

Vorarlberger  
Psychiatriebericht 2019

**Vorarlberger  
Psychiatriebericht 2019**

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Amt der Vorarlberger Landesregierung  
Landhaus, Römerstraße 15, 6901 Bregenz

Abteilung Soziales und Integration (IVa)

[soziales-integration@vorarlberg.at](mailto:soziales-integration@vorarlberg.at)

### **Autoren**

Nikolaus Blatter  
Joachim Hagleitner  
Harald Rudolf Bliem

**Bregenz, Oktober 2019**

## Vorwort

---



Vorarlberg verfügt über ein sehr breites und gut aufgestelltes psychotherapeutisches und psychosoziales Angebot. Es ist dennoch wichtig, bestehende Hilfeleistungen bei den sich laufend verändernden Anforderungen optimal aufeinander abzustimmen, die Anbieter noch besser miteinander zu vernetzen und Angebote dem Bedarf anzupassen und weiterzuentwickeln. Das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 gibt dazu eine Reihe von Maßnahmen vor, die seit vier Jahren mit viel Engagement und Elan umgesetzt werden. In der bisherigen Laufzeit konnten mehrere Projekte bereits realisiert bzw. in Angriff genommen werden. So besteht seit Herbst 2018 in allen vier Bezirken des Landes ein sozialpsychiatrischer Dienst ([www.spdi.at](http://www.spdi.at)), der Menschen in psychosozialen Krisen sofort

unterstützt. Die sozialpsychiatrischen Angebote von pro mente für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen und Störungen in Dornbirn und Nenzing stehen seit Anfang 2019 in vollem Umfang zur Verfügung. Die aufsuchende Dienstleistung ambulant betreutes Wohnen für psychisch schwer erkrankte Menschen wird seit Anfang 2015 angeboten. Die nächsten Monate bzw. die beiden kommenden Jahre sind den beiden Projekten zum Themen Arbeit und Beschäftigung gewidmet. Auch die Förderung der seelischen Gesundheit wird ein inhaltlicher Schwerpunkt sein. Begleitend zur Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts sind im ambulanten Sektor ebenfalls einige Schritte gesetzt worden, um die psychosoziale Versorgung weiter zu verbessern. So ist es gelungen, gemeinsam mit der VGKK die Kapazitäten für Psychotherapie in Vorarlberg auszubauen. Auch der Ausbau der gerontopsychiatrischen Pflege sowie der Start der Internetplattform zur Suizidprävention ([www.bittelebe.at](http://www.bittelebe.at)) sind hier als erfolgreiche Maßnahmen zu nennen. Die stationäre Versorgung für Kinder und Jugendliche am LKH Rankweil wurde ebenfalls ausgebaut und den Anforderungen der Strukturpläne Gesundheit (RSG, ÖSG) angepasst. Der etappenweise Neubau des LKH Rankweil markiert einen wichtigen Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung, die Arbeiten an diesem architektonisch ambitionierten Projekt beginnen Anfang 2021.

Ich freue mich über diese sehr positive Bilanz der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und alle Beteiligten können stolz auf das Erreichte sein. Das Gelingen der Projekte hat den organisationsübergreifenden Willen zur Zusammenarbeit vieler Menschen erfordert. Für die Kooperationsbereitschaft und die gute Zusammenarbeit danke ich an dieser Stelle allen sehr.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Dr. Christian Bernhard  
Gesundheitslandesrat



## Kurzfassung

---

Die sozialpsychiatrischen Dienste auf Bezirksebene (SpDi)<sup>1</sup> sind mittlerweile ein Jahr flächendeckend an den Standorten Bregenz, Lingenau, Dornbirn, Feldkirch und Bludenz in Betrieb. Während der Öffnungszeiten stehen zwei Fachkräfte persönlich und telefonisch zur Verfügung, auch aufsuchende Kontakte sind möglich. Das niederschwellige Angebot für Menschen in psychosozialen Krisen wird gut angenommen und die Fallzahlen haben sich durch die größer werdende Bekanntheit erhöht. Nach dem erfolgreichen Aufbau der SpDi geht es in Zukunft darum, die Bekanntheit in der Bevölkerung weiter zu steigern und noch besser mit anderen Dienstleistern und Angeboten zu verzahnen. In Lingenau, Dornbirn und Feldkirch wurde der SpDi jeweils in neuen, attraktiven Räumlichkeiten untergebracht. Die zentrale Lage an den Standorten und das freundliche Ambiente senken die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme.

Der Aufbau der sozialpsychiatrischen Ambulanzen für Kinder in Dornbirn und Bludenz konnte Anfang 2019 abgeschlossen werden<sup>2</sup>. Im Zuge des Aufbaus wurden auch die bestehenden Angebote für Jugendliche erweitert. Die Angebote werden von den Klientinnen und Klienten gut angenommen und auch die Möglichkeit der kollegialen Beratung in sozialpädagogischen Wohneinrichtungen durch promente bewährt sich sehr gut.

Der vorliegende Bericht informiert über die Inanspruchnahme von sozialpsychiatrischen Leistungsangeboten und Einrichtungen der Suchthilfe. Der 2018 erschienene Vorarlberger Suchtbericht geht vertieft auf Epidemiologie und Behandlungsmöglichkeiten ein<sup>3</sup>. Rund 5.000 Erwachsene nahmen 2018 eine individuell zu beantragende ambulante Leistung in einer Einrichtung der Suchthilfe oder der Sozialpsychiatrie in Anspruch. Nicht erfasst dabei sind pauschalfinanzierte Angebote wie der sozialpsychiatrische Dienst (SpDi). 2018 wurden am LKH Rankweil 3.835 und in den stationären Einrichtungen der Stiftung Maria Ebene 534 Aufnahmen gezählt. Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beherbergten im Berichtsjahr 428 Personen, in stationären Wohneinrichtungen der Sozialpsychiatrie waren es 178. Der Selbsthilfe-Verein Omnibus war mit 519 Menschen im Gespräch (438 Betroffene, 81 Angehörige).

Gemäß dem Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025 stehen in den kommenden Monaten Beschäftigungsprojekte und ein Not- und Krisendienst für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Mittelpunkt.

---

<sup>1</sup> [www.spdi.at](http://www.spdi.at)

<sup>2</sup> <http://www.promente-v.at/jugend>

<sup>3</sup> [www.vorarlberg.at/sozialpsychiatrie](http://www.vorarlberg.at/sozialpsychiatrie)



# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Vorwort</b> .....	<b>III</b>
<b>Kurzfassung</b> .....	<b>V</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>VII</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>XI</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Entwicklungen im Berichtsjahr</b> .....	<b>3</b>
2.1 Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025 .....	3
2.1.1 Ziele und Inhalte des Psychiatriekonzepts 2015 -2025 .....	3
2.1.2 Die einzelnen Projekte im Überblick .....	4
2.1.3 Stand der Umsetzung .....	4
2.1.4 Aufgaben des Vorarlberger Psychiatriebeirats.....	5
<b>3 Datenquellen und Methodik der Psychiatrieberichterstattung</b> .....	<b>7</b>
3.1 Ziele der Erhebung .....	7
3.2 Datenquellen und Kennzahlen .....	7
3.3 Psychosozialer Risikoscore (psR) .....	8
3.4 Methodische Einschränkungen .....	8
<b>4 Bevölkerung</b> .....	<b>9</b>
<b>5 Angebote für Kinder und Jugendliche</b> .....	<b>13</b>
5.1 Versorgung im Krankenhaus .....	13
5.2 Extramurale Behandlungs- und Betreuungsangebote .....	15
5.2.1 Sozialpsychiatrische Leistungen für Jugendliche.....	15
5.2.2 Fachärztlicher Sprechtag (aks).....	15
5.3 Beschäftigungsangebote für Jugendliche.....	16
5.4 Wohnangebote für Kinder und Jugendliche.....	16
<b>6 Angebote für Erwachsene</b> .....	<b>17</b>
6.1 Versorgung im Krankenhaus .....	17
6.2 Beratungsangebote .....	18
6.3 Sozialpsychiatrische Wohnangebote .....	20
6.3.1 Ambulant betreutes Wohnen.....	20
6.3.2 Stationäre Wohnformen .....	21
6.3.3 Stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe .....	22
6.4 Beschäftigungsangebote in der Sozialpsychiatrie .....	23
6.5 Psychotherapeutische Versorgung.....	24



<b>7</b>	<b>Angebote der Suchthilfe.....</b>	<b>25</b>
7.1	Stationäre Angebote .....	25
7.2	Extramurale Angebote .....	26
7.2.1	Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen (Illegale Substanzen).....	26
7.2.2	Alkoholabhängigkeit.....	27
7.2.3	Abhängigkeit von illegalen Substanzen .....	28
7.2.4	Substitutionsbehandlung .....	28
7.2.5	Wohnangebote der Suchthilfe .....	29
<b>8</b>	<b>Selbsthilfe.....</b>	<b>30</b>
8.1	Verein Omnibus – Selbsthilfe für psychisch Kranke .....	30
8.2	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (hpe) .....	30
<b>9</b>	<b>Studie zur Erfassung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf .....</b>	<b>31</b>
<b>10</b>	<b>Planung und Steuerung der Integrationshilfen.....</b>	<b>40</b>
10.1	Ziele und Grundsätze.....	40
10.2	Hilfeplanung als Instrument zur Förderung der Lebensqualität .....	41
10.3	Hilfeplanung als Instrument des Casemanagements.....	42
10.4	Der Ablauf der Hilfeplanung.....	43
10.5	Statistische Kennzahlen zu den Hilfeplanverfahren.....	44
10.6	Art der Leistung .....	45
10.7	Partizipation im Rahmen der Hilfeplankonferenz .....	47
10.8	Überblick einzelner Leistungsbereiche .....	48
10.8.1	Teilstationäre Leistungen der Tagesstrukturangebote .....	49
10.8.2	Ambulante Leistungen – ambulant betreutes Wohnen (abW).....	50
10.8.3	Vollstationäre Leistungen.....	52
10.9	Überlegungen zur Versorgungssituation aus Sicht der Hilfeplanung.....	53
	<b>Anhang.....</b>	<b>55</b>

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

---

### Abbildungen

Abbildung 4.1: Gemeindegrößen (EWZ) der Vorarlberger Gemeinden.....	10
Abbildung 6.1: Betreuungsdauer im ambulant betreuten Wohnen in Quartalen (in Prozent) .....	20
Abbildung 9.1: Netzdiagramm der herausfordernden Verhaltensweisen im Vergleich der Einrichtungstypen I.....	36
Abbildung 9.2: Netzdiagramm der herausfordernden Verhaltensweisen im Vergleich der Einrichtungstypen II.....	38
Abbildung 10.1: Verteilung der Tagesstruktur-Anträge auf aks, pro mente und AQUA Mühle .....	49
Abbildung 10.2: Prozentuelle Verteilung der abW-Klientinnen und Klienten auf die Anbieter .....	51

### Tabellen

Tabelle 4.1: Zehn bevölkerungsreichste Gemeinden Vorarlbergs .....	9
Tabelle 4.2: Bevölkerungsdichte in den Regionen Vorarlbergs .....	11
Tabelle 4.3: Altersverteilung der Vorarlberger Bevölkerung .....	12
Tabelle 5.1: Organisationseinheiten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	13
Tabelle 5.2: Inanspruchnahme der KJP-Stationen und der KJP-Ambulanz am Standort Rankweil.....	13
Tabelle 5.3: Verteilung der Diagnosen (ICD-10 Obergruppen, Anteile in Prozent).....	14
Tabelle 5.4: Diagnosen der Kinder und Jugendlichen .....	15
Tabelle 5.5: Verteilung der Diagnosen (in Prozent) .....	15
Tabelle 6.1: Diagnosen der Patientinnen/Patienten der Erwachsenenpsychiatrie .....	17
Tabelle 6.2: Diagnosen der Patientinnen/Patienten der Gerontopsychiatrie .....	18
Tabelle 6.3: Einzelberatung und -betreuung bei pro mente und aks.....	18
Tabelle 6.4: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten in psychosozialer Einzelbetreuung .....	18
Tabelle 6.5: Dauer der psychosozialen Einzelbetreuung (Anteil in Prozent) .....	19
Tabelle 6.6: Verteilung der Diagnosen (Anteil in Prozent).....	19
Tabelle 6.7: Wohn- und Arbeitssituation der Klientinnen und Klienten (Anteil in Prozent).....	19
Tabelle 6.8: Ambulant betreutes Wohnen in der Sozialpsychiatrie im Überblick .....	20
Tabelle 6.9: Übergangswohnen im Überblick .....	21
Tabelle 6.10: Teilbetreutes Langzeitwohnen im Überblick.....	21
Tabelle 6.11: Vollbetreutes Wohnen im Überblick .....	22
Tabelle 6.12: Ergebnisse der stationären Wohnungslosenhilfe im Überblick .....	22
Tabelle 6.13: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten der stationären Wohnungslosenhilfe ....	23
Tabelle 6.14: Wochenstrukturierende Angebote im Überblick .....	23
Tabelle 6.15: Tagesstrukturierende Angebote im Überblick .....	23
Tabelle 7.1: Stationäre Angebote der Stiftung Maria Ebene .....	25
Tabelle 7.2: Caritas Suchtfachstellen im Überblick.....	27
Tabelle 7.3: Beratungsstellen für Abhängige von illegalen Substanzen.....	28

Tabelle 7.4: Betreuung der Substitutionspatientinnen und -patienten.....	28
Tabelle 7.5: Alter der Substitutionspatientinnen und -patienten.....	29
Tabelle 7.6: Wohngemeinschaften für suchterkrankte Menschen.....	29
Tabelle 8.1: Nutzung der Angebote von Omnibus .....	30
Tabelle 9.1: Verhaltensausrägungen im Vergleich der Einrichtungstypen I .....	35
Tabelle 9.2: Verhaltensausrägungen im Vergleich der Einrichtungstypen II .....	37
Tabelle 10.1: Antragsarten im Überblick.....	41
Tabelle 10.2 Multimodales Konzept zur Lebensqualität nach Shalock (1996).....	42
Tabelle 10.3 Alter der Klientinnen und Klienten im Hilfeplanverfahren.....	44
Tabelle 10.4: Häufigkeit der Anträge in den einzelnen Leistungsbereichen.....	45
Tabelle 10.5 Hilfeplanverfahren nach Antragsart 2010 - 2018 .....	45
Tabelle 10.6: Anzahl der Produkte pro Fall im Jahr 2017.....	46
Tabelle 10.7: Anzahl der Produkte pro beantragtem Fall im Jahr 2018.....	46
Tabelle 10.8: Antragsart in Kombination mit der Leistungsart (2018).....	47
Tabelle 10.9: Anzahl und Antragsart der Hilfeplankonferenzen 2017 und 2018.....	47
Tabelle 10.10: Anwesende bei den Hilfeplankonferenzen (Anteile in Prozent) .....	48
Tabelle 10.11: Zeitraum zur Erledigung der Anträge .....	48

## Abkürzungsverzeichnis

---

AdVLR	Amt der Vorarlberger Landesregierung
abW	Ambulant betreutes Wohnen
AG	Arbeitsgruppe
aks	aks Gesundheit GmbH/Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EP	Entwicklungsprojekt
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GLL	Gemeinsam Leben Lernen
HPK	Hilfeplankonferenz
ifs	Institut für Sozialdienste
KHBG	Krankenhausbetriebsgesellschaft
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LKHR	Landeskrankenhaus Rankweil
LPB	Landespsychiatriebeirat
ME	Stiftung Maria Ebene
N	Neuanträge
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
pmV	pro mente Vorarlberg
psR	psychosozialer Risikoscore
PSY	Psychiatrie
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SD	Standardabweichung (standard deviation)
SH	Suchthilfe
spB	sozialpsychiatrische Betreuung
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPS	Sozialpsychiatrie und Suchthilfe
SUPRO	Werkstatt für Suchtprophylaxe
VSG	Verein seelische Gesundheit
WH	Wohnungslosenhilfe



# 1 Einleitung

---

Der Vorarlberger Psychiatriebericht 2019 informiert über die psychosozialen Leistungsangebote und gibt einen Überblick über das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 - 2025<sup>4</sup>, das den strategischen Rahmen für die Weiterentwicklung der Versorgung darstellt.

Ein Kapitel dient der Beschreibung der Bevölkerung Vorarlbergs, ein Abschnitt widmet sich der Methodik der Berichterstattung und den genutzten Datenquellen.

Über die Versorgungssituation informieren die inhaltlich wie folgt gegliederten Kapitel:

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

Das letzte Kapitel des Berichts geht auf die Planung und Steuerung der Hilfen ein. Stationäre und teilstationäre 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.

Ein eigener Abschnitt (Kapitel 9) befasst sich im diesjährigen Psychiatriebericht mit einer Erhebung zur Erfassung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf, die in unterschiedlichen Einrichtungen (Pflege, Wohnungslosenhilfe, Sozialpsychiatrie) leben oder Beratungsleistungen in Anspruch nehmen. In der Fachliteratur werden diese Personen häufig als „heavy user“ oder „Systemsprenger“ bezeichnet. Ziel der Studie war es, die Größe dieser Personengruppe zu erfassen aber vor allem jene Verhaltensweisen zu beschreiben, die zu Belastung in den unterschiedlichen Betreuungssettings führen können. Die Studie wurde in Kooperation mit Prof. Harald Bliem (Universität Innsbruck, Institut für Psychologie und Sport) durchgeführt.

Der Psychiatriebericht informiert im Jahresabstand 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 Qualitätsverbesserungen und Innovation.

In Zukunft sollen verstärkt Routinedaten der Leistungsanbieter in den Bericht einfließen, damit kann der Dokumentations- und Bearbeitungsaufwand für alle Beteiligten deutlich reduziert werden. Gleichzeitig wird die Aussagekraft durch Aufnahme neuer Kennzahlen schrittweise erhöht.

---

<sup>4</sup> Abrufbar in der Themensuche auf: [www.vorarlberg.at](http://www.vorarlberg.at)



## 2 Entwicklungen im Berichtsjahr

---

### 2.1 Umsetzung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025

#### 2.1.1 Ziele und Inhalte des Psychiatriekonzepts 2015 -2025

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 - 2025<sup>5</sup> ist es, die Qualität der Versorgung aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Die psychische Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung 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, in die Entstehung des Konzepts waren die relevanten Systempartner involviert. Es bestand die Möglichkeit schriftliche Stellungnahmen einzubringen. In acht Zukunftswerkstätten wurden die wichtigsten Themen diskutiert. Betroffenen- und Angehörigenvertretungen waren am Entstehungsprozess des Konzepts beteiligt, die zeitliche Reihung der Projekte wurde gemeinsam festgelegt.

Zur Zielerreichung sollen bis 2025 zehn Entwicklungsprojekte etappenweise umgesetzt werden. Die Koordination der Umsetzung der einzelnen Projekte ist Aufgabe der Psychiatriekoordinationsstelle, die im Herbst 2014 eingerichtet wurde.

Das Psychiatriekonzept orientiert sich an folgenden Planungsgrundsätzen:

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

---

<sup>5</sup> Konzept auf [www.vorarlberg.at/sozialpsychiatrie](http://www.vorarlberg.at/sozialpsychiatrie)



### 2.1.2 Die einzelnen Projekte im Überblick

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:

- Ambulant betreutes Wohnen (umgesetzt)
- Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (umgesetzt)
- Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (umgesetzt)
- Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe (in Vorbereitung)
- Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen (in Vorbereitung)
- Integrierte Beschäftigungsprogramme (in Vorbereitung)
- Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche (Vorbereitung ab 2021)
- Integrierte Suchtberatungsstellen (Vorbereitung ab 2021)
- Gerontopsychiatrische Kompetenzteams auf Bezirksebene (Vorbereitung ab 2021)
- Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation (Vorbereitung ab 2021)

Die Reihenfolge der Projekte, die ab dem Jahr 2021 beginnen, wird zu einem späteren Zeitpunkt festgelegt.

### 2.1.3 Stand der Umsetzung

#### **Sozialpsychiatrischer Dienst auf Bezirksebene**

Mit der Eröffnung der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi)<sup>6</sup> an fünf Standorten (Bregenz, Lingenau, 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 Lingenau 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 Ersterkrankung sind eine rasche Abklärung und Information entscheidend. Im Bedarfsfall kann der SpDi auch aufsuchend tätig werden. Die Daten zur Inanspruchnahme fließen in den nächsten Psychiatriebericht ein, dann liegt ein komplettes Kalenderjahr zur Auswertung vor.

---

<sup>6</sup> [www.spdi.at](http://www.spdi.at)

## **Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche**

Der im Mai 2018 begonnene Ausbau der pro mente-Angebote an den Stellen in Dornbirn und Nenzing ist mittlerweile abgeschlossen. Folgende Leistungen für Kinder und Jugendliche werden angeboten:

- 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<sup>7</sup> 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.

## **Ambulant betreutes Wohnen**

Mit der Schaffung des ambulant betreuten Wohnens Anfang 2015 als Leistungsangebot der Integrationshilfe werden Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dabei unterstützt, eigenständig zu wohnen und das Leben selbst zu gestalten. Die Klientinnen und Klienten werden zuhause aufgesucht und bedarfsorientiert unterstützt, d.h. dass die Betreuungszeiten in Krisen jederzeit angepasst werden können. Dadurch soll auch ein Beitrag zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten geleistet werden. Der Zielwert liegt bei 49 Plätzen pro 100.000 Einwohnern. Ende 2018 standen drei Viertel der Kapazitäten zur Verfügung.

### 2.1.4 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.

---

<sup>7</sup> Weiterführende Information auf <http://www.promente-v.at/kontakt/jugend>

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 Psychiatrieberichterstattung

---

### 3.1 Ziele der Erhebung

Die vorliegenden Zahlen und Auswertungen bilden das Leistungsgeschehen im Jahr 2018 ab. Welche Hilfen werden wie häufig in Anspruch genommen? Wie können die Klientinnen und Klienten der Sozialpsychiatrie anhand soziodemografischer Merkmale beschrieben werden? Mit diesen Fragen befassen sich die Kapitel zur Inanspruchnahme von Leistungen.

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 stationären und teilstationären Leistungen und die Planung der 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), das fast alle Institutionen mittlerweile in ihre Datenbanken integriert haben und anstelle der Papierversion nutzen. Die Datenerhebung bezieht sich auf das Kalenderjahr 2018, folgende Merkmale werden erfasst:

- Bezeichnung des Leistungsangebots
- Geburtsjahr und Geschlecht
- Postleitzahl des Wohnorts
- Behandlungs- bzw. Betreuungsdauer in Quartalen
- Angabe einer evtl. bestehenden Erwachsenenvertretung
- Fallzuständigkeit der befragten Organisation
- Angabe zur psychiatrischen Diagnose
- Alter bei Ersterkrankung
- Dauer seit Ersterkrankung
- Dauer seit letztem Klinikaufenthalt
- Wohnverhältnisse
- Arbeits- und 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 werden folgende Datenquellen genutzt:

- Angaben zur Vorarlberger Bevölkerung der Statistik Vorarlberg
- Auswertungen aus den Leistungsdaten des LKH Rankweil
- Auswertungen zur Psychotherapie des ifs
- Daten aus dem bundesweiten Substitutionsregister

### **3.3 Psychosozialer Risikoscore (psR)**

Von Hermann Elgeti<sup>89</sup> und anderen wurde der psychosoziale Risikoscore (psR) entwickelt, um Einflussfaktoren auf den Verlauf einer psychischen Erkrankung in einer Kennzahl zusammenzufassen. Der Summenscore wird aus acht Variablen (3.1 - 3.8 des Datenblattes) 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 Wert 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 dokumentiert genau eine Leistung. Dadurch kann es zu Mehrfacherfassungen ein und derselben Person kommen, die Anzahl der Datenblätter ist nicht gleichzusetzen mit der Anzahl der betreuten Personen. Diese Einschränkung ergibt sich aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Für einige Pauschalleistungen sind keine Daten der Klientinnen und Klienten zu erfassen, d.h. dass viele Menschen ein Angebot in Anspruch nehmen, dazu aber keine Zahlen vorliegen.

Der Vorarlberger Psychiatriebericht erfasst einen Großteil der psychosozialen Versorgung in Vorarlberg, das sind sämtliche Institutionen der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe, die Mittel aus dem Vorarlberger Sozialfonds erhalten. Zusätzlich beteiligen sich die psychiatrischen Abteilungen des LKH Rankweil ebenso wie die stationären Suchteinrichtungen der Stiftung Maria Ebene. Nicht beteiligt an der Psychiatrieberichterstattung sind – mit Ausnahme der Psychotherapie – die ausschließlich von der VGKK finanzierten Leistungen (Facharztordinationen, Medikamente, usw.).

---

<sup>8</sup> Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft:51-58

<sup>9</sup> Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

## 4 Bevölkerung

---

In Vorarlberg leben 395.012 Menschen (Stichtag 31.12.2018)<sup>10</sup>. Im Jahr 2018 wuchs die Bevölkerung um 2.474 (+0,6%) Personen aufgrund einer positiven Wanderungsbilanz (1.259 Personen) und einer positiven Geburtenbilanz (1.215 Personen). Mit 1.852 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 den zehn größten leben jeweils mehr als 10.000 Einwohner (siehe Tab. 4.1)

**Tabelle 4.1: Zehn bevölkerungsreichste Gemeinden Vorarlbergs**

Gemeinde	Einwohnerzahl*	
	31.12.2017	31.12.2018
Dornbirn	49.353	49.620
Feldkirch	34.559	34.012
Bregenz	29.857	29.826
Lustenau	22.850	22.945
Hohenems	16.349	16.579
Bludenz	14.568	14.654
Hard	13.503	13.622
Rankweil	11.869	11.855
Götzis	11.477	11.720
Lauterach	10.290	10.298
<b>Summe</b>	<b>213.675</b>	<b>215.131</b>

\*Personen mit gemeldetem Hauptwohnsitz in Vorarlberg

In den zehn aufgelisteten Gemeinden lebt deutlich mehr als die Hälfte (54,4%) der Gesamtbevölkerung. In mittleren Gemeinden mit einer Einwohnerzahl zwischen 2.500 und 10.000 Einwohnern leben 28,5%. In den 28 Gemeinden zwischen 1.000 und 2.500 Einwohnern leben 12,4%. In 15 Kleingemeinden mit bis zu 500 Einwohnern leben 5.060 Personen (1,3%), in den 18 Gemeinden zwischen 500 und 1.000 Einwohnern sind es 13.041 Personen bzw. 3,3% (siehe Abb. 4.1).

---

<sup>10</sup> Aus: Bevölkerungsstatistik. Verwaltungszählung vom 31. Dezember 2018. AdVLR. Landesstelle für Statistik.

Abbildung 4.1: Gemeindegrößen (EWZ) der Vorarlberger Gemeinden



Im Durchschnitt liegt die Bevölkerungsdichte in Vorarlberg bei 150 Personen pro km<sup>2</sup>, im Vergleich der Regionen zeigen sich allerdings beträchtliche Unterschiede<sup>11</sup>. 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 km<sup>2</sup>. Die geringste Bevölkerungsdichte weisen die Regionen Arlberg und Klostertal mit 18, das Große Walsertal mit 18 und das Montafon mit 30 Einwohnern pro km<sup>2</sup> auf (siehe Tab. 4.2).

**Tabelle 4.2: Bevölkerungsdichte in den Regionen Vorarlbergs**

Region	Einwohnerdichte Gemeindefläche (EW/km <sup>2</sup> )
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
<b>Vorarlberg gesamt</b>	<b>150</b>

---

<sup>11</sup> Strukturdaten Vorarlberg 2018. Schriftenreihe der Abteilung für Raumplanung und Baurecht, Band 31. Amt der Vorarlberger Landesregierung (Hrsg.). Juni 2018



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

**Tabelle 4.3: Altersverteilung der Vorarlberger Bevölkerung**

Bezirke	Vorarlberg Gesamt	Lebensalter		
		0 < 15 Jahre	15 bis < 60 Jahre	60+ Jahre
	<b>395.012</b>	<b>63.179</b>	<b>240.781</b>	<b>91.052</b>
Bludenz	63.829	10.016	38.356	15.457
Bregenz	134.645	21.562	81.507	31.576
Dornbirn	89.144	14.447	54.647	20.050
Feldkirch	107.394	17.154	66.271	23.969

## 5 Angebote für Kinder und Jugendliche

### 5.1 Versorgung im Krankenhaus

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist am LKH Rankweil<sup>12</sup> angesiedelt. Mit 36 Betten sind die Kapazitätsvorgaben der Strukturpläne für Gesundheit<sup>13 14</sup> 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	-
<b>Gesamt</b>		<b>36</b>

Tabelle 5.2 zeigt die Inanspruchnahme der Stationen sowie der Ambulanz am Standort in Rankweil in den Jahren 2016 bis 2018.

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

Organisationseinheit	Jahr		
	2016	2017	2018
Patientenkontakte Ambulanz	1.274	1.746	1.313
Stationäre Aufnahmen	297	432	433

Die Aufenthaltsdauer an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie beträgt im Durchschnitt 19,8 Tage (SD = 28,0). 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).

<sup>12</sup> Information auf: <http://www.lkhr.at/rankweil/kinderpsychiatrie>

<sup>13</sup> Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017; <https://www.bmgf.gv.at/>)

<sup>14</sup> Regionaler Strukturplan Gesundheit, Betreuung und Pflege Vorarlberg 2020/2025 (<https://www.vorarlberg.at/pdf/ergebnisberichtdergoeg-re.pdf>)

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

ICD-10 Diagnosegruppe	Anteil in Prozent	
	2017	2018
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1,6	3,9
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1,3	0,7
F3 Affektive Störungen	7,1	6,9
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	38,6	35,8
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	2,2	3,7
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,8	5,3
F7 Intelligenzminderung	1,6	0,5
F8 Entwicklungsstörungen	0,7	0,9
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	33,5	42,0
Andere Diagnosen	7,8	0,9

Stationär aufgenommen wurden mehr Buben (61,2%) als Mädchen (38,8%). Das Durchschnittsalter der Kinder und Jugendlichen auf der Station lag 2018 bei 13,9 Jahren (SD = 2,6).

## 5.2 Extramurale Behandlungs- und Betreuungsangebote

### 5.2.1 Sozialpsychiatrische Leistungen für Jugendliche

pro mente bietet multiprofessionelle Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen<sup>15</sup> an. 2018 wurden 429 Kinder und Jugendliche betreut, etwas mehr Mädchen (244) als Buben (185). Das Durchschnittsalter liegt bei 15,5 Jahren (SD = 2,8 Jahre). Der Schwerpunkt liegt in der Altersgruppe 15 bis 18 Jahre (260 Fälle), gefolgt von der Gruppe der 10 bis 14-Jährigen (103). Über 18 Jahre waren 46 Personen und unter 10 Jahren 20 Personen. Tabelle 5.4 zeigt die Verteilung der Diagnosen.

**Tabelle 5.4: Diagnosen der Kinder und Jugendlichen**

ICD-10 Diagnosegruppe	2018
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,9
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1,4
F3 Affektive Störungen	21,2
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	45,0
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	4,2
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,1
F7 Intelligenzminderung	0,5
F8 Entwicklungsstörungen	3,3
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	18,2
Andere Diagnosen	0,2

### 5.2.2 Fachärztlicher Sprechtag (aks)

Der aks<sup>16</sup> bietet ein breites Spektrum an Unterstützungs- und Behandlungsleistungen für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten, psychiatrische Erkrankungen machen vergleichsweise einen geringen Anteil aus. Bei Hinweisen auf eine psychische Erkrankung erfolgt eine Abklärung im fachärztlichen Sprechtag. Der Sprechtag wurde 2018 in 254 Fällen genutzt. Die Kinder waren im Durchschnitt 7,3 Jahre alt (SD = 3,2). Die Verteilung der Diagnosen zeigt Tabelle 5.5.

**Tabelle 5.5: Verteilung der Diagnosen (in Prozent)**

ICD-10 Diagnosegruppe	2018
F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5,2
F3 Affektive Störungen	1,5
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	10,4
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	1,5
F7 Intelligenzminderung	3,1
F8 Entwicklungsstörungen	45,3
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	32,8

<sup>15</sup> Mehr Information auf: <http://www.promente-v.at/kontakt/jugend>

<sup>16</sup> Mehr Information auf: <https://www.aks.or.at/>

### **5.3 Beschäftigungsangebote für Jugendliche**

Spezielle Angebote für psychisch beeinträchtigte Jugendliche bieten pro mente mit Ju-on-Job<sup>17</sup> und AQUA Mühle<sup>18</sup>. AQUA Mühle unterstützt Jugendliche und junge Erwachsene mit einer Störung aus dem Autismusspektrum bei der Absolvierung einer Lehre. Ju-on-Job führt mit einer berufsorientierenden tagesstrukturierenden Maßnahme Jugendliche behutsam an den Arbeitsmarkt heran. Sind die Anforderungen dafür zu hoch, erfolgt zunächst die Teilnahme an einem wochenstrukturierenden Angebot.

Im Jahr 2018 betreute Ju-on-Job 46 Jugendliche im Alter zwischen 14 und 19 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 16,8 Jahre (SD = 1,1). Das Angebot wurde von 29 männlichen und 17 weiblichen Jugendlichen genutzt. Das Angebot für Jugendliche mit Autismusspektrumsstörung wurde von 17 Personen genutzt (13 männlich, 14 weiblich). Im Durchschnitt waren die Jugendlichen 16,8 Jahre alt (SD = 1,1).

### **5.4 Wohnangebote für Kinder und Jugendliche**

In Vorarlberg bieten mehrere Träger unterschiedliche Wohnmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche an. 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 sozialpädagogischen Wohngruppen integriert. Bei Bedarf kooperieren die Einrichtungen mit den sozialpsychiatrischen Anbietern, insbesondere mit pro mente. Diese Zusammenarbeit wird künftig weiter verstärkt. In der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung werden die in sozialpädagogischen Wohneinrichtungen betreuten Kinder und Jugendlichen nicht erfasst.

---

<sup>17</sup> Ju-on-Job: <http://www.promente-v.at/jugend/angebote/ju-on-job>

<sup>18</sup> AQUA Mühle: <https://www.aqua-soziales.com/>

## 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). Im Jahr 2018 wurden auf den Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie 2.601 Aufenthalte gezählt.

**Tabelle 6.1: Diagnosen der Patientinnen/Patienten der Erwachsenenpsychiatrie**

ICD-10 Diagnosegruppe	Prozentanteil
F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,9
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	25,8
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	22,4
F3 Affektive Störungen	24,1
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	12,5
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	0,5
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9,7
F7 Intelligenzminderung	2,6
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	0,7
Andere Diagnosen	1,1

Auf der Erwachsenenpsychiatrie wurden 2018 annähernd gleich viel Männer wie Frauen stationär aufgenommen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 18,8 Tage. Die Verweildauern variieren sehr stark, es gibt viele sehr kurze Aufenthalte und einige wenige sehr lange Aufenthalte, was in der hohen Standardabweichung von 32,8 Tagen zum Ausdruck kommt. Am häufigsten sind Aufenthalte zwischen 10 und 14 Tagen. Das Durchschnittsalter lag 2018 bei 40,2 Jahren (SD = 12,3).

Die Ambulanz für Erwachsene des LKH Rankweil wurde von 1.278 Patientinnen und Patienten frequentiert, insgesamt gab es von diesen Personen 4.971 Ambulanzkontakte.

In die gerontopsychiatrische Abteilung wurden im vergangenen Jahr 802 Patientinnen und Patienten aufgenommen (gegenüber 735 im Jahr 2017). Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten betrug 74,4 Jahre (SD = 10,1). Es wurden mehr Frauen (459) als Männer (343) aufgenommen.

Die durchschnittliche Verweildauer auf der Abteilung für Gerontopsychiatrie betrug 18,8 Tage, es bestehen allerdings große Unterschiede hinsichtlich dieses Merkmals, die Standardabweichung lag bei 21,9 Tagen.

**Tabelle 6.2: Diagnosen der Patientinnen/Patienten der Gerontopsychiatrie**

ICD-10 Diagnosegruppe	Prozentanteil
F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	40,3
F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	11,1
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	7,7
F3 Affektive Störungen	28,4
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	10,0
Andere Diagnosen	2,5

## 6.2 Beratungsangebote

aks und pro mente bieten an mehreren Standorten in Vorarlberg sozialpsychiatrische Einzelberatung und -betreuung an. Beim aks wurden 744 und bei pro mente 1.614 Fälle betreut (siehe Tab 6.3). Bei den meisten Merkmalen zeigt sich eine hohe Übereinstimmung zwischen den beiden Einrichtungen. Der psychosoziale Risikoscore ist mit 19,1 (aks) bzw. 19,9 (pro mente) ähnlich hoch ausgeprägt. In beiden Organisationen liegt der Frauenanteil bei rund 60 %. Die Klientinnen und Klienten des aks sind im Durchschnitt etwas älter als jene von pro mente (siehe dazu Tabelle 6.3)

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

Code	Alter (MW)	Geschlecht	psR	Fälle
aks	50,1 (SD=13,7)	M= 272; W= 471	19,1; SD=3,3	744
pro mente	46,7 (SD=12,9)	M= 630; W= 984	19,9; SD=3,7	1.614

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 (in %)	aks (in %)
0 bis unter 18 Jahre	0,3	0,5
18 bis 25 Jahre	7,7	5,2
26 bis 35 Jahre	12,6	9,5
36 bis 45 Jahre	20,4	19,1
46 bis 55 Jahre	34,5	30,5
56 bis 65 Jahre	19,0	23,8
66 bis 75 Jahre	4,1	6,9
76 bis 85 Jahre	1,2	4,4
86 bis 95 Jahre	0,2	0,1

Die Betreuungsdauer erstreckt sich meistens über mehrere Quartale, in 55,9 % (pro mente) bzw. 46,8 % 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	14,7	19,5
2 Quartale	15,5	18,1
3 Quartale	13,8	15,6
4 Quartale	55,9	46,8

Einen Überblick über die Verteilung der Diagnosen bietet die folgende Darstellung (Tab. 6.6).

**Tabelle 6.6: Verteilung der Diagnosen (Anteil in Prozent)**

Psychiatrische Diagnosegruppe gemäß Datenblatt	pro mente	aks
Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend, Entwicklungsstörung	2,2	0,5
neurotische/psychosomatische Störung	45,9	43,0
Suchterkrankung oder Persönlichkeitsstörung	15,1	10,9
schizophrene/wahnhaftige Störung oder affektive Psychose	34,5	38,8
organische psychische Störung	2,2	6,2
psychiatrische Diagnose unbekannt/unklar	0,1	0,5

Eine Gruppe von 1,2 % (aks) bzw. 2,9 % lebt nicht selbständig, 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	57,7	59,1
Alleinwohnen in eigener Wohnung	38,8	39,7
Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers, Strafvollzug	2,5	0,8
ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungslosenhilfe)	0,7	0,4
Wohnsituation unbekannt/unklar	0,2	0,0
Arbeitssituation	pro mente	aks
Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie	11,4	8,2
Teilzeittätigkeit	9,1	9,1
geschützte Arbeit	4,4	0,9
ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit	74,2	81,3
Arbeitssituation unbekannt/unklar	0,9	0,4



## 6.3 Sozialpsychiatrische Wohnangebote

### 6.3.1 Ambulant betreutes Wohnen

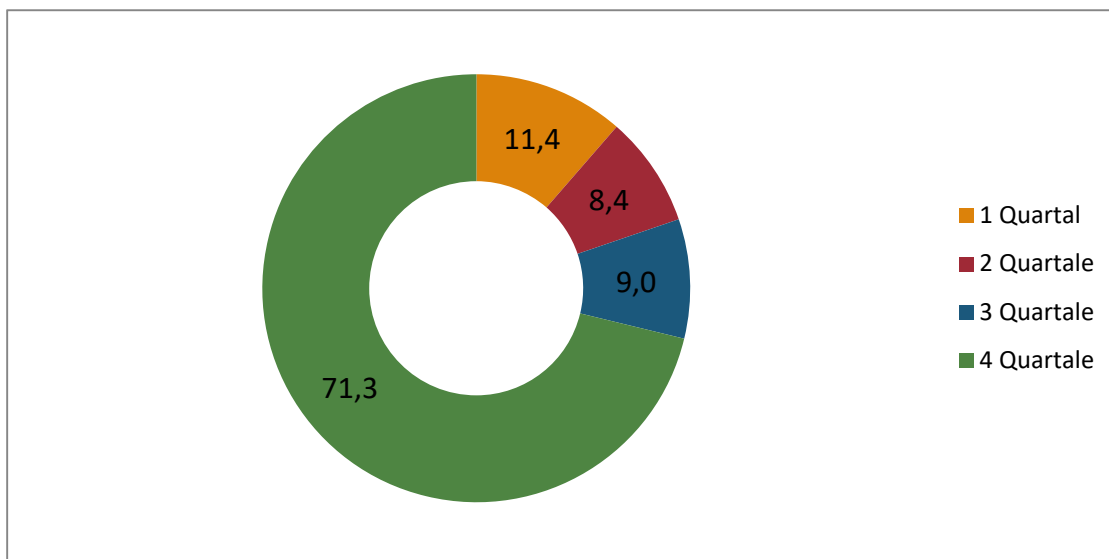
Dieses Angebot wurde Anfang 2015 entsprechend dem Vorarlberger Psychiatriekonzept schrittweise eingeführt und wird sehr gut angenommen. Ziel dieses aufsuchenden Dienstes ist es, den Klientinnen und Klienten ein Leben weitgehend in Selbständigkeit zu ermöglichen. Im Bereich Sozialpsychiatrie bieten aks, AQUA Mühle und pro mente dieses Angebot an und versorgten 167 Klientinnen und Klienten im Jahr 2018 (Tab. 6.8), im Jahr davor waren es 140 Personen.

**Tabelle 6.8: Ambulant betreutes Wohnen in der Sozialpsychiatrie im Überblick**

Anbieter	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
aks	49,1 (SD=11,6)	M= 28, W= 55	21,3 (SD = 2,6)	84
AQUA Mühle	44,4 (SD=13,2)	M= 9, W= 3	21,7 (SD = 1,4)	12
pro mente V	48,7 (SD=12,8)	M= 28, W= 43	22,3 (SD = 2,1)	71
<b>Gesamt</b>	48,6 (SD=12,2)	M= 65, W= 101		<b>167</b>

Weit mehr Frauen (61 %) als Männer (39 %) nahmen das ambulant betreute Wohnen in Anspruch. Die meisten Betreuungen finden längerfristig statt (Abb. 6.3).

**Abbildung 6.1: 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.

### 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 (Tabelle 6.9).

**Tabelle 6.9: Übergangswohnen im Überblick**

Angebot	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
aks	43,5 SD=18,1	M=11, W=6	24,1 (SD = 1,9)	17
AQUA Mühle	33,8 SD=2,5	M=7, W=5	24,0 (SD = 3,6)	12
pro mente	35,8 SD=11,0	M=22, W=20	22,6 (SD = 2,4)	42

#### 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	Fälle
pro mente	42,4 SD=11,9	M=13 W=14	22,8 (SD = 2,7)	27
VSG	57,0 SD=11,8	M=2 W=7	23,4 (SD = 0,8)	9
<b>GESAMT</b>	<b>45,6 SD=13,0</b>	<b>M=19 W=22</b>		<b>41</b>

### Vollbetreutes Wohnen mit oder ohne Nachtdienst

Vollbetreutes Wohnen wird in Frastanz (AQUA Mühle) und seit Anfang 2018 in Langenegg im Bregenzerwald angeboten. 2018 waren insgesamt 66 Fälle zu verzeichnen.

**Tabelle 6.11. Vollbetreutes Wohnen im Überblick**

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
aks	39,1 SD = 12,4	M = 16, W = 12	27,0 SD = 1,2	28
AQUA Mühle	35,4 SD = 12,7	M = 25, W = 13	24,6 SD = 1,9	38
<b>Gesamt</b>	<b>37,0 SD = 12,6</b>	<b>M = 41, W = 25</b>		<b>66</b>

### 6.3.3 Stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe

Seit einigen Jahren beteiligen sich auch die drei stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an der Psychiatrieberichterstattung. Ihr primärer Auftrag ist die Verbesserung der sozialen Situation der 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. In allen drei Häusern zusammen waren 2018 insgesamt 450 Aufenthalte zu verzeichnen (gegenüber 428 im Jahr davor), Tabelle 6.12 zeigt die Ergebnisse im Überblick. In der stationären Wohnungslosenhilfe liegt der psychosoziale Risikoscore (psR) ähnlich hoch wie in den stationären Wohnformen der Sozialpsychiatrie.

**Tabelle 6.12: Ergebnisse der stationären Wohnungslosenhilfe im Überblick**

Anbieter	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
Kolpinghaus Götzis	42,9, SD=14,3	M = 77, W = 15	25,5 (SD=1,9)	92
Kolpinghaus Bregenz	45,0, SD=15,0	M = 88, W = 21	24,4 (SD=2,2)	109
Kaplan Bonetti Haus	41,7, SD=14,7	M = 179, W = 48	24,3 (SD=2,1)	227
<b>GESAMT</b>	<b>42,8, SD=14,8</b>	<b>M = 344, W = 84</b>		<b>428</b>

76,2% der Klientinnen und Klienten sind zwischen 26 und 65 Jahre alt, das Durchschnittsalter liegt bei 44,4 Jahren (SD = 15,4), die Gruppe der Personen bis 25 Jahre hat im Vergleich zum Vorjahr deutlich zugenommen und lag 2018 bei rund 15% (siehe Tabelle 6.13).

Der Frauenanteil lag 2018 (wie im Vorjahr) bei rund 20%. Bei einem Anteil von über 40 Prozent liegt die Verweildauer über einem halben Jahr (Abb. 6.6). Bei rund 70% der Bewohnerinnen und Bewohner ist eine psychiatrische Diagnose bekannt. Meistens handelt es sich um eine Schizophrenie oder eine Suchterkrankung.

**Tabelle 6.13: Altersverteilung der Klientinnen und Klienten der stationären Wohnungslosenhilfe**

Alterskategorien	Anteil (in %)
0 bis unter 18 Jahre	1,6
18 bis 25 Jahre	13,1
26 bis 35 Jahre	15,9
36 bis 45 Jahre	21,7
46 bis 55 Jahre	21,3
56 bis 65 Jahre	17,3
66 bis 75 Jahre	7,0
76 bis 85 Jahre	1,4
86 bis 95 Jahre	0,7

#### 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 1.140 Fällen (1.053 im Jahr 2017) Wochenstruktur angeboten (siehe Tab. 6.13).

**Tabelle 6.14: Wochenstrukturierende Angebote im Überblick**

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
aks	52,5 (SD=13,3)	M = 157 W = 331	19,2 (SD = 3,1)	488
pro mente	47,8 (SD=11,7)	M = 238, W = 414	20,6 (SD = 3,4)	652
<b>GESAMT</b>	<b>49,8 (SD=12,6)</b>	<b>M = 395, W = 745</b>		<b>1.140</b>

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 239 Fällen in Anspruch genommen (siehe Tab 6.14).

**Tabelle 6.15: Tagesstrukturierende Angebote im Überblick**

Anbieter	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
aks	40,1 SD = 12,3	M = 41, w = 27	24,8 (SD=2,7)	68
AQUA Mühle	37,8 SD = 11,3	M = 77, w = 48	22,8 (SD=2,7)	125
pro mente	40,2 SD = 10,3	M =21, w = 25	22,5 (SD=2,8)	46
<b>GESAMT</b>	<b>38,8 SD=11,7</b>	<b>M = 139, w = 100</b>		<b>239</b>

## 6.5 Psychotherapeutische Versorgung

### ifs-Psychotherapie

Die meisten (für die Klientinnen und Klienten kostenlosen) Psychotherapiestunden werden im Rahmen des ifs-Versorgungsmodells<sup>19</sup> erbracht. Das ifs informiert in einem Bericht über das psychotherapeutische Versorgungsmodell, das vom Vorarlberger Sozialfonds und den Sozialversicherungen gemeinsam finanziert wird. Im Bericht werden Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandelt. Dem ifs-Bericht zur Psychotherapie<sup>20</sup> sind folgende Informationen zu entnehmen:

- Im Jahr 2018 nahmen 2.704 Personen Psychotherapie im Rahmen des ifs- Versorgungsmodells in Anspruch, 137 Personen mehr als im Vorjahr.
- 55 Psychotherapeutinnen und -therapeuten verteilt auf alle vier Bezirke Vorarlbergs haben an 18 Standorten Psychotherapie angeboten.
- Im Jahr 2018 wurden 26.435 Psychotherapiestunden geleistet, davon entfielen 2.077 Stunden für die Arbeit mit Kindern.
- 62 % der Klientinnen und Klienten waren unter 45 Jahre alt. Der Anteil der unter 18-Jährigen betrug 9 %.
- 97 % der behandelten Personen hatten im Berichtszeitraum einen Stundenbedarf von max. 30 Stunden.
- Bei 68 % der behandelten Personen dauerte die Psychotherapie nicht länger als ein Jahr.
- Es nahmen mehr Frauen (rund zwei Drittel) als Männer (rund ein Drittel) Psychotherapie in Anspruch.

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 2018 kam dieses Angebot 593 Personen (383 Frauen, 210 Männern) zugute.

### Gemeinsam leben lernen (GLL)

Ein besonders intensives und dennoch niederschwelliges psychotherapeutisches Angebot bietet die Einrichtung *Gemeinsam leben lernen*. 2018 wurden insgesamt 99 Personen teilstationär (25 Fälle) oder ambulant (74 Fälle) betreut.

---

<sup>19</sup> <https://www.ifs.at/psychotherapie-vorarlberg.html>

<sup>20</sup> Psychotherapie Vorarlberg. Bericht 2018. Institut für Sozialdienste (Hrsg.)

## 7 Angebote der Suchthilfe

### 7.1 Stationäre Angebote

Die Stiftung Maria Ebene<sup>21</sup> 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	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
Krankenhaus Maria Ebene Frastanz	47,3 (SD = 10,8)	M = 264, W = 106	20,6 (SD = 2,4)	370
Therapiestation Carina	35,5 (SD = 9,5)	M = 24, W = 22	23,1 (SD = 2,8)	46
Lukasfeld Stationäre Entwöhnung	28,0 (SD = 6,6)	M = 41, W = 12	22,4 (SD = 1,7)	53
Lukasfeld stationäre Entgiftung	32,9 (SD = 9,1)	M = 54, W = 11	22,3 (SD = 2,3)	65

#### 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 52 Tage. Bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten liegt die Verweildauer bei bis zu 21 Tagen, bei einem Viertel liegt sie bei 58 Tagen oder darüber, die Hälfte liegt zwischen 21 und 58 Tagen.

Die suchtmmedizinische Ambulanz des KH Maria Ebene wird stark beansprucht, im Jahr 2018 waren 1.025 Kontakte zu verzeichnen. Ähnlich wie beim stationären Angebot überwiegen männliche Patienten mit einem Anteil von 66,3 %, die ambulante Betreuung erfolgt in vielen Fällen längerfristig. 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 Raucherentwöhnung hatte 320 Fälle zu verzeichnen im Jahr 2018 (149 Männer und 171 Frauen).

<sup>21</sup> Leistungsangebot und Einrichtungen der Stiftungen Maria Ebene:

<http://mariaebene.at/>

## **Lukasfeld**

Die Therapieeinrichtung in Meiningen bietet stationäre Entgiftung (65 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. In 25 % der Fälle liegt die Verweildauer bei 121 Tagen oder mehr, bei 25 % sind es bis zu 23 Tage, die Hälfte der Patientinnen und Patienten liegt zwischen diesen beiden Werten. Lukasfeld wird häufig von jüngeren Patientinnen und Patienten aufgesucht. Zum Leistungsangebot von Lukasfeld gehören auch intensive ambulante Abklärungen, was 2018 in 88 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 (z.B. Menschen mit Essstörungen oder mit schweren Persönlichkeitsstörungen). Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel etwa drei Monate, wird aber sehr auf den individuellen Bedarf abgestimmt. Bei einem Viertel der Fälle lag die Behandlungszeit bei 53 Tagen, bei einem weiteren Viertel 172 Tage. Im Jahr 2018 wurden 46 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 2018 von 72 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 (Illegale Substanzen)**

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

- dowas in Bregenz<sup>22</sup>
- ex und hopp in Dornbirn<sup>23</sup>
- Caritas Café in Feldkirch<sup>24</sup>
- do it yourself in Bludenz<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> <https://www.dowas.at/>

<sup>23</sup> <http://www.exundhopp.at/wordpress/>

<sup>24</sup> <https://www.caritas-vorarlberg.at/unsere-angebote/sucht/kontakt-und-anlaufstelle-caritas-cafe/>

<sup>25</sup> <https://doit.at/>

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).

**Tabelle 7.2: Caritas Suchtfachstellen im Überblick**

Standort	Angebot	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
<b>Bregenz</b>	Suchtth.	48,9 (SD = 13,5)	M = 16, W = 29	19,6 (SD = 4,1)	<b>194</b>
	Beratung	48,0 (SD = 13,0)	M = 81, W = 68	18,9 (SD = 4,1)	
<b>Egg</b>	Suchtth.	44,3 (SD = 11,7)	M = 8, W = 39	14,4 (SD = 3,2)	<b>142</b>
	Beratung	54,6 (SD = 12,9)	M = 61, W = 34	18,4 (SD = 4,1)	
<b>Dornbirn</b>	Suchtth.	45,2 (SD = 14,5)	M = 14, W = 25	18,1 (SD = 3,6)	<b>175</b>
	Beratung	48,6 (SD = 11,2)	M = 89, W = 47	18,6 (SD = 3,9)	
<b>Feldkirch</b>	Suchtth.	43,2 (SD = 10,9)	M = 13, W = 26	17,8 (SD = 3,5)	<b>281</b>
	Beratung	42,6 (SD = 13,2)	M = 111, W = 131	17,8 (SD = 3,6)	
<b>Bludenz</b>	Suchtth.	47,8 (SD = 11,7)	M = 6, W = 8	18,6 (SD = 2,2)	<b>130</b>
	Beratung	51,5 (SD = 12,3)	M = 73, W = 43	18,1 (SD = 3,6)	
<b>GESAMT</b>		<b>47,3 (SD = 13,1)</b>	<b>M = 472, W = 450</b>		<b>922</b>

Die größte Gruppe sind die 46 bis 65 Jahre alten Klientinnen und Klienten (50,6%), 34,6% zählen zur Gruppe im Alter zwischen 26 und 45 Jahren.



### 7.2.3 Abhängigkeit von illegalen Substanzen

#### **Beratungsstellen**

Die Beratungsstellen bieten Suchtberatung und -therapie, begleiten Klientinnen und Klienten im Substitutionsprogramm und organisieren bei Bedarf weitere Hilfen. Diese Individualleistungen wurden von 1.245 Personen in Anspruch genommen (siehe Tabelle 7.3). In der Darstellung sind pauschalfinanzierte, niederschwellige Angebote nicht berücksichtigt.

**Tabelle 7.3: Beratungsstellen für Abhängige von illegalen Substanzen**

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
Clean Bregenz	35,0 (SD = 10,9)	M = 379, W = 113	18,4 (SD=3,5)	492
die Faehre Dornbirn	37,9 (SD = 11,6)	M = 96, W = 48	19,6 (SD=3,8)	144
Clean Feldkirch	32,9 (SD = 12,0)	M = 198, W = 61	17,0 (SD=3,5)	259
Caritas Feldkirch	34,9 (SD = 11,5)	M = 75, W = 18	17,3 (SD=3,1)	93
Clean Bludenz	32,1 (SD = 11,7)	M = 203, W = 54	17,3 (SD=3,1)	257
<b>GESAMT</b>	<b>34,3 (SD = 11,6)</b>	<b>M = 951, W = 294</b>		<b>1.245</b>

### 7.2.4 Substitutionsbehandlung

Im bundesweiten Substitutionsregister laufen die Daten zur Substitutionsbehandlung zusammen, im Jahr 2018 befanden sich insgesamt 694 Personen (522 männlich, 172 weiblich) in einem Substitutionsprogramm. In der Regel findet zusätzlich eine Betreuung durch eine der Beratungsstellen statt (siehe Tabelle 7.4).

**Tabelle 7.4: Betreuung der Substitutionspatientinnen und -patienten**

Beratungsstelle	Fälle
Clean Bregenz	270
ex und hopp	81
die faehre	79
Clean Bludenz	69
Clean Feldkirch	63
Caritas Suchtfachstelle Feldkirch	53
Andere/Keine	79
<b>Gesamt</b>	<b>694</b>

Bei Behandlungsbeginn ist der überwiegende Teil (41,2%) erwerbstätig, 31,7% beziehen Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe und 16,4% sind in Pension. Mindestsicherung bezieht ein Anteil von 4,7%.

**Tabelle 7.5: Alter der Substitutionspatientinnen und -patienten**

Alterskategorien	Anzahl Fälle	Anteil in Prozent
bis 20 Jahre	5	0,7
21 bis 30 Jahre	140	20,2
31 bis 40 Jahre	262	37,8
41 bis 50 Jahre	165	23,9
über 50 Jahre	122	15,6

### 7.2.5 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 7.6: Wohngemeinschaften für suchterkrankte Menschen**

Bezeichnung	Alter	Geschlecht	psR	Fälle
Caritas Nachbetreuungs- wohngemeinschaft	47,5 (SD = 12,8)	M = 10, W = 0	21,5 SD=3,5	10
Lukasfeld Therapeutische Wohngemeinschaft	34,0 (SD = 4,1)	M = 7, W = 1	21,3 SD=2,1	9

Ambulant betreutes Wohnen nahmen 2018 insgesamt 26 Klientinnen und Klienten in Anspruch, 16 bei der Caritas, 10 beim Clean Bregenz.

## 8 Selbsthilfe

---

### 8.1 Verein Omnibus – Selbsthilfe für psychisch Kranke

Die Selbsthilfeorganisation *omnibus* feierte 2018 ihr 20jähriges Bestehen, 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, Vorträge) 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 2018<sup>26</sup>, insgesamt war Omnibus mit 519 Menschen im Gespräch (438 Betroffene, 81 Angehörige).

**Tabelle 8.1: Nutzung der Angebote von Omnibus**

Angebot	Anzahl 2017	Anzahl 2018
Telefonische Beratung	851	955
Gruppenangebote	1.289	1.139
LKH R Peer Gespräche	117	145
LKH R Vortrag	32	22
LKH R Gruppe	121	120
Peer-Gespräche	574	732
Online-Beratung	44	131
Hausbesuche	38	59

### 8.2 Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (hpe)

Die Selbsthilfeorganisation hpe ist in ganz Österreich tätig. Die Dachorganisation bringt regelmäßig die Zeitschrift *kontakt* heraus und jährlich wird eine Tagung organisiert. Die hpe Vorarlberg<sup>27</sup> berät und unterstützt Angehörige von psychisch kranken Menschen, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können telefonisch kontaktiert werden. Mehrere Selbsthilfegruppen werden im Land betrieben. Gemeinsam mit *omnibus* und *pro mente* wird das dialogische Schulprojekt<sup>28</sup> 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 als Sprachrohr der Angehörigen und vertritt deren Interessen im Vorarlberger Landespsychiatriebeirat.

---

<sup>26</sup> <http://www.verein-omnibus.org/>

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

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

## 9 Studie zur Erfassung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf

---

### Ausgangssituation und Ziele der Studie

Einige Menschen können mit dem bestehenden sozialpsychiatrischen Versorgungsangebot nur sehr schwer oder gar nicht erreicht werden. Meistens handelt es sich um Personen, die an einer schweren (oft chronischen) psychischen Störung und einer Suchterkrankung leiden, manchmal kommt Pflegebedarf als zusätzliche Anforderung für die Betreuung hinzu. Krankheitsbedingt zeigen die Betroffenen häufig ein sehr herausforderndes Verhalten, das die zeitlichen Ressourcen der Betreuungspersonen übersteigt und unterschiedliche Institutionen an die Grenzen ihrer Möglichkeiten bringt. Im Zusammenhang mit Hilfeplankonferenzen, in den Arbeitsgruppen des Psychiatriebeirats und in unterschiedlichen Vernetzungstreffen werden immer wieder Einzelfälle thematisiert, die aus Sicht von Expertinnen und Experten nicht adäquat versorgt werden können.

Um diese Thematik zu vertiefen und aus mehreren Perspektiven zu beleuchten, veranstaltete der Fachbereich Sozialpsychiatrie und Sucht Anfang 2017 eine Fachdiskussion mit dem Titel *Zwischen Wohnungshilfe, Sozialpsychiatrie und Pflege - Grenzgänger in der psychiatrischen Betreuung und Pflege*. Ausgehend von zwei Fallvignetten wurde analysiert, wie ein optimaler Behandlungs- und Betreuungspfad ausschauen sollte, um auch Menschen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten zu betreuen. Im Rahmen der Veranstaltung wurden die (möglichen) Gründe für gescheiterte Betreuungsversuche gesammelt und erste Lösungsansätze entwickelt.

Die Veranstaltung machte deutlich, dass eine nähere Befassung mit dem Thema unbedingt erforderlich ist, um die Versorgungsangebote schrittweise an die neuen Herausforderungen anpassen zu können. Die berichteten Einzelfälle nehmen oft einen dramatischen Verlauf und die Betroffenen sind in mehreren Einrichtungen bekannt. Über die tatsächliche Anzahl an Fällen in Vorarlberg ist allerdings wenig bekannt. Daher führte der Fachbereich Sozialpsychiatrie und Sucht gemeinsam mit dem Fachbereich Senioren und Pflegevorsorge in Kooperation mit der Universität Innsbruck (Institut für Psychologie und Sport) in den darauffolgenden Monaten eine Erhebung in Einrichtungen der Sozialpsychiatrie, der Suchthilfe und der Pflege durch. Ziel war einerseits eine erste zahlenmäßige Annäherung an die Personengruppe, die zu Belastungen in vielen Institutionen führt. Andererseits sollte aufgezeigt werden, welche Verhaltensweisen es tatsächlich sind, die zu Problemen führen. Einige Ergebnisse der Studie werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

### Methodische Vorgehensweise

Bereits in den 1970er und 1980er Jahren wurden erste Arbeiten zu Personen publiziert, die durch überdurchschnittliche Inanspruchnahme von extramuralen Leistungen und häufige stationäre Aufenthalte (überwiegend in psychiatrischen Krankenhäusern) auffallen. In der Literatur finden sich häufig die Bezeichnungen *heavy user* oder *Systemsprenger* als Kategorisierung für diese Personengruppe. Neben gesundheitlichen Einschränkungen weist diese Gruppe in der Regel auch auf anderen Ebenen, wie zum Beispiel bei der Arbeit bzw. in der Tagesstruktur, in Bezug auf

gesellschaftliche Teilhabe oder im Bereich Wohnen materielle oder immaterielle Defizite auf. Diese Gruppe von Menschen wird nicht selten als *austherapiert*, *nicht paktfähig*, *unhaltbar* und *schwierig* bezeichnet. Im sogenannten (stationären) Regelsetting von sozialpsychiatrischen Institutionen und Suchteinrichtungen werden Betroffene häufig mit Aufnahmebedingungen konfrontiert, die sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht erfüllen können. Dadurch bleibt ihnen der Zugang zur notwendigen Unterstützung oft verwehrt oder ist zumindest schwer zugänglich. In der Folge kommt es oft zu vermehrten Aufenthalten in psychiatrischen Krankenhäusern. Die Betroffenen werden unter daher auch als *Drehtürpatienten*, *Problempatienten* oder *Langlieger* bezeichnet. Die Versorgungsforschung in Deutschland (Steinhart 2008, Giertz 2017) postuliert, dass die Problematik dieser Gruppe auch auf einen Mangel an flexiblen und personenzentrierten Hilfen innerhalb bestimmter Versorgungsstrukturen zurückgeführt werden kann. In Österreich führte Martin Böhm (2011) eine Forschungsarbeit zu den „heavy users“ durch, welche vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegeben wurde.

Für die durchgeführte Studie sollten von den befragten Institution Personen eingeschlossen werden, die folgende Merkmale aufweisen:

- Kritische Sonderstellung unter den Betreuten aufgrund starker Verhaltensauffälligkeiten
- Stören der Arbeit in Gruppen, unkooperatives Verhalten
- Sprengen der Rahmenbedingungen
- Häufiges Wechseln der Einrichtungen
- Häufige stationäre Aufenthalte im Krankenhaus (d.h. eine Verweildauer von mehr als 60 Tagen oder mehr als vier Aufnahmen in einem Jahr)

Diese Definition orientiert sich also nicht an bestimmten Krankheitsdiagnosen, sondern durch *aggressives, anspruchsvolles, irritierendes Verhalten* (Schöny, 2018), das oftmals zu vorzeitigen (disziplinarischen) Entlassungen führt oder schon im Vorfeld eine Aufnahme in den dafür zuständigen Einrichtungen verhindert.

Befragt wurden folgende Institutionen:

- Wohnhäuser und Beratungsstellen der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe (SPS)
- Case Management, Pflegeheime, ambulante gerontopsychiatrische Pflege
- Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und Notschlafstellen
- Tagesstruktur-Einrichtungen
- LKH Rankweil und stationäre Einrichtungen der Stiftung Maria Ebene

Die beteiligten Institutionen waren aufgefordert, jene betreuten Personen zu identifizieren, die den oben genannten Kriterien entsprechen und anhand eines Fragebogens die Art und Intensität bestimmter Verhaltensweisen näher zu beschreiben.

## **Befragungsinstrument**

Die Befragung war in drei Teile untergliedert. Teil A erfasst die einrichtungsspezifischen Daten wie die genaue Beschreibung des Angebots (Tagesstruktur, Wohnen, Pflege, etc.), das Platzangebot sowie Angaben zur Personalsituation. Im Teil B werden pro Klientin/pro Klient mit herausforderndem Verhalten die soziodemografischen Angaben erfasst und folgende Fragen gestellt:

- Von welcher Einrichtung wurde der Klient/die Klientin zugewiesen?
- Wie lange war die Aufenthaltsdauer und gab es bereits Aufnahmen derselben Person in das eigene Angebot?
- Gab es stationäre Krankenhausaufenthalte? Handelte es sich dabei um Aufenthalte gemäß Unterbringungsgesetz?
- Wie häufig sind soziale Kontakte der betreffenden Person?

Der ausführliche Teil C befasst sich mit dem Verhalten der einzelnen Klientinnen und Klienten in 32 Items, die folgenden vier Faktoren zugeordnet werden können:

- Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität
- Suizidalität
- Delinquenz und Konsum
- Manipulation und Belästigung

## **Beteiligung an der Erhebung**

Insgesamt wurden 1.062 Fragebogen für Personen ausgefüllt, die aus Sicht der Einrichtungen die oben genannte „*Systemsprenger*“-Definition erfüllen. Dabei handelte es sich in 61% der Fälle um Männer und bei 39% um Frauen. Ergebnisse werden im vorliegenden Bericht für jene 304 Personen dargestellt, die in einer stationären Einrichtung der Sozialpsychiatrie, der Wohnungslosenhilfe und der Suchthilfe (zusammen 164 Fälle) leben. Dem Wohnbereich Sozialpsychiatrie wurden 16 Personen hinzugezählt, die die Tagesstruktur der AQUA Mühle in Anspruch nehmen oder in einem Pflegeheim (140 Fälle) leben.

Der folgende Überblick zeigt die prozentuelle Verteilung nach Einrichtungstyp:

- 46,1% Pflegeheime
- 30,0% Wohnungslosenhilfe (Wohnheime und Notschlafstellen)
- 14,0% Sozialpsychiatrische Wohneinrichtungen
- 5,0% Suchthilfe-Wohnangebote
- 5,0% Tagesstruktur AQUA Mühle

## **Klienten in den Wohnbereichen Sozialpsychiatrie, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe**

Der Männeranteil liegt bei 70%, der Frauenanteil bei 30%. Der Altersdurchschnitt beträgt 39,4 Jahre (SD = 12,2) mit einer Spannweite von 18 bis 70 Jahren. Nur in 12% der Fälle liegt das Alter über 55 Jahre.

Die Zuweisung in die oben erwähnten Wohnangebote erfolgt in den meisten Fällen durch das LKH Rankweil (27%), hier überwiegend in die Angebote der SPS, aber auch in die Wohnungslosenhilfe. Auffällig ist, dass die Zuweisung in die Wohnungslosenhilfe (inklusive Notschlafstellen) differenzierter ausfällt. In 10% der eingebrachten Fälle wurde von der Sozialpsychiatrie zugewiesen.

In der stationären Wohnungslosenhilfe dominieren bezogen auf die Diagnosen die Suchterkrankungen (51% mit einer F1-Diagnose), gefolgt von F2 mit 23%, alle übrigen Diagnosen zusammen machen insgesamt rund ein Viertel der Fälle aus. Als Zweitdiagnose wird in 23% der Fälle eine Suchterkrankung angegeben, die Suchthematik sticht somit in der Wohnungslosenhilfe deutlich hervor. Bei 23% handelte es sich um eine Wiederaufnahme, bei 5% um zumindest die zweite Wiederaufnahme.

Bei separater Betrachtung der Notschlafstellen zeigt sich, dass 70% der Personen aus eigenem Antrieb dieses Hilfsangebot aufsuchen. Immerhin werden knapp 10% der Fälle über das LKH Rankweil vermittelt, die übrigen 20% verteilen sich gleichmäßig auf Einrichtungen der Suchthilfe, der Sozialpsychiatrie, Erwachsenenvertretung, der stationären Wohnungslosenhilfe und die Einrichtungen der Stiftung Maria Ebene. Wiederaufnahmen sind in den Notschlafstellen häufig (knapp in der Hälfte der Fälle). Am häufigsten suchen Menschen mit Suchterkrankung (38%) oder einer Schizophrenie (19%) die Notschlafstellen auf.

In den Wohneinrichtungen der Sozialpsychiatrie überwiegen Personen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit 43% der Fälle. In 14% der Fälle wird eine F3-Diagnose angeführt und in jeweils 12% der Fälle eine F4 oder F6-Diagnose. Die Zuweisung erfolgte in knapp 60% der Fälle durch das LKH Rankweil, bei rund 15% durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie. Das verbleibende Viertel verteilt sich auf unterschiedliche Systempartner, keine Zuweisungen erfolgten durch das Case Management und die Wohnungslosenhilfe. Wiederaufnahmen sind seltener als in der Wohnungslosenhilfe, einmalige Wiederaufnahmen erfolgten in 4,8% der Fälle, zwei oder mehr in 7% der Fälle.

## **Klientinnen und Klienten in Pflegeheimen**

An der Erhebung beteiligten sich 19 (37%) der insgesamt 51 Vorarlberger Pflegeheime. Der Männeranteil ist mit 44,6% geringer als in den anderen Wohnbereichen, der Frauenanteil beträgt 55,4%. Das Durchschnittsalter beträgt 75,1 Jahre (SD = 14,8), die Altersspanne reicht von 29 bis 97 Jahren. Auf die Altersgruppe der 26- bis 65-Jährigen entfallen immerhin 28,3% der Fälle. In 27,8% der Fälle erfolgte eine Zuweisung durch das LKH Rankweil, in 17,9% der Fälle eine Zuweisung durch das Case Management und in 23,6% aller Fälle durch die Angehörigen. Bei den betagteren Patientinnen und Patienten mit herausforderndem Verhalten (über 76 Jahre) überwiegen F0-Diagnosen, bei den

Jüngeren sind Suchtdiagnosen am häufigsten. Erkrankungen des Nervensystems (ICD-G) finden sich ab dem Alter von 46 Jahren vermehrt. Bei den Zweitdiagnosen sind Suchtdiagnosen über alle Altersgruppen hinweg am häufigsten. Insgesamt seltener sind Diagnosen der ICD-Kategorien F2, F3, F4, F6 und F7.

### Verhaltensmuster im Vergleich der Einrichtungstypen

Der Fokus der Befragung lag auf der Frage, welche Verhaltensweisen für das Betreuungspersonal belastend sind und in welcher Häufigkeit sie vorkommen. Als belastend pro Verhaltensaussprägung wurden die Kategorien „mehrmals täglich“, „täglich“ und „2-3mal wöchentlich“ gewertet.

Tabelle 9.1 und Abbildung 9.1 zeigen, dass in den Pflegeheimen die Items „Hält sich nicht an Hausregeln“ (72%) und „feindseliges Verhalten gegenüber Mitarbeitenden“ (42%) deutlich erhöht sind im Vergleich zu den anderen Angebotsformen. In der Wohnungslosenhilfe sind die Items „Nähe/Distanz unangemessen“ (82%) und „Selbstschädigendes V. ohne SMV“ (80%) besonders häufig. In den Einrichtungen der Sozialpsychiatrie und Sucht (SPS) treten die Items „fehlende Krankheitseinsicht“ (52%) sowie auch „Nähe/Distanz unangemessen“ (52%) häufiger auf.

**Tabelle 9.1: Verhaltensaussprägungen im Vergleich der Einrichtungstypen I**

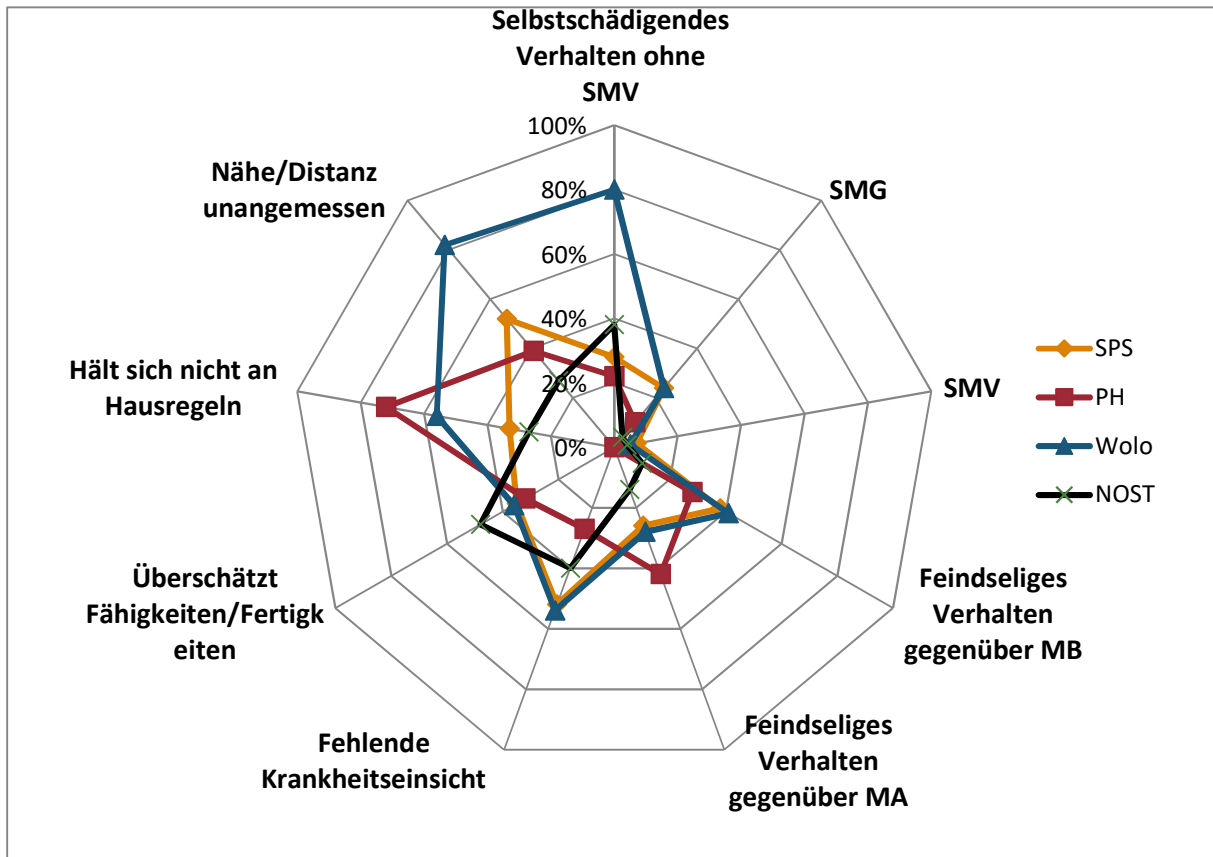
Item (wöchentlich, täglich, mehrmals täglich)	SPS	PH	Wolo	NOST
<b>Selbstschädigendes Verhalten ohne SMV</b>	28%	22%	80%	38%
<b>SMG (Selbstmordgedanken)</b>	24%	10%	24%	4%
<b>SMV (Selbstmordversuch)</b>	7%	0%	5%	4%
<b>Feindseliges Verhalten gegenüber Mitbewohner</b>	38%	28%	41%	10%
<b>Feindseliges Verhalten gegenüber Mitarbeiter</b>	26%	42%	28%	14%
<b>Fehlende Krankheitseinsicht</b>	52%	27%	54%	40%
<b>Überschätzt Fähigkeiten/Fertigkeiten</b>	35%	32%	36%	48%
<b>Hält sich nicht an Hausregeln</b>	33%	72%	56%	27%
<b>Nähe/Distanz unangemessen</b>	52%	39%	82%	27%

SPS = Sozialpsychiatrie, PH = Pflegeheime, Wolo = Wohnungslosenhilfe, NOST = Notschlafstelle

Die folgende Abbildung veranschaulicht grafisch, welche Verhaltensmuster sich in den einzelnen Einrichtungstypen vermehrt zeigen.



Abbildung 9.1: Netzdiagramm der herausfordernden Verhaltensweisen im Vergleich der Einrichtungstypen I

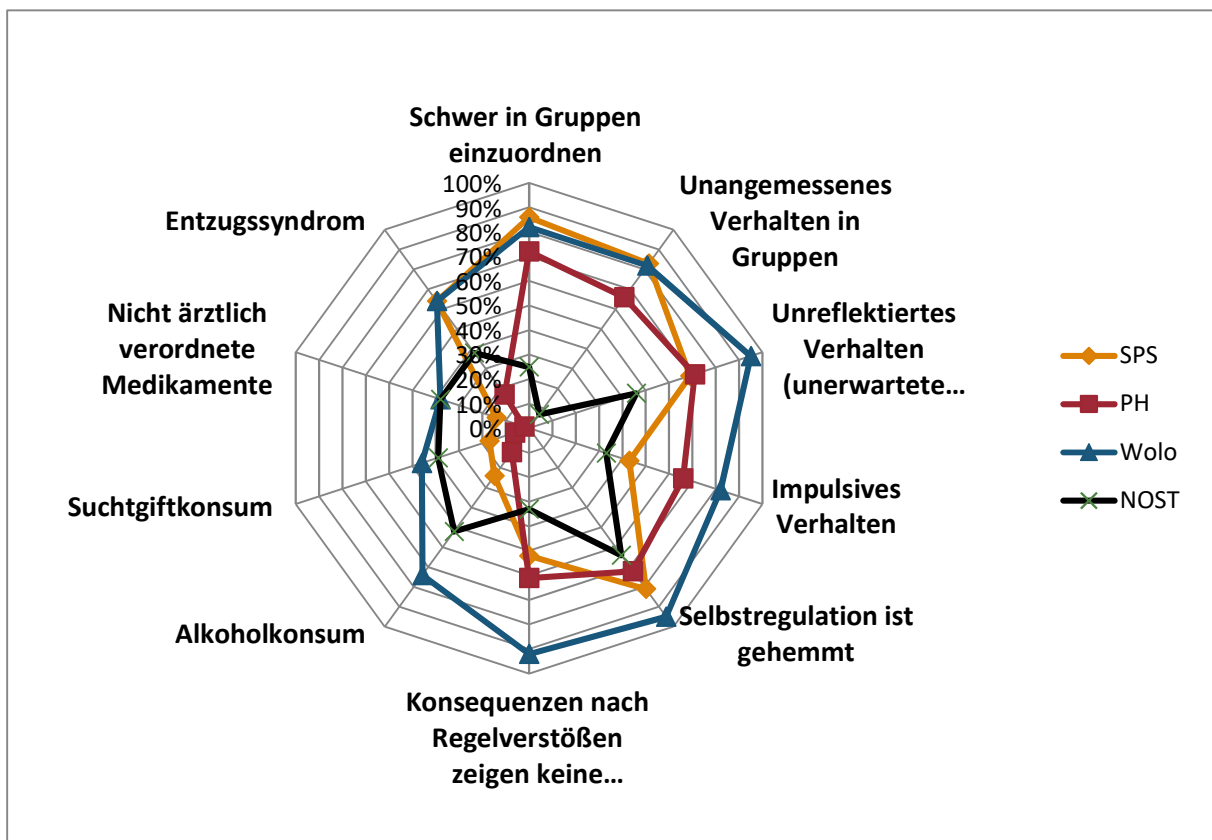


**Tabelle 9.2: Verhaltensausrprägungen im Vergleich der Einrichtungstypen II**

Item (wöchentlich, täglich, mehrmals täglich)	SPS	PH	Wolo	NOST
Schwer in Gruppen einzuordnen	86%	72%	82%	25%
Unangemessenes Verhalten in Gruppen	83%	66%	82%	7%
Unreflektiertes Verhalten (unerwartete Reaktion)	69%	71%	95%	46%
Impulsives Verhalten	43%	66%	82%	33%
Selbstregulation ist gehemmt	81%	72%	95%	64%
Konsequenzen nach Regelverstößen zeigen keine Wirkung	52%	61%	92%	33%
Alkoholkonsum	24%	12%	74%	52%
Suchtgiftkonsum	17%	6%	46%	39%
Nicht ärztlich verordnete Medikamente	14%	2%	38%	38%
Entzugssyndrom	64%	17%	64%	38%

Tabelle 9.2 und Abbildung 9.2 zeigen, dass die Items „Schwer in Gruppen einzuordnen“ in allen drei stationären Bereichen sehr hoch ausfallen (PH: 72%, WLH: 82%; SPS: 86%). Zudem ist das Item „unangemessenes Verhalten in Gruppen“ in der SPS (83%) und WLH (82%) sehr häufig. Die Items „unreflektiertes Verhalten“ und „Selbstregulation ist gehemmt“ zeigen hohe Werte in allen drei Bereichen (PH: 81%, SPS: 72%, WLH: 95%). Das Item „Impulsives Verhalten“ kommt am häufigsten in der Wohnungslosenhilfe vor (95%), als auch „Konsequenzen nach Regelverstößen zeigen keine Wirkung“ (92%). Die Items „Alkoholkonsum“, „Suchtgiftkonsum“ und „nicht ärztlich verordnete Medikamenten“ treten in der Wohnungslosenhilfe am häufigsten auf. Ein „Entzugssyndrom“ bei Weglassen der Substanz tritt gleich häufig im Bereich Sozialpsychiatrie und der Wohnungslosenhilfe auf (jeweils 64%).

**Abbildung 9.2: Netzdiagramm der herausfordernden Verhaltensweisen im Vergleich der Einrichtungstypen II**



### Zusammenfassung und Ausblick

Die bisherigen Auswertungen des umfassenden Datenmaterials lassen folgende Schlussfolgerungen zu:

- In allen befragten Einrichtungen gibt es Personen mit herausforderndem Verhalten, die sich nicht an die vorgegebenen Strukturen und Regeln halten können. Sehr oft steht dieses Verhalten in Zusammenhang mit einer Suchterkrankung zusätzlich zu einer psychiatrischen Grunderkrankung. In Pflegeheimen sind es bei betagten Patientinnen und Patienten häufiger andere psychiatrische Erkrankungen, die zu Problemen in der Betreuung führen.
- Besonders belastet sind Pflegeheime und stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.
- In vielen Fällen kommt es immer wieder zu stationären Aufenthalten im LKH Rankweil. Wiederholte Aufnahmen gibt es vor allem in der Wohnungslosenhilfe.
- Die derzeitige PflegegeldEinstufung berücksichtigt nur unzureichend den notwendigen Betreuungsaufwand aufgrund psychiatrischer Diagnosen.
- Die meisten „Systemsprenger“ sind zwischen 25 und 55 Jahre alt, eine Ausnahme stellen hier die Pflegeheime dar, der Anteil in dieser Altersgruppe liegt bei knapp 30%.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass Personen mit komplexem Hilfebedarf und herausforderndem Verhalten eine Belastung für das Betreuungspersonal darstellen und zudem ist davon auszugehen, dass diese Personengruppe weiter anwächst. Diesem Versorgungsbereich sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Folgende Maßnahmen sollten geprüft werden, um die Situation für die Betroffenen aber auch für das Personal in den Einrichtungen zu verbessern:

- Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den unterschiedlichen Einrichtungen zu Themen wie Deeskalation, Sucht im Alter und Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten
- Verstärkte Zusammenarbeit und Kooperation in Hilfeplanung und Betreuung von komplexen Fällen und Unterstützung durch kollegiale Beratung durch Suchtfachstellen und sozialpsychiatrische Einrichtungen in der Wohnungslosenhilfe und Pflegeheimen
- Berücksichtigung der Einschränkungen durch psychiatrische und suchtspezifische Krankheitssymptome in der PflegegeldEinstufung
- Unterstützung durch einen aufsuchenden psychosozialen Not- und Krisendienst
- Überprüfung der Zugangsvoraussetzungen in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Schaffung von Angeboten, die von der Zielgruppe trotz vorhandener Suchtproblematik angenommen werden können. Die Ausrichtung des Angebots sollte sich verstärkt am Hilfebedarf der einzelnen Individuen orientieren und weniger an den Diagnosen und den vorhandenen Konzepten bzw. Aufnahmebedingungen.

Das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 – 2025 betont Inklusion und die Stärkung der ambulanten Dienste, um die Menschen möglichst in ihrem Lebensumfeld – auch im Sinne von Prävention – zu erreichen. Daher sollte versucht werden, das vorhandene „Regelangebot“ zu stärken und zu adaptieren und so die Versorgungssituation durch ein Bündel an Maßnahmen zu verbessern anstelle der Schaffung von Spezialangeboten.

#### **Autorinnen und Autoren der Studie**

Nikolaus Blatter (Abteilung IVa Soziales und Integration - Sozialpsychiatrie und Sucht)

Harald R. Bliem (Universität Innsbruck, Fakultät für Psychologie und Sport)

Stefanie Rankl (Abteilung IVa Soziales und Integration - Senioren und Pflegevorsorge)

Unter Mitarbeit von  
Manuel Ludescher

## 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. Ziel dieses Gesetzes ist es, Menschen mit Behinderung ein Leben in Selbständigkeit 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.

Das Hilfeplanverfahren sieht bei stationären und teilstationären Leistungen sowie beim ambulant betreuten Wohnen zusätzlich zur Antragsstellung auch eine Hilfeplankonferenz (HPK) vor (Übersicht in Tabelle 10.1). Die Verfahren können unter bestimmten Voraussetzungen auch kombiniert werden. Die Unterlagen für die Hilfeplankonferenz bestehen aus standardisierten Formularen, welche wesentliche Informationen zur Situation der Klientinnen und Klienten erfassen (soziodemografische Daten, psychosozialer Risikoscore, Einschränkungen der Lebensqualität nach ICF und die Intensität erforderlicher Leistungen).

**Tabelle 10.1: Antragsarten im Überblick**

<b>Antragsart</b>	<b>verantwortlich</b>	<b>Inhalt</b>	<b>weitere Beteiligte</b>
<b>Auftragsklärung</b>	Einrichtung und Klientin/Klient	Clearingphase	Angehörige und Systempartner, etc.
<b>Neuantrag</b>	Einrichtung, Klientin/Klient und Hilfeplaner	Konkretisierung der Ziele, Maßnahmen → Hilfeplankonferenz	Angehörige und Systempartner, etc.
<b>Fortschreibung ohne Änderung (=Verlängerung)</b>	Einrichtung, Klientin/Klient und Hilfeplaner	Evaluierung der Ziele, ggf. Anpassung der Maßnahmen → Hilfeplankonferenz	Angehörige und Systempartner, etc.
<b>Fortschreibung mit Änderung (=Verlängerung mit Angebotsänderung)</b>	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, dennoch sind die Entstigmatisierung und adäquate Versorgung psychisch erkrankter Menschen längst nicht erreicht worden.

*„...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. Er geht davon aus, dass Lebensqualität durch Personen- und Umweltfaktoren und deren Interaktion beeinflusst wird. Die Bewertung der tatsächlichen Lebensqualität orientiert sich an subjektiven und objektiven Indikatoren. Das Modell kann auf alle Menschen angewendet werden und stellt nicht spezifisch auf Menschen mit

einer Behinderung ab. Schalock und Verdugo (1996)<sup>29</sup> beschreiben in ihrem Modell zur Lebensqualität acht Domänen und drei Faktoren (Tabelle 10.2).

**Tabelle 10.2 Multimodales Konzept zur Lebensqualität nach Shalock (1996)**

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

Die Forschung zur Lebensqualität stellt mittlerweile eine Vielzahl an qualitativen und quantitativen Erhebungsinstrumenten zur Verfügung.

### **10.3 Hilfeplanung als Instrument des Casemanagements**

Neben den subjektiven und objektiven Faktoren der Lebensqualität ist zur Prüfung der formalrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Leistung die Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs erforderlich, welche die Grundlage zur Gewährung einer Integrationshilfe darstellt. 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 des Antragstellers oder der Antragstellerin und den Möglichkeiten der Leistungserbringer auf der anderen Seite, Ziel ist eine möglichst passgenaue Hilfestellung für die Klientinnen und Klienten.

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 Klientinnen und Klienten 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 den Systempartnern darstellen. Die DGPPN (2013) definiert CM wie

---

<sup>29</sup> Schalock, R., Alonso, M. (2002). Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

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). Dieser Definition zufolge kann CM als klientenorientierte Grundhaltung verstanden werden.

#### **10.4 Der Ablauf der Hilfeplanung**

Integrationshilfen, welche eine teilstationäre oder stationäre Leistung umfassen sind sogenannte hilfepflichtige Leistungen. Darunter fallen seit 2015 auch Leistungen der ambulanten Wohnbetreuung (abW), dort ist allerdings keine Auftragsklärung notwendig.

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 einer 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 ein Neuantrag formuliert. 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 der 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 grundsätzlich alle Personen zur Teilnahme an der Hilfeplankonferenz zugelassen, sofern der Antragsteller oder die Antragstellerin die Teilnahme der jeweiligen Personen wünscht. In der Regel sind zur Teilnahme an der HPK der Antragsteller oder die Antragstellerin, eine Vertrauensperson, eine rechtliche Vertretung, der behandelnde Facharzt oder die 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 und einen Zwischenbericht. Einen Überblick der Verfahrensregelung für die Beantragung der Integrationshilfen findet sich im Anhang.

## 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:

- Art und Anzahl der unterschiedlichen Hilfeplanverfahren
- Soziodemografische Angaben zu den Klienten und Klientinnen
- Psychosozialer Risikoscore (psR)
- Gesetzliche Vertretung
- Gruppierung von Hilfsangeboten bzw. Produktgruppen
- Darstellung von Angebotsformen (AF) und Leistungsart (ambulant, teilstationär, stationär)
- Überblick durchgeführter Planungsverfahren und der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Rohdaten zum vorliegenden Psychiatriebericht 2019 wurden für diesen Berichtszeitraum aus der „neuen“ Datenbank zur Erfassung der Hilfeplandaten akquiriert. Es wurden alle Fälle mit dem Filterkriterium „Antrag erledigt“ einbezogen. Nachdem eine entsprechende Datenbereinigung und ein Fehlermanagement durchgeführt wurden, konnten in die Analyse für das Jahr 2018 384 Fälle mit 531 beantragten Leistungen eingeschlossen werden. Dabei haben in 54,4% (2018: 51,4 %) der Fälle Männer und in 45,6% (2018: 48,5 %) der Fälle Frauen einen Antrag auf Integrationshilfe eingebracht. Die nachstehende Übersicht (Tabelle 10.3) der Altersgruppen zeigt, dass die Gruppe der 26 bis 65 Jährigen 78,7 % aller beantragten Leistungen betreffen.

**Tabelle 10.3 Alter der Klientinnen und Klienten im Hilfeplanverfahren**

Altersgruppen	Alle	Frauen	Männer
15 bis 18 Jahre	3,9 %	1,3 %	2,6%
19 bis 25 Jahre	15,1 %	5,7 %	9,4%
26 bis 35 Jahre	<b>20,8 %</b>	7,3 %	13,5%
36 bis 45 Jahre	<b>22,7%</b>	9,4 %	13,3%
46 bis 55 Jahre	<b>22,4%</b>	12,8 %	9,6%
56 bis 65 Jahre	12,8%	7,8%	4,9%
66 bis 75 Jahre	2,3%	1,3%	1,0%
	100,0 %	45,6 %	54,4 %

Der psychosoziale Risikoscore (psR) ergibt – über alle beantragten Leistungen berechnet – einen durchschnittlichen Wert von 22,5 Punkten (2017: 22,4) mit einer Streuung (SD) von 3,0 (2017: 3,0) und reicht von 9 bis 32 Punkten. Der psR der Männer beträgt im Durchschnitt 22,6 (2017: 22,37) Punkte mit einer SD von 2,9 (2017: 3,0) und einem Minimum von 13 und einem Maximum von 29 Punkten. Der durchschnittliche psR der Frauen beträgt wie im Jahr zuvor 22,4 Punkte mit einer Standardabweichung von 3,1 (2017: 2,9) und einer Spannweite von 13 bis 31 Punkten. Eine juristische Flankierung in Form einer gesetzlichen Vertretung besteht in 19,7 % aller Fälle. Dabei entfallen 50,9 % auf männliche und 49,1 % auf weibliche Leistungsbeziehende. Eine rechtliche Vertretung ist am häufigsten in den Altersgruppen 25 bis 65 Jahre (85,4 %).

## 10.6 Art der Leistung

Die Leistungsarten werden in drei Bereiche unterteilt: ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen. Im Jahr 2018 stiegen die Verfahren im ambulanten Bereich weiterhin an und machten insgesamt 115 Planungsverfahren aus. Die Anträge für den stationären Bereich sind im Vergleich zum Jahr 2017 rückläufig (N=51). 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 (ambulant betreutes Wohnen) unterstützt. Der stationäre Bereich ist dabei seit Beginn der Aufzeichnungen mit 51 Verfahren so niedrig wie noch nie zuvor.

**Tabelle 10.4: Häufigkeit der Anträge in den einzelnen Leistungsbereichen**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>ambulant</b>	0	0	8	10	11	26	58	107	115
<b>teilstationär</b>	75	89	83	106	106	134	148	128	218
<b>stationär</b>	203	186	216	201	201	159	139	113	51

Die Anzahl der Auftragsklärungen ist im Jahr 2018 rückläufig (N=40). Die Zahl der Neuanträge ist gegenüber den Vorjahren auf 117 Fälle angestiegen und ist auf dem Niveau von 2016. Ebenso verzeichnen die Fortschreibungen mit Änderung eine Verdoppelung und reihen sich mit 62 Fällen in der Rangliste erstmals seit Beginn der Berichtserstattung ganz vorne ein. Bei den Verlängerungen ohne Änderungen kann ebenfalls ein starker Zuwachs beobachtet werden.

**Tabelle 10.5 Hilfeplanverfahren nach Antragsart 2010 - 2018**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Auftragsklärung</b>	65	73	108	105	82	77	62	70	40
<b>Neuantrag</b>	60	65	64	95	88	74	116	88	117
<b>Fortschreibung mit Änderung</b>	16	13	13	17	26	39	46	36	62
<b>Fortschreibung ohne Änderung</b>	123	113	115	93	73	118	116	150	163
<b>Abschlussphase</b>	14	11	7	7	7	11	5	4	2

Im Jahr 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 in 348 Anträgen insgesamt 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
<b>Gesamt</b>	165	145	37	1	348

Tabelle 10.7 zeigt die Anzahl der Produkte pro Fall im Jahr 2018 an. Dabei sind Anträge mit zwei Produkten im Vergleich zum Jahr 2017 deutlich angestiegen. Anträge mit einem Produkt hingegen zeigen einen Rückgang.

**Tabelle 10.7: Anzahl der Produkte pro beantragtem Fall im Jahr 2018**

Art des Antrages	Anzahl der Produkte				Gesamt
	1 Produkt	2 Produkte	3 Produkte	4 Produkte	
Abschlussphase	2	0	0	0	2
Auftragsklärung	25	15	0	0	40
Fortschreibung mit Änderung	23	35	3	1	62
Fortschreibung ohne Änderung	52	79	29	0	160
Neuantrag	34	68	14	0	116
<b>Gesamt</b>	136	197	46	1	380

Tabelle 10.8 zeigt die Art des Antrages in Kombination mit der Art der beantragten Leistung. Die erste Spalte verdeutlicht, dass eine ABW Leistung in 119 Fällen beantragt wurde. Ein tagesstrukturierendes Angebot wurde in 114 Fällen beantragt. In beiden Leistungsarten wird häufig die Verlängerung (FoÄ) beantragt. Im Rahmen der Antragsstellung im Übergangswohnen zeigt sich, dass gleich viele Neuanträge und Verlängerungen (FoÄ) beantragt wurden. Eine Fortschreibung mit Änderung (FMÄ) wird im Übergangswohnen selten beantragt (N=9). Das Langzeitwohnen ist für Klientinnen und Klienten konzipiert, welche eine längerfristige Wohnbetreuung benötigen, wird häufig als Verlängerung (FoÄ) beantragt. Im Vollbetreuten Wohnen hingegen werden zwar konstant

Verlängerungen und Neuansträge beantragt, jedoch ist mit 15 FmÄn ein Wechsel von einem anderen Angebot in die vollbetreute Wohnsituation zu verzeichnen. Bei genauerer Analyse zeigt sich, dass im Falle einer Fortschreibung mit Änderung (FmÄ, N=62) sehr häufig vom LKH Rankweil (27%) zugewiesen wird. Aber auch innerhalb der Träger wird im Rahmen einer Leistungsänderung ins eigene Angebot zugewiesen. In 8% der Fälle wird von der Wohnungslosenhilfe zugewiesen.

**Tabelle 10.8: Antragsart in Kombination mit der Leistungsart (2018)**

	ABW	Tages- struktur	Übergangs- wohnen	Langzeit- wohnen	Vollb. Wohnen	Gesamt
<b>Auftragsklärung</b>	2	14	22	0	2	40
<b>Neuantrag</b>	48	29	24	0	15	116
<b>FmÄ</b>	18	18	9	2	15	62
<b>FoÄ</b>	50	52	26	13	19	160
<b>Abschlussphase</b>	1	1	0	0	0	2
<b>Gesamt</b>	<b>119</b>	<b>114</b>	<b>81</b>	<b>15</b>	<b>51</b>	<b>380</b>

## 10.7 Partizipation im Rahmen der Hilfeplankonferenz

Es wurden insgesamt 342 Hilfeplankonferenzen (HPK) abgehalten. In den meisten Fällen handelte es sich um Verlängerungen (N=160), gefolgt von Neuansträgen (N=116) und in 62 Fällen wurde eine HPK im Rahmen einer Fortschreibung mit Änderung abgehalten. Die Anzahl gegenüber dem Jahr 2016 (N=255) und 2017 (N=251) im Vergleich zum Jahr 2018 gibt es eine deutliche Steigerung der Hilfeplanverfahren (N=338). Erwähnenswert ist, dass etwa 10% der Fälle den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich betreffen.

**Tabelle 10.9: Anzahl und Antragsart der Hilfeplankonferenzen 2017 und 2018**

Antragsart HPK	Zahl HPK 2017	Zahl HPK 2018
Neuantrag	88	116
Fortschreibung mit Änderung	33	62
Fortschreibung ohne Änderung	130	160
<b>alle Hilfeplankonferenzen</b>	<b>251</b>	<b>338</b>

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 2018 zeigt sich, dass die Teilnahme der Antragstellerinnen und Antragsteller mit 97 % gleichbleibend wie im Vorjahr ist. Die Teilnahme der rechtlichen Vertreter und Vertreterinnen beträgt 10 %. Ebenso die Anwesenheit der Vertrauenspersonen (30 %), wobei diese im Vergleich zu den Vorjahren noch sehr hoch ist. Die Teilnahme der Fachärztinnen und Fachärzte ist gestiegen, aber mit 35 % nach wie vor auf einem geringen Niveau. Die Bezugsperson (in

der Regel die Betreuungsperson) sowie die Vertreterinnen und Vertreter des Kostenträgers sind mit 97 % gleichbleibend an den HPK anwesend.

**Tabelle 10.10: Anwesende bei den Hilfeplankonferenzen (Anteile in Prozent)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Antragstellerin oder Antragsteller</b>	100%	100%	100%	99%	99%	98%	98%	98%	97%
<b>gesetzliche Vertretung</b>	22%	16%	14%	12%	13%	11%	12%	9%	10%
<b>Vertrauensperson</b>	10%	13%	19%	7%	16%	28%	44%	32%	30%
<b>Bezugsperson</b>	95%	98%	100%	97%	99%	97%	98%	98%	97%
<b>Fachärztin oder Facharzt</b>	3%	1%	0%	0%	0%	2%	3%	2%	3%
<b>Vertretung Kostenträger</b>	100%	98%	96%	98%	98%	97%	98%	98%	97%
<b>Gesamtanzahl der HPK</b>	<b>160</b>	<b>127</b>	<b>149</b>	<b>189</b>	<b>173</b>	<b>213</b>	<b>255</b>	<b>251</b>	<b>288</b>

Die unten angeführte Tabelle zeigt den Bearbeitungszeitraum vom Einlangen des Antrages bis zur Erledigung (nach) der Hilfeplankonferenz. Erst dann wird der Antrag an die zuständigen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter weitergeleitet. Die Anzahl der erledigten Anträge nach einer HPK (N=338) beläuft sich durchschnittlich auf vier Wochen, wobei es in 17 Fällen eine Erledigungsdauer von über acht Wochen gab. Der überwiegende Anteil der erledigten Anträge fällt in den Zeitraum unter zwei Wochen (N=154). Die Erledigung der Anträge passiert in 95% der Fälle innerhalb von zwei bis acht Wochen. Insgesamt ist die Dauer der Erledigung der Anträge gegenüber 2017 gestiegen.

**Tabelle 10.11: Zeitraum zur Erledigung der Anträge**

Zeitraum	Alle Anträge 2017	Alle Anträge 2018
<b>Anzahl erledigter Anträge</b>	<b>251</b>	<b>342</b>
< 2 Wochen	63	154
3 bis 4 Wochen	95	90
5 bis 8 Wochen	84	81
mehr als 8 Wochen	9	17
<b>Wochen im Durchschnitt</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

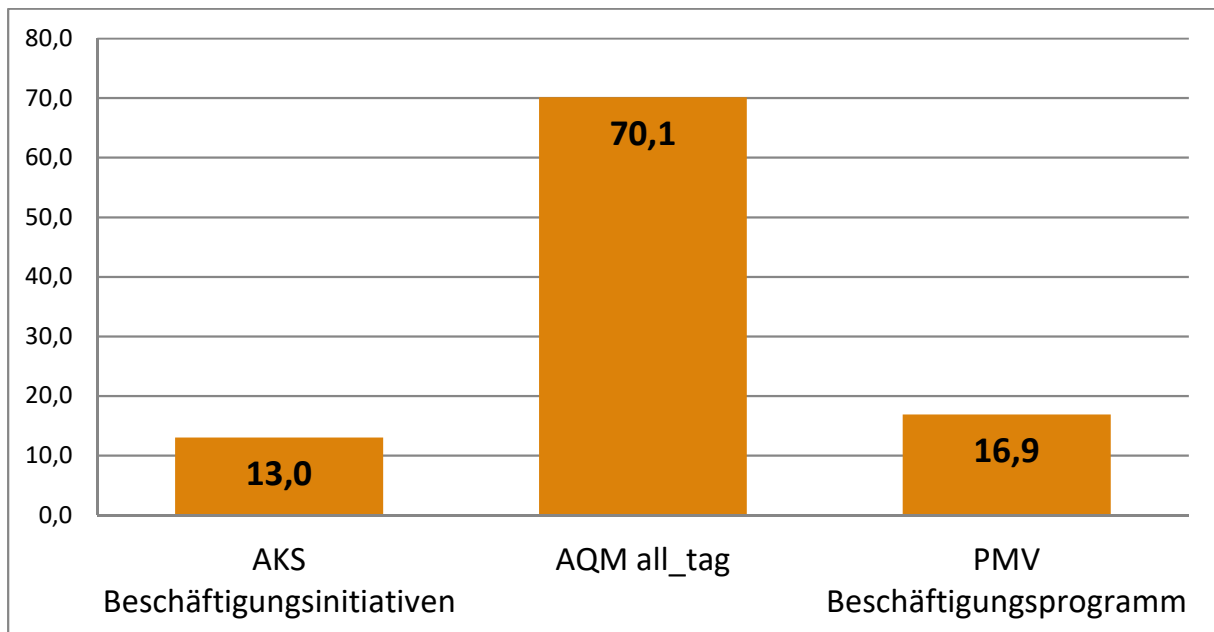
## 10.8 Überblick einzelner Leistungsbereiche

Erstmals seit dem Jahr 2010 werden die Leistungen nicht in Quartalen ausgewertet. Durch die Erweiterung dieser zeitlichen Dimension – Beginn der Leistung – wird künftig die Analyse der Dauer der Inanspruchnahme detaillierter und valider sein.

### 10.8.1 Teilstationäre Leistungen der Tagesstrukturangebote

Die angeführte Grafik zeigt die Verteilung der insgesamt 77 eingebrachten Anträge für eine Leistung für tagesstrukturierende Betreuung. Größter Anbieter ist dabei die AQUA Mühle mit dem Produkt „All\_tag“, welche 70% der gesamten Anträge stellte. Die pro mente Vorarlberg und der aks brachten insgesamt einen Anteil von knapp 30% der eingebrachten Anträge ein. Die Geschlechterverteilung für den tagesstrukturierenden Bereich zeigt sich in ihrer Verteilung ausgewogen (49,4% Männer und 50,6% Frauen). Die Zuweisung in das jeweilige Angebot erfolgt bei allen drei Anbietern sehr stark vom LKH Rankweil und Fachärztinnen und Fachärzten. Auffällig ist, dass das Angebot der AQUA Mühle Vorarlberg jedoch als einziges einen breiteren Zuweisungsmodus aufweist. Insbesondere auch Klientinnen und Klienten der Wohnungslosenhilfe, dem AMS, der Erwachsenenvertretung und der Suchthilfe werden übernommen. Die Verteilung der Diagnosen (Oberkategorien der ICD F Diagnosen) zeigt, dass aks und pro mente entsprechend ihrer Ausrichtung keine Menschen mit einer F1 Diagnose im tagesstrukturierenden Programm übernehmen. Überwiegend zeigt die Analyse, dass Menschen mit einer F2, F3 und F4 Diagnose dieses Angebot in Anspruch nehmen. Die Verteilung der Oberkategorien der ICD F Diagnosen innerhalb der AQUA Mühle-Struktur zeigt wie im Zuweisungsmodus ein breites Aufnahmespektrum an Diagnosen. Größte Gruppe sind Menschen mit einer F2, F1, F3 und F4 Diagnose.

**Abbildung 10.1: Verteilung der Tagesstruktur-Anträge auf aks, pro mente und AQUA Mühle**



Beim aks zeigt sich, dass die Zielgruppe ein Durchschnittsalter von 47,5 Jahren mit einer SD von 9,6 Jahren hat. Die Berechnung des psychosozialen Risikoscores (psR) ergibt einen Punktwert von 21,8 (SD = 1,7). In der pro mente weist die Zielgruppe einen Altersdurchschnitt von 44,8 Jahren (SD = 9,7) und einen psR Punktwert von 21,3 (SD = 3,1). Die Spannweite (aks, pro mente) des Alters verläuft von 29 bis 60 Jahren und die des psR von 15 bis 27 Punkten. Die AQUA Mühle betreute Menschen mit einem Altersdurchschnitt von 37,8 Jahren (SD = 11,7) mit einer Spannweite von 20 bis 58 Jahren. Der

psR hat einen durchschnittlichen Punktwert von 22,4 (SD = 2,9) und eine Spannbreite von 15 bis 28 Punkten.

Seit Beginn 2018 wird die Einkommenssituation genauer erfasst, was Rückschluss auf Notwendigkeit einer komplementären Versorgung für Menschen zulässt, die in den Arbeitsmarkt integriert werden können und wollen. Entsprechend der Ausrichtung des Angebots finden sich im aks-Angebot überwiegend Menschen mit einer IV-Pension oder mit Reha-Geldbezug, nämlich 90% der einbezogenen Fälle. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei pro mente, allerdings sind dort 23% der Menschen mit Bezug einer AMS-Leistung. Das Angebot der AQUA Mühle All\_tag, weist Einkommenssituationen ähnlich wie die beiden oben erwähnten Angebote auf, hier sind 30% der Fälle im AMS-Bezug. Ein großer Teil der Fälle wird zudem ausschließlich durch die Mindestsicherung finanziert.

Im Jahr 2018 gab es beim aks keinen Abschluss der Tagesstruktur-Leistung – weder im Konsens noch durch Abbruch gegen fachlichen Rat. Bei der pro mente gab es bei 7,7% und bei AQUA Mühle in 22,3% der Fälle einen Abschluss. In der pro mente wurde der Abschluss gegen fachlichen Rat dokumentiert. In der AQUA Mühle wurden die Leistungen überwiegend im Konsens beendet und mündeten zumeist in einer Anstellung oder in einer AMS-Maßnahme. Die durchschnittliche Inanspruchnahme des Angebots im aks beträgt 43,9 Monate (SD = 24,4) mit einer Spannbreite von sieben bis 71 Monaten. In der pro mente wurde eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 20,1 Monaten (SD = 27,2) berechnet. Die Spannbreite reicht von einem bis 93 Monate. Die AQUA Mühle Tagesstruktur weist eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 15,8 Monaten (SD = 13,1) auf. Die Spannbreite reicht von einem bis 45 Monate.

Die Werte der durchschnittlichen Inanspruchnahme und der Spannbreite zeigen, dass die Leistung bei AQUA Mühle vergleichsweise häufiger aber dafür kürzer in Anspruch genommen wird. Gleichzeitig ist der psR durchschnittlich höher. Die Ausprägung des psR ist im Institutionenvergleich jedoch nicht statistisch signifikant (Kruskal-Wallis-H-Test).

aks und pro mente betreuten den überwiegenden Teil der Klientinnen und Klienten im Rahmen von Wochenstruktur (bis zu 12 Stunden pro Woche), welches in Art und Ausmaß der Leistung geringer ist als das tagesstrukturierende Angebot (mehr als 12 Stunden pro Woche), insbesondere im Vergleich zum Angebot der AQUA Mühle All\_tag. Diese Versorgungsstruktur ist für die sozialpsychiatrische Versorgung von großer Relevanz.

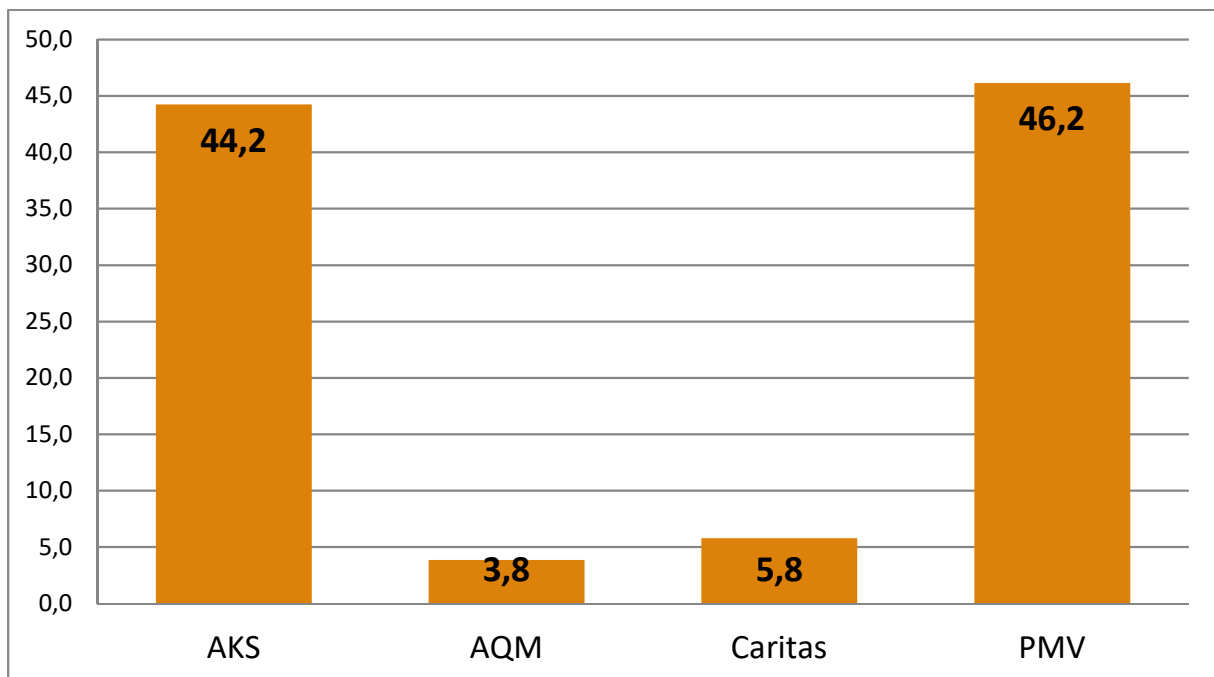
#### 10.8.2 Ambulante Leistungen – ambulant betreutes Wohnen (abW)

Die meisten der insgesamt 104 Anträge für ambulant betreutes Wohnen entfallen mit über 90% der Fälle auf pro mente und aks. Die verbleibenden knapp 10% verteilen sich auf die AQUA Mühle und die Caritas. Die Geschlechterverteilung zeigt, dass 41,3% Männer und 58,7% Frauen abW in Anspruch nehmen. In mehr als 50% der eingebrachten Anträge wies das LKH Rankweil oder ein Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie zu. Knapp ein Viertel der Fälle von aks oder pro mente wird direkt ins

eigene Angebot überwiesen. Die verbleibenden Fälle liegen konstant unter 2% und verteilen sich auf Case Management, Wohnungslosenhilfe, Erwachsenenvertretung, ifs oder Pflegeheim.

Am häufigsten werden beim aks Menschen mit den Diagnosen F2, F3, F4 und F6 betreut (über 90% der Fälle). Erwähnenswert ist, dass die F3 Diagnosen mit 37% am prominentesten sind gefolgt von den F2 Diagnosen mit 28,3%. Die pro mente versorgt mit dem abW überwiegend Fälle mit F2 Diagnosen (47,9%) und ebenfalls Fälle mit einer F3 Diagnose (25%), die verbleibenden knapp 30% verteilen sich auf die Oberkategorien F0, F4, F5, F6, F7 und F9. AQUA Mühle versorgt überwiegend Fälle mit F2 Diagnosen (75%) und F1 Diagnosen (25%). Die Caritas versorgt entsprechend der vorliegenden Daten ausschließlich Fälle mit einer F1 Diagnose.

**Abbildung 10.2: Prozentuelle Verteilung der abW-Klientinnen und Klienten auf die Anbieter**



Der Altersdurchschnitt der aks-Klientinnen und Klienten beträgt im Durchschnitt 46,0 Jahre (SD = 12,8) und einer Spannweite von 20 bis 66 Jahren. Der psR Punktwert hat einen Durchschnitt von 21,6 (SD = 2,4) und eine Spannweite von 14 bis 26 Punkten.

Die Klientinnen und Klienten der AQUA Mühle sind durchschnittlich 47 Jahre alt (SD = 6,6) und einer Spannweite von 37 bis 51 Jahren. Der psR Punktwert beträgt im Durchschnitt 22,2 (SD = 1,7) und einer Spannweite von 20 bis 24 Punkten.

Die Fälle der Caritas haben ein Durchschnittsalter von 49,3 Jahren (SD = 15,2) und eine Spannweite von 30 bis 74 Jahren. Der psR Punktwert beträgt im Durchschnitt 23,5 (SD = 1,6) und eine Spannweite von 22 bis 26. Der Altersdurchschnitt der pro mente-Klientinnen und Klienten beträgt 48,3 Jahre (SD = 13,0) und eine Spannweite von 21 bis 75 Jahren. Der psR Punktwert beträgt durchschnittlich 22,1 (SD = 2,4) mit einer Spannweite von 16 bis 28 Punkten.



Die durchschnittliche Inanspruchnahme des abW beim aks beträgt 14,4 Monate (SD = 11,8) bei einer Spannweite von einem bis 56 Monaten. Bei AQUA Mühle beträgt die durchschnittliche Inanspruchnahme 31,2 Monate (SD = 31,0) sowie einer Spannweite von 11 bis 77 Monaten. Das abW der Caritas wird durchschnittlich 8,0 Monate (SD = 6,5) in Anspruch genommen und weist eine Spannweite von einem bis 18 Monaten auf. Die pro mente hat eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 12,4 Monaten (SD = 9,6) und einer Spannweite von einem bis 35 Monaten.

Die statistische Analyse ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den psR der einzelnen Einrichtungen, sie liegen bei Caritas und AQUA Mühle höher.

### 10.8.3 Vollstationäre Leistungen

Seit Jänner 2018 wurde das vollstationäre Angebot in der Vorarlberger Sozialpsychiatrie um jenes der aks-Wohngemeinschaft in Langenegg vervollständigt. Die Angebotsergänzung kompensiert die aufgelösten Platzkapazitäten der WG Neuland in Bregenz. Zudem wurde dieses Angebot konzipiert, um das LKH Rankweil sowie die Wohnungslosenhilfe zu entlasten.

In die Auswertungen der aks-WG Fuchshaus konnten 28 Fälle einbezogen werden. 2018 wurden 70% der Fälle vom LKH Rankweil zugewiesen. Es wurden etwas mehr Männer (53,6%) als Frauen (46,4%) aufgenommen. Das durchschnittliche Alter betrug 41,8 Jahre (SD = 11,9) mit einer Spannweite von 21 bis 62 Jahren. 82% der Bewohnerinnen und Bewohner waren zwischen 19 und 55 Jahren alt. Knapp 40% sind in der Alterskategorie 36 bis 45 Jahre. Im vollbetreuten Wohnen des aks beziehen knapp 93% der Betroffenen REHA-Geld oder eine IV-Pension, letztere überwiegt mit 64,3%. Bei Betrachtung der Diagnosen (ICD F Oberkategorien) zeigt sich in 57,1% der Fälle eine F2 Diagnose, bei 14,3% eine F1-Diagnose. Die verbleibenden knapp 30% verteilen sich auf die Diagnosen F3, F4 und F6. In 28,6% wird eine Sucht-Komorbidität angeführt (F1 als Zweitdiagnose).

Die Auswertung des psR ergab einen durchschnittlichen Punktwert von 25,1 (SD = 2,4) mit einer Spannweite von 19 bis 32 Punkten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der WG Fuchshaus beträgt 217 Tage (mehr als 6 Monate) mit einer SD von 136 Tagen. Die Spannweite erstreckt sich von fünf bis 486 Tagen. Zum Stichtag 31.12.2018 wurden 11 Einzelfälle aus der WG Fuchshaus entlassen. Davon wurden 42% ins LKH Rankweil, 25% ins elterliche Umfeld und 8% in eine Mietwohnung entlassen.

In die Auswertungen des Produkts vollbetreutes Wohnen der AQUA Mühle wurden 20 Fälle einbezogen. In 90% wurden die Fälle vom LKH Rankweil zugewiesen. In drei Viertel der Fälle handelte es sich um männliche und in 25% handelte es sich um weiblich Betroffene. Der Altersdurchschnitt beträgt 35,1 Jahre (SD = 9,4) und eine Spannweite von 19 bis 56 Jahren. Davon fallen 35% auf die Kategorie der 26 bis 35-Jährigen und 40% auf die 36 bis 45-Jährigen. 70% der Klientinnen und Klienten beziehen eine IV-Pension, die verbleibenden 30% verteilen sich auf Reha-Geld, AMS-Bezug oder die Mindestsicherung. Am häufigsten sind F2 Diagnosen (50%) und F1-Diagnosen (20%).

Die verbleibenden 30% verteilen sich jeweils auf die Oberkategorien: F4, F6, F7, F8 und F9. Eine Sucht-Komorbidität liegt in 35% der Fälle vor. Die Berechnung des psR Punktwertes ergab im Durchschnitt 25,4 Punkte (SD = 1,6) und einer Spannbreite von 22 bis 29 Punkten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 631 Tage (SD = 538) und eine Spannbreite von 91 bis 1.253 Tagen. Zum Stichtag 31.12.2018 wurden neun Personen aus der Betreuung des vollbetreuten Wohnens der AQUA Mühle entlassen bzw. weitervermittelt. Davon wurden 25% ins elterliche Umfeld entlassen, 37,5% in eine selbstständigere Wohnform und in 37,5% konnten in eine Mietwohnung vermittelt werden.

## **10.9 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 2018 wurden insgesamt zwölf Einzelfälle gemeinsam mit verantwortlichen Mitarbeiterinnen und 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. Einige Betroffene sind damit überfordert, sich an die bestehenden Konzepte einiger Anbieter von Wohnplätzen anzupassen.

Die Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen (psychiatrische Diagnose plus Suchtdiagnose) stellt nach wie vor eine große Herausforderung dar, da es wenig Angebote gibt, die dieses Segment bedienen können.

Sowohl was den niederschweligen Zugang zu betreuten Wohnformen als auch Menschen mit Doppeldiagnosen betrifft, ist die Sozialpsychiatrie in Vorarlberg gefordert, neue Wege und Kooperationsmöglichkeiten zu finden, damit Menschen mit komplexen Problemlagen zukünftig besser erreicht werden. Ein wesentlicher Schritt zur niederschweligen Versorgung wurde durch den Aufbau der sozialpsychiatrischen Dienste auf Bezirksebene (SpDi) gesetzt, der allen Menschen mit psychischen Problemen offensteht.



## Anhang

---

Anhang 1: Datenblatt zur Leistungserfassung (Version Erwachsene)

Anhang 2: Datenblatt zur Leistungserfassung (Version Kinder und Jugendliche)

Anhang 3: Information zur Planung von Integrationshilfen

## **Datenblatt für die personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation Erwachsene**

**Erfassung der Daten für das 2019 (Datenblatt gilt ab 1.1.2019):**

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

**1. Angaben zur Versorgungsleistung**

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

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

**Leistungsbeginn (tt.mm.jjjj):** \_\_\_\_\_

**Falls die Leistung am 31.12. noch aufrecht war, ist kein Leistungsende anzugeben!**

**Leistungsende, falls Beendigung im Berichtsjahr erfolgte (tt.mm.jjjj):** \_\_\_\_\_

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

**2.1 Geschlecht:**

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

**2.2 Geburtsjahr/Jahrgang:**

\_\_\_\_\_

**2.3 Wohnort**

Postleitzahl (PLZ) des Wohnorts: \_\_\_\_\_

9 = wohnungslos; 99 = Wohnadresse unbekannt/unklar

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

**2.4 Gesetzliche Vertretung**

- 0 = trifft nicht zu (keine gesetzliche Vertretung)  
 2 = Erwachsenenvertretung  
 4 = Maßnahmenvollzug  
 9 = gesetzliche Vertretung unbekannt/unklar

**2.5 Ist Ihre Einrichtung zuständig für die Fallkoordination?**

- 0 = Nein  
 1 = Ja  
 9 = unbekannt/unklar

### 3. Psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

#### 3.1. Psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-F0 bis F9)

- F0  0 = organische psychische Störung  
F1  1 = Suchterkrankung  
F2  2 = schizophrene/wahnhafte Störung  
F3  3 = affektive Störung  
F4  4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen  
F5  5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren  
F6  6 = Persönlichkeitsstörung  
F7  7 = intellektuelle Minderbegabung  
F8  8 = Entwicklungsstörungen  
F9  9 = Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend  
 99 = keine psychische Erkrankung oder Diagnose ist 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 Jahre  
 3 = 1 bis unter 5 Jahre  
 4 = unter ein Jahr  
 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt

#### 3.5. Wohnsituation

- 1 = eigenständiges Wohnen mit PartnerIn/Angehörigen (auch Wohngemeinschaften)  
 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

- 1 = Vollzeitätigkeit oder in Berufsausbildung  
 2 = Teilzeitätigkeit  
 3 = Tagesstruktur oder Wochenstruktur  
 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.*

- 1 = täglich  
 2 = wöchentlich  
 3 = monatlich  
 4 = nie

9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

### **3.8. vorrangiger Lebensunterhalt**

1 = Eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen

2 = Krankengeld

3 = Alterspension

4 = Arbeitslosengeld

5 = IV-Pension

6 = Karenzgeld

7 = Notstandshilfe

8 = Reha-Geld

9 = durch PartnerIn, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen

10 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt

11 = Familienbeihilfe (erhöht)

99 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

### **3.9. Höchste abgeschlossene Ausbildung**

1 = **kein** Pflichtschulabschluss

2 = max. Pflichtschulabschluss

3 = Lehrabschluss

4 = mittlere Schule (Handelsschule, etc.)

5 = Matura

6 = Studium/Fachhochschule

## Datenblatt für die personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation Kinder und Jugendliche

Erfassung der Daten für das Jahr 2019 (Datenblatt gilt ab 1.1.2019):

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

### 1. Angaben zur Versorgungsleistung

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

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

Leistungsbeginn (tt.mm.jjjj): \_\_\_\_\_

Falls die Leistung am 31.12. noch aufrecht war, ist kein Leistungsende anzugeben!

Leistungsende, falls Beendigung im Berichtsjahr erfolgte (tt.mm.jjjj): \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur betreuten Person und zur Fallkoordination

#### 2.1 Geschlecht:

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

#### 2.2 Geburtsjahr/Jahrgang:

\_\_\_\_\_

#### 2.3 Wohnort

Postleitzahl (PLZ) des Wohnorts: \_\_\_\_\_

9 = wohnungslos; 99 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Staatsbürgerschaft (Länderkürzel A, D, CH, FL,...): \_\_\_\_\_

#### 2.4 Gesetzliche Vertretung

- 0 = trifft nicht zu (keine gesetzliche Vertretung)  
 1 = Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe  
 2 = Erwachsenenvertretung  
 4 = Maßnahmenvollzug  
 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

#### 2.5 Ist Ihre Einrichtung zuständig für die Fallkoordination?

- 0 = Nein  
 1 = Ja  
 9 = unbekannt/unklar

### 3. Psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

#### 3.1. Psychiatrische Hauptdiagnose (ICD-F0 bis F9)

F0  0 = organische psychische Störung



- F1  1 = Suchterkrankung  
F2  2 = schizophrene/wahnhafte Störung  
F3  3 = affektive Störung  
F4  4 = Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen  
F5  5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren  
F6  6 = Persönlichkeitsstörung  
F7  7 = intellektuelle Minderbegabung  
F8  8 = Entwicklungsstörungen  
F9  9 = Störung mit Beginn in Kindheit/Jugend  
 99 = keine psychische Erkrankung oder Diagnose ist unbekannt/unklar

**Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung:**

- 1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung)  
 2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich  
 3 = deutlich  
 4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung)

**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 Jahre  
 3 = 1 bis unter 5 Jahre  
 4 = unter ein Jahr  
 9 = Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt

**3.5. Wohnsituation**

- 11 = minderjährig mit beiden Eltern  
 12 = minderjährig mit einem Elternteil  
 13 = minderjährig in Pflegefamilie  
 14 = minderjährig in betreuter Wohneinrichtung  
 1 = eigenständiges Wohnen mit PartnerIn/Angehörigen (auch Wohngemeinschaften)  
 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung  
 3 = Wohnen in betreuter Einrichtung  
 4 = ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung)  
 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar

**3.6. Derzeitige Ausbildungs- bzw. Berufstätigkeit**

- 1 = Besuch einer Pflichtschule  
 2 = Besuch einer Sonderschule/spezielle Bildungseinrichtung  
 3 = Absolvierung einer Lehre  
 4 = Besuch einer höheren Schule (AHS, BHS,...)  
 5 = Studium/Fachhochschule  
 6 = Tagesstruktur/Wochenstruktur bei Rehaträger, Arbeitstraining  
 7 = keine Arbeits- oder Berufstätigkeit  
 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar

### 3.7. Belastende soziale Umstände

- 0 = keine belastenden soziale Umstände
- 1 = abnorme extra- oder intrafamiliäre Beziehungen
- 2 = psychische Störung oder Behinderung in der Familie
- 3 = verzerrte familiäre Kommunikation und abnorme Erziehungsbedingungen
- 4 = abnorme unmittelbare Umgebung
- 5 = akut belastende Lebensereignisse
- 6 = gesellschaftliche Belastungsfaktoren
- 7 = chronische zwischenmenschliche Belastung in Zusammenhang mit Schule oder Arbeit
- 8 = belastende Situationen infolge von Störungen/Behinderung des Kindes
- 9 = soziale Umstände unklar / unbekannt

### Schweregrad der sozialen Belastung

- 1 = gering ausgeprägt
- 2 = mäßige Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen
- 3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen
- 4 = deutliche Belastung ohne unterstützende soziale Beziehungen

### 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt der Eltern

- 1 = Eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen
- 2 = Krankengeld
- 3 = Alterspension
- 4 = Arbeitslosengeld
- 5 = IV-Pension
- 6 = Karenzgeld
- 7 = Notstandshilfe
- 8 = Reha-Geld
- 9 = durch PartnerIn, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen
- 10 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt
- 11 = Familienbeihilfe (erhöht)
- 99 = Lebensunterhalt unbekannt/unklar

## Information zur Planung von Integrationshilfen

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

	Beim IH-Antrag: Beschreibung der Leistung = Produkt Notwendigkeit der Leistung = Abschlussphase
Beendigung:	Erforderliche Unterlagen: Meldeblatt ('F') + Abschlussbericht
<b>Ergänzungen</b>	
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>

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