teilbetreutes Langzeitwohnen im Überblick.....	28
Tabelle 6.11. Vollbetreutes Wohnen im Überblick	29
Tabelle 6.12: Ergebnisse der stationären Wohnungslosenhilfe im Überblick	29
Tabelle 6.13: Wochenstrukturierende Angebote im Überblick	31
Tabelle 6.14: Tagesstrukturierende Angebote im Überblick	31
Tabelle 6.15: Altersverteilung der Psychotherapieklientinnen und -klienten	32
Tabelle 7.1: Stationäre Angebote der Stiftung Maria Ebene	35
Tabelle 7.2: Caritas Suchtfachstellen im Überblick	38
Tabelle 7.3: Betreuungsdauer in den Caritas Suchtfachstellen	38
Tabelle 7.4: Beratungsstellen für Abhängige von illegalen Substanzen.....	39
Tabelle 7.5: Wohngemeinschaften für suchterkrankte Menschen.....	39
Tabelle 8.1: Nutzung der Angebote von Omnibus	41
Tabelle 10.1: Antragsarten im Überblick.....	46
Tabelle 10.2 Multimodales Konzept zur Lebensqualität nach Shalock (1996).....	47
Tabelle 10.3 Alter der Klientinnen und Klienten im Hilfeplanverfahren.....	49
Tabelle 10.4: Häufigkeit der Anträge in den einzelnen Leistungsbereichen.....	50
Tabelle 10.5 Hilfeplanverfahren nach Antragsart 2012 - 2017	50
Tabelle 10.6: Anzahl der Produkte pro Fall im Jahr 2017	51
Tabelle 10.7 Art der primär beantragten Leistung.....	51
Tabelle 10.8: Anzahl und Antragsart der Hilfeplankonferenzen 2017	52
Tabelle 10.9: Anwesende bei den Hilfeplankonferenzen (Anteile in Prozent)	52
Tabelle 10.10: Zeitraum zur Erledigung der Anträge	53

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
KHBG	Krankenhausbetriebsgesellschaft
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KL	Klinik
LKH (R)	Landeskrankenhaus (Rankweil)
LPB	Landespsychiatriebeirat
ME	Stiftung Maria Ebene
MW, Ø	Mittelwert/Durchschnitt
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
pmV	pro mente Vorarlberg
psR	psychosozialer Risikoscore
PSY	Psychiatrie
RSGBPV	Regionaler Strukturplan für Gesundheit, Betreuung, Pflege Vorarlberg
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SH	Suchthilfe
spB	sozialpsychiatrische Betreuung
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SUPRO	Werkstatt für Suchtprophylaxe
SV	Sozialversicherung
VSG	Verein seelische Gesundheit
WH	Wohnungslosenhilfe

1 Einleitung

2018 erscheint der Vorarlberger Psychiatriebericht zum zehnten Mal und informiert die Leserinnen und Leser über die psychosoziale Versorgung und die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsangebote im Berichtsjahr. Der Text beschreibt die bestehenden Versorgungsstrukturen in knapper Form und geht auf das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 ein, das den strategischen Rahmen für die Weiterentwicklung der Versorgung vorgibt.

Das zweite Kapitel informiert über Neuerungen in der Angebotslandschaft und den Stand der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025. Den Kapiteln zur Inanspruchnahme ist ein Abschnitt über die Methodik der Berichterstattung und ein Abschnitt über die Bevölkerung Vorarlbergs vorangestellt.

Über die Versorgungssituation informieren die inhaltlich wie folgt gegliederten Kapitel:

- Angebote für Kinder und Jugendliche
- Angebote für Erwachsene
- Angebote der Suchthilfe
- Selbsthilfe
- Gesundheitsförderung und Prävention

Das letzte Kapitel des Berichts geht auf die Planung und Steuerung der Hilfen ein. Bestimmte Leistungen werden auf Initiative des Kostenträgers gemeinsam mit den Betroffenen und den Leistungsanbietern in einer Hilfeplankonferenz geplant. Mit dem Instrument der Hilfeplanung wird den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Menschen möglichst Rechnung getragen. Das Kapitel bietet eine Beschreibung des Hilfeplanverfahrens und die Ergebnisse der laufenden Evaluation.

Der Psychiatriebericht berichtet jährlich über die Veränderungen im Zeitverlauf und unterstützt Planung und Steuerung in Vorarlberg. Die Ergebnisse zur Inanspruchnahme werden mit den Leistungsanbietern diskutiert und sind ein wichtiger Ausgangspunkt für Qualitätsverbesserung und Innovation.

Bis zum Jahr 2017 erfolgte die Datenauswertung zur Gänze an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Für den vorliegenden Bericht wurden die Daten erstmals wieder zur Gänze durch das Land Vorarlberg erfasst und ausgewertet. In Zukunft sollen verstärkt Routinedaten der Leistungsanbieter in den Bericht einfließen, damit kann der Dokumentations- und Bearbeitungsaufwand für alle Beteiligten deutlich reduziert werden.

2 Entwicklungen im Berichtsjahr

Seit dem Erscheinen des letzten Psychiatrieberichts im Oktober 2017 konnten einige Angebotserweiterungen und Projekte realisiert werden. Abschnitt 2.1 informiert in kompakter Form über die wichtigsten Entwicklungen in der Versorgungslandschaft im abgelaufenen Berichtsjahr. Abschnitt 2.2 berichtet über den Stand der Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025.

2.1 Veränderungen in der Versorgungslandschaft 2017/2018

Vollbetreutes Wohnen mit Nachtbereitschaft in Langenegg

In Langenegg wurde im April 2018 das Wohnangebot des aks feierlich eröffnet. Das frühere Pflegeheim wurde von der Gemeinde Langenegg saniert und bietet 18 vollbetreute Wohnplätze mit Nachtbereitschaft. Das Angebot richtet sich an Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, bei denen eine Betreuung rund um die Uhr notwendig ist. Ein Ziel der neuen Einrichtung ist die Entlastung des LKH Rankweil. Ein Angebot dieser Art wurde bisher nur von AQUA Mühle in Frastanz betrieben.

Angebotserweiterung im gerontopsychiatrischen Bereich

Entsprechend dem Grundsatz „so viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“ hat das Kuratorium des Sozialfonds als ein weiteres teilstationäres Produkt das Pilotprojekt *Tagesbetreuungen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt* verabschiedet.

Am Projekt nehmen die Tagesbetreuungseinrichtungen der Stadt Dornbirn, des Mobilien Hilfsdienstes Feldkirch und der Stiftung Liebenau in Bregenz und Nüziders teil. Pro Einrichtung stehen zwischen fünf und zwölf Tagesbetreuungsplätze für zumindest sechs Stunden pro Tag (werktags) bzw. insgesamt 30 Wochenstunden zur Verfügung. Das Projekt wird durch die Connexia fachlich begleitet.

Das Angebot steht vorrangig Menschen zur Verfügung, die in häuslicher Pflege sind, einen erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf haben und/oder die aktiv etwas für ihre kognitive und soziale Kompetenz tun wollen, zur Verfügung.

Das erweiterte Angebot verfolgt das Ziel, pflegende Angehörige zu entlasten und die Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege möglichst lange zu gewährleisten. Das Angebot zielt auf Aktivierung und Förderung der Tagesgäste ab – die soziale Teilhabe soll unterstützt werden. Die Betreuung und Pflege erfolgt nach allgemein fachlich anerkannten Richtlinien. Die Vernetzung mit anderen Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens, insbesondere der Rehabilitation, der mobilen Betreuung und Pflege und des Case Managements sowie die Einbindung in das Gemeinwesen, sind sicherzustellen. Mit September 2018 haben alle Standorte ihren Betrieb aufgenommen.

Substitutionsbehandlung - neue Abgabestelle in Bregenz

In Vorarlberg ist von ca. 1.000 bis 1.500 Menschen mit einem risikoreichen Drogenkonsum auszugehen – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster. Rund 84 % aller Personen in drogenspezifischer Betreuung werden aufgrund ihres Opioidkonsums behandelt. Etwas über 50 % der Personen mit Opioidabhängigkeit befinden sich in Substitutionsbehandlung. Die *In-Treatment-Rate* von Personen mit Opioidabhängigkeit konnte in den letzten Jahren sehr erfolgreich erhöht werden.

Im Jahr 2016 befanden sich in Vorarlberg 680 Personen in Substitutionsbehandlung, umgerechnet auf 100.000 Einwohner (15- bis 64-jährige) sind dies 263,7 Personen. Im Bundesländervergleich ist das die zweithöchste Rate hinter Wien. Suchtkranke Menschen an eine Behandlung heranzuführen ist eine der wirksamsten Maßnahmen zur Reduktion von suchgiftbezogenen Todesfällen. Die Errichtung einer Abgabestelle in Bregenz durch die Stiftung Maria Ebene (Clean Bregenz), so wie sie in Feldkirch durch die Caritas bereits seit Jahren erfolgreich betrieben wird, ist ein weiterer wesentlicher Beitrag dazu. Ziel ist es, Menschen zu erreichen und in einem Behandlungsangebot zu halten, die mit den herkömmlichen Angeboten nicht erreicht werden bzw. in diesen nur schwer zu halten sind, insbesondere Substituierte mit nachgewiesenem Medikamentenmissbrauch (intravenöser Konsum, Dealen mit Medikamenten) und/oder gesundheitsgefährdendem Beikonsum von Drogen und/oder Medikamenten vom Schwarzmarkt bzw. Alkohol. Dies gelingt vor allem dadurch, dass die Abgabe des Substitutionsmittels und die psychosoziale Betreuung enger verzahnt werden, und damit tägliche Reflexion und Auseinandersetzung über das Konsumverhalten mit den Klientinnen und Klienten möglich sind.

Niederschwelliger Zugang zur Suchtkrankenhilfe im Bezirk Bregenz

Die Infektionsprophylaxe bei intravenös drogenkonsumierenden Menschen ist eine wesentliche Aufgabe der Suchtkrankenhilfe, wobei vor allem dem Spritzentausch und -verkauf ein hoher Stellenwert zukommt. Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets ist in den letzten Jahren österreichweit kontinuierlich gestiegen, dabei wurden im Jahr 2017 in Vorarlberg 367.000 Spritzen abgegeben. Rund 90 % davon über Spritzentausch, der Rest durch Verkauf bzw. über sieben Automaten. Dieses Angebot wurde beim DOWAS in Bregenz erweitert und umfasst im Besonderen:

- Suchtkranken Menschen stehen die Hilfeangebote des DOWAS, insbesondere Treffpunkt und Notschlafstelle zur Verfügung.
- Während der Öffnungszeiten des Treffpunkts (Montag bis Freitag von 08:30 bis 13:00) steht den Hilfesuchenden ein niederschwelliges und unkompliziertes Spritzentausch- und -abgabeangebot sowie eine medizinische und pflegerische Grundversorgung durch eine diplomierte psychiatrische Krankenpflegekraft zur Verfügung.

2.2 Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025

2.2.1 Ziele und Inhalte des 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 Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025³ 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 Psychiatriekonzept wurde in einem Zeitraum von rund zwei Jahren erarbeitet und Anfang 2014 veröffentlicht. 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.

³ <https://www.vorarlberg.at/pdf/vorarlbergerpsychiatrieko.pdf>

2.2.2 Übersicht über die einzelnen Projekte des Psychiatriekonzeptes

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:

Projekte in Umsetzung:

- Ambulant betreutes Wohnen (EP 5, Angebot wurde 2015 etabliert)
- Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (EP 1, seit 09/2018 alle Standorte in Betrieb)
- Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (EP 3, Umsetzung ab 05/2018)

Vorbereitungsphase 2017/Umsetzung ab 2018:

- Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (EP 10, derzeit noch in Vorbereitung)

Vorbereitungsphase ab 2019/Umsetzung ab 2020:

- Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen (EP 6)
- Integrierte Beschäftigungsprogramme (EP 7)

Vorbereitungsphase ab 2021:

- 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 2021 beginnen, wird zu einem späteren Zeitpunkt festgelegt.

2.2.3 Projekte in Umsetzung 2017/2018

Sozialpsychiatrischer Dienst auf Bezirksebene

Mit der Eröffnung der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi)⁴ an fünf Standorten (Bregenz, Egg, Dornbirn, Feldkirch, Bludenz) steht ein rascher, niederschwelliger, völlig unbürokratischer und auf Wunsch anonymer Zugang zu Hilfe und Beratung in psychosozialen Krisen für Erwachsene zur Verfügung. In den Bezirkshauptstädten haben die SpDi pro Woche jeweils 25 Stunden geöffnet (Mo-Fr von 9-14 Uhr), in Egg im Bregenzerwald sind es 12 Stunden.

Von psychosozialen Krisen Betroffene können sich direkt an den Dienst wenden, der Dienst steht aber auch Angehörigen offen. Oft sind es Menschen im sozialen Umfeld eines Betroffenen, die das Gefühl haben, dass „etwas nicht stimmt“ und gerne helfen möchten. Gerade im Fall einer

⁴ www.spdi.at

Ersterkrankung sind eine rasche Abklärung und Information entscheidend. Im Bedarfsfall kann der SpDi auch aufsuchend tätig werden.

Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche

Seit Mai 2018 baut pro mente Vorarlberg ihr bestehendes Angebot an den Stellen in Dornbirn und Nenzing aus, um folgende Leistungen für Kinder und Jugendliche anbieten zu können:

- Problemabklärung und Diagnostik, Vermittlung weiterer Hilfen
- Mitwirkung an der Feststellung des Hilfebedarfs, der Planung und Evaluation
- Kollegiale Beratung und Fortbildung für Einrichtungen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche betreuen (zB Wohneinrichtungen)
- Multiprofessionelle Behandlung und Betreuung komplexer Fälle

Für Jugendliche ist der Zugang sehr niederschwellig, sie können pro mente direkt aufsuchen oder kontaktieren, im Zuge des Ausbaus wurden die Öffnungszeiten erweitert. Bei den Kindern ist der Zugang beschränkt, die Überweisung erfolgt durch andere Institutionen oder Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Entsprechend hoch ist die Bedeutung der Kooperation mit den anderen Institutionen.

2.2.4 Aufgaben des Vorarlberger Psychiatriebeirats

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
- Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung
- Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung

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 Datenquellen und Methodik der Psychiatrieberaterstattung

3.1 Ziele der Erhebung

Das Konzept der Vorarlberger Psychiatrieberaterstattung orientiert sich an einem Modell, das im Jahr 1999 für die Region Hannover entwickelt wurde.⁵ Bis 2017 erfolgte die Datenauswertung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Ab 2018 erfolgt die Datenerhebung und -auswertung zur Gänze im Amt der Vorarlberger Landesregierung.

Die Auswertungen im vorliegenden Bericht bilden das Leistungsgeschehen des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres in kompakter Form ab. Die Daten zeigen die mengenmäßige Verteilung auf die unterschiedlichen Leistungsbereiche, Trends in der Inanspruchnahme im Zeitverlauf werden aufgezeigt. Grundlegende Informationen über die Klientinnen und Klienten pro Leistungsangebot stehen zur Verfügung.

Ein eigenes Kapitel widmet sich der Planung und Steuerung der Hilfen. Die meisten Leistungen bedürfen einer Bewilligung durch das Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bei komplexen Leistungen ist eine Hilfeplankonferenz vorgesehen, die vom Kostenträger organisiert wird. Durch die Hilfeplanverfahren können passgenaue Leistungen gefunden werden. Der Ablauf und die Ergebnisse der Hilfeplanungen werden systematisch dokumentiert. Dadurch stehen aussagekräftige Informationen über die komplexen Leistungen und die Gewährung von Hilfen zur Verfügung.

3.2 Datenquellen und Kennzahlen

Die Inanspruchnahme einer Leistung wird mit Hilfe eines standardisierten Datenblatts für Erwachsene oder für Kinder und Jugendliche dokumentiert (siehe Anhang 1 und 2). Fast alle Institutionen haben mittlerweile die erforderlichen Daten in ihre Datenbanken integriert und nutzen ihre jeweilige Datenlösung anstelle der Papierversion. Die Datenerhebung bezieht sich auf das Kalenderjahr 2017, folgende Merkmale werden erfasst:

- Bezeichnung des Leistungsangebots
- Geburtsjahr und Geschlecht
- Postleitzahl des Wohnorts
- Behandlungs- bzw. Betreuungsdauer in Quartalen mit Ausnahme von Krankenhausaufenthalten, die in Tagen angegeben werden
- Angabe einer evtl. bestehenden Erwachsenenschutzvertretung
- Fallzuständigkeit der befragten Organisation
- Angabe zur psychiatrischen Diagnose
- Alter bei Ersterkrankung in Jahren

⁵ Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberaterstattung sind lang. In: Elgeti H (Hrg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 132-147

- Dauer seit Ersterkrankung in Jahren
- Dauer seit letztem Klinikaufenthalt
- Wohnverhältnisse
- Arbeits-/bzw. Ausbildungssituation
- Häufigkeit sozialer Kontakte
- Angaben zum Lebensunterhalt

Die von Kindern und Jugendlichen erfassten Daten unterscheiden sich in einigen wenigen Details von den hier aufgezählten, beispielsweise kann bei Kindern und Jugendlichen der Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung angegeben werden (siehe Anhang 1 und 2).

Neben dem Datenblatt C werden folgende Datenquellen genutzt:

- Angaben zur Vorarlberger Bevölkerung der Statistik Vorarlberg
- Auswertungen aus den Leistungsdaten des LKH Rankweil

3.3 Psychosozialer Risikoscore (psR)

Von Hermann Elgeti ⁶⁷ und anderen wurde der psychosoziale Risikoscore (psR) entwickelt, um wichtige und leicht messbare Einflussfaktoren auf den Verlauf einer psychischen Erkrankung in einer Kennzahl zusammenzufassen. Der Summenscore wird aus acht Variablen (3.1 - 3.8 des Datenblattes C) berechnet, vier Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung und vier das Ausmaß der sozialen Desintegration. Die Merkmalsausprägungen müssen zwischen 1 und 4 liegen, lediglich beim Merkmal *Dauer seit letztem Klinikaufenthalt* kann der Wert 0 (=bisher kein Klinikaufenthalt) angegeben werden. Fehlt die Angabe zu einem der acht Merkmale, ist die Berechnung des psR nicht möglich. Ein höherer psychosozialer Risikoscore (psR) geht einher mit einem höheren Risiko für einen komplizierteren Erkrankungsverlauf.

3.4 Methodische Einschränkungen

Der Psychiatriebericht bildet das Leistungsgeschehen in quantitativer Form ab. Jedes ausgefüllte Datenblatt C dokumentiert genau eine Leistung. Dadurch kann es zu Mehrfacherfassungen ein und derselben Person kommen, die Anzahl der Datenblätter C ist nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der betreuten Personen. Diese Einschränkung ergibt sich aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Der Vorarlberger Psychiatriebericht erfasst einen Großteil der psychosozialen Versorgung in Vorarlberg, das sind sämtliche Institutionen der Sozialpsychiatrie, die Mittel aus dem Vorarlberger Sozialfonds erhalten. Zusätzlich beteiligen sich die psychiatrischen Abteilungen des LKH Rankweil

⁶ 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

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

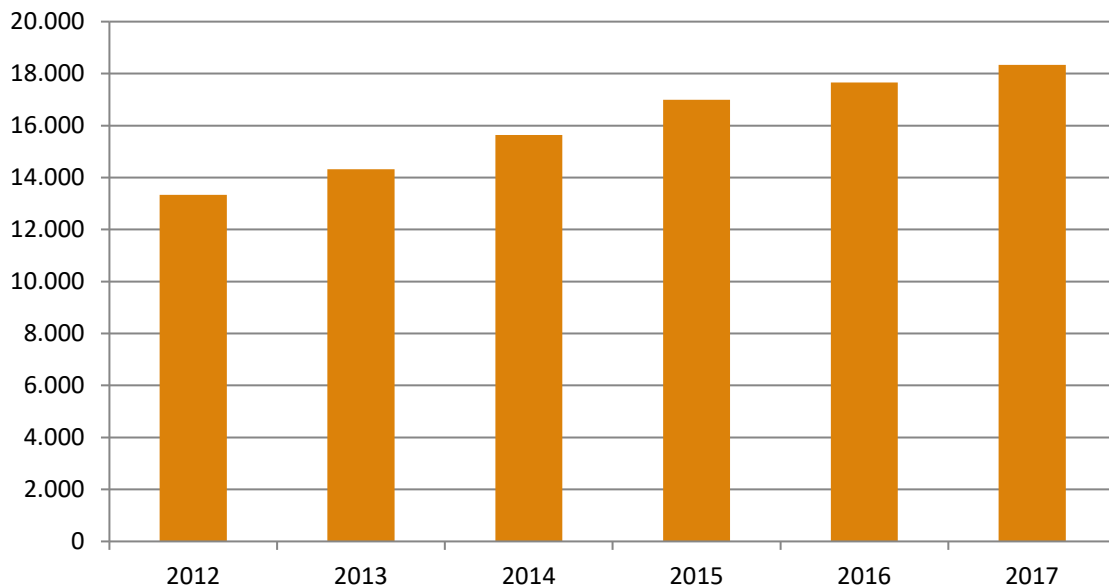
ebenso wie die stationären Suchteinrichtungen der Stiftung Maria Ebene mit sämtlichen Angeboten. Nicht beteiligt an der Psychiatrieberichterstattung sind – mit Ausnahme der Psychotherapie – die ausschließlich von der VGKK finanzierten Leistungen (Facharztordinationen, Medikamente, usw.). Für einige niederschwellige Pauschalangebote (zB Beratungsleistungen der Selbsthilfeorganisation Omnibus) sind keine Datenblätter abzugeben.

3.5 Rücklauf

Im Jahr 2017 wurden 18.337 Leistungen erfasst, seit 2012 lag der jährliche Zuwachs zwischen 654 und 1.375 Datenblättern (siehe Abb. 3.1). Von den gesamten Datenblättern bezogen sich 9.179 (49,89 %) auf Frauen und 9.148 (50,06 %) auf Männer. Bei 9 Personen (0,05 %) fehlte die Angabe zum Geschlecht.

90,9 % der Datenblätter entfallen auf Leistungen im Erwachsenenbereich (16.671 Datenblätter) und 9,1 % auf Angebote im Bereich Kinder und Jugendliche (1.666 Datenblätter).

Abbildung 3.1: Anzahl der ausgewerteten Datenblätter 2012 - 2017



3.6 Weiterentwicklung der Psychiatrieberichterstattung

In den kommenden Jahren sind einige Veränderungen in der Berichterstattung geplant:

- Stärkere Nutzung von Routinedaten (Leistungs- und Abrechnungsdaten) der unterschiedlichen Leistungsanbieter und damit Reduktion des Dokumentations- und Arbeitsaufwandes für alle Beteiligten
- Berücksichtigung der sozialpsychiatrischen Dienste und der sozialpsychiatrischen Ambulanzen für Kinder und Jugendliche in der Berichterstattung ab 2019
- Adaptierung und Präzisierung des leistungsbezogenen Datenblattes C gemeinsam mit den Leistungsanbietern in einigen Punkten (zB Schärfung des Leistungszeitraums)

4 Bevölkerung

In Vorarlberg leben 392.538 Menschen (Stichtag 31.12.2017)⁸. Im Jahr 2017 wuchs die Bevölkerung um 2.968 Personen aufgrund von Zuwanderung (1.614 Personen) und eines Geburtenüberschusses (1.354 Personen). Mit 2.463 neuen Hauptwohnsitzen konzentriert sich der Zuwachs auf die Region Rheintal, dort leben insgesamt rund zwei Drittel der Bevölkerung.

Vorarlberg gliedert sich in 96 Gemeinden, in zehn Gemeinden leben jeweils mehr als 10.000 Einwohner (siehe Tab. 4.1)

Tabelle 4.1: Zehn bevölkerungsreichste Gemeinden Vorarlbergs

Gemeinde	Einwohnerzahl
Dornbirn	49.353
Feldkirch	33.559
Bregenz	29.857
Lustenau	22.850
Hohenems	16.349
Bludenz	14.568
Hard	13.503
Rankweil	11.869
Götzis	11.477
Lauterach	10.290
Summe	213.675

In den zehn aufgelisteten Gemeinden lebt deutlich mehr als die Hälfte der Gesamtbevölkerung. In 15 Kleingemeinden leben bis zu 500 Einwohner und in weiteren 18 Gemeinden zwischen 500 und unter 1.000 Einwohner (Abb. 4.1).

⁸ Aus: Bevölkerungsstatistik. Verwaltungszählung vom 31. Dezember 2017. AdVLR. Landesstelle für Statistik.
http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/geschichte_statistik/statistik/landesstatistik/start.htm

Abbildung 4.1: Gemeindegrößen (EWZ) der Vorarlberger Gemeinden



Im Durchschnitt liegt die Bevölkerungsdichte in Vorarlberg bei 150 Personen pro km², im Vergleich der Regionen zeigen sich allerdings beträchtliche Unterschiede⁹. Die höchste Bevölkerungsdichte besteht in den Talgemeinden des Rheintals mit rund 600, im Leiblachtal mit rund 280 und in den Walgauer Talgemeinden mit rund 180 Einwohnern pro km². Die geringste Bevölkerungsdichte weisen die Regionen Arlberg und Klostertal mit 18, das Große Walsertal mit 18 und das Montafon mit 30 Einwohnern pro km² auf (siehe Tab. 4.2).

Tabelle 4.2: Bevölkerungsdichte in den Regionen Vorarlbergs

Region	Einwohnerdichte Gemeindefläche (EW/km ²)
Arlberg und Klostertal	18
Bregenzerwald	53
Großes Walsertal	18
Kleinwalsertal	52
Leiblachtal	284
Montafon	30
Rheintal	490
davon Talgemeinden	606
davon Hanggemeinden	72
Walgau	152
davon Talgemeinden	180
davon Hanggemeinden	43
Vorarlberg gesamt	150

Tabelle 4.3 zeigt die Altersverteilung der Vorarlberger Bevölkerung in absoluten Zahlen und in Prozentanteilen insgesamt und bezogen auf die vier politischen Bezirke.

Tabelle 4.3: Altersverteilung der Vorarlberger Bevölkerung (Gesamt und in den Bezirken)

Vorarlberg/ Bezirke	Gesamt	Lebensalter			Anteil in Prozent			
		0 < 15 Jahre	15 bis < 60 Jahre	60+ Jahre	Gesamt	0 < 15 Jahre	15 bis < 60 Jahre	60+ Jahre
	392.538	62.885	240.759	88.894	100,0	16,0	61,3	22,6
Bludenz	63.651	9.955	38.559	15.137	16,2	15,6	60,6	23,8
Bregenz	134.060	21.532	81.700	30.828	34,2	16,1	60,9	23,0
Dornbirn	88.552	14.427	54.476	19.649	22,6	16,3	61,5	22,2
Feldkirch	106.275	16.971	66.024	23.280	27,1	16,0	62,1	21,9

⁹ Strukturdaten Vorarlberg 2018. Schriftenreihe der Abteilung für Raumplanung und Baurecht, Band 31. Amt der Vorarlberger Landesregierung (Hrsg.). Juni 2018

5 Angebote für Kinder und Jugendliche

5.1 Versorgung im Krankenhaus

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist am LKH Rankweil¹⁰ angesiedelt. Mit 36 Betten sind die Kapazitätsvorgaben der Strukturpläne für Gesundheit^{11 12} mittlerweile erfüllt. Im Jahr 2016 wurde sowohl die Station für Kinderpsychiatrie in Rankweil als auch die dislozierte Tagesklinik in Bregenz eröffnet. Zur Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie gehören mehrere Organisationseinheiten (siehe Tab 5.1).

Tabelle 5.1: Organisationseinheiten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Organisationseinheit	Standort	Betten/Plätze
Station für Jugendpsychiatrie	LKH Rankweil	10
Notfallstation Kinder	LKH Rankweil	2
Notfallstation Jugendliche	LKH Rankweil	2
KJP-Tagesklinik	LKH Rankweil	4
Station für Kinderpsychiatrie	Herz-Jesu-Heim Rankweil	10
Dislozierte Tagesklinik	Marianum in Bregenz	8
KJP-Ambulanz	LKH Rankweil	-
KJP-Ambulanz	LKH Feldkirch	-
Gesamt		36

Die Inanspruchnahme sowohl der Stationen als auch der Ambulanz am Standort in Rankweil sind in den vergangenen drei Jahren stark angestiegen. Die Auslastung der Stationen liegt bei durchschnittlich 94,7 % (Tab 5.2).

Tabelle 5.2: Inanspruchnahme der KJP-Stationen und der KJP-Ambulanz am Standort Rankweil

Organisationseinheit	Jahr		
	2015	2016	2017
Patientenkontakte Ambulanz	776	1.274	1.746
Stationäre Aufnahmen	183	297	432

Die Aufenthaltsdauer an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt im Durchschnitt rund zwei Wochen (Median=13). Bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten endet der Aufenthalt nach höchstens vier Tagen, bei einem weiteren Viertel dauert der Aufenthalt länger als 23 Tage, die Hälfte der Patientinnen und Patienten liegt zwischen den beiden Werten.

¹⁰ Information auf: <http://www.lkhr.at/rankweil/kinderpsychiatrie>

¹¹ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017; <https://www.bmgf.gv.at/>)

¹² Regionaler Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege Vorarlberg 2020/2025 (<https://www.vorarlberg.at/pdf/ergebnisberichtdergoeg-re.pdf>)

Am häufigsten werden neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen diagnostiziert, gefolgt von Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend, beide zusammen machen fast drei Viertel der Fälle aus (siehe Tab. 5.3).

Tabelle 5.3: Verteilung der Diagnosen (ICD-10 Obergruppen, Anteile in Prozent)

ICD-10 Diagnosegruppe	Anteil in Prozent
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychothrophe Substanzen	1,6
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1,3
F3 Affektive Störungen	7,1
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	38,6
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	2,2
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,8
F7 Intelligenzminderung	1,6
F8 Entwicklungsstörungen	0,7
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	33,5
Andere Diagnosen/Diagnose unklar	7,8

5.2 Extramurale Behandlungs- und Betreuungsangebote

5.2.1 Sozialpsychiatrische Leistungen für Jugendliche

pro mente bietet multiprofessionelle Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen¹³ an. Das Angebot für Kinder befindet sich entsprechend dem Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025 im Auf- bzw. Ausbau, daher beschränken sich die Zahlen zur Inanspruchnahme auf die Jugendlichen. 431 Jugendliche nahmen 2017 die Leistungen von pro mente in Anspruch, 258 (59,8 %) Mädchen und 173 (40,2 %) Burschen. Das Durchschnittsalter betrug 15,6 Jahre (s=2,8).

Mit Abstand am häufigsten werden neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen diagnostiziert (siehe Tabelle 5.3).

Tabelle 5.4: Verteilung der Hauptdiagnosen der Jugendlichen und Ausmaß der Beeinträchtigung

Hauptdiagnose	Gesamt	Ausmaß der Beeinträchtigung			
		nicht nennenswert	leicht bis mäßig	deutlich	tiefgreifend
Diagnose ist unbekannt/unklar	2	1	0	1	0
organische psychische Störung	2	0	0	2	0
Suchterkrankung	2	1	0	1	0
schizophrene/wahnhaftige Störung	7	0	0	7	0
affektive Störung	74	5	29	37	3
neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung	196	7	91	90	8
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	17	1	5	11	0
Persönlichkeitsstörung	18	1	11	6	0
intellektuelle Minderbegabung	3	1	1	1	0
Entwicklungsstörungen	19	1	8	9	1
Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend	91	3	23	50	15
Gesamt	431	21	168	215	27

326 Jugendliche leben mit den Eltern (41,5 %) bzw. einem Elternteil (34,1 %). Auf betreute Wohnformen entfallen rund 5 % der Jugendlichen und auf Pflegefamilien 1,4 %. Alle übrigen Wohnformen machen zusammen einen Anteil von 18 % aus.

¹³ Mehr Information auf: <http://www.promente-v.at/kontakt/jugend>

5.2.2 Psychotherapie

Das Institut für Sozialdienste (ifs) vermittelt landesweit Psychotherapie an Klientinnen und Klienten, das Versorgungsmodell¹⁴ wird aus Mitteln der VGKK und des Vorarlberger Sozialfonds finanziert. Die Ressourcen für Kinder und Jugendliche konnten erhöht und zusätzliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diesen Bereich engagiert werden. Beide Maßnahmen wirken dem Mangel in diesem Bereich entgegen. 206 Kinder und Jugendliche konnten 2017 kostenlos Psychotherapie in Anspruch nehmen. Das Durchschnittsalter lag bei 13,3 Jahren (s=3,4). Etwas mehr Mädchen (110) als Buben (96) nahmen Psychotherapie in Anspruch.

5.2.3 Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB)

Dieses Programm wurde speziell für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt, die andere Betreuungsangebote aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht annehmen können¹⁵. Scheitern die Betreuungsversuche in sämtlichen Regelsettings, kann das SIB in Betracht gezogen werden. Das Programm ist modulartig aufgebaut und führt die Klientinnen und Klienten an ein möglichst selbständiges Leben heran. Im Jahr 2017 waren sechs Klientinnen bzw. Klienten (vier männlich, zwei weiblich) in sozialpsychiatrischer Intensivbetreuung.

5.3 Beschäftigungsangebote für Jugendliche

Spezielle Angebote für psychisch beeinträchtigte Jugendliche bieten pro mente mit Ju-on-Job¹⁶ und AQUA Mühle¹⁷. AQUA Mühle unterstützt Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung aus dem Autismusspektrum bei der Absolvierung einer Lehre. Ju-on-Job führt Jugendliche behutsam an den Arbeitsmarkt heran mit einer berufsorientierenden Maßnahme. Sind die Anforderungen dafür zu hoch, erfolgt zunächst die Teilnahme an einem wochenstrukturierenden Angebot (siehe Tab. 5.5).

Tabelle 5.5: Sozialpsychiatrische Beschäftigungsangebote für Jugendliche

Leistungsangebot	Alter	Geschlecht	Anzahl DB C
AQUA Mühle Lehrabschluss für Menschen mit ASS	19,5 Jahre (S=6,0)	M=14 W=3	17
Ju-on-Job Berufsorientierte Werktherapie für psychisch kranke Jugendliche	17,8 Jahre (S=1,3)	M=10 W=8	18
Ju-on-Job wochenstrukturierendes Angebot	16,7 Jahre (S=1,1)	M=10 W=16	26
Summe	17,8 Jahre (S=3,0)	M=34 W=27	61

¹⁴ ifs-Psychotherapie: <https://www.ifs.at/psychotherapie-vorarlberg.html>

¹⁵ Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB):
<https://www.ifs.at/sozialpsychiatrische-individualbetreuung.html>

¹⁶ Ju-on-Job: <http://www.promente-v.at/jugend/angebote/ju-on-job>

¹⁷ AQUA Mühle: <https://www.aqua-soziales.com/>

5.4 Wohnangebote für Kinder und Jugendliche

In Vorarlberg bieten mehrere Träger unterschiedliche Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche. Vorarlberg geht den Weg, keine speziellen Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen zu schaffen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen werden in die (sozial-)pädagogischen Wohngruppen integriert. Bei Bedarf kooperieren die Einrichtungen mit den sozialpsychiatrischen Anbietern, insbesondere mit pro mente. Diese Zusammenarbeit wird künftig weiter verstärkt. In der Vorarlberger Psychatrieberichterstattung werden die in Wohneinrichtungen betreuten Kinder und Jugendlichen grundsätzlich nicht erfasst. Eine Ausnahme stellen die Wohngruppen der Stiftung Jupident dar, die Datenblätter befüllen. Das bedeutet, dass der Wohnbereich nicht gesamthaft sondern exemplarisch anhand der Stiftung Jupident (Tab 5.6) dargestellt wird.

Tabelle 5.6: Wohnangebote der Stiftung Jupident im Überblick

Jupident-Wohngruppen	Durchschnitts- alter	Geschlecht		Anzahl Datenblätter C
Kinderwohngruppe intensiv	12,7 Jahre (S=2,7)	M=6	W=3	9
Kinderwohngruppe	12,1 Jahre (S=2,2)	M=40	W=15	55
Jugend-WG BVS + Jugendwohnttraining	16,9 Jahre (S=1,1)	M=4	W=4	8
Jugendwohngruppen BVS	16,7 Jahre (S=1,6)	M=9	W=11	20
Jugendwohngemeinschaft + Jugendwohnttraining	17,6 Jahre (S=2,4)	M=12	W=11	23
Jugendtagesgruppen BVS	16,6 Jahre (S=1,1)	M=7	W=4	11
Gesamt	14,6 Jahre (S=3,2)	M=78	W=48	126

Knapp die Hälfte der Kinder und Jugendlichen nimmt das Jupident-Angebot ganzjährig in Anspruch, bei rund 15 % sind es drei Quartale, bei weiteren 29 % sind es zwei Quartale. Die Betreuung erstreckt sich in der Regel also über einen längeren Zeitraum. Sehr häufig steht der Aufenthalt in Zusammenhang mit einer laufenden Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe, das ist bei 61 % der Fall, bei 8 % besteht eine gesetzliche Vertretung.

6 Angebote für Erwachsene

6.1 Versorgung im Krankenhaus

Die Erwachsenenpsychiatrie in Rankweil verfügt über 138 Betten, in der Gerontopsychiatrie sind es 62 Betten. Zusätzlich gibt es eine Forensik-Einheit (7 Plätze) und einen Langzeitbereich (9 Plätze). In der Erwachsenenpsychiatrie sind neurotische und psychosomatische Störungen besonders häufig gefolgt von Psychosen, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen (siehe Tab 6.1). Im Jahr 2017 wurden auf den Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie 1.933 Aufenthalte gezählt.

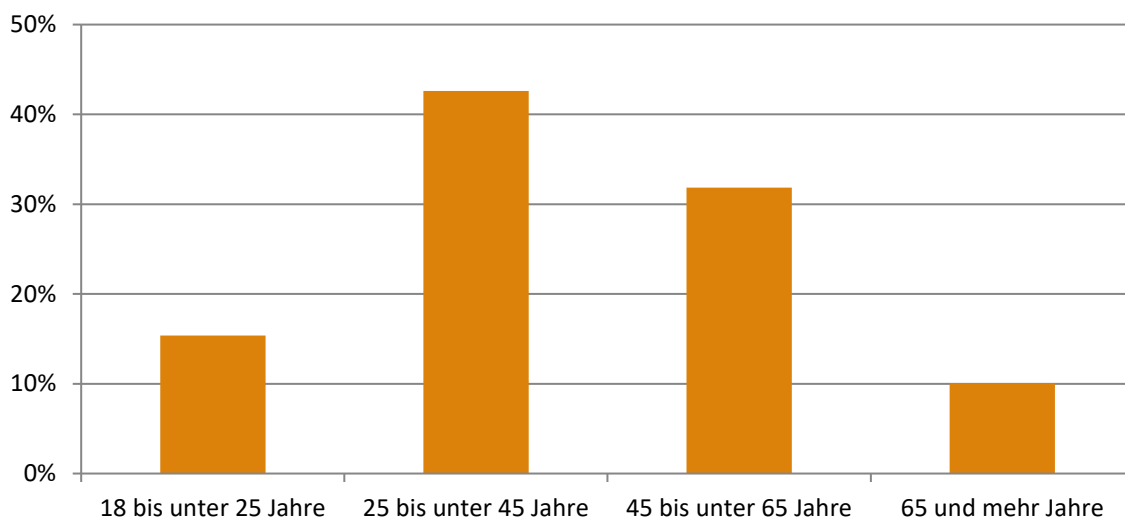
Tabelle 6.1: Diagnosen der Patientinnen/Patienten der Erwachsenenpsychiatrie

Psychiatrische Diagnosegruppe gemäß Datenblatt C	Anteil in Prozent
Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend, Entwicklungsstörung	3,3
neurotische/psychosomatische Störung	45,9
Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung	16,9
schizophrene/wahnhaftige Störung oder affektive Psychose	21,3
organische psychische Störung	6,6
keine psychische Störung	1,7
psychiatrische Diagnose unbekannt/unklar	4,4

Die Verweildauern im LKH Rankweil streuen sehr stark, am häufigsten sind Aufenthalte zwischen 10 und 14 Tagen.

Die Ambulanz des LKH Rankweil wurde in 1.404 Fällen aufgesucht, das Durchschnittsalter der Ambulanzpatientinnen und -patienten betrug 42,1 Jahre (SD=16,2). Das Geschlechterverhältnis war annähernd ausgewogen.

Abbildung 6.1: Altersverteilung der Ambulanzpatientinnen und -patienten



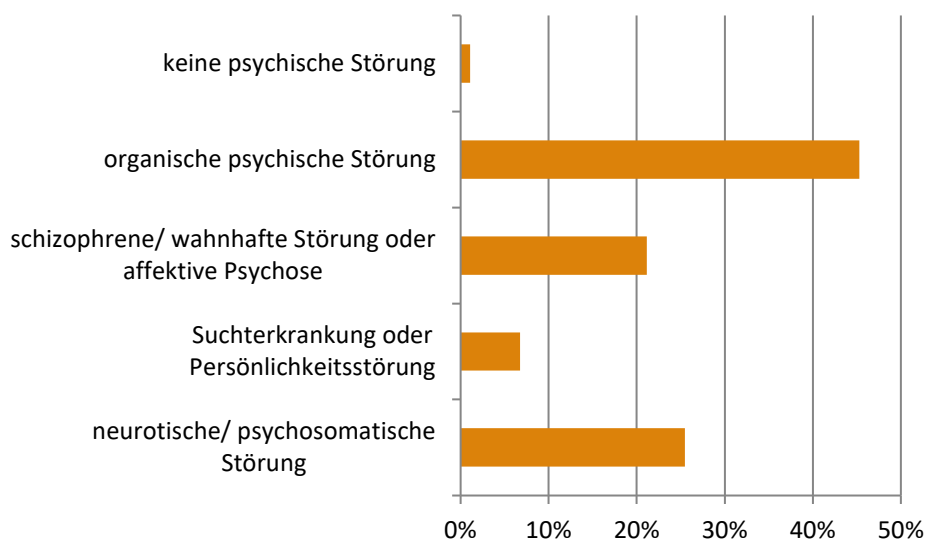
In die gerontopsychiatrische Abteilung wurden im vergangenen Jahr 735 Patientinnen und Patienten aufgenommen. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten betrug 72,4 Jahre (SD=11,2). Es wurden deutlich mehr Männer (403) als Frauen (332) aufgenommen. Rund ein Viertel der Patientinnen und Patienten ist jünger als 65 Jahre (Tab 6.2).

Tabelle 6.2: Altersverteilung der Patientinnen und Patienten der Gerontopsychiatrie

Altersgruppe	Prozent
18 bis unter 25 Jahre	0,3
25 bis unter 45 Jahre	1,1
45 bis unter 65 Jahre	25,2
65 und mehr Jahre	73,3
Alter unbekannt/ unklar	0,1

Die durchschnittliche Verweildauer auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie beträgt 23,3 Tage, es bestehen allerdings große Unterschiede hinsichtlich dieses Merkmals. Abbildung 6.2 zeigt die Verteilung der Diagnosen auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie.

Abbildung 6.2: Diagnosegruppen auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie



6.2 Beratungsangebote

aks und pro mente bieten an mehreren Standorten in Vorarlberg sozialpsychiatrische Einzelberatung und -betreuung an. Beim aks wurden 782 und bei pro mente 1.553 Fälle aufgenommen (siehe Tab 6.3). Bei den meisten Merkmalen zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den Einrichtungen. Der psychosoziale Risikoscore mit 19,1 (aks) bzw. 20,0 (pro mente) ist ähnlich ausgeprägt. In beiden Einrichtungen liegt der Frauenanteil bei rund 60 %.

Tabelle 6.3: Einzelberatung und -betreuung bei pro mente und aks

Code	Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
aks	Rehabilitative sozialpsychiatrische	49,0	M=310	19,1	782
	Einzelberatung und Betreuung	SD=13,7	W=471	SD=3,6	
pro mente	Ambulante sozialpsychiatrische	47,0	M=611	20,0	1.553
	und psychosoziale Leistungen	SD=12,7	W=942	SD=3,7	

Auch hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich ein sehr ähnliches Bild (siehe Tab. 6.4).

Tabelle 6.4: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten in psychosozialer Einzelbetreuung

Alterskategorien	pro mente	aks
18 bis unter 25 Jahre	5,8	4,5
25 bis unter 45 Jahre	31,4	30,9
45 bis unter 65 Jahre	56,7	53,5
65 und mehr Jahre	6,2	11,1

Die Betreuungsdauer erstreckt sich meistens über mehrere Quartale, in 60,2 % (pro mente) bzw. 48,3 % der Fälle über das ganze Jahr (Tab. 6.5).

Tabelle 6.5: Dauer der psychosozialen Einzelbetreuung (Anteil in Prozent)

Dauer der Betreuung in Quartalen	pro mente	aks
1 Quartal	12,2	21,6
2 Quartale	15,4	17,8
3 Quartale	12,2	12,3
4 Quartale	60,2	48,3

Mit einem Anteil von 37,7 % (pro mente) bzw. 43,1 % (aks) der Fälle sind Schizophrenien oder affektive Psychosen die häufigsten Diagnosen, ähnlich häufig sind neurotische oder psychosomatische Störungen (Tab. 6.6).

Tabelle 6.6: Verteilung der Diagnosen (Anteil in Prozent)

Psychiatrische Diagnosegruppe gemäß Datenblatt C	pro mente	aks
Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend, Entwicklungsstörung	1,9	1,0
neurotische/psychosomatische Störung	42,0	40,3
Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung	15,3	9,3
schizophrene/wahnhaftige Störung oder affektive Psychose	37,7	43,1
organische psychische Störung	2,8	6,0
psychiatrische Diagnose unbekannt/unklar	0,2	0,3

Eine Gruppe von 1,2 % (aks) bzw. 2,9 % lebt nicht selbstständig sondern in einer Wohneinrichtung bzw. einem Heim. Die überwiegende Mehrheit lebt in einem familiären Verband, knapp 40 % leben jeweils allein in einer Wohnung. Rund 20 % der Klientinnen und Klienten stehen in einem regulären Beschäftigungsverhältnis (Tab. 6.7).

Tabelle 6.7: Wohn- und Arbeitssituation der Klientinnen und Klienten (Anteil in Prozent)

Wohnsituation	pro mente	aks
eigenständiges Wohnen mit Partner/Partnerin bzw. Angehörigen einschließlich WG	56,8	60,1
Alleinwohnen in eigener Wohnung	39,3	38,2
Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers, Strafvollzug	2,9	1,2
ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungslosenhilfe)	0,8	0,4
Wohnsituation unbekannt/unklar	0,3	0,1
Arbeitssituation		
Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie	10,5	9,3
Teilzeittätigkeit	9,3	8,4
geschützte Arbeit	4,3	1,2
ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit	75,4	80,2
Arbeitssituation unbekannt/unklar	0,5	0,8

6.3 Sozialpsychiatrische Wohnangebote

6.3.1 Ambulant betreutes Wohnen

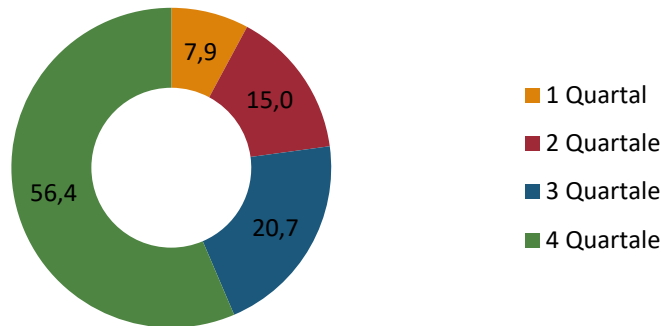
Dieses Angebot wurde ab Anfang 2015 entsprechend dem Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 schrittweise eingeführt und wird sehr gut angenommen. Ziel dieses aufsuchenden Dienstes ist es, den Klientinnen und Klienten ein Leben weitgehend in Selbständigkeit zu ermöglichen. Im Bereich Sozialpsychiatrie bieten aks, AQUA Mühle und pro mente dieses Angebot an und versorgten 140 Klientinnen und Klienten im Jahr 2017 (Tab. 6.8).

Tabelle 6.8: Ambulant betreutes Wohnen in der Sozialpsychiatrie im Überblick

Anbieter	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
aks	48,5 SD=11,3	M= 25 W=52	21,3 SD=3,3	77
AQUA Mühle	41,6 SD=13,5	M=8 W=7	22,5 SD=2,1	15
pro mente V	47,4 SD=13,4	M=19 W=29	22,7 SD=2,2	48
Gesamt	47,4 SD=12,5	M=52 W=88	21,9 SD=2,9	140

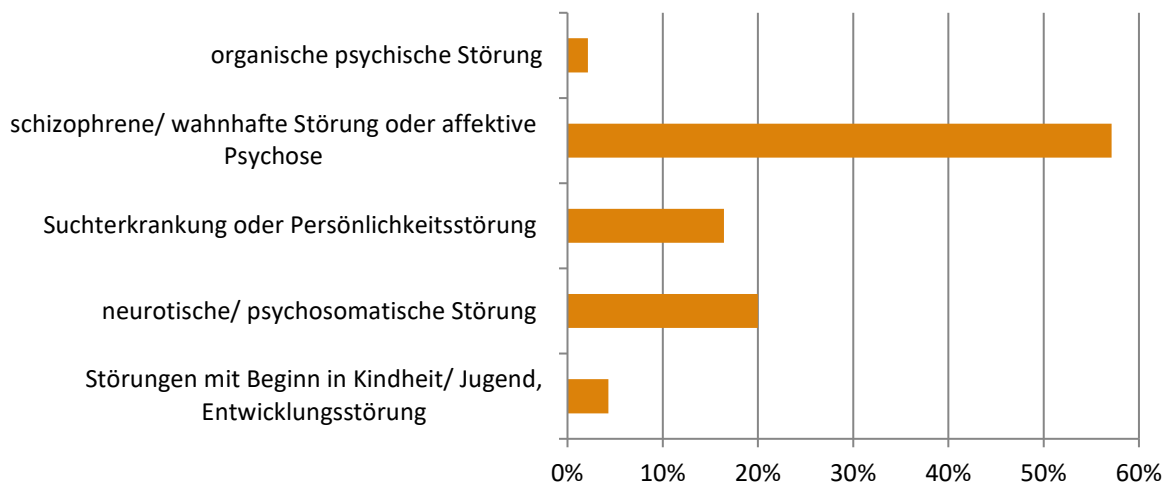
Weit mehr Frauen (62,9 %) als Männer (37,1 %) nahmen das ambulant betreute Wohnen in Anspruch. Die meisten Betreuungen finden längerfristig statt (Abb. 6.3). Bei 25 Personen (17,9 %) besteht eine (teilweise) gesetzliche Vertretung.

Abbildung 6.3: Betreuungsdauer im ambulant betreuten Wohnen in Quartalen (in Prozent)



Am häufigsten sind die Klientinnen und Klienten des ambulant betreuten Wohnens an einer affektiven Psychose oder einer Schizophrenie erkrankt (Abb. 6.4)

Abbildung 6.4: Psychiatrische Diagnosegruppe gemäß DB C im ambulant betreuten Wohnen



6.3.2 Stationäre Wohnformen

Die stationären Wohnformen gliedern sich in Abhängigkeit von der Betreuungsintensität und der Länge des Aufenthalts in

- Übergangswohnen,
- Teilbetreutes Langzeitwohnen und
- Vollbetreutes Wohnen mit oder ohne Nachtbereitschaft.

Übergangswohnen

Im Übergangswohnen wurden im Berichtsjahr von drei unterschiedlichen Institutionen insgesamt 71 Personen betreut (Tab

Tabelle 6.9: Übergangswohnen im Überblick

Angebot	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Übergangswohnen (aks)	43,5 SD=18,1	M=11 W=6	23,5 SD=3,1	17
Übergangswohnen (AQUA Mühle)	33,8 SD=2,5	M=7 W=5	22,3 SD=2,5	12
Übergangswohnen (pro mente)	35,8 SD=11,0	M=22 W=20	22,5 SD=3,3	42
GESAMT	37,3 SD=13,3	M=40 W=31	22,7 SD=3,1	71

Teilbetreutes Langzeitwohnen

Die Aufenthaltsdauern im teilbetreuten Langzeitwohnen erstrecken sich oft über das ganze Jahr (80 % der Fälle). Insgesamt wurden 41 Klientinnen und Klienten betreut.

Tabelle 6.10: Teilbetreutes Langzeitwohnen im Überblick

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
aks	42,2 SD=8,1	M=4 W=1	23,8 SD=1,9	5
Langzeitwohnen teilbetreut	42,4 SD=11,9	M=13 W=14	23,3 SD=2,9	27
Verein für seelische Gesundheit (VSG)	57,0 SD=11,8	M=2 W=7	24,4 SD=1,8	9
Wohnheim mit Langzeitcharakter				
GESAMT	45,6 SD=13,0	M=19 W=22	23,7 SD=2,6	41

Vollbetreutes Wohnen mit oder ohne Nachtdienst

Vollbetreutes Wohnen wird in Frastanz (AQUA Mühle) und seit Anfang 2018 in Langenegg im Bregenzerwald angeboten. 2017 waren insgesamt 51 Fälle zu verzeichnen.

Tabelle 6.11. Vollbetreutes Wohnen im Überblick

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Vollbetreutes Wohnen mit Nachtbereitschaft (aks)	41,9 SD=8,5	M=10 W=5	24,8 SD=2,5	15
Vollbetreutes Wohnen mit/ohne Nachtbereitschaft (AQUA Mühle)	38,2 SD=12,6	M=26 W=10	24,6 SD=2,5	36
Gesamt	39,3 SD=11,7	M=36 W=15	24,7 SD=2,5	51

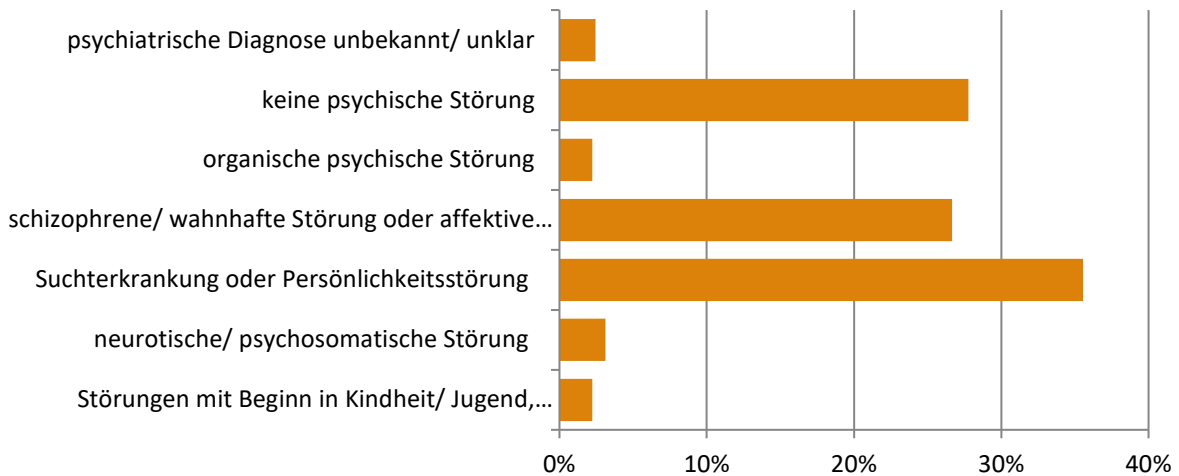
1.2.1 Stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Seit einigen Jahren beteiligen sich auch drei stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an der Psychiatrieberichterstattung. Ihr primärer Auftrag ist die Verbesserung der sozialen Situation ihrer Klientinnen und Klienten und nicht die sozialpsychiatrische Versorgung. Da ein sehr hoher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an einer psychischen Störung erkrankt ist, sind die Daten aus diesem Bereich von großem Interesse. Bei rund 70 % der Klientinnen und Klienten ist eine Diagnose bekannt (siehe Abb. 6.5). In allen drei Häusern zusammen waren 2017 insgesamt 450 Aufenthalte zu verzeichnen, Tabelle 6.12 zeigt die Ergebnisse im Überblick. In der stationären Wohnungslosenhilfe liegt der psychosoziale Risikoscore (psR) mit durchschnittlich 24,6 (SD=2,2) in einem hohen Bereich. Knapp 80 der Klientinnen und Klienten sind zwischen 25 und 65 Jahre alt, das Durchschnittsalter liegt bei 42,8 Jahren (SD=14,8).

Tabelle 6.12: Ergebnisse der stationären Wohnungslosenhilfe im Überblick

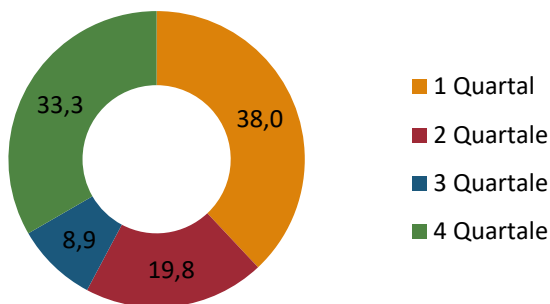
Anbieter	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Kolpinghaus Götzis	42,9 SD=14,3	M= 70 W=13	25,4 SD=1,9	85
Kolpinghaus Bregenz	45,0 SD=15,0	M=91 W=19	24,3 SD=2,5	110
Kaplan Bonetti Haus	41,7 SD=14,7	M=198 W=57	24,3 SD=2,1	255
GESAMT	42,8 SD=14,8	M=359 W=89	24,6 SD=2,2	450

Abbildung 6.5: Diagnosen in der stationären Wohnungslosenhilfe (Verteilung in Prozent)



Knapp 80 % der Bewohnerinnen und Bewohner in den drei Einrichtungen sind männlich. Bei einem Anteil von über 40 Prozent liegt die Verweildauer über einem halben Jahr (Abb. 6.6)

Abbildung 6.6: Verweildauer in den Einrichtungen in Quartalen (prozentuelle Verteilung)



6.4 Beschäftigungsangebote in der Sozialpsychiatrie

Tagesstruktur und Wochenstruktur-Angebote unterscheiden sich vor allem hinsichtlich ihrer zeitlichen Intensität, bis zu 12 Stunden pro Woche handelt es sich um Wochenstruktur. Tagesstruktur umfasst mehr als 12 Stunden pro Woche. Bei aks und pro mente zusammen wurde in 1.053 Fällen Wochenstruktur angeboten (siehe Tab. 6.13).

Tabelle 6.13: Wochenstrukturierende Angebote im Überblick

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Wochenstrukturierende Gruppen (aks)	52,9 SD=13,2	M= 167 W=307	19,5 SD=3,2	474
Wochenstrukturierende Gruppen (pro mente)	47,3 SD=11,6	M=208 W=371	20,7 SD=3,3	579
GESAMT	49,8 SD=12,6	M=375 W=678	20,2 SD=3,3	1.053

Sowohl Wochenstruktur als auch Tagesstruktur werden in etwa der Hälfte der Fälle über einen längeren Zeitraum (vier Quartale) genutzt. Die zeitlich intensiveren Tagesstrukturangebote wurden in 221 Fällen in Anspruch genommen (siehe Tab 6.14).

Tabelle 6.14: Tagesstrukturierende Angebote im Überblick

Angebotsbezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Tagesstrukturierende Gruppen aks	42,3 SD=10,4	m=38 w=16	23,7 SD=2,7	54
Tagesstrukturierung AQUA Mühle	36,8 SD=11,4	m=78 w=45	23 SD=2,7	123
Beschäftigungsprogramm pro mente	40,6 SD=10,6	m=16 w=28	22,2 SD=2,9	44
GESAMT	38,9 SD=11,3	m=132 w=89	23,0 SD=2,8	221

Ein spezielles Arbeitstraining für psychisch erkrankte Menschen wird von pro mente betrieben. Diese längerfristige intensive Maßnahme wurde von 14 Frauen und 14 Männern in Anspruch genommen. Das Durchschnittsalter betrug 43,3 Jahre (SD=14,2).

6.5 Psychotherapeutische Versorgung

ifs-Psychotherapie

Die meisten (für die Klientinnen und Klienten kostenlosen) Psychotherapiestunden werden im Rahmen des ifs-Versorgungsmodells¹⁸ erbracht. Das ifs informiert in einem Bericht über das psychotherapeutische Versorgungsmodell. Im Bericht werden Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandelt. Dem ifs-Bericht zur Psychotherapie¹⁹ sind folgende Informationen zu entnehmen:

- Im Jahr 2017 nahmen 2.567 Personen Psychotherapie im Rahmen des ifs Versorgungsmodells in Anspruch, 333 Personen mehr als im Vorjahr.
- 51 Psychotherapeutinnen und -therapeuten verteilt auf alle vier Bezirke Vorarlbergs haben an 15 Standorten Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche angeboten.
- Die Anzahl der Therapeutinnen und Therapeuten mit diesem Schwerpunkt wurde auf 18 Personen erhöht.
- 59 % der Klientinnen und Klienten waren unter 45 Jahre alt. Der Anteil der unter 18-Jährigen erhöhte auf 18 %.
- 97 % der behandelten Personen hatten im Berichtszeitraum einen Stundenbedarf von max. 30 Stunden.
- Bei 71 % der behandelten Personen dauerte die Psychotherapie nicht länger als ein Jahr.
- Das Gruppenangebot wurde auf 24 Gruppen in drei Bezirken ausgeweitet.
- Es nahmen mehr Frauen (rund zwei Drittel) als Männer (rund ein Drittel) Psychotherapie in Anspruch.
- Mit Stichtag 16.03.2018 warteten 203 Personen auf einen Therapieplatz. Die Wartezeiten betragen zwischen ein bis sieben Monate. Innerhalb von zwei bis drei Wochen erhalten alle anfragenden Personen ein Erstgespräch.

In der Psychiatrieberichterstattung wird zwischen der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und Psychotherapie für Erwachsene unterschieden. 2017 erhielten 2.361 Erwachsene Psychotherapie (1.608 Frauen und 753 Männer). Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten lag bei 41,7 Jahren (SD=13,1), die Verteilung der Altersgruppen zeigt Tabelle 6.15.

Tabelle 6.15: Altersverteilung der Psychotherapieklientinnen und -klienten

Alterskategorien	Anteil in Prozent
18 bis unter 25 Jahre	11,9
25 bis unter 45 Jahre	43,7
45 bis unter 65 Jahre	40,8
65 und mehr Jahre	3,6

¹⁸ <https://www.ifs.at/psychotherapie-vorarlberg.html>

¹⁹ Psychotherapie Vorarlberg. Bericht 2017. Institut für Sozialdienste (Hrsg.)

Etwas weniger als 60 % der Klientinnen und Klienten gingen einer Beschäftigung nach. Rund 30% waren ohne Ausbildungs- oder Berufstätigkeit, rund 5 % arbeiteten in einem geschützten Rahmen und bei weiteren 5 % war die Arbeitssituation nicht klar.

Psychotherapie in Einrichtungen der pro mente

pro mente kooperiert mit einigen niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Vermittlung erfolgt über den sozialpsychiatrischen Dienst auf Bezirksebene. Das Angebot steht ausschließlich schwer psychisch erkrankten Menschen zur Verfügung, im Jahr 2017 kam dieses Angebot 522 Personen (326 Frauen, 196 Männern) zugute.

Gemeinsam leben lernen (GLL)

Ein besonders intensives und dennoch niederschwelliges psychotherapeutisches Angebot bietet die Einrichtung *Gemeinsam leben lernen*. 2017 wurden insgesamt 91 Personen teilstationär (24 Fälle) oder ambulant (67 Fälle) betreut. Mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten hatte eine Sucht- oder Persönlichkeitsdiagnose. Einer Arbeit ging rund ein Viertel der Patientinnen und Patienten nach. Das Durchschnittsalter betrug 41,2 Jahre (SD=10,9).

7 Angebote der Suchthilfe

7.1 Stationäre Angebote

Die Stiftung Maria Ebene²⁰ betreibt im stationären Sektor ein Alkoholentzugskrankenhaus in Frastanz und zwei Einrichtungen für Abhängige von illegalen Substanzen (Lukasfeld in Meiningen und Carina in Feldkirch). Gegenüber den Anfängen der Einrichtungen werden heute auch nicht substanzgebundene Süchte und die Abhängigkeit von Nikotin, Medikamenten und anderen Substanzen behandelt.

Tabelle 7.1: Stationäre Angebote der Stiftung Maria Ebene

Bezeichnung des Angebots	Ø Alter	Geschlecht	Ø psR	PatientInnen 2017
Krankenhaus Frastanz	47,3	M=246	21,7	376
Entgiftung und Entwöhnung	s=10,8	W=130	SD=2,5	
Therapiestation	35,5	M=33	24,3	54
Carina	s=9,5	W=21	SD=2,7	
Lukasfeld	28,0	M=44	22,9	53
Stationäre Entwöhnung	s=6,6	W=9	SD=2,4	
Lukasfeld	32,9	M=57	22,6	69
stationäre Entgiftung (ME)	SD=9,1	W=12	SD=2,3	

Krankenhaus Maria Ebene in Frastanz

Seit der Gründung als Alkoholentzugskrankenhaus im Jahr 1976 hat sich das Angebotsspektrum deutlich erweitert, die Kapazitäten wurden erhöht und baulich moderne Standards gesetzt. Die Aufenthaltsdauer beträgt durchschnittlich 47,6 Tage (SD=25,3). Bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten liegt die Verweildauer bei bis zu 28 Tagen, bei einem Viertel liegt sie bei 55 Tagen oder darüber, die Hälfte liegt zwischen 28 und 55 Tagen.

Die suchtmmedizinische Ambulanz des KH Maria Ebene wird stark beansprucht, im Jahr 2017 waren 1.103 Kontakte zu verzeichnen. Ähnlich wie beim stationären Angebot überwiegen männliche Patienten mit einem Anteil von 66,5 %, die ambulante Betreuung erfolgt in vielen Fällen längerfristig, bei 71,5 über vier Quartale.

Seit einiger Zeit bietet das KH Maria Ebene auch Raucherentwöhnung an, in den meisten Fällen ambulant, in einigen Fällen auch während des stationären Aufenthalts. Die Spezialambulanz zur

²⁰ Leistungsangebot und Einrichtungen der Stiftungen Maria Ebene:

<http://mariaebene.at/>

Raucherentwöhnung hatte 372 Fälle zu verzeichnen im Jahr 2017 (164 Männer und 208 Frauen). Die Behandlungsdauer liegt in 16,1 % bei einem Quartal, bei 14,2 % bei zwei Quartalen, bei 22,3 % bei drei Quartalen und bei 47,3 % bei vier Quartalen.

Lukasfeld

Die Therapieeinrichtung in Meiningen bietet stationäre Entgiftung (69 Fälle) und stationäre Entwöhnung (53 Fälle) von illegalen Substanzen an. Bei Entgiftungen kann die Verweildauer sehr kurz sein, bei Entwöhnungen mehrere Wochen bis Monate, was in der Verteilung der Aufenthaltsdauern zum Ausdruck kommt. Bei 25 % der Fälle liegt die Verweildauer bei 64 Tagen oder mehr, bei 25 % sind es bis zu neun Tage, die Hälfte der Patientinnen und Patienten liegt zwischen diesen beiden Werten. Lukasfeld wird häufig von jüngeren Patientinnen und Patienten aufgesucht, ein Drittel ist bis zu 25 Jahre alt, 59 % sind zwischen 25 und 44 Jahre alt. 83,6 % gehen zum Zeitpunkt des Aufenthalts keiner Berufs- oder Ausbildungstätigkeit nach. Zum Leistungsangebot von Lukasfeld gehören auch intensive ambulante Abklärungen, was 2017 in 83 Fällen erfolgte.

Therapiestation Carina

Die Therapiestation Carina hat den Schwerpunkt auf der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere von illegalen Substanzen, es werden nach einer Abklärung aber auch Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen aufgenommen, die von einer längeren stationären Therapie profitieren können (zB Menschen mit Essstörungen, schwere Persönlichkeitsstörungen). Die größte Gruppe bilden Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 25 und 44 Jahren (66,7 %). Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel etwa drei Monate, wird aber sehr auf den individuellen Bedarf abgestimmt. Im Jahr 2017 wurden 54 Patientinnen und Patienten betreut. Über kürzere Zeiträume (in der Regel bis zu einem Quartal) bietet die Therapiestation Carina auch tagesstrukturierende Begleitung und ambulante Kontakte an, was 2017 von 50 Personen genutzt wurde.

7.2 Extramurale Angebote

Vorarlberg verfügt über ein differenziertes Angebot an Suchtberatungsangeboten, die sich längst auch mit nicht substanzgebundenen Süchten befassen. Der Einfachheit halber wird in der folgenden Darstellung nach dem jeweiligen Schwerpunkt lediglich zwischen illegalen Substanzen und Alkohol unterschieden.

7.2.1 Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen

Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen sind mittlerweile in allen Bezirken verfügbar:

- dowas in Bregenz²¹
- ex und hopp in Dornbirn²²

²¹ <https://www.dowas.at/>

²² <http://www.exundhopp.at/wordpress/>

- Caritas Café in Feldkirch²³
- do it yourself in Bludenz²⁴

An den Besuch der Kontakt- und Anlaufstellen sind keine formalen Bedingungen geknüpft, es werden keine personenbezogenen Daten für die Psychiatrieberichterstattung erfasst. Der Besuch und Aufenthalt in einer Kontaktstelle kann völlig anonym erfolgen. Die Leistungen der vier Anbieter sind vielfältig und werden stark in Anspruch genommen, je nach Trägerschaft und Bedarf weisen die Einrichtungen etwas unterschiedliche Schwerpunkte auf, die wichtigsten Funktionen/Angebote sind:

- Sozialer Begegnungsraum für Kommunikation und Erholung frei von Konsumzwang
- Sozialarbeit
- Versorgung mit warmen Mahlzeiten und Getränken
- Freizeit- und Beschäftigungsangebote (zB Kochgruppen)
- Möglichkeit zur Körperpflege und Waschmöglichkeit für Kleidung
- Sprizentausch und HIV- sowie Hepatitis-Prophylaxe

7.2.2 Alkoholabhängigkeit

Suchtberatung und Psychotherapie für Menschen mit Alkoholabhängigkeit wird in Vorarlberg von den Caritas Suchtfachstellen an fünf Standorten geleistet. Am Standort Feldkirch werden auch Abhängige von illegalen Substanzen betreut (siehe Tab. 7.2).

²³ <https://www.caritas-vorarlberg.at/unsere-angebote/sucht/kontakt-und-anlaufstelle-caritas-cafe/>

²⁴ <https://doit.at/>

Tabelle 7.2: Caritas Suchtfachstellen im Überblick

Standort	Angebot	Alter Ø	Geschlecht	Risikoscore Ø (psR)	Anzahl DB C	DBC Gesamt
Bregenz	Psychotherapie	50,5	M=15, W=24	17,8	39	199
	Suchtberatung	47,2	M=86, W=74	19,2	160	
Egg	Psychotherapie	43,1	M=14, W=23	14,0	37	181
	Suchtberatung	52,2	M=70, W=74	17,9	144	
Dornbirn	Psychotherapie	40,5	M=4, W=29	16,8	33	212
	Suchtberatung	45,8	M=100, W=78	18,1	179	
Feldkirch	Psychotherapie	43,3	M=14, W=34	18,3	48	345
	Suchtberatung	43,5	M=139, W=158	18,4	297	
Bludenz	Psychotherapie	52,1	M=5, W=14	18,7	19	156
	Suchtberatung	51,4	M=86, W=51	18,3	137	
GESAMT	Psychotherapie	45,3	M=53, W=124	17,1	176	1.093
	Suchtberatung	47,1	M=481, W=435	18,4	917	

Die größte Gruppe sind die 45 bis 64 Jahre alten Klientinnen und Klienten (50,8 %), 31,7 % zählen zur Gruppe im Alter zwischen 25 und 44 Jahren. Die Betreuungsdauer streut breit über das gesamte Jahr (siehe Tab. 7.3). 47,7 % der Klientinnen und Klienten lebt zusammen mit Angehörigen, 28,5 % leben alleine in einer Wohnung, bei einem Anteil von 18,2 % ist die Wohnsituation unklar, 3,2 % haben keinen festen Wohnsitz und 2,5 % leben in einer betreuten Einrichtung. Ein Anteil von 40 % geht einer geregelten Arbeit nach oder befindet sich in Ausbildung.

Tabelle 7.3: Betreuungsdauer in den Caritas Suchtfachstellen

Dauer in Quartalen	Anteil in Prozent
1 Quartal	25,6
2 Quartale	16,6
3 Quartale	11,0
4 Quartale	30,4

7.2.3 Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Beratungsstellen

In jeder Bezirkshauptstadt besteht eine Beratungsstelle, mit Ausnahme von Dornbirn werden diese von der Stiftung Maria Ebene betrieben. Die Beratungsstellen betreuen insgesamt 1.386 Fälle, deutlich mehr Männer als Frauen sind in Betreuung (Tab. 7.4).

Tabelle 7.4: Beratungsstellen für Abhängige von illegalen Substanzen

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Clean Bregenz	34,5	M=391	18,5	502
Abstinenz und Stabilisierung	SD=10,9	W=111	SD=3,6	
die Faehre Dornbirn	37,2	M=103	20,0	150
Stabilisierung	SD=13,4	W=47	SD=3,7	
die Faehre Dornbirn ²⁵	31,2	M=152	18,1	192
Abstinenz (Psychotherapie)	SD=11,9	W=40	SD=3,3	
Clean Feldkirch	32,2	M=228	17,0	291
Abstinenz und Stabilisierung	SD=11,7	W=63	SD=3,7	
Clean Bludenz	32,1	M=193	17,2	251
Abstinenz und Stabilisierung	SD=11,7	W=58	SD=3,5	
GESAMT	33,3	M=812	17,8	1.386
	SD=11,4	W=232	SD=3,7	

7.2.4 Wohnangebote der Suchthilfe

Speziell für suchtkranke Menschen stehen zwei Wohngemeinschaften zur Verfügung, eine wird von der Caritas betrieben, eine ist an die Therapiestation Lukasfeld angegliedert (Tab 7.5).

Tabelle 7.5: Wohngemeinschaften für suchterkrankte Menschen

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Anzahl DB C
Caritas	45,2 Jahre	m=16	23,7	19
Nachbetreuungswohngemeinschaft	SD=10,1	w=3	SD=3,1	
Lukasfeld	33,6 Jahre	m=10	24,3	11
Therapeutische Wohngemeinschaft	SD=7,5	w=1	SD=2,6	
Gesamt	40,9	M=26	23,9	30
		W=4	SD=3,0	

Ambulant betreutes Wohnen nahmen 2017 insgesamt 20 Klientinnen und Klienten in Anspruch, 15 bei der Caritas, 5 beim Clean Bregenz.

²⁵ <http://www.diefaehre.at/>

8 Selbsthilfe

8.1 Verein Omnibus – Selbsthilfe für psychisch Kranke

Die Selbsthilfeorganisation *omnibus* wurde vor 20 Jahren gegründet, die Beratungsstelle eröffnete drei Jahre nach der Gründung im Jahr 2001. *omnibus* bietet neben der Beratung eine Vielzahl an Gruppenangeboten (zB am LKH Rankweil), ist in der Weiterbildung und Gesundheitsförderung engagiert (zB Schulung von Polizeikräften, Schulprojekte) und vertritt die Interessen der Selbsthilfe in allen Arbeitsgruppen des Vorarlberger Psychiatriebeirats. Das Angebot in der Beratung ist sehr niederschwellig und kann auch anonym in Anspruch genommen werden, daher werden auch keine personenbezogenen Daten erfasst. Der Jahresbericht von *omnibus* informiert über die Aktivitäten 2017²⁶.

Tabelle 8.1: Nutzung der Angebote von Omnibus

Angebot	Anzahl
Telefonische Beratung	851
Gruppenangebote	1.289
LKH R Peer Gespräche	117
LKH R Vortrag	32
LKH R Gruppe	121
Peer-Gespräche	574
Online-Beratung	44
Hausbesuche	38

8.2 Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (hpe)

Die Selbsthilfeorganisation hpe ist in ganz Österreich tätig. Die Dachorganisation bringt regelmäßig die Zeitschrift *kontakt* heraus, jährlich wird eine Tagung organisiert. Die hpe Vorarlberg²⁷berät und unterstützt andere Angehörige, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können telefonisch kontaktiert werden. Mehrere Selbsthilfegruppen werden im Land betrieben. Gemeinsam mit *omnibus* und *pro mente* wird das trialogische Schulprojekt²⁸ betrieben. Schülerinnen und Schüler bekommen einen direkt vermittelten Eindruck über psychische Erkrankungen und wie man damit umgehen kann. Mitglieder von hpe engagieren sich auch in der Ausbildung von angehenden Polizeikräften. hpe Vorarlberg versteht sich auch als Sprachrohr der Angehörigen und vertritt deren Interessen im Vorarlberger Landespsychiatriebeirat.

²⁶ <http://www.verein-omnibus.org/>

²⁷ <https://www.hpe.at/bundeslaender/vorarlberg/startseite.html>

²⁸ <http://www.promente-v.at/angebote/schulprojekt>

9 Gesundheitsförderung und Prävention

Die SUPRO²⁹ setzt bei ihrer Arbeit schon seit Jahren auf Programme zur Stärkung der Lebenskompetenz als zentralen Baustein von Gesundheitsförderung und Prävention. Aufbauend auf dem Lebenskompetenzprogramm „Eigenständig Werden“ (ab Herbst 2018 „Gemeinsam stark werden“) bietet sie Fortbildungen für Volksschullehrerinnen und -lehrer an.

Das Lebenskompetenzprogramm „PLUS“ bildet die Basis für Fortbildungen zu „Selbstverletzendem und suizidalen Verhalten im schulischen Kontext“ (Handbuch „Schulische Suizidprävention für die 5. bis 12./13. Schulstufe“). Zusätzlich dazu wurden im Februar und Oktober 2017 zwei jeweils zweitägige Schulungen für Gatekeeper abgehalten. Zielgruppen waren Schlüsselpersonen wie Schulärztinnen/-ärzte, Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des KIT, der Kinder- und Jugendhilfe sowie von Beratungseinrichtungen. Im Frühjahr 2019 werden 4-5 Fachpersonen eine Train-the-Trainer-Ausbildung absolvieren.

Insbesondere für die Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurde die Webseite www.bittlebe.at entwickelt. Wesentliche Inhalte der Webseite sind:

- Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Depressionen und suizidalen Gedanken
- Hilfe und Unterstützung für deren Angehörige, Freunde, Bezugspersonen usw.
- Aufzeigen des Hilfs- und Unterstützungsangebot in den Bundesländern

Zusätzlich dazu wurden Infolyer, Postkarten und Freecards für Jugendliche und Plakate zu den zum Thema Suizid erstellt, welche mit den Mythen rund um das Thema Suizid aufräumen sollen. Das Magazin IMPULS widmet sich in der Ausgabe von 2017/18 dem Thema „Kinder und Jugendliche in belastenden Situationen“.

Bis Juni 2019 wird im Rahmen des Projektes *Gesund Aufwachsen in Vorarlberg* ein Lebenskompetenzprogramm für den Kindergartenbereich entwickelt. Ein zentraler Aspekt dieses neuen Programms gilt der psychischen Gesundheit.

²⁹ <http://www.supro.at/>

10 Planung und Steuerung der Integrationshilfen

10.1 Ziele und Grundsätze

Seit neun Jahren basiert die Planung und Evaluation von Integrationshilfen im Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht auf einem in Hannover entwickelten Verfahren. Die rechtliche Grundlage dafür bildet das Vorarlberger Chancengesetz. Das Ziel dieses Gesetzes ist es, Menschen mit Behinderung gleichwertige Lebensbedingungen zu ermöglichen. Die nachstehenden Grundsätze sind das Fundament für eine individuelle, partizipative und nachhaltige Versorgung:

1. Integrationshilfe muss sich nach dem individuellen Hilfebedarf des Menschen mit Behinderung richten. Sie hat den Vorstellungen des Menschen mit Behinderung möglichst Rechnung zu tragen.
2. Integrationshilfe muss so gestaltet sein, dass die Hilfe zur Selbsthilfe, die Selbstbestimmung und die Eigenverantwortung möglichst gestärkt werden.
3. Integrationshilfe muss so gestaltet sein, dass die Menschen mit Behinderung im familiären und gesellschaftlichen Umfeld möglichst integriert sind.
4. Integrationshilfe muss im Hinblick auf die Zielerreichung möglichst nachhaltig sein. Sie hat die gesellschaftlichen Entwicklungen und die Ergebnisse der Forschung zu berücksichtigen.
5. Der mit der Integrationshilfe verbundene Aufwand muss in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Erfolg stehen.

Die Verfahren, welche neben der formalrechtlich erforderlichen Antragstellung auch eine Hilfeplankonferenz (HPK) vorsehen, gelten für die gesamten stationären und teilstationären Hilfen, als auch für das ambulant betreute Wohnen (Übersicht in Tab.10.1). Die Verfahren können unter bestimmten Voraussetzungen auch kombiniert werden. Die Unterlagen der Hilfeplankonferenz bestehen aus standardisierten Formularen (Datenblätter C bis G, Anhang 3), welche unterschiedliche Informationen wie beispielsweise soziodemografische Daten und psychosozialer Risikoscore (Datenblatt C), Aspekte einer eingeschränkten Lebensqualität nach ICF (Datenblatt D) und Intensität erforderlicher Leistungen (Datenblatt E).

Die für das Antragsverfahren notwendigen Daten (Datenblätter C bis G) wurden bis 31.12.2017 in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) in einem EDV Programm erfasst und durch Mitarbeiter der MHH ausgewertet. Künftig werden die Daten der Hilfeplanung durch die Abteilung IVa Sozialpsychiatrie und Sucht ausgewertet und im jährlichen Psychiatriebericht veröffentlicht.

Die erhobenen Daten bilden zudem eine Grundlage für Prozesse der Koordination, Steuerung und Qualitätsentwicklung der Integrationshilfeleistungen. Der vorliegende Bericht 2018 beinhaltet noch die Daten aus dem EDV-Programm der MHH und umfasst die deskriptive Datendarstellung der Hilfsangebote, Integrationsprodukte, Verteilung nach Regionen und die Unterscheidung in ambulant, teilstationär und stationär.

Tabelle 10.1: Antragsarten im Überblick

Antragsart	verantwortlich	Inhalt	weitere Beteiligte
Auftragsklärung	Einrichtung und Klientin/Klient	Clearingphase	Angehörige und Systempartner, etc.
Neuantrag	Einrichtung, Klientin/Klient und Hilfeplaner	Konkretisierung der Ziele, Maßnahmen → Hilfeplankonferenz	Angehörige und Systempartner, etc.
Fortschreibung ohne Änderung (=Verlängerung)	Einrichtung, Klientin/Klient und Hilfeplaner	Evaluierung der Ziele, ggf. Anpassung der Maßnahmen → Hilfeplankonferenz	Angehörige und Systempartner, etc.
Fortschreibung mit Änderung (=Verlängerung mit Angebotsänderung)	Einrichtung, Klientin/Klient und Hilfeplaner	Evaluierung der Ziele, ggf. Wechsel/Anpassung der Maßnahmen → Hilfeplankonferenz	Angehörige und Systempartner, etc.

10.2 Hilfeplanung als Instrument zur Förderung der Lebensqualität

Die psychische Gesundheit ist längst nicht mehr den Gesundheits- und Sozialberufen ein wichtiges Anliegen. Das Thema zur Förderung der psychischen Gesundheit und die damit in Verbindung stehende Lebensqualität ist ein gesellschaftspolitisches Thema geworden, wenn gleich die Entstigmatisierung und adäquate Versorgung psychisch erkrankter Menschen noch längst nicht erreicht wurde.

„...Psychisches Wohlbefinden ist wesentlich für die Lebensqualität und ermöglicht ein als sinnvoll erfahrenes Leben und die Betätigung als kreative und aktive Bürger. Psychische Gesundheit der Bevölkerung fördern heißt Lebensweisen stärken, die dem psychischen Wohlergehen dienlich sind...“ (WHO, 2006)

Lebensqualität ist gemäß Schalock (1996) ein multidimensionales Konzept, welches durch Personen- und Umweltfaktoren und deren Interaktion beeinflusst wird. Die Evaluation richtet sich nach subjektiven und objektiven Indikatoren. Demzufolge umfasst die Lebensqualität dieselben Faktoren für Menschen mit einer Behinderung wie auch für alle anderen Menschen. Schalock und Verdugo (1996)³⁰ beschreiben in ihrem Modell zur Lebensqualität acht Domänen und drei Faktoren (Tab. 10.2).

³⁰ Schalock, R., Alonso, M. (2002). Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

Tabelle 10.2 Multimodales Konzept zur Lebensqualität nach Shalock (1996)

Faktor	Domäne
Unabhängigkeit	Persönliche Entfaltung
	Selbstbestimmung
Gesellschaftliche Teilhabe	Interpersonelle Beziehungen
	Soziale Inklusion/Teilhabe
	Rechte
Wohlbefinden	Emotionales Wohlbefinden
	Materielles Wohlbefinden
	Körperliches Wohlbefinden

Die Lebensqualitätsforschung stellt mittlerweile eine Vielzahl von Erhebungsinstrumenten und Interviewleitfäden zur Verfügung (qualitative und quantitative Methoden).

10.3 Hilfeplanung als Instrument des Casemanagements

Neben den subjektiven und objektiven Faktoren der Lebensqualität ist ergänzend zur Prüfung der formalrechtlichen Voraussetzungen die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs erforderlich, welche zusammen die Grundlage zur Gewährung der Integrationshilfeleistungen bildet. Die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs erfolgt im partnerschaftlichen Dialog mit dem Antragsteller bzw. der Antragstellerin, den Bezugspersonen und Betreuern im Rahmen einer Hilfeplankonferenz. Die Entscheidungsfindung basiert auf den vorhandenen Ressourcen auf Seiten der Antragsteller oder Antragstellerin, sowie auf Seiten der Leistungserbringer, um eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden.

Der Prozess der Hilfeplanung kann als Casemanagement (CM) definiert werden. Das CM wiederum, kann als koordinierende Stelle verstanden werden, welche eine Über- oder Unterversorgung von Klienten und Klientinnen vermeiden soll. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll der Zugang zu einer bedarfsgerechten Betreuung ermöglicht werden. Das CM soll auch eine vermittelnde Stelle zwischen den Klienten und Systempartnern darstellen. Die DGPPN (2013) definiert CM wie folgt: „CM beinhaltet die koordinierende Erbringung von Hilfen durch ein Mitglied des therapeutischen Teams (im Sinne eines Clinical Case Managers) und die Funktion einer Bezugsperson, die in Abstimmung mit dem Patienten und den weiteren Beteiligten im Rahmen einer komplexen Hilfeleistung diese verbindlich koordiniert, CM verfolgt die Durchgängigkeit über Grenzen von Versorgungsbereichen und Sektoren hinweg (Integration) sowie die Unterstützung des Patienten zur Wahrung seiner Interessen im erforderlichen Rahmen“ (S.60). Dies führt zum Schluss, dass die Definition des CM als Grundhaltung verstanden werden kann.

10.4 Der Ablauf Hilfeplanung

Integrationshilfen, welche eine teilstationäre oder stationäre Leistung umfassen sind sogenannte hilfepflichtige Leistungen. Darunter fallen seit 2015 auch Leistungen der ambulanten Wohnbetreuung (ABW), welche keine Auftragsklärung vorsieht.

In der Regel markiert die Auftragsklärung eine (beinahe) unbürokratische Aufnahme phase für die Dauer von drei Monaten. Für eine Bewilligung sind der entsprechende Antrag samt Beilagen und lediglich das Datenblatt H erforderlich. Das Datenblatt H entspricht einem Kurzattest eines Facharztes oder Fachärztin. Im Vordergrund stehen die Erprobung der Leistung (Wohnen, Tagesstruktur etc.), sowie die Präzisierung des Hilfebedarfs, mittels einer Leistungsvereinbarung. Sofern keine weiteren Integrationshilfen erforderlich sind kann im Rahmen der Auftragsklärung direkt eine Abschlussphase beantragt werden. Dies erfordert einen Integrationshilfeantrag, Datenblätter C und D, sowie das Meldeblatt F. Es ist keine Hilfeplankonferenz oder Leistungsvereinbarung erforderlich. Eine Begründung dafür kann in einer Stabilisierung oder einer Weitervermittlung in eine andere Einrichtung liegen. Sofern jedoch die Auftragsklärung einen weiterführenden Bedarf der Integrationshilfe ergibt, wird dieser mittels eines Neuantrages gestellt. Dem Neuantrag sind alle formalrechtlichen Unterlagen als auch die Datenblätter C, D, G und Meldeblatt F beizufügen. Die Datenblätter haben folgende Bedeutung:

- Datenblatt C: Soziodemografische Daten und Psychosozialer Risikoscore ,
- Datenblatt D: Aspekte einer eingeschränkten Lebensqualität nach ICF und
- Datenblatt E: Intensität erforderlicher Leistungen.
- Datenblatt G: Stellungnahme des Facharztes oder Fachärztin

Die Informationen aus den Datenblättern werden zur Vorbereitung der Hilfeplankonferenz herangezogen, die in der Regel vor Ablauf der Aufnahme phase (Auftragsklärung) stattfindet. Es sind prinzipiell alle Personen zur Teilnahme an der Hilfeplankonferenz erwünscht, sofern der Antragsteller oder die Antragstellerin dies auch wünscht. In der Regel sind zur Teilnahme an der HPK der Antragsteller oder die Antragstellerin, eine Vertrauensperson, eine rechtliche Vertretung, der behandelnde Facharzt oder Fachärztin sowie ein Vertreter oder eine Vertreterin des Kostenträgers vorgesehen.

Im Rahmen der HPK wird Art und Umfang der Hilfe erörtert, diskutiert und gemeinsam festgelegt (Datenblatt E). Je nach Hilfebedarf kann die Integrationshilfeleistung 12 bis 24 Monate und in Ausnahmefällen auch 36 Monate gewährt werden. Der Zeitraum kann jedoch auch individuell vereinbart werden. Im Falle einer Verlängerung derselben Leistung beim selben Leistungsanbieter wird eine Fortschreibung ohne Änderung beantragt. Diese erfordert neben den formalrechtlichen Anträgen samt Beilagen die Datenblätter C, D, F, E, sowie einen Zwischenbericht. Einen Überblick der Verfahrensregelung für Integrationshilfen finden Sie in der Anlage des Vorarlberger Psychiatrieberichts.

10.5 Statistische Kennzahlen zu den Hilfeplanverfahren

Die Strategie des Vorarlberger Sozialfonds betont die Bedeutung von Planung und Steuerung. In erster Linie fällt diese Aufgabe in die Zuständigkeit der einzelnen Fach- und Funktionsbereiche. Voraussetzung für eine verlässliche Planung und wirksame Steuerung sind valide Daten, die von Expertinnen und Experten ausgewertet und interpretiert werden. Im Rahmen des jährlich publizierten Psychiatrieberichts werden auf Basis der Daten aus den Hilfeplanverfahren folgende Kennzahlen deskriptiv dargestellt:

- Geschlechteranteil
- psychosozialer Risikoscore (psR)
- gesetzliche Vertretung
- Gruppierung von Hilfsangeboten bzw. Produktgruppen
- Darstellung von Angebotsformen (AF) und Leistungsart (ambulant, teilstationär, stationär)
- Überblick durchgeführter Planungsverfahren und Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Rohdaten zum vorliegenden Psychiatriebericht 2018 wurden von der Datenbank der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) akquiriert. Es wurden alle Fälle mit dem Filterkriterium „Antrag erledigt“ einbezogen. Durch eine Datenbereinigung und ein Fehlermanagement konnten in die Analyse für das Jahr 2017 (Berichtsjahr 2018) 348 Fälle, die eine Integrationshilfeleistung beantragten, eingeschlossen werden. In 51,44 % der Fälle handelte es sich um Männer und in 48,56 % der Fälle um Frauen. Die nachstehende Tabelle (Tab. 10.3) der Altersgruppen zeigt, dass die Gruppen der 25 bis 65 Jährigen 81,2 % aller beantragten Leistungen betreffen. Dies gilt auch für die Geschlechterverteilung der 25 bis 65 Jährigen.

Tabelle 10.3 Alter der Klientinnen und Klienten im Hilfeplanverfahren

Altersgruppen	Alle	Frauen	Männer
0 bis unter 18 Jahren	4,3 %	2,9 %	7,6 %
18 bis unter 25 Jahre	9,2 %	8,8 %	9,7 %
25 bis unter 45 Jahre	40,0 %	33,3 %	39,8 %
45 bis unter 65 Jahre	41,2 %	47,4 %	37,7 %
65 und mehr Jahre	5,2 %	7,4 %	4,9 %
	100,0 %	100 %	100 %

Der psychosoziale Risikoscore (psR) aller beantragten Leistungen ergeben einen durchschnittlichen Wert von 22,40 Punkten mit einer Streuung (SD) von 3,019 und reicht von 12 bis 31 Punkten. Der psR der Männer beträgt im Durchschnitt 22,37 Punkte mit einer SD von 3,071 und einer Minimum von 12 und einem Maximum von 28 Punkten. Der durchschnittliche psR der Frauen beträgt 22,44 Punkte mit einer Standardabweichung von 2,974 und einer Spannweite die von 13 bis 31 Punkten reicht. Eine juristische Flankierung in Form einer gesetzlichen Vertretung besteht in 19,78 % aller Fälle. Dabei fallen 50,9 % auf männliche und 49,1 % auf weibliche Integrationshilfeleistungsbeziehende. Eine rechtliche Vertretung tritt am häufigsten in den Altersgruppen 25 bis 65 Jahre (85,45 %).

10.6 Art der Leistung

Die Leistungsarten werden in drei Bereiche unterteilt: ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen. Im Jahr 2017 wurden die Verfahren im ambulanten Bereich beinahe verdoppelt und ergeben insgesamt 107 Planungsverfahren. Die konsequente Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär“, basiert auf der Strategie des Vorarlberger Sozialfonds und wird vom Funktionsbereich Sozialpsychiatrie und Sucht seit 2015 im Rahmen des Entwicklungsprojekts 5 (EP5) realisiert. Die Anzahl der Verfahren im teilstationären sowie im stationären Bereich sind zurückgegangen. Der stationäre Bereich ist dabei seit Beginn der Aufzeichnungen mit 113 Verfahren so niedrig wie noch nie zuvor. Eine Begründung dafür in den hohen Verfahrenszahlen des ambulanten Bereichs zu suchen wäre aus heutiger Sicht nicht seriös, da wie oben erwähnt in die Analyse alle Fälle einbezogen werden können, welche im MHH System als erledigt markiert wurden.

Tabelle 10.4: Häufigkeit der Anträge in den einzelnen Leistungsbereichen

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ambulant	0	0	8	10	11	26	58	107
teilstationär	75	89	83	106	106	134	148	128
stationär	203	186	216	201	201	159	139	113

Die Anzahl der Auftragsklärungen bleibt auch im Berichtsjahr 2017 konstant (N=70). Die Zahl der Neuansträge ist gegenüber den Vorjahren auf 88 Fälle zurückgegangen und ist auf dem Niveau von 2014. Ebenso verzeichnen die Fortschreibungen mit Änderung einen schwachen Rückgang, reihen sich jedoch mit 36 Fällen im vorderen Drittel der Rangliste ein. Bei den Verlängerungen ohne Änderungen kann ein starker Zuwachs beobachtet werden.

Tabelle 10.5 Hilfeplanverfahren nach Antragsart 2012 - 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Auftragsklärung	65	73	108	105	82	77	62	70
Neuantrag	60	65	64	95	88	74	116	88
Fortschreibung mit Änderung	16	13	13	17	26	39	46	36
Fortschreibung ohne Änderung	123	113	115	93	73	118	116	150
Abschlussphase	14	11	7	7	7	11	5	4

Im Berichtsjahr 2017 wurden am häufigsten Anträge mit einem Produkt gestellt. Verfahren mit jeweils einem Produkt wurden insgesamt in 165 Fällen beantragt. Die Darstellung zeigt, dass die Kombination von zwei Produkten in 145 Verfahren beantragt wurde und davon am häufigsten im Rahmen einer Fortschreibung ohne Änderung (N=74). Insgesamt wurden mit 348 Anträge 570 Leistungen bzw. Produkte beantragt.

Tabelle 10.6: Anzahl der Produkte pro Fall im Jahr 2017

Art des Antrages	Anzahl der Produkte				Gesamt
	1 Produkt	2 Produkte	3 Produkte	4 Produkte	
Abschlussphase	2	2	0	0	4
Auftragsklärung	49	16	4	1	70
Fortschreibung mit Änderung	11	21	4	0	36
Fortschreibung ohne Änderung	56	74	20	0	150
Neuantrag	47	32	9	0	88
Gesamt	165	145	37	1	348

Die unten angeführte Tabelle listet alle primär beantragten Produkte nach Art des Bereiches und in Kombination mit einem Wohn-Angebot (AF33) oder Tagesstruktur Angebot (AF 23) sowie in Kombination mit dem Produkt Ambulant betreutes Wohnen (AF13) auf. Am häufigsten wurden im Berichtsjahr 2017 die Produkte AF 13 (ambulant betreutes Wohnen) N=107 und Tagesstruktur (AF 23) N=102 beantragt. Eine Kombination der beiden Produkte AF 13 und AF 23 wird in 55 Fällen identifiziert. Die primär beantragten Leistungen in stationären Bereichen sind deutlich zurückgegangen (N=88). Das Reha-Wohnen der Suchthilfe ist auf dem Level des vergangenen Jahres. Die Kombination von AF 33 und AF 23 wurde in 59 Fällen beantragt. Das Reha-Wohnen KJP (SIB) wurde in 4 Fällen primär beantragt.

Tabelle 10.7 Art der primär beantragten Leistung

Leistungsart	AF	Name	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ambulant	13	Amb. betr. Wohnen			8	10	11	26	58	107
teilstationär	23	Tagesstruktur <i>davon mit abW(AF13)</i>	75	89	77	88	86	107	118	102
	25	Spez. Hilfen zu Arbeit/Ausb.			6	18	35	27	30	26
stationär	33	stat. Wohnen Allg.Psy <i>davon mit TS (AF23)</i>	170	146	162	153	116	116	104	81
	36	Reha-Wohnen Suchthilfe	43	46	70	46	44	44	72	59
	37	Reha-Wohnen KJP (SIB)	31	28	39	38	18	35	27	28
			2	12	15	10	10	8	8	4
Alle primär beantragten Produkte			278	275	307	317	276	319	345	348

10.7 Partizipation im Rahmen der Hilfeplankonferenz

Es wurden insgesamt 251 Hilfeplankonferenzen (HPK) abgehalten. In den meisten Fällen handelte es sich um Verlängerungen (N=130), gefolgt von Neuanträgen (N=88) und in 33 Fällen wurde eine HPK im Rahmen einer Fortschreibung mit Änderung abgehalten. Die Anzahl gegenüber dem Berichtsjahr 2017 (N=255) ist weitestgehend konstant.

Tabelle 10.8: Anzahl und Antragsart der Hilfeplankonferenzen 2017

Antragsart HPK	Zahl HPK
Neuantrag	88
Fortschreibung mit Änderung	33
Fortschreibung ohne Änderung	130
alle Hilfeplankonferenzen	251

Im Rahmen der UN-Behindertenrechtskonvention und entsprechend der Grundsätze des Vorarlberger Chancengesetzes ist die Partizipation der Betroffenen ein wesentlicher Aspekt in der Planung von Hilfen bzw. Leistungen. Für das Berichtsjahr 2017 zeigt sich, dass die Teilnahme der Antragstellerinnen und Antragsteller mit 98 % gleichbleibend wie im Vorjahr ist. Die Teilnahme der rechtlichen Vertreter und Vertreterinnen ist auf 9 % zurückgegangen. Ebenso die Anwesenheit der Vertrauenspersonen (32 %), wobei diese im Vergleich zu den Vorjahren noch sehr hoch ist. Die Teilnahme der Fachärztinnen und Fachärzte ist auf 2 % zurückgegangen, jedoch ist erwähnenswert, dass diese seit 2015 konstant am Hilfeplanverfahren teilnehmen. Die Bezugsperson welche in der Regel die Betreuungsperson ist sowie die Vertreterin und Vertreter des Kostenträgers sind mit 98 % gleichbleibend an den HPK anwesend.

Tabelle 10.9: Anwesende bei den Hilfeplankonferenzen (Anteile in Prozent)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antragstellerin oder Antragsteller	100%	100%	100%	99%	99%	98%	98%	98%
gesetzliche Vertretung	22%	16%	14%	12%	13%	11%	12%	9%
Vertrauensperson	10%	13%	19%	7%	16%	28%	44%	32%
Bezugsperson	95%	98%	100%	97%	99%	97%	98%	98%
Fachärztin oder Facharzt	3%	1%	0%	0%	0%	2%	3%	2%
Vertretung Kostenträger	100%	98%	96%	98%	98%	97%	98%	98%
Gesamtanzahl der HPK	160	127	149	189	173	213	255	251

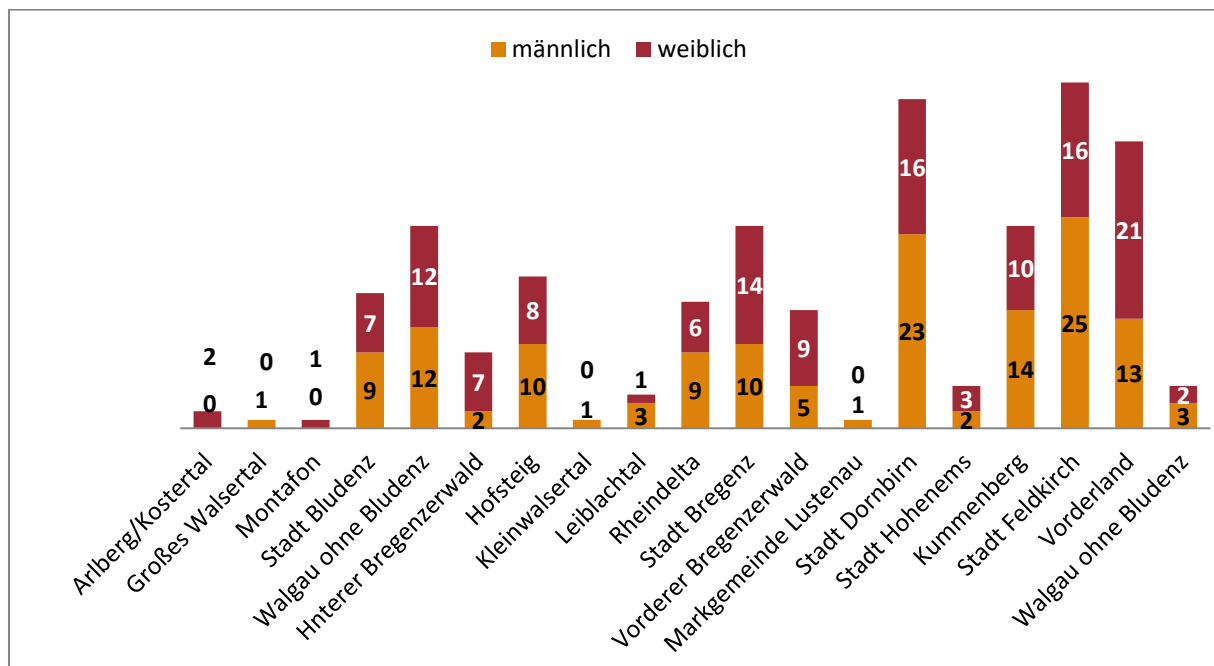
Die Anzahl der erledigten Anträge nach einer HPK (N=251) beläuft sich durchschnittlich auf 3 Wochen. Wobei es 9 Fälle gab, welche nach über 8 Wochen erledigt waren und 63 Fälle die unter 2 Woche erledigt wurden. Der überwiegende Anteil der Anträge (N=179) wurde innerhalb von 2 bis 8 Wochen erledigt.

Tabelle 10.10: Zeitraum zur Erledigung der Anträge

Zeitraum	Alle Anträge
Zahl erledigter Anträge	251
<2 Wochen	63
2 bis <4 Wochen	95
4 bis <8 Wochen	84
>=8 Wochen	9
Wochen im Durchschnitt	3

Wie bereits in den Vorjahren dargestellt wird besonders häufig in städtischen Bereichen (Stadt Bregenz N=24, Dornbirn N=39 und Feldkirch N=41) eine hohe Inanspruchnahme von Hilfen verzeichnet. Die Regionen Vorderland (N=34) und Kummernberg (N=24) sind ebenfalls großräumige Einzugsgebiete und zeigen ebenfalls höhere Fallzahlen. In der Geschlechterverteilung bezogen auf die Regionen wird kein statistischer Unterschied festgestellt.

Abbildung 10.1: Häufigkeit der hilfeplanpflichtigen Leistungen nach dem Einzugsgebiet



10.8 Überlegungen zur Versorgungssituation aus Sicht der Hilfeplanung

Das Instrument der Hilfeplanung im Rahmen der Antragsstellung für Leistungen der Integrationshilfe ist mittlerweile ein etablierter Prozess, welcher insbesondere die Versorgungsqualität und den Zugang zu teilstationären und stationären Leistungen für die Betroffenen gewährleisten und steuern soll.

Außerdem ist die Hilfeplanung für die Vernetzung der Systeme untereinander verantwortlich, um auch jene Klientinnen und Klienten zu erreichen, die in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder Pflegeheimen versorgt werden und aufgrund ihrer psychischen Erkrankung teilweise eine Unter- oder Fehlversorgung erfahren. Im Jahr 2017 wurden insgesamt zwölf Einzelfälle gemeinsam mit verantwortlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern aus Pflegeheimen und Casemanagement bearbeitet.

Die verstärkte Kooperation mit dem Landeskrankenhaus Rankweil (LKH Rankweil) wirkte sich in den vergangenen Jahren hinsichtlich der dort durchgeführten Hilfeplankonferenzen und der frühen Planung der Hilfeleistung positiv auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemlagen aus.

In einigen Fällen konnte jedoch keine zufriedenstellende individuelle Lösung erarbeitet werden. Eine Erklärung findet sich weniger in den fehlenden Voraussetzungen für eine Übernahme der Kosten für Integrationshilfeleistungen. Die Betroffenen sehen sich häufig damit überfordert, sich an die bestehenden Konzepte einiger Anbieter von Wohnplätzen anzupassen.

Mit der schrittweisen Eröffnung des Wohnhauses Fuchs in Langenegg (aks) im Herbst 2017 konnte erreicht werden, dass neben den Wohnangeboten der AQUA Mühle Vorarlberg im Vorarlberger Oberland, Betreuungsplätze für die adäquate Versorgung dieser speziellen Zielgruppe zur Verfügung stehen. Ein weiterer wesentlicher Schritt zur niederschweligen Versorgung wird seit 2017 durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auf Bezirksebene (SPDI) sichergestellt.

Anhang

Anhang 1: Leistungsbezogenes Datenblatt C (Version Erwachsene)

Anhang 2: Leistungsbezogenes Datenblatt C (Version Kinder und Jugendliche)

Anhang 3: Unterlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen

Anhang 1

Datenblatt für die personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation - Erwachsene

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: _____

- 99 = trifft nicht zu (keine psychische Störung)

3.3. Dauer seit Ersterkrankung

Angabe in Jahren: _____

- 99 = 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

Anhang 2

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/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. 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

Anhang 3: Unterlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen

Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg

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

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

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

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

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

Datenblätter zum Hilfeplanverfahren (Datenblätter C bis H, Version April 2017)

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

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

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

1.1 Code 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

Datenblatt C für Kinder und Jugendliche

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

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

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

1.1 Code-Nr. des eigenen Hilfsangebotes: _____

1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung im 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 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. 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

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

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

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

Merkmale zu Aktivitäten und Teilhabe in Anlehnung an Kriterien der ICF

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

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

Art und Ausmaß der erforderlichen Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs

Codierung Art der Leistungen zur Deckung des Hilfsbedarfs:

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

Codierung Zeitbedarf der erforderlichen Hilfeleistung: Merkmalsausprägungen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung	G
-----------------------------------------------------	----------

ÄRZTIN / ARZT	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 Unterschrift 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
1	Diagnose(n):	ICD-NR + Text
2	Behinderung(en):	Bestehende bzw. drohende Behinderungen
3	Empfehlung:	Empfohlene Maßnahmen

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