

# Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung

2009/2010

# **Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung**

2009/2010

Prinzipien, Konzeption und erste Ergebnisse (für den Zeitraum 2009 – 2010)  
einer systematischen Evaluation der Planung von Integrationshilfen für  
psychisch beeinträchtigte Menschen in Vorarlberg  
von Hermann Elgeti und Johann Tschann

## **Impressum**

Verfasser:

Dr med Hermann Elgeti  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Psychoanalyse – Sozialmedizin  
Leiter der Sozialpsychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover  
Podbielskistraße 158  
30177 Hannover  
DEUTSCHLAND

Johann Tschann  
Sachverständiger für Integrationshilfe und Hilfeplanung  
Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung  
Abteilung Gesellschaft und Soziales (IVa)  
Landhaus  
6901 Bregenz

Herausgeber:

Amt der Vorarlberger Landesregierung  
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)  
Landhaus  
6901 Bregenz

Bregenz, im Juli 2011

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen im regionalen Verbund .....</b>	<b>5</b>
1.1 Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen kommt nicht ohne Daten aus.....	5
1.2 Zielsetzungen und Methoden des Qualitätsmanagements sind zu klären .....	7
<b>2. Prinzipien der Planung und Durchführung von Hilfen im Einzelfall .....</b>	<b>11</b>
2.1 Partnerschaftlicher Dialog und Kontextbezug müssen das Handeln prägen.....	11
2.2 Gefragt ist Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel möglichst guter Lebensqualität .....	12
2.3 Die Datenerhebung ist auf das erforderliche Minimum zu begrenzen.....	15
<b>3. Exkurs: Zukunftswerkstatt zur Prozessqualität der Hilfeplanung.....</b>	<b>17</b>
3.1 Die Planung psychiatrischer Einzelfallhilfen unterliegt vielen Einflüssen .....	17
3.2 Als größter Schwachpunkt im Planungsprozess galt die Prozesssteuerung .....	19
3.3 Die dringlichsten Maßnahmen gelten den größten Defiziten .....	22
<b>4. Konzept für die Planung von Integrationshilfen in Vorarlberg.....</b>	<b>24</b>
4.1 Das Konzept orientiert sich an modernen sozialpsychiatrischen Grundsätzen .....	24
4.2 Die Verfahrensregeln zielen auf fachgerechte, zügige Antragsbearbeitung.....	25
4.3 Ein EDV-Programm unterstützt die Auswertung der quantitativen Daten .....	27
<b>5. Zusammenfassung erster Ergebnisse .....</b>	<b>27</b>
5.1 Das Hilfeplanverfahren läuft, Management der Daten macht noch Probleme.....	27
5.2 Das Datenmaterial macht Hilfebedarf und Leistungsumfang nachvollziehbar .....	30
5.3 Welche Faktoren beeinflussen den Hilfebedarf? .....	31
5.4 Vergleiche zwischen Angebotsformen haben noch vorläufigen Charakter .....	32
5.5 Ist das Ausmaß der geplanten Hilfen im betreuten Wohnen (AF 33) plausibel? ....	37
<b>6. Erste Erfahrungen mit dem Verfahren zur Hilfeplanung.....</b>	<b>40</b>
6.1 Einführung und Zusammenfassung.....	40
6.2 Ergebnisse einer Umfrage unter den beteiligten Einrichtungen .....	41
<b>Anhänge.....</b>	<b>43</b>
Anhang 1: Ergebnistabellen für die verschiedenen Hilfsangebote.....	43
Anhang 2: Verfahrensregelungen .....	46
Anhang 3: Datenblätter .....	48



# 1. Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen im regionalen Verbund

## 1.1 Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen kommt nicht ohne Daten aus

Jeder, der schon mit Hilfeleistungen für psychisch erkrankte Menschen in Berührung gekommen ist, weiß aus Erfahrung, dass so etwas gut oder schlecht laufen kann. Das wissen die Betroffenen und ihre Angehörigen, die Leistungserbringer und diejenigen, die für die Finanzierung dieser Hilfen zuständig sind. Auch wenn die Leistung von den Helfern nach bestem Wissen und Gewissen erbracht wurde, kann sie in der jeweils besonderen Situation unpassend, überflüssig oder unzureichend gewesen sein. Und selbst in den Fällen, wo nach menschlichem Ermessen alles richtig gemacht worden ist, kann der Erfolg ausbleiben, weil unbeeinflussbare, widrige Umstände sich als stärker herausstellten.

Bei der Bewertung einer bestimmten Hilfeleistung im Einzelfall oder eines Hilfsangebotes für ganze Gruppen von psychisch erkrankten Menschen sind sich die Beteiligten aber durchaus nicht immer einig. Uneinigkeit besteht dabei unter Umständen nicht nur im Werturteil selbst, sondern auch in den Bewertungsmaßstäben, die der Beurteilung zugrunde liegen. Jeder der Beteiligten macht seine Erfahrungen aus der Perspektive seiner besonderen Rolle und urteilt vor dem Hintergrund seiner Interessen. Solange es keine Verständigung über gemeinsam akzeptierte Bewertungsmaßstäbe gibt, bastelt sich jeder seine eigenen Maßstäbe und bildet sich oft genug ein, diese müssten auch für die anderen maßgeblich sein. Zu dieser unbefriedigenden Situation hat zumindest in Deutschland auch die geringe Bedeutung einer Versorgungsforschung beigetragen, die alte oder neue Therapiekonzepte ohne Voreingenommenheit empirisch mit anspruchsvoller Methodik auf ihre Wirksamkeit untersucht, um sie ihre Evidenz zu überprüfen. Wulf Rössler sprach in diesem Zusammenhang von der Tradition einer „Eminenz“- statt „Evidenz“-basierten psychiatrischen Versorgung.<sup>1</sup>

Die gemeindepsychiatrischen Reformen der letzten Jahrzehnte haben zu zahlreichen, vielfältigen und leichter erreichbaren Hilfsangeboten für psychisch erkrankte Menschen geführt.<sup>2</sup> Das heißt keineswegs, dass die Betroffenen schon überall passende Angebote vorfinden würden. Aber immerhin haben sich die Bedingungen dafür verbessert, dass auch chronisch und schwer erkrankte Personen wohnortnah und rechtzeitig die Hilfe erhalten, die im Einzelfall notwendig und ausreichend erscheint. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich nicht nur das Problembewusstsein im Hinblick auf Fragen der Versorgungsqualität verstärkt; es erhöhte sich auch die Zahl derjenigen, die sich bei der Bewertung

---

<sup>1</sup> Rössler W (2007): Zur Kultur des Umgangs mit quantitativen Daten in der Versorgungsforschung. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag 107-112

<sup>2</sup> Wienberg G (2008): Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen 38(1): 2-13

über Stärken und Schwächen der Versorgung verständigen müssen. Eine solche Verständigung wird umso dringlicher, je weniger Bereitschaft die Kostenträger zeigen, ihre Ausgaben für die psychisch erkrankten Mitbürger zu erhöhen.

Wir brauchen eine Verständigung sowohl bei der Beurteilung der gegenwärtigen Angebote als auch bei der Einschätzung des Bedarfs. Nur so gibt es eine Chance, dass die Gesichtspunkte der Versorgungsqualität Vorrang bekommen gegenüber dem Gesetz des Stärkeren im Kampf um die Geldtöpfe. Nur wenn wir uns einigen, welche Hilfen vor Ort notwendig sind und wie die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden können, lassen sich die verfügbaren Ressourcen optimal nutzen. Gegebenenfalls gibt es dann bei einem Bedarf an zusätzlichen Ressourcen auch mehr Einsicht auf Seiten der Kostenträger. Die Maßstäbe einer solchen Bewertung müssen nicht nur für die vielen direkt Beteiligten in der Region überzeugend sein, sondern auch für diejenigen Personen und Machtgruppen in Staat und Gesellschaft, die über die Verteilung der Ressourcen entscheiden. Dieses Ziel müssen wir immer im Auge behalten, auch wenn es nur langsam vorangeht angesichts der oft auseinanderstrebenden, aber legitimen Partikularinteressen.

Die Betroffenen selbst und die Fachleute an der Basis, die an der Planung und Durchführung von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen unmittelbar beteiligt sind, halten sich zu Recht erstmal an ihre Erfahrungen und sehen in der Datenerhebung und Dokumentation meist ein lästiges Übel.<sup>3</sup> Die Verantwortlichen für die Verteilung der Ressourcen und ihren bestimmungsgemäßen Einsatz dagegen fordern „objektive“ Daten und wollen ihre Entscheidungen nicht vorrangig nach „subjektiven“ Einzelfalldarstellungen richten. Wir sollten diese verschiedenen Sichtweisen nicht gegeneinander ausspielen, sondern versuchen, sie miteinander zu verbinden.

Gemeinsam geteilte Erfahrungen lassen sich am besten im partnerschaftlichen Dialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern bewerten. Als Erinnerungshilfe kann eine Dokumentation nützlich sein, in der Planung, Durchführung und Ergebnis der in Frage stehenden Hilfeleistungen ehrlich zusammengefasst werden. Wer etwas bewerten soll, ohne mit den im Einzelfall zu bewertenden Hilfeleistungen und Angebotsformen vertraut zu sein, ist auf solche Informationen noch viel stärker angewiesen. Je weiter man von der Basisarbeit entfernt ist und je umfassender die zu bewertenden Vorgänge sind, desto wichtiger sind Daten, die relevante Aspekte von Hilfebedarf und Leistungsgeschehen abbilden können. Da diese Daten außerhalb des therapeutischen Dialogs schon aus Gründen des Datenschutzes nur anonymisiert und gesammelt in Form statistischer Verteilungen verfügbar sind, fehlt hier natürlich der Bezug zur konkreten Erfahrung. Eine Interpretation der Daten muss deswegen unter Beteiligung derjenigen erfolgen, die eine solche Erfahrung beisteuern können.

---

<sup>3</sup> Schernus R (2007): Risiken einer Verdattung der Hilfeplanung. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag 113-118

## 1.2 Zielsetzungen und Methoden des Qualitätsmanagements sind zu klären

Ziel sozialpsychiatrischer Integrationshilfen für seelisch beeinträchtigte Menschen in Vorarlberg ist eine auf den individuellen Bedarf ausgerichtete Unterstützung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen bei einem möglichst eigenständigen Leben mit einer möglichst vollständigen gesellschaftlichen Teilhabe. Leitgedanken sind dabei die Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips sind professionelle und spezialisierte Hilfen nachrangig gegenüber zunächst der Selbst-, Laien- und Bürgerhilfe, in zweiter Linie gegenüber allgemeinen medizinischen und sozialen Diensten. Auf eine flächendeckend wohnortnahe Verfügbarkeit notwendiger Hilfen mit ambulanter Schwerpunktsetzung ist zu achten.

Gerade im Hinblick auf sozialpsychiatrische Problemstellungen müssen Aspekte der Prävention, Therapie, Rehabilitation, Langzeitbetreuung und Pflege in ihrem Zusammenhang in den Blick genommen werden. Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert die Vorbeugung von chronischen, schweren Krankheitsverläufen und die Unterstützung von Menschen, die zu dieser Hochrisikogruppe gehören. Ziel muss die Optimierung der psychiatrischen Versorgung in gesamtgesellschaftlicher Perspektive sein, nicht die betriebswirtschaftliche Optimierung einzelner Institutionen. Entscheidende Qualitätskriterien sind die individuellen Langzeitergebnisse über alle beteiligten Institutionen hinweg sowie die Versorgungsqualität definierter Regionen.<sup>4</sup> Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung müssen nach ihrer zu erwartenden Kosteneffektivität priorisiert werden, ihre Einführung sollte schrittweise, zielorientiert und koordiniert erfolgen. Dazu sind passende politisch-administrative Rahmenbedingungen zu entwickeln, u. a. auch zielorientierte Anreize zur Selbstoptimierung.

Die mit diesen Zielsetzungen verbundenen komplexen Anforderungen an geeignete Steuerungsinstrumente lassen sich übersichtlich darstellen an einer Zielmatrix, die differenziert zwischen der individuellen, institutionellen und regionalen Ebene. Diese Zielmatrix sollte Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität integrieren, sowohl auf der Ebene der individuellen Hilfeleistung als auch auf den Ebenen ihrer institutionellen Gewährleistung und regionalen Koordination (Kasten 1). Für jedes der sich daraus ergebenden neun Ziele lassen sich Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen im regionalen Verbund definieren. Für die Planung, Durchführung und Evaluation solcher Maßnahmen sind wir auch auf die Erhebung geeigneter quantitativer Daten angewiesen. Die Auswertungsergebnisse müssen dann im Diskurs der beteiligten Akteure sorgfältig interpretiert und bewertet werden.

---

<sup>4</sup> Cording C (2003): Plädoyer für ein neues Paradigma der Qualitätssicherung. Psychiatrische Praxis

### Kasten 1: Zielmatrix eines sozialpsychiatrischen Qualitätsmanagements

	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<b>Individuelle Ebene:</b> Subsidiarität der Hilfeleistung	Erreichbarkeit der Hilfe und Vertrautheit des Helfers	Kompetenz des Helfers und bedarfsgerechte Hilfeleistung	eigenständiges Wohnen und Teilhabe am Arbeitsleben
<b>Institutionelle Ebene:</b> Flexibilität der Hilfsangebote	Verfügbarkeit und Vielfältigkeit erforderlicher Hilfsangebote	individuelle Planung und zuverlässige Durchführung der Hilfen	Konzentration auf Schwerkranke und Prävention ungünstiger Verläufe
<b>Regionale Ebene:</b> Koordination der Versorgung	Einbeziehung aller Akteure (einschließlich Kostenträger und Politik)	Organisation eines regionalen, Konsens- orientierten Diskurses	Priorität für ambulante Hilfen und die Behandlung Schwerkranker

Für die individuelle Ebene gilt das oben bereits erläuterte Prinzip der Subsidiarität der Hilfeleistung. Die Therapeuten sollen den Erhalt, die Wiedergewinnung und den Ausbau der genannten Ressourcen fördern und ihr eigenes Engagement bei günstigem Verlauf auch wieder zurücknehmen. Für die institutionelle Ebene gilt das Prinzip der Flexibilität der Hilfsangebote. Die Dienste und Einrichtungen sollen den Hilfebedarf ihrer Nutzer nicht an ein standardisiertes Angebot anpassen, sondern umgekehrt ihr Angebot flexibel an den aktuellen und individuell wechselnden Bedarf der Nutzer anpassen.<sup>5</sup> Bei einem komplexen Hilfebedarf müssen die unterschiedlichen Maßnahmen sorgsam aufeinander abgestimmt werden. Für die regionale Ebene gilt das Prinzip der Koordination der Versorgung. Eine sektorierte Versorgungsverpflichtung der einzelnen Dienste und eine verbindliche regionale Zusammenarbeit in Verbundsystemen erleichtern eine solche Koordination, deren Erfolg sich am Umgang mit den besonders schwer gestörten psychisch Kranken einer Region messen lassen muss.

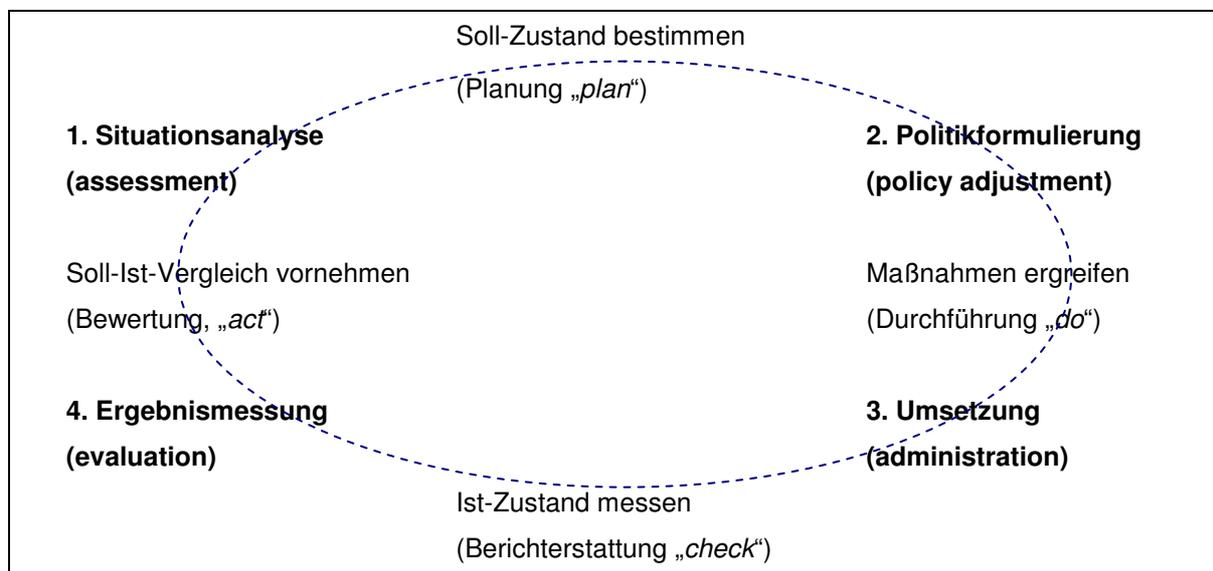
In so komplex strukturierten und vielfältig beeinflussten Systemen wie der Sozialpsychiatrie empfiehlt sich eine Steuerung der Qualitätsentwicklung nach dem Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses nach Art des PDCA-Zirkels (Kasten 2). Hierbei sind aussagefähige, kontinuierlich und zuverlässig erhobene und ausgewertete Daten eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für den Erhalt, die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität. Notwendig sind vielmehr auch funktionierende Netzwerke aller Akteure in diesem Feld und verbindliche Regeln der Zusammenarbeit auf der Ebene des therapeutischen Einzelfalls, der institutionellen Hilfsangebote und der regionalen Koordination und Planung. Die Sorge für das Gemeinwohl und für den Anspruch des

---

<sup>5</sup> Kruckenberg P, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.) (1997): Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Köln: Rheinland-Verlag.

Einzelnen auf bedarfsgerechte Hilfe ist eine vornehme Aufgabe der politischen Administration der Versorgungsregion. Sie kann auch am ehesten eine moderierende, koordinierende und steuernde Funktion für das gesamte Hilfesystem übernehmen.

### Kasten 2: Der Zirkelprozess von Planung, Durchführung und Überprüfung



Die hauptsächlichen Aufgaben der Qualitätsentwicklung auf der individuellen, institutionellen und regionalen Ebene lassen sich leichter und erfolgversprechender in Angriff nehmen, wenn sie miteinander verknüpft werden (Kasten 3). Dies gilt ganz besonders für die in diesem Zusammenhang erforderlichen Daten zur Dokumentation und Berichterstattung, die sich auf das notwendige Minimum beschränken sollten. Sie sollten möglichst so ausgewählt und strukturiert sein, dass sie nur einmal erhoben und dann zur Bearbeitung mehrerer Einzelaufgaben auf unterschiedlichen Ebenen der Qualitätsentwicklung genutzt werden können. So wird beispielsweise eine kurz gefasste Patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation für die Planung und Evaluation von Einzelfallhilfen (individuelle Ebene) benötigt. Zusammengefasst liefert dieses Datenmaterial aber auch wertvolle Informationen für ein *Controlling* der Leistungserbringer (institutionelle Ebene) und – in anonymisierter Form – für die Analyse der psychiatrischen Versorgung (regionale Ebene).

Auf Empfehlung des Psychatriekonzepts von 2002 hat die Vorarlberger Landesregierung 2003 einen Psychiaterbeirat berufen, der seitdem regelmäßig dreimonatlich tagt. Er sorgt zusammen mit seinen ständigen Subarbeitsgruppen und anlassbezogen eingesetzten Projektgruppen für die Prozessierung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie. Auf seine Initiative wurde nicht nur die Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung im Konsens aller Beteiligten eingeführt.<sup>6</sup> Auch das Verfahren zur systematischen Planung und Evaluation der Integrationshilfen für seelische beeinträchtigte

<sup>6</sup> Elgeti H, Bechter E, Böckle H (2010): Regionale Psychiatrieberichterstattung – Einführung der Berichterstattung in Vorarlberg und einige Ergebnisse für das Jahr 2008. psychopraxis 2010 (1): 24-29

Menschen in Vorarlberg hat er auf den Weg gebracht. Mit diesen beiden Projekten verfügt das Amt der Vorarlberger Landesregierung inzwischen über erfolgversprechende Steuerungsinstrumente auf der individuellen und regionalen Ebene der Qualitätsentwicklung.

### Kasten 3: Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen: Synopsis der Aufgaben

	Planung und Evaluation	Dokumentation und Berichterstattung
<b>individuelle Ebene</b>	Befragung der Hilfen auf ihre Notwendigkeit u. Wirksamkeit	Informationsaustausch der Beteiligten, Basis- und Leistungsdokumentation
<b>institutionelle Ebene</b>	Organisations- und Personalentwicklung in den Diensten	Kontinuierliches Controlling und Erstellung statistischer Jahresberichte
<b>regionale Ebene</b>	Koordination und Steuerung im regionalen Verbund	regionale Psychiatrieberichterstattung (einschließlich <i>Benchmarking</i> )

Die in diesem Zusammenhang erhobenen Daten erlauben Aussagen zur Notwendigkeit und Wirksamkeit von psychiatrischen Hilfen sowie zu ihrer Verfügbarkeit und Inanspruchnahme in den verschiedenen Regionen Vorarlbergs. Vergleiche zwischen ähnlichen Hilfsangeboten im Querschnitt und in der zeitlichen Entwicklung im Längsschnitt sind möglich. Das Datenmaterial bietet auch gute Voraussetzungen für den Abschluss und die Erfolgsmessung von regionalen Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Versorgung.<sup>7</sup>

Gerade im Hinblick auf Vorarlberg mit seinen besonderen Voraussetzungen (kleines Bundesland, subsidiäre Tradition in der staatlichen Verwaltung) erweist sich die Funktionalität und Qualität eines zentralen Managements der Steuerungsinstrumente als entscheidende Bedingung für deren erfolgreichen Einsatz. Das gilt sowohl für die aufwändige Netzwerkarbeit, die Moderation der Gremien und Projektgruppen wie auch für die akribische Sammlung und kundige Interpretation des Datenmaterials. Hier lohnt sich der Einsatz von Ressourcen, nicht zuletzt, weil die entsprechenden Anforderungen in Zukunft vermutlich weiter ansteigen werden.

---

<sup>7</sup> Elgeti H, Schlieckau L, Sueße T (2011): Qualitätsentwicklung mit regionalen Zielvereinbarungen – geht das? Zwischenbericht über ein Projekt in der Region Hannover. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2011. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 134-142

## 2. Prinzipien der Planung und Durchführung von Hilfen im Einzelfall

### 2.1 Partnerschaftlicher Dialog und Kontextbezug müssen das Handeln prägen

Die Planung und Evaluation von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen verkommt zu einer Art von Technokratie, wenn der Gehalt dessen, was geplant und evaluiert werden soll, in den Hintergrund gerät. Wie könnten der Gehalt und die Grundhaltung sozialpsychiatrischen Handelns bestimmt werden? Nach meinem Verständnis ist es die Kunst, auf diejenigen zuzugehen und ihnen auch nachzugehen, die wegen Art und Ausmaß ihrer psychischen und sozialen Probleme besonders gefährdet sind, im gesellschaftlichen Abseits zu landen. Dort besteht nämlich die Gefahr, dass sie keiner mehr sieht, der ihnen helfen könnte oder wollte; und oft genug sind solche Menschen dann auch nicht mehr in der Lage, sich ohne weiteres helfen zu lassen.

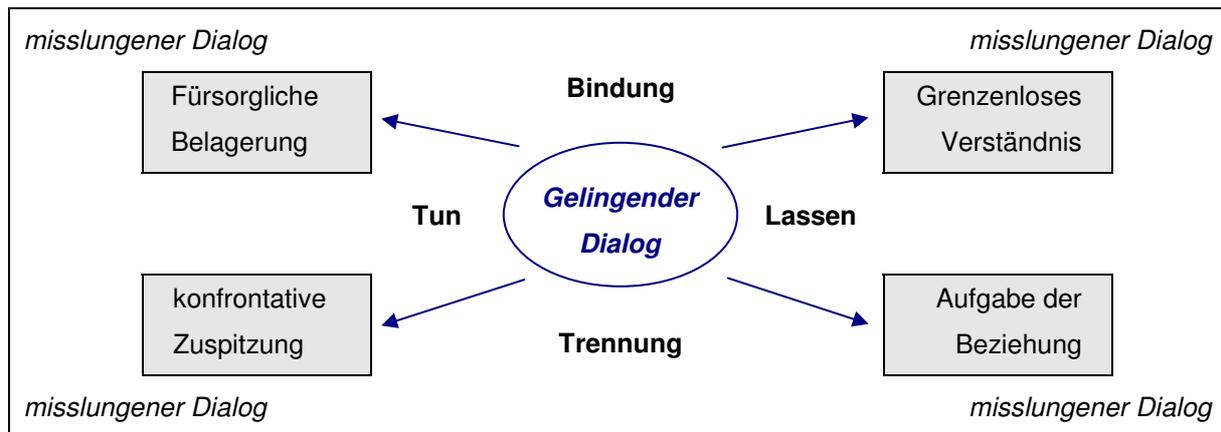
Sozialpsychiatrisches Handeln beinhaltet die Fähigkeit zur Aufnahme eines respektvollen Dialogs auf fremdem Terrain, auch ohne die Vertrautheit der uns gewohnten Umgangsregeln und fern der herrschenden Normen und Standards. Wir müssen uns immer wieder auf einen anderen Kontext einstellen, wenn wir diagnostisch und therapeutisch tätig werden, angemessene Hilfen planen und diese auf ihre Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüfen. Um dem einzelnen hilfsbedürftigen Menschen gerecht zu werden, müssen wir einkalkulieren, dass ihr Hilfebedarf abhängig ist von den Besonderheiten ihrer Lebensgeschichten, ihrer aktuellen Notlagen und ihrer Zukunftserwartungen.

Ohne Dialog mit dem erkrankten Menschen ist ethisch verantwortliches therapeutisches Handeln nicht möglich. Dieser Dialog sollte eine Begegnung zwischen Ich und Du im Sinne von Martin Buber suchen, sich vorbehaltlos dem Fremden, seiner Geschichte und Gegenwart zu öffnen.<sup>8</sup> Der Dialog misslingt, wenn er seine Balance zwischen Tun und Lassen, Nähe und Distanz verliert und in die Einseitigkeit abrutscht. Die Haltung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten kann dann in einen von vier typischen Zuständen misslungener Dialoge abgleiten, die sich mit den Begriffen fürsorgliche Belagerung, grenzenloses Verständnis, konfrontative Zuspitzung und Aufgabe der Beziehung beschreiben lassen (Kasten 4). Wenn dies passiert, ist es wichtig, wieder zurück zur Mitte zu finden, bevor wir Entscheidungen für oder gar über den Patienten treffen.

---

<sup>8</sup> Elgeti H (2000): Sozialpsychiatrie als Verpflichtung zum Dialog. Sozialpsychiatrische Informationen 30 (1): 4-7

#### Kasten 4: Spektrum der Reaktionen von Therapeuten bei misslingendem Dialog



Neben der Fähigkeit zum verständnisvollen Dialog mit den von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen müssen wir uns auch ihrem Umfeld mit den Bezugspersonen zuwenden. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Angehörigen und Freunde, Nachbarn und Kollegen mit deren kulturellen Einbindungen, Hilfsmöglichkeiten und Toleranzgrenzen. Wichtig sind auch die Kontakte im Netzwerk der professionellen sozialen und medizinischen Dienste in der Region, an die wir bei Erfordernis weiter vermitteln oder mit denen wir bei komplexem Hilfebedarf gemeinsam tätig werden wollen. Schließlich sollten wir die für psychisch erkrankte Menschen wichtigen Gesetze kennen, um dort zu beraten und zu unterstützen, wo es Konflikte geben könnte bei der Leistungsgewährung oder bei Regelverletzungen. Die Qualität sozialpsychiatrischer Hilfen hängt also auch ab von der Fähigkeit der Therapeuten, die erforderlichen Kontextbezüge im Lebensumfeld herzustellen. Daher gilt in der Sozialpsychiatrie auch ein besonderes Versorgungsprinzip: Dezentralisierung und Integration der Hilfen in einem überschaubaren Einzugsgebiet haben Vorrang vor der sonst so eingängigen Tendenz zur Spezialisierung an einem zentralen Ort mit den oft langen Anfahrtswegen.

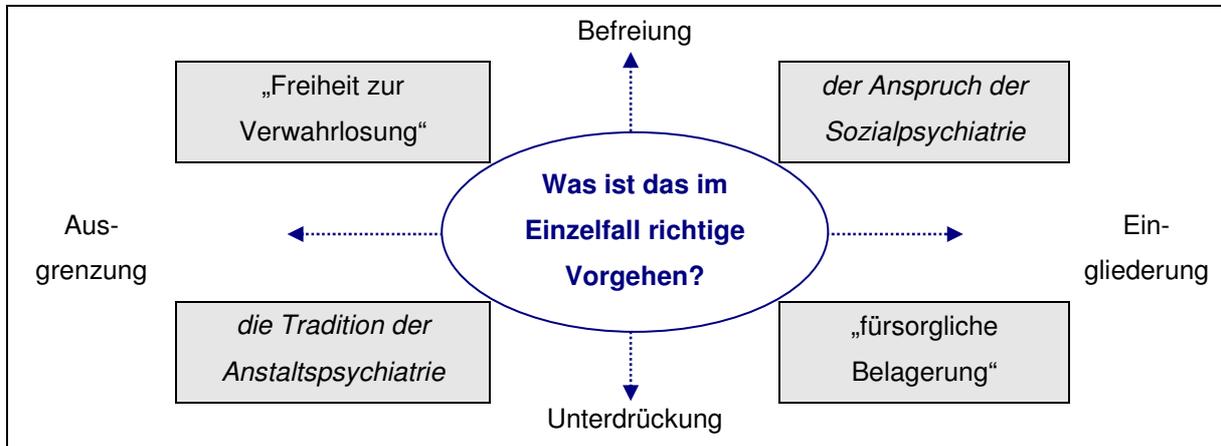
## 2.2 Gefragt ist Hilfe zur Selbsthilfe mit dem Ziel möglichst guter Lebensqualität

Die Psychiatrie muss mit einem widersprüchlichen gesellschaftlichen Auftrag zurechtkommen. Die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle ist ein harter Knochen, an dem sich Befürworter wie Kritiker traditioneller und moderner psychiatrischer Versorgungskonzepte seit langem abarbeiten (Kasten 5). Gegen die Tendenzen zur Ausgrenzung und Unterdrückung psychisch Kranker in der ursprünglichen Anstaltspsychiatrie trat die Sozialpsychiatrie mit dem Anspruch auf Befreiung und soziale Eingliederung auf. Im Alltag der gemeindepsychiatrischen Versorgung spüren wir jedoch auf Schritt und Tritt, dass auch wir mit unseren modernen Versorgungskonzepten dieser Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle unterliegen.<sup>9</sup> Entzieht sich ein psychisch Kranker unseren gut gemeinten Hilfsangeboten, so nehmen unsere

<sup>9</sup> Pieper G, Elgeti H (1998): Zwischen fürsorglicher Belagerung und Freiheit zur Verwahrlosung. Sozialpsychiatrische Informationen 28(3):42-46

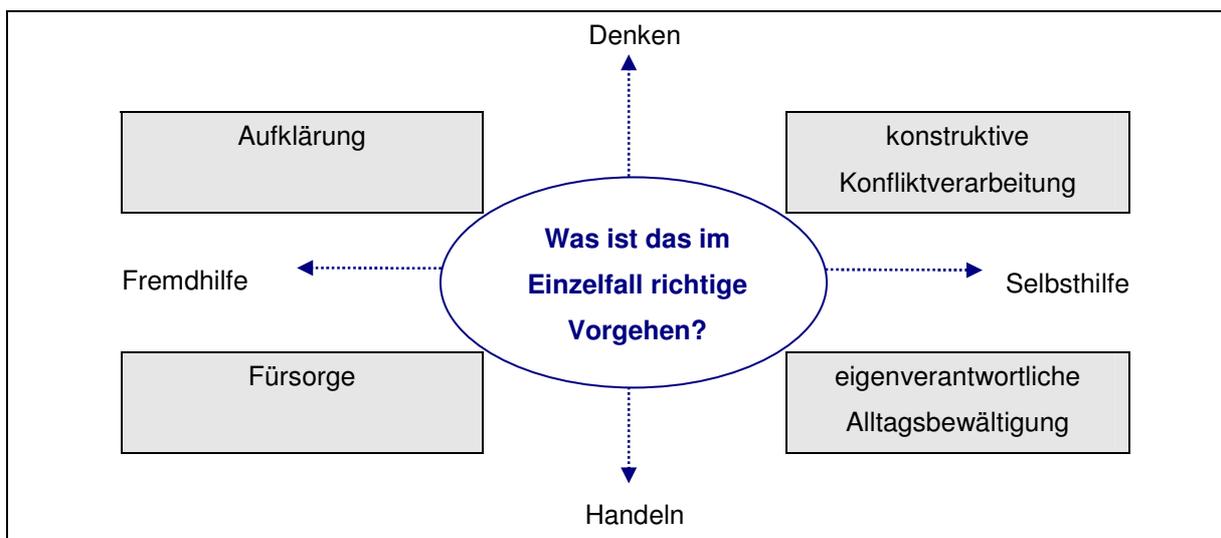
Eingliederungsbemühungen leicht disziplinierende Züge in einer Art von fürsorglicher Belagerung an, oder wir fördern im Namen der Eigenverantwortung des Betroffenen Ausgrenzungstendenzen, indem wir ihn seiner Freiheit zur Verwahrlosung überlassen nach dem Motto „Aus den Augen, aus dem Sinn“.

**Kasten 5: Zur Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle**



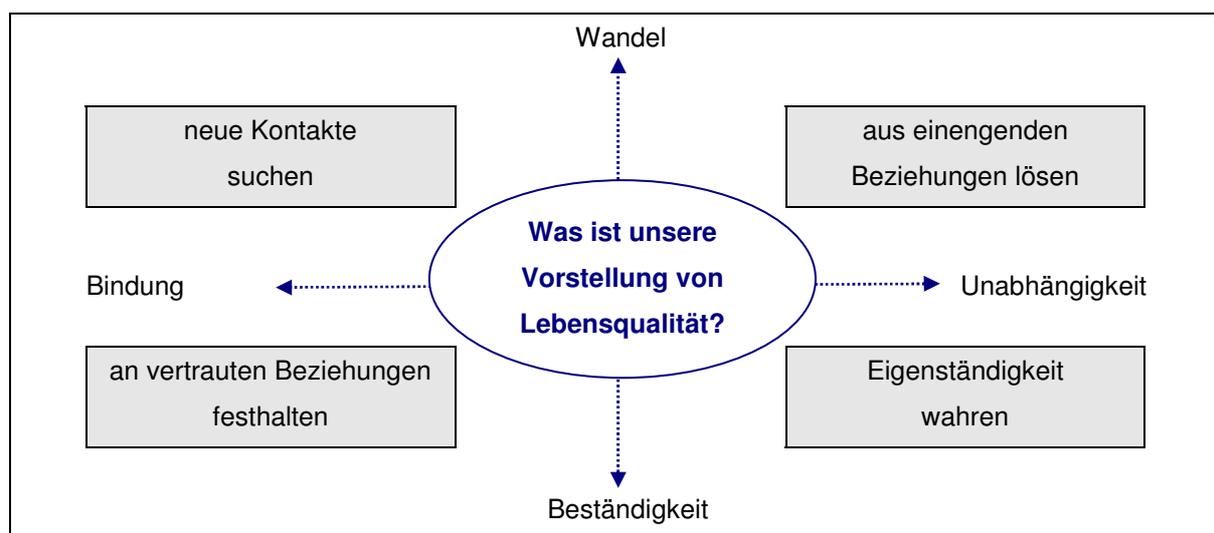
Bei allen Therapieverfahren müssen wir für jeden einzelnen psychisch erkrankten Menschen und für jede Phase der Therapie neu versuchen, eine individuell angemessene Balance von zugemuteter Selbsthilfe und wohl dosiert eingesetzter Fremdhilfe zu finden (Kasten 6). Selbsthilfe wie Fremdhilfe kann sich dabei im Handeln (in der Aktion) und im Denken (in der Reflexion) vollziehen. Unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ wünschen wir den von ihrer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen ein möglichst hohes Maß an konstruktiver Konfliktverarbeitung und eigenverantwortlicher Alltagsbewältigung, die wir mit unseren fürsorglichen und aufklärenden Hilfestellungen fördern und nicht behindern wollen.

**Kasten 6: Zur Balance von Selbst- und Fremdhilfe**



Wir geraten hier unversehens in einige Fragestellungen hinein, die unsere eigenen Vorstellungen von einem guten Leben berühren. Auch hier haben wir uns mit Widersprüchen zu arrangieren, und ich greife dabei die normalpsychologische Ambivalenz zwischen Nähe und Distanz sowie zwischen Beständigkeit und Wandel heraus (Kasten 7). Liegt unser idealer Lebensstil, unsere Vorstellung von Lebensqualität in einer utopischen Balance zwischen der Wahrung unserer Eigenständigkeit und dem Festhalten an vertrauten Beziehungen, ohne die Suche nach neuen Kontakten zu vernachlässigen und ohne die Loslösung aus einengenden Beziehungen zu vermeiden? Geraten wir selbst in die Gefahr einer gewissen Hospitalisierung, wenn wir unter Vernachlässigung der anderen Aspekte zu stark an vertrauten Beziehungen festhalten? Oder verlieren wir uns in der hektischen Suche nach immer neuen Erlebnissen, wenn uns vertraute Beziehungen Angst vor Gewohnheitsbildung und Langeweile einjagen? Inwieweit kämpfen wir auch mit uns selber, wenn wir – als Laie oder als Professioneller – für oder gegen fürsorgliche Hilfen bei unseren psychisch erkrankten Mitmenschen eintreten?

### Kasten 7: normalpsychologische Ambivalenzen

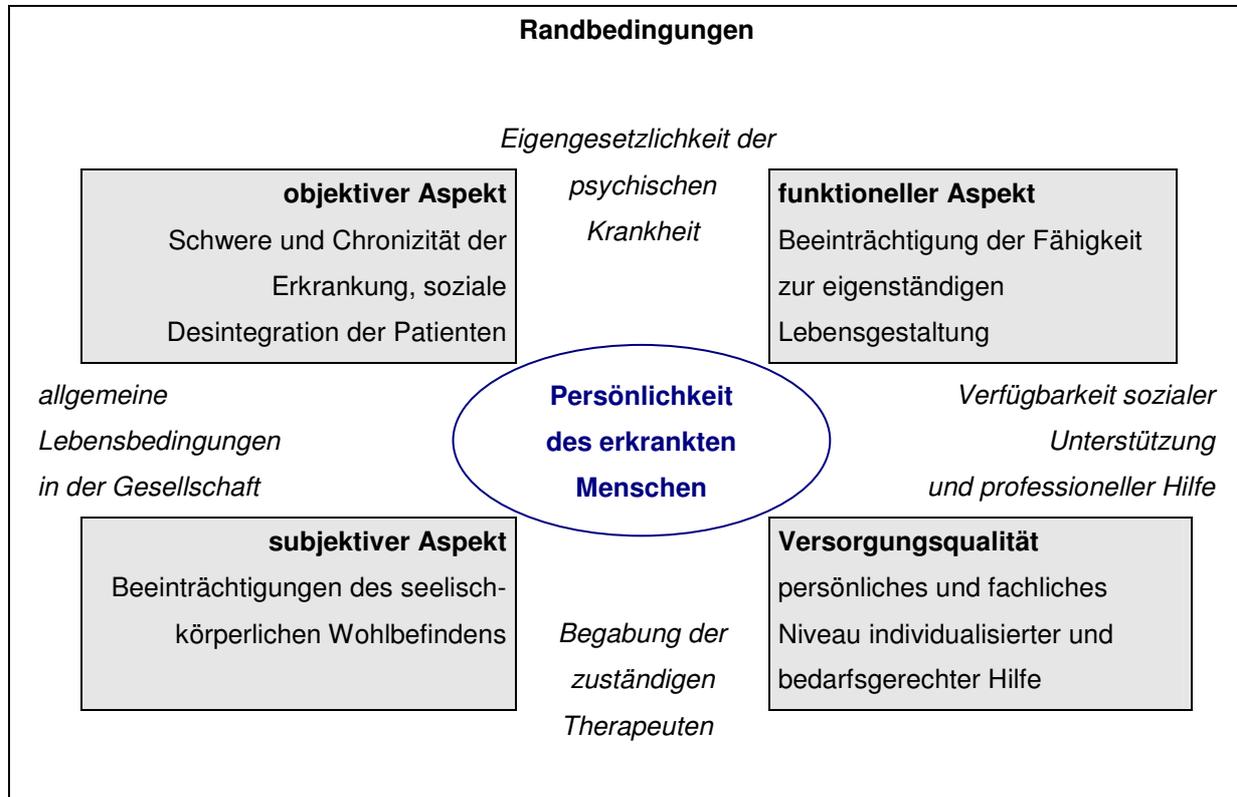


Der allgemeine Maßstab für die Beurteilung der Versorgungsqualität sollte sein, inwiefern es gelingt, die Lebensqualität der Betroffenen so weit wie möglich zu erhalten und zu verbessern.<sup>10</sup> Nun bedeutet Lebensqualität für jeden Menschen etwas anderes und lässt sich daher nicht allgemein definieren. Schon eher kann man verschiedene Formen von Einbußen an Lebensqualität bestimmen, mit denen psychisch erkrankte Menschen zu tun haben. Dabei sind mögliche Einwirkungen durch Randbedingungen zu beachten, die auch von einer qualitativ guten Versorgung zum Teil nicht beeinflussbar sind. Art und Ausmaß der Einbußen an Lebensqualität lassen sich drei verschiedenen Aspekten zuordnen. In Kasten 8 habe ich versucht, die verschiedenen Randbedingungen und Aspekte einge-

<sup>10</sup> Katschnig H (1997): How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N: Quality of Life in Mental Disorders. Chichester: John Wiley & Sons; 3-16

schränkter Lebensqualität darzustellen und diese zur Persönlichkeit des erkrankten Menschen und zur Qualität der für ihn geleisteten Hilfen (Versorgungsqualität) in Beziehung zu setzen.

### Kasten 8: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Kranker



### 2.3 Die Datenerhebung ist auf das erforderliche Minimum zu begrenzen

Bei der Suche nach Möglichkeiten, Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen von Lebensqualität im Einzelfall auch quantitativ zu bestimmen, müssen wir einige Erkenntnisse berücksichtigen. Erstens ist eine aus mehreren bedeutsamen Dimensionen zusammengesetzte Kennzahl (multidimensionaler Score) aussagekräftiger als nur ein einziges Merkmal, z.B. die psychiatrische Diagnose. Allerdings führt ein zu großer Umfang an erhobenen Merkmalen leicht zu einer unvollständigen Datenerhebung bzw. zu einer schlechten Datenqualität. Zweitens ist die Einschätzung funktioneller Beeinträchtigungen gegenüber der Erfassung nachprüfbarer („objektiver“) Fakten weniger genau (Kriterium der Validität) und erfolgt durch verschiedene Personen nicht so übereinstimmend (Kriterium der Reliabilität). Drittens ist die Selbsteinschätzung von Beeinträchtigungen durch den psychisch erkrankten Menschen abhängig von seinem aktuellen Befinden und weniger zuverlässig als die Fremdeinschätzung durch einen mit der Situation vertrauten Therapeuten.

Diese Tatsachen bedeuten, dass Kennzahlen zu objektiven Aspekten eingeschränkter Lebensqualität eine größere Aussagekraft beanspruchen können als solche zu funktionellen Aspekten. Bei der Auswahl des Datensatzes sollte man sich zudem auf einige wenige, möglichst gut bekannte und einfach zu erhebende Merkmale beschränken. Subjektive Aspekte eingeschränkter Lebensqualität sollte man in erster Linie im partnerschaftlichen Dialog mit dem betroffenen Menschen zu erfassen suchen. Ganz verzichten kann man auf eine Quantifizierung der Selbsteinschätzung psychisch erkrankter Menschen in Bezug auf ihr Wohlbefinden und ihrer Äußerungen, wie zufrieden sie mit der erhaltenen Hilfe sind. Man weiß, dass sich psychisch besonders schwer erkrankte Menschen, die besonders schlecht versorgt werden, sich häufig für zufrieden mit dieser Situation erklären, wenn sie den Widerspruch zwischen Wunsch und Wirklichkeit nicht ertragen können.

Ein bewährter Datensatz für die Erfassung objektiver Aspekte eingeschränkter Lebensqualität liegt bereits vor, nämlich als Bestandteil des Datenblattes C aus der regionalen Psychiatrieberichtserstattung in Vorarlberg. Dort werden je vier Merkmale zur Dauer und Schwere der psychischen Erkrankung sowie zum Ausmaß sozialer Desintegration mit vier Antwortalternativen zur jeweiligen Merkmalsausprägung abgefragt. Die Zusammenfassung aller acht Merkmalsausprägungen zu einer Kennzahl „psychosoziales Risiko“ erwies sich sowohl bei der regionalen Psychiatrieberichtserstattung als auch bei der individuellen Hilfeplanung immer wieder als aussagekräftig. Je höher der Durchschnittswert bei der Summe der Merkmalsausprägungen in einer Nutzergruppe, desto eher sind intensivierete sozialpsychiatrische Hilfen erforderlich, um dem Risiko von Komplikationen im Krankheitsverlauf (z.B. Langzeithospitalisationen oder Suizide) entgegenzuwirken. Das gilt freilich immer nur im statistischen Vergleich von Nutzergruppen und nie für den konkreten Einzelfall.

Für die Erfassung der funktionellen Aspekte eingeschränkter Lebensqualität und der geplanten Hilfeleistungen habe ich eine dem Datenblatt C analoge Gliederung in jeweils acht Dimensionen gewählt (Kasten 9). Ich konnte mich dabei auf eigene Vorarbeiten zur Planung und Evaluation von Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Menschen in Hannover<sup>11</sup> beziehen, profitierte aber auch von zwei anderen Ansätzen. Dabei handelt es sich um den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) der Aktion Psychisch Kranke e.V.<sup>12</sup> und verschiedene Dokumentationsbögen gemäß der neuen internationalen Klassifikation ICF (*International Classification of Functioning*)<sup>13</sup>. Beide sind allerdings in der Auswahl der erfassten Merkmale zu umfangreich, unübersichtlich und unausgewogen, um sie unverändert zu übernehmen. Die bei der Planung und Evaluation von Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen in Vorarlberg eingesetzten Datenblätter sind im Anhang abgedruckt.

---

<sup>11</sup> Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

<sup>12</sup> Kauder V, Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (1997): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn; Psychiatrie-Verlag

<sup>13</sup> Linden M, Baron S (2005): Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Rehabilitation 44: 144-151

### Kasten 9: Inhalte und Bezugnahmen der eingesetzten Datenblätter

Aspekte eingeschränkter Lebensqualität			erforderliche Leistungen		
objektiver Aspekt	funktioneller Aspekt				subjektiver Aspekt
<b>Datenblatt C</b>	<b>Datenblatt D</b>		nur im Dialog	<b>Datenblatt E</b>	
	Ausmaß	Verlauf		Art	Zeitbedarf
Dauer und Schwere der psychischen Erkrankung	Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten – in Anlehnung an ICD		Zufriedenheit mit eigenem Befinden und Verhalten	Einzelbetreuung ----- Gruppenangebote ----- Medikation ----- Fallkoordination	
Ausmaß der sozialen Desintegration	Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe – in Anlehnung an ICF		Zufriedenheit mit eigenen Fähigkeiten und Aktivitäten	Hilfen zum Wohnen ----- Hilfen zur Arbeit ----- Kontaktförderung ----- Existenzsicherung	

## 3. Exkurs: Zukunftswerkstatt zur Prozessqualität der Hilfeplanung

### 3.1 Die Planung psychiatrischer Einzelfallhilfen unterliegt vielen Einflüssen

2001 organisierte ich mit Clemens Firnenburg vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Niedersachsen; MDK-N) eine Zukunftswerkstatt der Akademie für Sozialmedizin zur Planung psychiatrischer Hilfen im Einzelfall.<sup>14</sup> 86 Teilnehmer aus unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen (Kasten 10) suchten in Kleingruppen nach Einflussfaktoren und Schwachpunkten damals gebräuchlicher Verfahren der Hilfeplanung und entwickelten Maßnahmepakete zu ihrer Verbesserung. Die dort gewonnenen Einsichten haben für meine weiteren Überlegungen zu dieser Thematik eine große Rolle gespielt. Die während der Zukunftswerkstatt skizzierten Vorschläge eignen sich auch als eine Art Checkliste zur Bewertung des neuen Vorarlberger Verfahrens.

---

<sup>14</sup> Elgeti H (2001): Zukunftswerkstatt zur Planung psychiatrischer Hilfen im Einzelfall – Ergebnisse und Materialien einer Tagung der Akademie für Sozialmedizin am 23.08.2001 im Ärztehaus Hannover [http://www.mdk-niedersachsen.de/alt\\_datei/ErgebnisseZukunftswerkstatt2001.pdf](http://www.mdk-niedersachsen.de/alt_datei/ErgebnisseZukunftswerkstatt2001.pdf) (letzter Zugriff: 14.03.2011)

**Kasten 10: Herkunft der Teilnehmer der Zukunftswerkstatt am 23.08.2001**

Anzahl der Teilnehmer	Einrichtungstyp	Region Hannover	übriges Niedersachsen	angrenzende Bundesländer
32 (37 %)	Gesundheitsamt bzw. Sozialpsychiatrischer Dienst	6	23	3
11 (13 %)	Psychiatrische Klinik / Institutsambulanz	7	1	3
18 (21 %)	Einrichtungen der komplexen Versorgung	6	9	3
15 (17 %)	Behörden, Ministerien, Krankenkassen, MDK	10	3	2
10 (12 %)	sonstige Einrichtungen und Selbsthilfvereine	5	3	2
86 (100 %)	Summe	34 (40 %)	39 (45 %)	13 (5 %)

Den wichtigsten Einfluss auf den Planungsprozess psychiatrischer Hilfen hatten für die Teilnehmer die Kommunikation und Kooperation der Beteiligten, 36 % aller gesammelten Stichworte ließen sich dieser Überschrift zuordnen (Kasten 11). Es folgten die Faktoren „Koordination und Steuerung des Prozesses“ (26 %) sowie „Einbeziehung von Patient und seinem Umfeld“ (17 %). Die Nennungen unter den Überschriften „rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen“ (11 %) und „Verfügbarkeit und Vernetzung der Hilfsangebote“ (10 %) machten deutlich, dass auch Fragen der Strukturqualität psychiatrischer Versorgung starken Einfluss auf die Hilfeplanung im Einzelfall nehmen.

**Kasten 11: Einflüsse auf den Planungsprozess psychiatrischer Hilfen**

Stichworte	Überschriften	Themenbereiche
113 (36 %)	26 (37 %)	1. Faktor: Kommunikation & Kooperation der Beteiligten
14	3	Zusammensetzung der Hilfekonferenz regeln!
32	11	Kontakt und Kommunikation der Beteiligten intensivieren!
22	4	Kooperation und Konsensfindung fördern!
31	3	Strukturprobleme des Planungsprozesses ernst nehmen!
14	5	persönliche Kompetenzdefizite abbauen!
83 (26 %)	13 (19 %)	2. Faktor: Koordination & Steuerung des Prozesses

28	6	Hilfeplanung zeitlich und organisatorisch optimieren!
19	1	hohen Aufwand der Hilfeplanung einkalkulieren!
13	2	unbürokratisch planen und zuverlässig dokumentieren!
12	3	Fallkoordinator festlegen!
11	2	Zuständigkeiten klären!
52 (17 %)	12 (17 %)	3. Faktor: Einbeziehung von Patient & seinem Umfeld
11	4	Hindernisse auf Seiten des Patienten berücksichtigen!
10	1	den Patienten einbeziehen!
9	5	dem Patienten seinen Willen lassen!
9	1	wichtige Bezugspersonen beteiligen!
8	1	Risiken der Hilfeplanung für den Patienten ernst nehmen!
5	0	soziale Teilhabe fördern!
34 (11 %)	7 (10 %)	4. Faktor: rechtliche & finanzielle Rahmenbedingungen
13	3	finanzielle Rahmenbedingungen verbessern!
11	0	Leistungsträger für bessere Zusammenarbeit gewinnen!
10	4	Kostenzuständigkeit für die Hilfeleistung vereinheitlichen!
33 (10 %)	12 (17 %)	5. Faktor: Verfügbarkeit & Vernetzung der Hilfsangebote
13	4	Angebote vor Ort kennen lernen!
12	6	geeignete Angebote vor Ort schaffen!
8	2	Angebote vor Ort vernetzen!
315 (100 %)	70 (100 %)	Summe der Stichworte und zugehöriger Überschriften

### 3.2 Als größter Schwachpunkt im Planungsprozess galt die Prozesssteuerung

Anschließend sollten die Teilnehmer die von ihnen identifizierten Einflussfaktoren jeweils einem von drei vorgegebenen Aspekten der Prozessqualität psychiatrischer Hilfeplanung zuordnen, der Prozesssteuerung, der Entscheidungsfindung oder der Evaluation. In einem weiteren Arbeitsschritt nahm sich jede Gruppe einen dieser drei Aspekte vor und formulierte zwei Thesen zu hier bestehenden wesentlichen Schwachpunkten im Planungsprozess. Die Ergebnisse wurden dann im Plenum allen Teilnehmern kurz vorgestellt. Von den insgesamt 16 Thesen zu wesentlichen Schwachpunkten bezogen sich jeweils sieben auf Aspekte der Prozesssteuerung und Entscheidungsfindung, die beiden übrigen auf den Aspekt der Evaluation der Hilfeplanung (Kasten 12).

Zum Abschluss der Situationsanalyse wurde eine Gewichtung der wesentlichen Schwachpunkte vorgenommen. Dazu erhielt jeder Teilnehmende zwei Punkte, mit denen er die beiden Thesen auswählen konnte, die nach seiner Ansicht am stärksten gegen eine effektive Planung psychiatrischer Hilfen im Einzelfall verstießen. Hierbei wurden insgesamt 183 Punkte vergeben, von denen 104 (57 %) Schwachpunkten in der Prozesssteuerung galten, 63 (34 %) solchen bei der Entscheidungsfindung und 16 (9 %) Defiziten der Evaluation (Kasten 13).

#### Kasten 12: Rangliste der Schwachpunkte im Planungsprozess

Sortierung nach Aspekten des Planungsprozesses und ihrem Rang			wesentliche Schwachpunkte im Prozess der Hilfeplanung
Aspekt	Punkte	Rang	Text der von den Gruppen formulierten Thesen
Prozess- Steuerung 104 (57 %)	29	1	Es besteht keine Einigkeit über die Art des Verfahrens und die Verantwortung für den Prozess.
	27	2	Notwendigkeit eines Casemanagers / wer macht was?
	17	4	Standardisierte Dokumentation ist die Grundvoraussetzung für die Prozesssteuerung.
	14	6	Prozesssteuerung kann nur von Psychiatrie-Erfahrenen mit Unterstützung der Profis und Angehörigen erfolgreich betrieben werden.
	9	10	Mangelnde Kommunikation ist ein zentraler Punkt, der den Prozesssteuerungsablauf behindert.
	5	12	Es gibt ein großes Spannungsfeld zwischen der Forderung nach Flexibilität und der Forderung nach Systematisierung.
	3	13	Prozesssteuerung setzt für definierte Zeiträume festgelegte Verantwortlichkeit (Casemanager ...) voraus.
Entschei- dungs- findung 63 (34 %)	24	3	Entscheidungsfindung benötigt Fehlertoleranz u. Flexibilität.
	12	7	Wenn viele Köche nicht wissen, wann sie was kochen sollen, bleiben alle hungrig.
	11	8	Unterschiedliche Interessen der Teilnehmer müssen gesehen, akzeptiert und zum Wohle des Klienten zusammengeführt werden.
	9	9	Entscheidungsfindung benötigt Transparenz der Möglichkeiten und Handlungen.
	6	11	Zu welchem Zeitpunkt ist die Hilfekonferenz im Interesse des Klienten?

	1	15	Hilfe will nicht jeder, so wie sie geplant wird.
	0	16	Vernetzung / Kooperation innerhalb des Verbundes sowie persönliche Kenntnis der Einrichtungen und Personen ist eine große Chance in Planung und Entscheidungsfindung (im Sinne optimaler Versorgung).
Evaluation	15	5	Evaluation findet zu wenig statt.
16 (9 %)	1	14	Nur eine zeitnahe Verlaufsdocumentation bedingt eine zeitnahe Zielüberprüfung.

### Kasten 13: Defizitanalyse zu Einflussfaktoren und Aspekten von Prozessqualität

Gewichtung der Einflussfaktoren auf den Planungsprozess		Gewichtung der Aspekte von Prozessqualität (Rang der zugehörigen Thesen zu wesentlichen Schwachpunkten)		
Punkte-Verteilung	Einflussfaktor	Prozess-steuerung	Entscheidungs- findung	Evaluation
92 = 50 %	Koordination & Steuerung des Planungsprozesses	52 = 28 % (2,4,12,13)	24 = 13 % (3)	16 = 9 % (5,14)
61 = 33 %	Kommunikation & Kooperation der Beteiligten	38 = 21 % (1,10)	23 = 12 % (7,8)	
21 = 12 %	Einbeziehung von Patient & seinem Umfeld	14 = 8 % (6)	7 = 4 % (11,15)	
9 = 5 %	Verfügbarkeit & Vernetzung der Hilfen		9 = 5 % (9,16)	
183 = 100 %	Summe	104 = 57 %	63 = 34 %	16 = 9 %

### 3.3 Die dringlichsten Maßnahmen gelten den größten Defiziten

Die Identifizierung wesentlicher Schwachpunkte des Planungsprozesses war Ausgangspunkt für die Erarbeitung von Maßnahmenpaketen zur Behebung der aufgezeigten Probleme. Zu diesem Zweck wurden die Gruppen neu zusammengesetzt, und zwar so, dass in den neuen Gruppen jeweils ein Mitglied aus jeder Gruppe des Vormittags mitarbeitete. Dadurch sollten die Diskussionen zur Defizitanalyse in all ihrer Vielfalt für die Problemlösung nutzbar gemacht werden.

Die beiden Tagungsleiter hatten zwischendurch auf der Grundlage der 16 Thesen zu wesentlichen Schwachpunkten acht Zielfragen für eine verbesserte Prozessqualität formuliert. Diese Fragen bezogen sich schwerpunktmäßig auf die beiden wichtigsten Einflussfaktoren. Die acht Gruppen entwickelten dazu mit Hilfe der Ideen und Erfahrungen ihrer Mitglieder arbeitsteilig jeweils ein Maßnahmenpaket, mit dem das in der Frage formulierte Problem gelöst werden könnte (Kasten 14).

#### Kasten 14: Vorschläge zur Verbesserung der Prozessqualität

Priorisierung	zu bearbeitende Frage	Kurzform des Verbesserungsvorschlags
1. Maßnahme (35 Punkte)	Was muss geschehen, um Evaluation zu einem Bestandteil der Hilfeplanung zu machen?	Schaffung struktureller Voraussetzungen für die bestmögliche Einbeziehung von Evaluation und Einführung von Qualitätssicherung
2. Maßnahme (24 Punkte)	Wie lässt sich der Prozess der Hilfeplanung transparent / kooperativ / konsensorientiert gestalten?	Festlegung von Spielregeln (verbindlich) zwischen Kostenträgern und Anbietern zur Herstellung von Transparenz und Verbindlichkeit des Hilfeplanverfahrens
3. Maßnahme (19 Punkte)	Wie lässt sich bei der Hilfeplanung Flexibilität u. Fehlertoleranz mit Systematisierung verbinden?	Personenorientierte Reflexion mit Gespräch im Vorfeld der Hilfeplankonferenz zur Sicherstellung einer Personenzentrierten Hilfebedarfserhebung
4. Maßnahme (17 Punkte)	Wie kann Einigkeit über die Art des Verfahrens bei der Hilfeplanung hergestellt werden?	Schaffung eines konsensfähigen, standardisierten u. regelmäßig überprüften Hilfeplanverfahrens durch gemeinsame Fortbildung aller Beteiligten über personenzentr. Hilfen
5. Maßnahme (15 Punkte)	Wer soll bei der Hilfeplanung die Federführung übernehmen (Psychiatrie-Erfahrene, Casemanager)?	Federführung bei der Hilfeplanung durch eine eigene Stelle beim Sozialpsychiatr. Verbund zwecks reibungslosem Ablauf, breiter Beteiligung, Unabhängigkeit der Entscheidungsfindung, Nähe zum Klienten

6. Maßnahme (9 Punkte)	Wie kann Einigkeit hergestellt werden, wer die Verantwortung für die Hilfeplanung übernimmt?	effektive Klärung der Zuständigkeit für die Hilfeplanung durch ein Gremium, das von der regionalen Koordinatorin einberufen wird (ggf. zunächst Strukturen regionaler Koordination der Hilfen schaffen)
7. Maßnahme (8 Punkte)	Wie ist zu gewährleisten, dass einer die Verantwortung für die Evaluation übernimmt?	sozialpsychiatrische Erfolgskontrolle zur Vermeidung überflüssiger / schädlicher Maßnahmen, Wirksamkeitsüberprüfung, Stärkung der Selbstverantwortung der Betroffenen durch Planungsbeteiligung
8. Maßnahme (7 Punkte)	Wie lässt sich die Planung und Durchführung der Hilfen standardisiert und zeitnah dokumentieren?	in den Dokumentationsinstrumenten punktgenaue Formulierungen ermöglichen, um Möglichkeit selbständiger Lebensführung punktgenau zu ermitteln u. zu unterstützen

Das Maßnahmenpaket sollte stichwortartig enthalten: als Überschrift den Namen, weiterhin die Zielsetzung und die Anzeichen, an denen man den Erfolg erkennen könnte. Außerdem war zu notieren, welche Personen in welcher Form tätig werden müssen und wie hoch für wen Aufwand und Nutzen bei der Umsetzung der Maßnahme wäre. Nach Vorstellung der Verbesserungsvorschläge im Plenum hatten die Teilnehmer noch die Gelegenheit, durch Vergabe von jeweils ein bis drei Punkten eine Prioritätenliste danach zu erstellen, welche Maßnahmenpakete zuerst bearbeitet werden sollten (Kasten 14).

Ordnet man die vorgeschlagenen Maßnahmen den einzelnen Aspekten des Prozesses psychiatrischer Hilfeplanung zu, zeigt sich sehr deutlich, wie eng die Aspekte der Prozesssteuerung, der Entscheidungsfindung und der Evaluation miteinander verknüpft sind. Nimmt man die verschiedenen Einflussfaktoren auf die Prozessqualität in den Blick, lässt sich sagen, dass die Verbesserungsvorschläge vorrangig den Faktoren gelten, die bei der Defizitanalyse die größte Rolle spielten. Die Maßnahmen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Koordination und Steuerung der Hilfeplanung sowie auf die Kommunikation und Kooperation der daran Beteiligten.

## 4. Konzept für die Planung von Integrationshilfen in Vorarlberg

### 4.1 Das Konzept orientiert sich an modernen sozialpsychiatrischen Grundsätzen

Die Forderung nach personenzentrierten Hilfen in der Psychiatrie zielt darauf, die Hilfen gemeinsam mit den betroffenen psychisch kranken Menschen zu planen und strikt an deren individuellem Bedarf auszurichten. Dieser Ansatz dringt auf einen Wandel der traditionellen Praxis, nach der sich der hilfsbedürftige Mensch an eine für ihn ausgesuchte Institution mit deren Standardangebot anpassen muss. Die Planung von Integrationshilfen für seelisch behinderte Menschen muss sich dabei ganz unterschiedlichen Anforderungen stellen. Neben einer Unterstützung der Behandlung der psychischen Störung geht es um die Sicherung und Verbesserung der Lebensqualität der kranken Menschen und die Entlastung ihrer Angehörigen.

Die eigene Wohnung als Dreh- und Angelpunkt personenzentrierter Hilfeplanung fordert im Regelfall eine dezentrale und integrativ organisierte Leistungserbringung. Das darf aber nicht dazu führen, einem Betroffenen spezialisierte Hilfen vorzuenthalten, wenn diese für ihn notwendig und wirksam sind. Bei aller geforderten Flexibilität auf Seiten der Leistungserbringer benötigen diese eine gewisse finanzielle und organisatorische Sicherheit, um jederzeit eine fachlich gute Qualität der Hilfe gewährleisten zu können. Der individuelle Rechtsanspruch des Betroffenen auf bedarfsgerechte Hilfen ist mit dem Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit auf regionaler Ebene zu verbinden. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen der Kostenträger gilt dies gerade auch in Bezug auf die psychisch besonders schwer beeinträchtigten Menschen, die oft sozial isoliert sind und ihre Ansprüche nicht anmelden.

Das einzuführende Verfahren soll dazu dienen, den bestimmungsgemäßen Einsatz der Integrationshilfen des Landes (Abt. IVa, Fachbereich Integrationshilfe, im Folgenden kurz „Land“ genannt) zu sichern. Es soll folgende Fragen beantworten:

- Wer hat das Problem? (die betroffene Person, ihre Fähigkeiten und ihre Lage)
- Was ist das Problem? (Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen)
- Warum hat sie oder er das Problem? (Art der psychischen Erkrankung)
- Wofür sind die Hilfen erforderlich? (Zielsetzung der Integrationshilfe)
- Wie sollen die Hilfen aussehen? (Art und Zeitbedarf der geplanten Leistung)

Die Zielsetzung ist auf Basis einer fachpsychiatrischen Einschätzung der individuellen Problemlage gemeinsam mit dem Nutzer und seinen Vertrauenspersonen zu vereinbaren. Art und Umfang der zur Zielerreichung empfohlenen Maßnahmen sind vorrangig auf den individuellen Hilfebedarf der Nutzer auszurichten. Die Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Maßnahmen sind regelmäßig zu überprüfen, auf Veränderungen beim Hilfebedarf ist zeitnah zu reagieren. Dabei muss

darauf geachtet werden, dass der Aufwand für Planung und Evaluation, Dokumentation und Berichterstattung auf das erforderliche Minimum beschränkt wird, um nicht unnötig viel Zeit von der unmittelbaren Hilfeleistung zugunsten der betroffenen Menschen abzuziehen.

Das Land verfügt über eine ausgebaute Infrastruktur an vielfältigen und vergleichsweise gut finanzierten Integrationshilfen für psychisch kranke Menschen. Aufgrund der geringen Bevölkerungszahl und der traditionell auf Subsidiarität ausgerichteten Sozialpolitik fehlen dem Amt der Landesregierung eigene Ressourcen zur fachlichen Prüfung des individuellen Hilfebedarfs. Der personenzentrierte Ansatz wurde von den Leistungserbringern bisher bereits vielfach praktiziert, wenn auch nicht systematisch und für den Kostenträger transparent. Die 2007 eingeführte Psychiatrieberichterstattung erleichtert auch die Evaluation und Qualitätsentwicklung von Integrationshilfen.

#### **4.2 Die Verfahrensregeln zielen auf fachgerechte, zügige Antragsbearbeitung**

Auftragsklärung: Das Land gewährt auf Antrag des Nutzers bzw. seines Sachwalters Integrationshilfen zunächst vorläufig für die Dauer von maximal drei Monaten. Dies erfolgt nach Prüfung der formalen Zuständigkeit auf Grundlage

- eines Meldeblattes (Datenblatt F),
- eines fachärztlichen Kurzattestates (Datenblatt G) und
- eines vollständigen Antrags mit allen dazu erforderlichen Unterlagen (IH-1 und Leistungsvereinbarung)

für den oder die vom Nutzer gewünschten Leistungserbringer (Die Datenblätter C-H sind im Anhang abgedruckt). Ist im Antrag kein geeigneter Leistungserbringer genannt, hilft das Land bei der Vermittlung. Die Auftragsklärung dient dazu, die Eignung der Maßnahme für den Nutzer zu erproben, den Hilfebedarf zu überprüfen und gegebenenfalls die nachfolgende Zielvereinbarung vorzubereiten. Eine mit der Fallkoordination beauftragte therapeutische Bezugsperson übernimmt hierbei in Abstimmung mit dem Nutzer die Federführung.

Neuantrag (Antrag nach Auftragsklärung): Spätestens zwei Monate nach Aufnahme wird eine Hilfeplankonferenz durchgeführt. Die dafür erforderlichen Unterlagen umfassen

- ein Meldeblatt (Datenblatt F),
- eine fachärztliche Stellungnahme (Datenblatt G),
- eine kurz gefasste psychiatrische Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C),
- eine Einschätzung der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen des Antragstellers aus fachärztlicher bzw. therapeutischer Sicht (Datenblatt D) sowie
- einen Integrationshilfeantrag (IH-1) und eine Leistungsvereinbarung.

An der Hilfeplankonferenz sind regelhaft zu beteiligen: der Nutzer, ggf. sein Sachwalter, auf Wunsch des Nutzers weitere Vertrauenspersonen, der behandelnde Facharzt und die mit der Fallkoordination beauftragte therapeutische Bezugsperson. Der Termin ist mit dem Land abzustimmen, um auch die Teilnahme eines Vertreters des Kostenträgers zu ermöglichen. Im Konsens der Beteiligten soll das Ziel der Integrationshilfe formuliert und der Hilfebedarf im Einzelnen festgestellt werden (siehe hierzu das Formular Zielvereinbarung im Anhang). Die darauf abgestimmten Maßnahmen sind in Art und Umfang zu vereinbaren und auf dem Datenblatt E zu dokumentieren. Außerdem ist der Zeitraum bis zur nächsten Überprüfung der Eignung der Maßnahme (in der Regel ein Jahr) zu bestimmen. All dies wird in einem Protokoll dokumentiert und von den teilnehmenden Personen unterschrieben. Wird ein Konsens nicht erreicht, ist der Fall unverzüglich an die beim Land eingerichtete Clearingstelle zu übergeben, wo innerhalb von vier Wochen eine Entscheidung herbeigeführt werden soll.

Die Durchführung der vereinbarten Maßnahme ist fortlaufend zu dokumentieren. Bei Abbruch bzw. Beendigung der Maßnahme oder einer wesentlichen Änderung des Hilfebedarfs ist unverzüglich Nachricht zu geben. Für eine zeitgerechte und vollständige Berichterstattung sorgt die mit der Fallkoordination beauftragte (therapeutische) Bezugsperson. Das Land erhält vier Wochen vor dem Auslaufen des aktuellen Kostenanerkennnisses einen neuen Integrationshilfeantrag mit Leistungsvereinbarung, Meldeblatt, Entwicklungsbericht sowie den ausgefüllten Datenblättern C und D.

Bei einem Antrag auf Fortschreibung der Integrationshilfen mit Änderung des Leistungsspektrums oder des Leistungserbringers ist zusätzlich ein entsprechend modifizierter Entwurf für das Datenblatt E erforderlich. In diesen Fällen muss auch eine Hilfeplankonferenz durchgeführt werden, die sonst nur alle drei Jahre oder auf Wunsch eines der Beteiligten erforderlich ist. Im Vorfeld einer Hilfeplankonferenz wird auch eine aktuelle fachärztliche Stellungnahme (Datenblatt H) benötigt, die den bisherigen Verlauf der Integrationshilfe bewerten, ggf. Veränderungen beim Hilfebedarf anzeigen sowie zur beantragten Fortschreibung der Zielvereinbarung eine fachliche Empfehlung abgeben soll.

Abschlussphase: Das Land gewährt auf Antrag des Nutzers bzw. seines Sachwalters im Einvernehmen mit dem Leistungserbringer und dem behandelnden Facharzt nach Ablauf des letzten Kostenanerkennnisses eine Abschlussphase von maximal drei Monaten zur Stabilisierung nach Zielerreichung oder zur Weitervermittlung an ein geeignetes Hilfsangebot bei erwiesener Unzweckmäßigkeit von Integrationshilfen.

Evaluation: Die Informationen, die der Kostenträger im Zuge des Verfahrens erhält, werden unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen behandelt. Quantitative Daten zur Einschätzung der Beeinträchtigungen und des Hilfebedarfs, zu den geplanten und erbrachten Leistungen dienen der Evaluation und Qualitätsentwicklung der Integrationshilfen. Sie bedürfen einer sorgfältigen statistischen Auswertung, aber auch einer interpretierenden Bewertung im Diskurs mit Vertretern

derjenigen Personengruppen, die bei der Planung und Durchführung von Hilfen beteiligt sind. Vor der Entscheidung über einen Antrag auf Fortschreibung der Hilfeplanung wertet das Land die fachärztlichen Stellungnahmen und Entwicklungsberichte, die Basis- und Leistungsdokumentation vor dem Hintergrund der Zielvereinbarung aus. Die unmittelbar Beteiligten werden über das Ergebnis informiert. Anonymisiert, für einzelne Hilfsangebote bzw. Angebotsformen zusammengefasst und statistisch aufbereitet werden die Ergebnisse in einem Qualitätszirkel zur Weiterentwicklung der Integrationshilfen in Vorarlberg diskutiert und bewertet.

#### **4.3 Ein EDV-Programm unterstützt die Auswertung der quantitativen Daten**

Zur Erleichterung der Eingabe und Auswertung der während des Planungsverfahrens erhobenen Daten habe ich mit Kooperationspartnern aus der Medizinischen Hochschule und der Fachhochschule Hannover ein EDV-Programm entwickelt.<sup>15</sup> Es ermöglicht nach Vergabe entsprechender Zugangsberechtigungen den Leistungserbringern die *online*-Eingabe der für die Hilfeplanung erforderlichen Daten, die Formulierung der Zielvereinbarung und die Speicherung bzw. den Ausdruck der ausgefüllten Formulare. Der Kostenträger erhält die Möglichkeit, den Entwurf zu den geplanten Leistungen nach Erörterung mit allen Beteiligten zu korrigieren bzw. zu ergänzen und die Daten zur Hilfeplankonferenz sowie zu Beginn und Ende der Leistungen einzugeben. Im Auswertungsprogramm lassen sich für jedes Kalenderjahr nach verschiedenen Kriterien Nutzergruppen bestimmen, für die dann aus dem Datenmaterial Ergebnistabellen nach definiertem Standard erstellt werden. Diese Tabellen beziehen sich auf Kennzahlen, die eine Einschätzung der Notwendigkeit und Wirksamkeit der geplanten Integrationshilfen sowie eine Evaluation des Planungsverfahrens selbst unterstützen sollen.

## **5. Zusammenfassung erster Ergebnisse**

### **5.1 Das Hilfeplanverfahren läuft, Management der Daten macht noch Probleme**

In die Datenbank eingegeben wurden von Juli 2009 bis Dezember 2010 insgesamt 423 Datensätze zu 269 Patienten (Tabelle 1). Bei 136 Datensätzen zu 120 Patienten standen keine Angaben zur Art des beantragten Integrationshilfeprodukts zur Auswertung zur Verfügung, davon bezogen sich 83 Datensätze auf Anträge zur Auftragsklärung. Weitere 59 Datensätze zu 56 Patienten bezogen sich auf

---

<sup>15</sup> Bosse B (2010): Entwicklung einer Datenbank zur Evaluation systematischer Hilfeplanung in der Psychiatrie – Konzeption und Programmierung einer Datenbankanwendung am Beispiel Vorarlberg. Bachelorarbeit im Studiengang Medizinische Dokumentation an der Fachhochschule Hannover (unveröffentlichtes Manuskript)

ambulante oder teilstationäre Integrationshilfen und blieben deshalb bei den weiteren Auswertungen ebenfalls unberücksichtigt. Für 94% aller Neuansträge (94 von 100), 95% aller Fortschreibungen mit Änderungen im Leistungsspektrum (20 von 21) und 88% aller Fortschreibungen ohne solche Änderungen (172 von 196) lagen Datensätze vor, aber nur bei 4% der Anträge auf Genehmigung einer Abschlussphase (1 von 23). Vom Eingang des Antrags beim Land bis seiner Erledigung vergingen im Jahre 2009 durchschnittlich 4,4 und im Jahre 2010 6,5 Wochen.

**Tabelle 1: Datensätze, die 2009-2010 in die Datenbank eingegeben wurden**

	Summe	Produkt angegeben		davon stationäre Produkte			andere Produkte
		nein	ja	AF 33	AF 36	AF 37	
Patienten	269	120	235	144	22	13	56
Datensätze	423	136	287	191	24	13	59
Auftragsklärung	83	83					
Neuantrag	100	6	94	44	14	10	26
Fortschr. mit Ä.	21	1	20	13	5		2
Fortschr. ohne Ä.	196	24	172	134	4	3	31
Abschlussphase	23	22	1		1		

Von den 228 ausgewerteten Anträgen zu stationären Integrationshilfeprodukten für insgesamt 179 Patienten wurde in dem 18-monatigen Berichtszeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2010 für 131 Patienten nur ein Antragsverfahren durchgeführt. Für 47 Patienten waren es zwei Verfahren, für einen Patienten drei (Tabelle 2). 84% der ausgewerteten Hilfeplanverfahren bezogen sich auf insgesamt elf Angebote der stationären Wohnbetreuung von fünf Einrichtungsträgern im allgemeinspsychiatrischen Bereich (Angebotsform AF 33). Angebote der Suchtkrankenversorgung (AF 36; 10%) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37; 6%) spielten eine untergeordnete Rolle. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass wegen des in der Regel nur kurzen Aufenthaltes in den insgesamt vier Suchthilfeeinrichtungen nach einem Antrag auf Auftragsklärung vielfach kein Neuantrag folgte. Die beiden Angebote in der Angebotsform 37 starteten erst 2010. Angaben zur Anzahl der Nutzer in den verschiedenen Integrationshilfeprodukten mit der Geschlechts- und Altersverteilung sowie den Kennzahlen K14 und K29 bis K32 finden sich in den Tabellen 1-2 im Anhang.

**Tabelle 2: Anzahl der bearbeiteten Anträge für stationäre Integrationshilfen**

	Summe	Anzahl Anträge pro Patient			Zeitraum der Antragsbearbeitung	
		1	2	3	7-12/2009	1-12 /2010
Patienten	179	131	47	1	63	143
Datensätze	228	131	94	3	64	164
nur AF 33	191	98	45	1	52	139
nur AF 36	24	22	2		12	12
nur AF 37	13	13				13

Zur Planung und Evaluation stationärer Integrationshilfen wurden im Berichtszeitraum insgesamt 191 Hilfeplankonferenzen durchgeführt, 64 im zweiten Halbjahr 2009 und 127 im Jahre 2010, das ist im Durchschnitt alle zwei Tage eine Konferenz. Teilgenommen haben regelmäßig die hilfsbedürftige Person, eine therapeutische Bezugsperson und der Vertreter des Kostenträgers, daneben in 21% der Fälle ein Sachwalter, in 9% eine Vertrauensperson und in 7% der behandelnde Facharzt (Tabelle 3). Im Vergleich zu 2009 hat im Jahre 2010 der behandelnde Facharzt nur noch selten teilgenommen. An den Hilfeplankonferenzen zur Planung der beiden jugendpsychiatrischen Integrationshilfeprodukte nahm zu 54% auch eine Vertrauensperson teil, was in anderen Fällen eher die Ausnahme ist. Alle Hilfeplankonferenzen wurden im Konsens beendet.

**Tabelle 3: Anzahl der Hilfeplankonferenzen und Beteiligung**

		alle		AF 33		AF 36		AF 37
Jahr Hilfeplankonferenz		2009	2010	2009	2010	2009	2010	2010
Zahl Hilfeplankonferenzen		64	127	52	103	12	11	13
Teilnahme	Betroffener	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Sachwalter	20 %	22 %	25 %	20 %	0 %	0 %	54 %
	Vertrauensperson	5 %	11 %	6 %	6 %	0 %	10 %	54 %
	th. Bezugsperson	100 %	99 %	100 %	96 %	100 %	91 %	100 %
	behandelnder FA	16 %	3 %	19 %	3 %	0 %	0 %	19 %
	Kostenträger	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

## 5.2 Das Datenmaterial macht Hilfebedarf und Leistungsumfang nachvollziehbar

Die Notwendigkeit einer Integrationshilfe für eine psychisch beeinträchtigte Person wird im Einzelfall zunächst vom behandelnden Facharzt festgestellt. Sie wird im Anschluss an eine Auftragsklärung dann gemeinsam mit allen Beteiligten in einem systematischen Planungsverfahren genauer untersucht und möglichst im Konsens geklärt. Für eine Evaluation der geplanten Hilfen werden im Rahmen dieses Planungsverfahrens auch einige quantitative Daten erhoben, die eine Überprüfung des Zielgruppenbezugs der Hilfsangebote unterstützen sollen. Die dabei eingesetzten Datenblätter sind im Anhang 3 abgedruckt. Für die verschiedenen Nutzergruppen werden neben der Verteilung nach Geschlecht (K9) und Alter (K10 bis K12) Kennzahlen zu Art und Umfang von Einbußen an Lebensqualität berechnet.

Angaben zur Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung einerseits und solche zum Ausmaß sozialer Desintegration der betroffenen Personen andererseits sollen objektive Aspekte eingeschränkter Lebensqualität messbar machen. Dazu dienen die acht Merkmale 3.1 bis 3.8 des Datenblattes C. Der Summenscore „psychosoziales Risiko“ (K14) beinhaltet die beiden Teile „psychische Störung“ (K14.1) und „soziale Desintegration“ (K14.2) mit je vier Merkmalen. Zusätzlich werden im Datenblatt C Geschlecht und Altersgruppe der betroffenen Person dokumentiert. Darüber hinaus stehen für Spezialauswertungen Angaben zum Wohnort der betroffenen Person, einer eventuellen juristischen Flankierung der Hilfen und Angaben zur psychiatrischen Versorgung in den vorangegangenen 12 Monaten zur Verfügung.

Die im Datenblatt D erfragten Angaben zu funktionellen Aspekten eingeschränkter Lebensqualität beziehen sich auf Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten sowie bei täglichen Aktivitäten und sozialer Teilhabe. Sie werden durch die fachärztlichen bzw. sonstigen therapeutischen Bezugspersonen der betroffenen Patienten eingeschätzt. Die Auswertung dieser Angaben erlaubt die Berechnung der Kennzahlen „Problemspektrum“ (K29) und „Verlaufsprognose“ (K30). Berechnet werden diese Kennzahlen analog zum Vorgehen beim Datenblatt C, nämlich aus je vier Dimensionen zu den Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen im „Erleben und Verhalten“ (K29.1 bzw. K30.1) und bei „Aktivitäten und Teilhabe“ (K29.2 bzw. K30.2).

Für jede der acht Dimensionen zu funktionellen Aspekten eingeschränkter Lebensqualität wird unterschieden, ob gar keine bzw. nur leichte Beeinträchtigungen (1) vorliegen, ob die Ausprägung mäßig bzw. deutlich (2) ist, erheblich bzw. stark (3) oder besonders schwer bis zu vollständigem Unvermögen (4). Wenn die Beeinträchtigungen in einer Dimension mehr als nur leichten Grades (Merkmalsausprägungen 2-4) sind, wird aus einer Auswahlliste mit je vier Alternativen nach dem hauptsächlich betroffenen Bereich gefragt. Hier sind auch Mehrfachangaben innerhalb einer Dimension möglich.

Art und Umfang der erforderlichen Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs, ausgelöst durch die Beeinträchtigungen (entsprechend Datenblatt D) der betroffenen Person, werden im Datenblatt E dokumentiert. Hieraus lassen sich die Kennzahlen „Leistungsintensität“ (K 31) und „Zeitaufwand“ (K 32) berechnen. Auch bei diesen Kennzahlen gibt es wieder Unterteilungsmöglichkeiten: Leistungen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung (K 31.1 bzw. K32.1) werden von solchen zur beruflichen Rehabilitation und sozialen Teilhabe (K31.2 bzw. K32.2) unterschieden. Der Zeitaufwand lässt sich nach Einzel- und Gruppenbetreuung, nach Dauer und Frequenz der Intervention berechnen und wird danach einer von jeweils vier Zeitstufen zugeordnet. Aus allen diesbezüglichen Angaben ergibt sich dann ein Gesamt-Zeitaufwand pro Patient in Minuten pro Woche, aus dem man für die Nutzergruppe einer Angebotsform zusätzlich auch einen Durchschnittswert ermitteln kann.

### **5.3 Welche Faktoren beeinflussen den Hilfebedarf?**

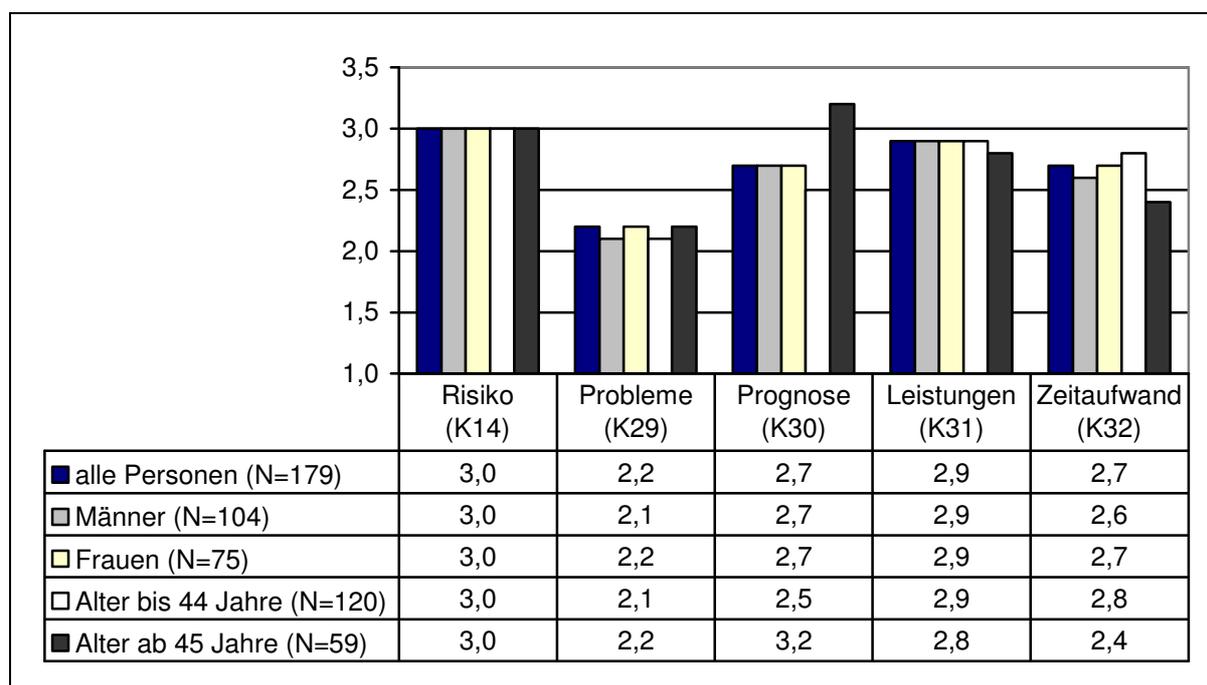
Untersucht man die Auswertungsergebnisse bei den erstmaligen Planungsverfahren für alle stationären Integrationshilfen, so fällt ein durchgehend hohes psychosoziales Risiko der Patienten auf. Keine betroffene Person weist einen Wert von unter 2,0 auf, fast alle (175 von 179) einen Wert von mindestens 2,5, was einem Risikoscore von mindestens 20 nach den Berechnungen der regionalen Psychiatrieerberichterstattung (PBE) entspricht. Ein so hohes psychosoziales Risiko kann generell als Hinweis auf das Erfordernis speziell sozialpsychiatrischer Hilfen zur Vermeidung von Langzeithospitalisationen und anderer Komplikationen im Krankheitsverlauf gelten. Das müssen nicht unbedingt stationäre Hilfen sein, aber mit steigendem psychosozialem Risiko nimmt der Anteil von Personen zu, die zumindest vorübergehend stationäre Integrationshilfen benötigen. In der regionalen Psychiatrieerberichterstattung hat sich gezeigt, dass die Nutzer ausschließlich ambulanter und teilstationärer Hilfen ein durchschnittlich geringeres Risiko aufweisen als die Nutzer stationärer Hilfen.

Unterschiede zwischen Männern und Frauen (K9) sowie zwischen jüngeren und älteren Patienten (K11) spielen für die Durchschnittswerte bei den Kennzahlen K 14 und K29 bis K32 kaum eine Rolle (Abbildung 1). Bemerkenswert sind allein die bei Patienten ab 45 Jahren erwartbar ungünstigeren Werte für die Verlaufsprognose (3,2 versus 2,5; Differenz: 0,7) und ein geringerer Zeitaufwand für die geplanten Leistungen (2,4 versus 2,8; Differenz: 0,4).

Angesichts der durchgehend recht hohen Werte beim psychosozialen Risiko der Patienten stationärer Integrationshilfen bekommt die differenzierte Einschätzung der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen nach Datenblatt D einen besonderen Stellenwert. Denn es geht um die Frage, ob das Ausmaß psychosozialer Risiken und funktioneller Beeinträchtigungen Einfluss hat auf die Intensität der geplanten Integrationshilfen (siehe dazu die Tabellen 3 bis 6 im Anhang 1). Gruppiert man die Gesamtheit der Patienten stationärer Integrationshilfen (AF 33, 36, 37) nach dem Ausmaß ihres Problemspektrums (K 29), so verschlechtert sich bei überdurchschnittlichen Werten dieser Kennzahl

die Verlaufsprognose (3,2 versus 2,2), während die Intensität (3,1 versus 2,7) und der Zeitaufwand (2,9 versus 2,4) der geplanten Leistungen ansteigt. Die Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten und der Teilhabe (K29.2) sind dabei genauso bedeutsam wie diejenigen im Erleben und Verhalten (K 29.1). Die Unterschiede sind durchgehend sehr deutlich bei den 91 Hilfsbedürftigen, für die 2010 stationäre Integrationshilfen geplant wurden, kaum vorhanden dagegen bei den 63 Hilfsbedürftigen in den Planungsverfahren 2009 (siehe Tabellen 4 und 5 im Anhang 1). Das könnte hindeuten auf eine erst mit der Zeit wachsende Sicherheit bei der Einschätzung der Beeinträchtigungen nach den Vorgaben des Datenblattes D.

**Abbildung 1: Kennzahlen 2009-2010 nach Geschlecht und Alter**



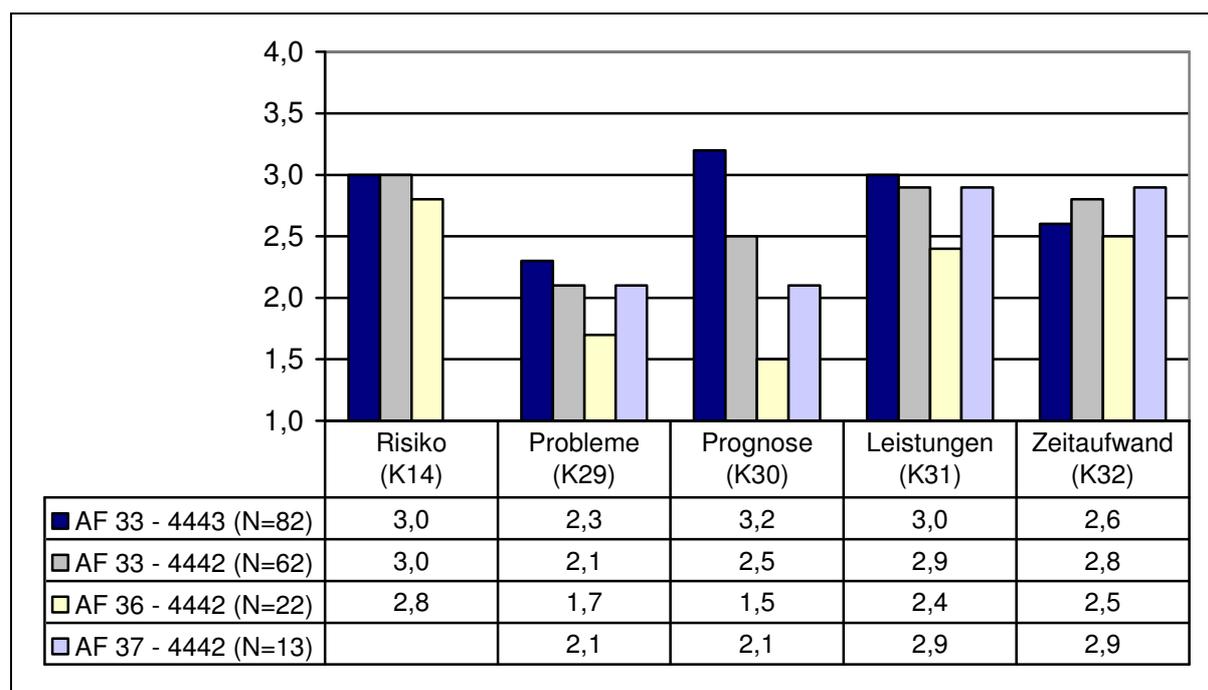
#### 5.4 Vergleiche zwischen Angebotsformen haben noch vorläufigen Charakter

Die Auswertungsergebnisse müssen vorsichtig bewertet werden. Das Verfahren ist neu eingeführt, und es gab bei der Ausfüllung der Datenblätter am Anfang sicherlich viele Unsicherheiten und manche Fehler, die bei zunehmender Vertrautheit mit dem Instrumentarium verschwinden werden. Für die Angebotsformen AF 36 und AF 37 ist die Anzahl der Patienten mit 22 bzw. 13 Personen eigentlich zu klein, um aus den Ergebnissen überhaupt Schlussfolgerungen zu ziehen.

Nach den bisherigen Daten ist das psychosoziale Risiko der Personen, die in Hilfsangeboten der AF 36 betreut wurden, im Vergleich zur AF 33 etwas niedriger (2,8 versus 3,0). Das Problemspektrum wird deutlich niedriger (1,7 versus 2,2) und die Verlaufsprognose ganz erheblich günstiger (1,5 versus 2,9) eingeschätzt. Erheblich geringer ist die Leistungsintensität (2,4 versus 3,0), weniger deutlich der kalkulierte Zeitaufwand (2,5 versus 2,7).

Innerhalb der allgemeinspsychiatrischen Angebote (AF 33) kann man den Produktbereich 4442 (Vorbereitung auf ein Leben in Eigenständigkeit; „Reha-Wohnen“) vom Produktbereich 4443 (Langzeit-Wohnen) unterscheiden. Bei etwas weniger ausgeprägtem Problemspektrum (2,1 versus 2,3) und deutlich günstigerer Prognose bei den Nutzern von Reha-Wohnen (2,5 versus 3,2) wird der Zeitaufwand für ihre Betreuung etwas höher (2,8 versus 2,6) veranschlagt (Abbildung 2). Etwas überraschend ist der Befund, dass sich die – durchschnittlich jüngeren – Nutzer von Angeboten des Reha-Wohnens beim Mittelwert des psychosozialen Risikos (3,0) nicht von den Nutzern von Angeboten des Langzeitwohnens unterscheiden. Auch die Anteile männlicher Nutzer in diesen beiden Produktgruppen liegen nah beieinander: 60% sind es beim Reha-Wohnen, 56% beim Langzeitwohnen. Hier würde es sich lohnen, einmal unter qualitativen Gesichtspunkten zu erkunden, wie sich die beiden Zielgruppen in ihrer sozialen Situation und in ihrem Krankheitsverlauf unterscheiden.

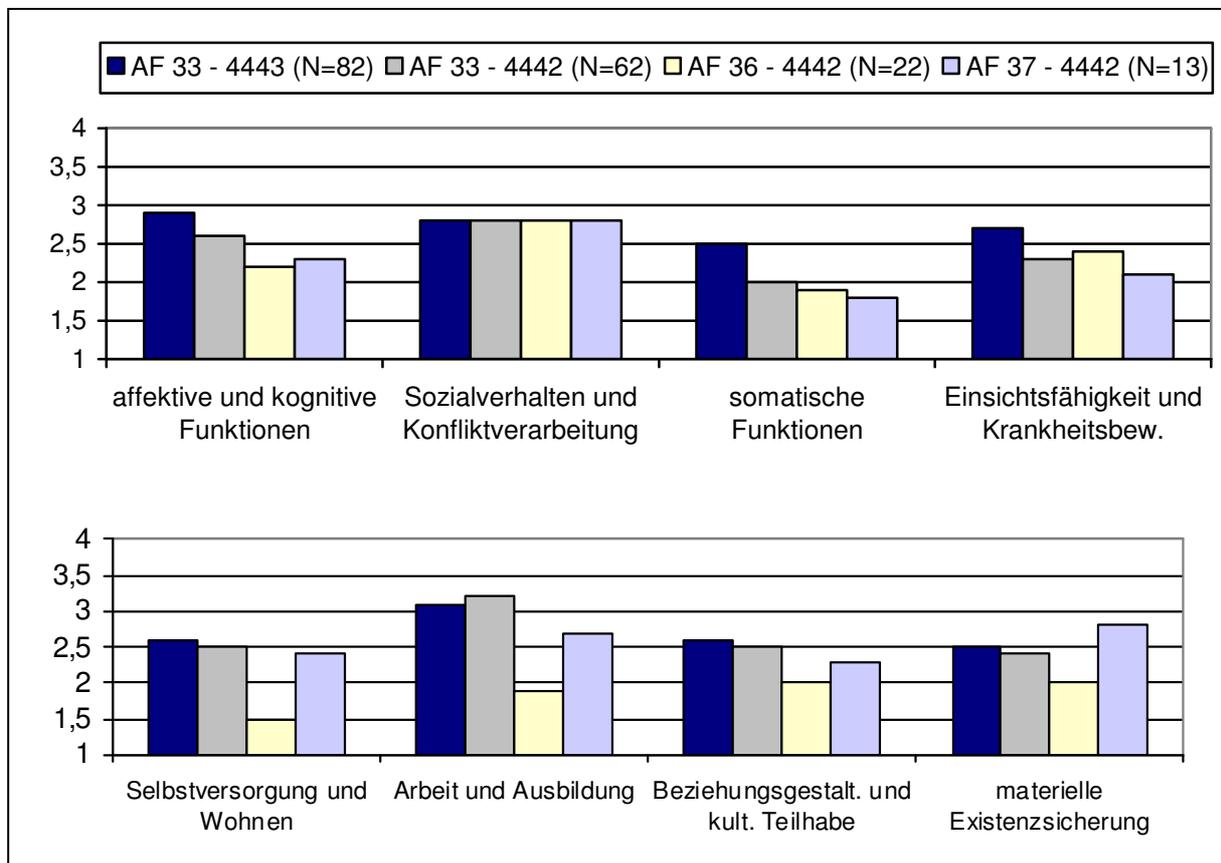
**Abbildung 2: Kennzahlen nach Produktbereich und Angebotsform**



Das Ausmaß der bei den hilfsbedürftigen Personen im Datenblatt D festgestellten Beeinträchtigungen ist je nach Angebotsform unterschiedlich. Die ausgeprägten Beeinträchtigungen der Nutzer allgemeinspsychiatrischer Hilfsangebote bei den kognitiven und affektiven Funktionen lassen sich auf den dort hohen Anteil von Patienten mit psychotischen Erkrankungen zurückführen. In allen Angebotsformen sind Beeinträchtigungen im Sozialverhalten und bei der Konfliktverarbeitung vergleichsweise stark ausgeprägt. Mit Ausnahme der Nutzer von Wohnangeboten der

Suchtkrankenhilfe (AF 36) sind Beeinträchtigungen im Bereich Arbeit und Ausbildung besonders stark ausgeprägt, sogar noch stärker als im Bereich Wohnen und Selbstversorgung (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Ausmaß der Probleme in den einzelnen Dimensionen**

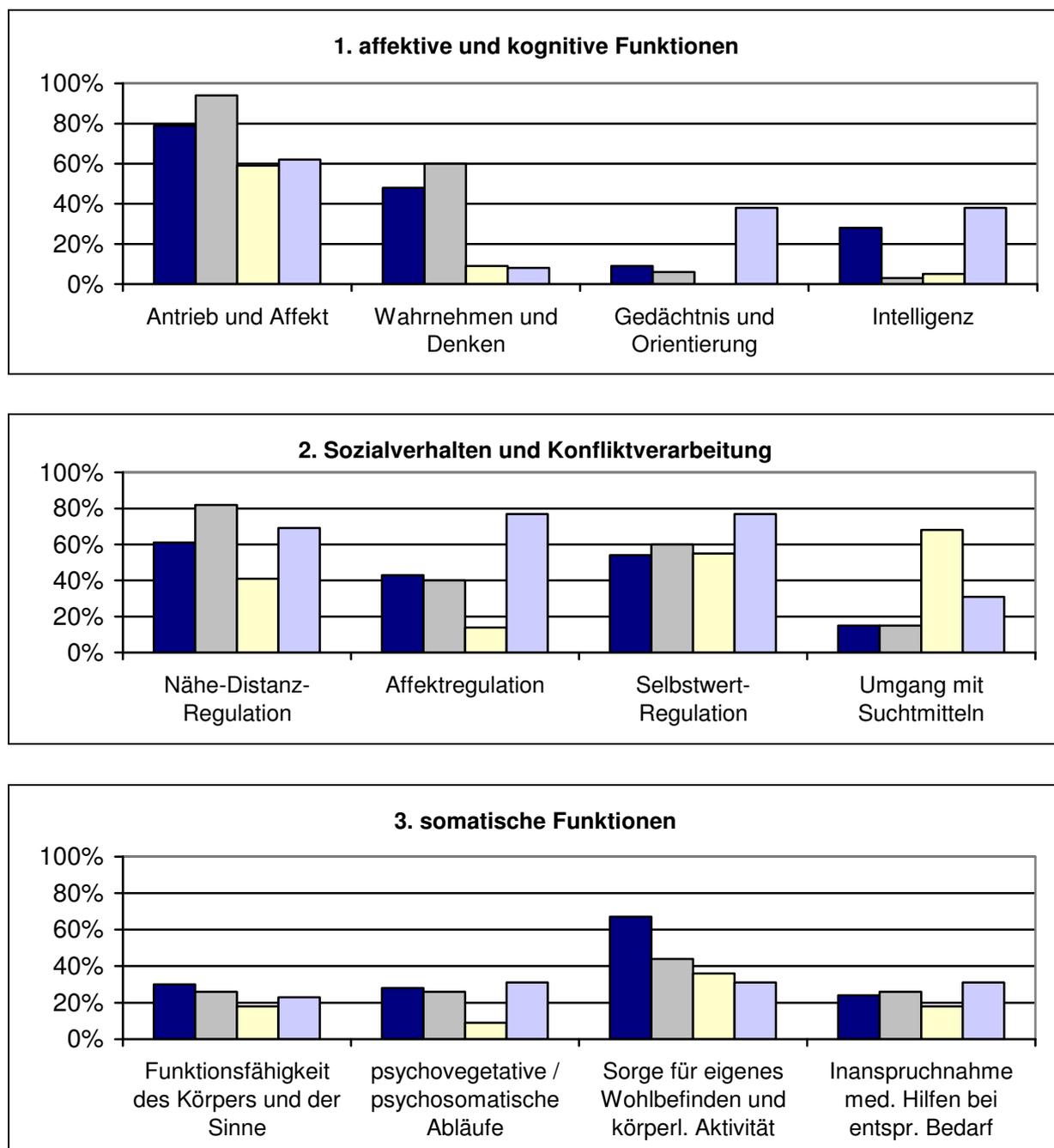


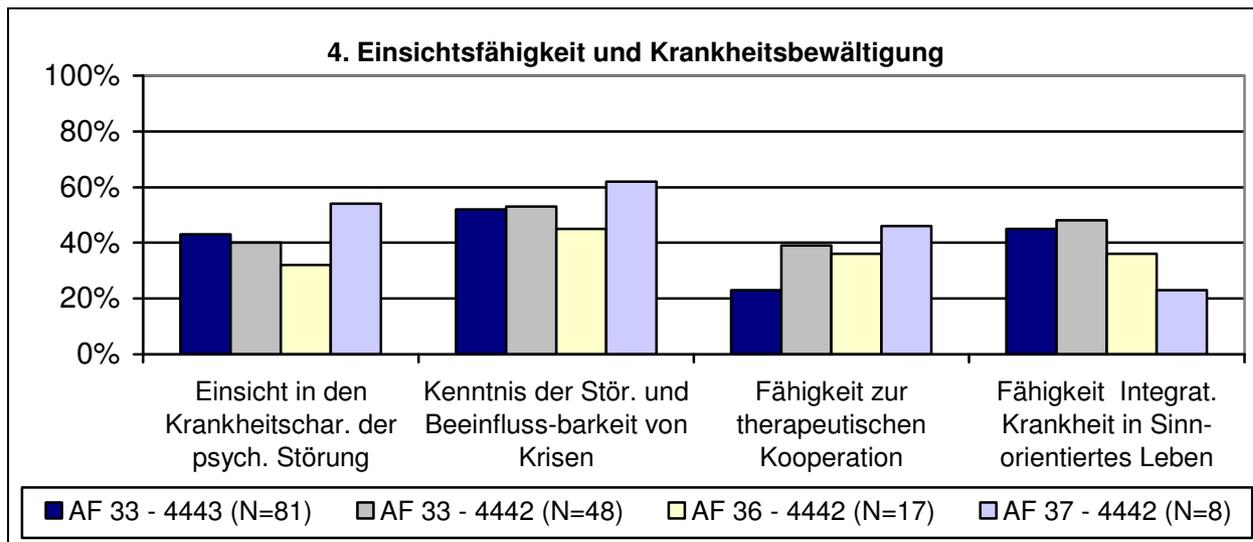
Bei den Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten werden Störungen im Antrieb und Affekt am häufigsten als hauptsächlich betroffen genannt (Abbildung 4). Die weite Verbreitung besonderer Beeinträchtigungen in der Nähe-Distanz-Regulation beim allgemeinspsychiatrischen Reha-Wohnen (AF 33, Produktbereich 4442) ist wohl auf den hohen Anteil von Bewohnern mit psychotischen Erkrankungen zurückzuführen. Für Nutzer von Angeboten der Suchtkrankenhilfe (AF 36) ist natürlich auch der Umgang mit Suchtmitteln ein großes Problem. In der Jugendpsychiatrie (AF 37) spielen Probleme der Affekt-, Selbstwert- und Nähe-Distanz-Regulation die Hauptrolle. Insgesamt recht verbreitet sind Beeinträchtigungen in den Bereichen Selbstwert-Regulation, Sorge für eigenes Wohlbefinden und körperliche Aktivität sowie Kenntnisse über die Art der Störung und die Beeinflussbarkeit von Krisen.

Die Beeinträchtigungen der Nutzer von stationären Integrationshilfen in der Allgemeinspsychiatrie (AF 33) bei Aktivitäten und Teilhabe betreffen am ehesten die Tagesstrukturierung und die Einhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus (Abbildung 5), bei den Nutzern von Reha-Wohnen (Produktbereich 4442-) auch die Aufmerksamkeit und Ausdauer. Ein großes Problem, insbesondere in der Suchtkrankenhilfe (AF

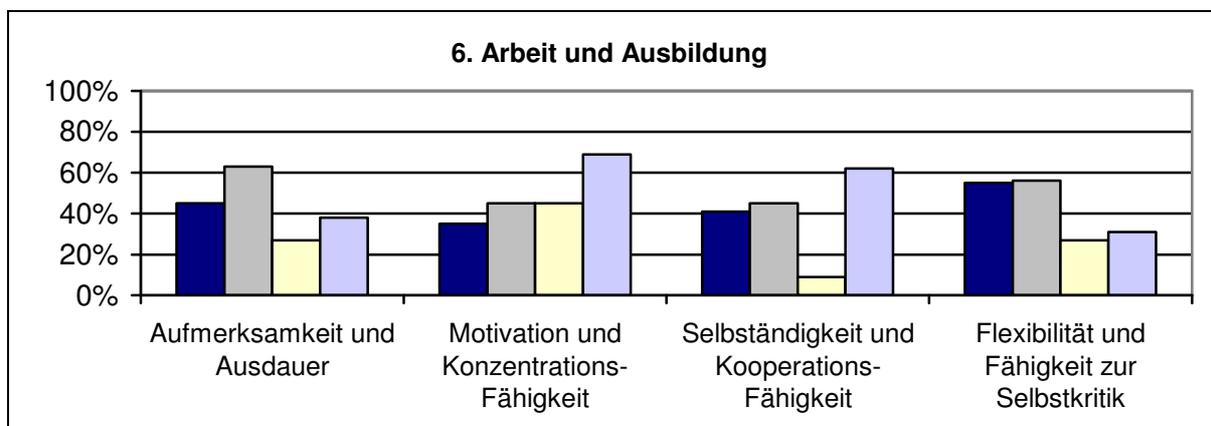
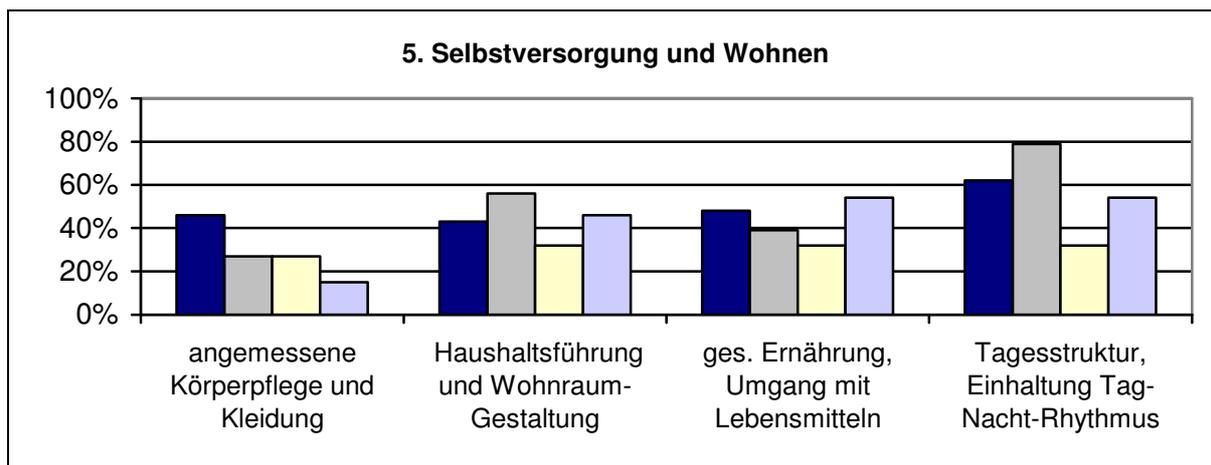
36), sind Schwierigkeiten, die Freizeit abwechslungsreich zu gestalten und Hobbys nachzugehen. In der Jugendpsychiatrie (AF 37) wird am häufigsten eine mangelnde Motivation und Konzentrationsfähigkeit als hauptsächlich betroffener Bereich von Beeinträchtigungen genannt.

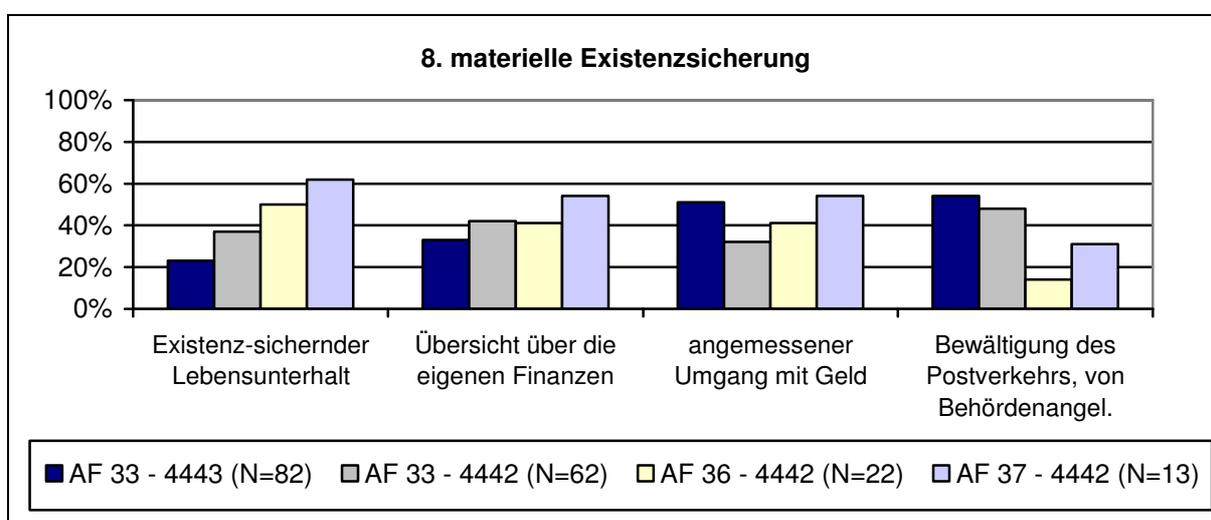
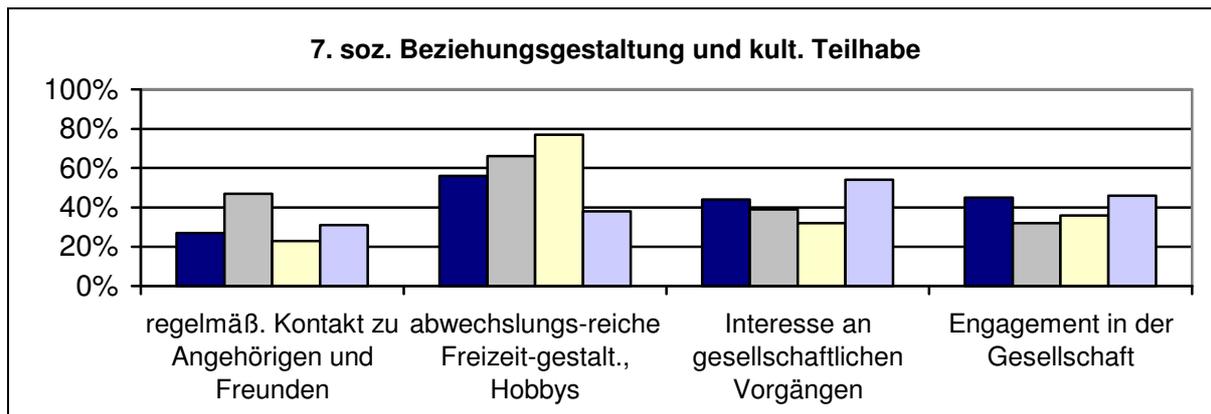
**Abbildung 4: Spektrum hauptsächlich betroffener Bereiche im Erleben & Verhalten**





**Abbildung 5: Spektrum hauptsächlichster Beeinträchtigungen bei Aktivitäten & Teilhabe**





### 5.5 Ist das Ausmaß der geplanten Hilfen im betreuten Wohnen (AF 33) plausibel?

In der Angebotsform AF 33 wurde das geschilderte Verfahren bei 144 Nutzern angewandt, zum ersten Mal 2009 für 51 Patienten, 2010 für 93 Patienten. Insgesamt wurden im Jahre 2010 139 mit auswertbaren Datensätzen versehene Anträge auf stationäre Integrationshilfen in der Alltagspsychiatrie bearbeitet, davon 57 für den Produktbereich 4442 „Reha-Wohnen“ (Vorbereitung auf ein Leben in Eigenständigkeit,) und 82 für den Produktbereich 4443 „Langzeit-Wohnen“ (stationäre Betreuung und Pflege). Für diese 139 Anträge soll die Plausibilität der geplanten Behandlungs- und Teilhabe-Leistungen untersucht werden. Dazu wird die Intensität der geplanten Leistungen und der dafür veranschlagte Zeitaufwand differenziert berechnet nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos der Hilfsbedürftigen und den bei ihnen festgestellten Beeinträchtigungen.

Überdurchschnittliche Werte bei der Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der Hilfsbedürftigen (K14.1) führen bei Anträgen zum Reha-Wohnen zu einer deutlich größeren Intensität der geplanten Leistungen zur Behandlung. Die Differenz zwischen den Nutzergruppen mit über-

gegenüber unterdurchschnittlichen Werten bei K14.1 beträgt für die Intensität der Behandlungsleistungen (K31.1) 0,5, für die Teilhabe-Leistungen (K31.2) dagegen nur 0,2 (Tabelle 7). Ein deutlich höherer Zeitaufwand wird bei den besonders schwer und chronisch erkrankten Personen sowohl für die Behandlungs- als auch für die Teilhabe-Leistungen (K32.1 und K32.2) veranschlagt, die Differenz beträgt hier 0,4 bzw. 0,6. Ähnlich verhält es sich beim Vergleich zwischen über- und unterdurchschnittlichen Werten beim Ausmaß der sozialen Desintegration der Hilfsbedürftigen (K14.2). Auch hier steigen bei stärkerer sozialer Desintegration Intensität der Behandlungsleistungen und Zeitaufwand an.

**Tabelle 7: Hilfeplanung nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos 2010**

57 Anträge zum Reha-Wohnen Angebotsform 33		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
psychische Störung (K14.1)	<3,1	28	2,8	2,4	2,7	2,3
	≥3,1	21	3,3	2,8	2,9	2,9
soziale Des- integration (K14.2)	<2,9	21	2,9	2,4	2,7	2,3
	≥2,9	28	3,2	2,8	2,8	2,8

**Tabelle 8: Hilfeplanung nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos 2010**

82 Anträge zum Langzeit- Wohnen Angebotsform 33		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
psychische Störung (K14.1)	<3,1	38	3,0	2,3	2,8	2,2
	≥3,1	40	3,1	2,9	3,2	2,7
soziale Des- integration (K14.2)	<2,8	49	3,1	2,6	3,0	2,5
	≥2,8	29	3,0	2,7	3,1	2,4

Bei Anträgen zum Langzeit-Wohnen steigt mit zunehmender Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung der veranschlagte Zeitaufwand für die geplanten Behandlungs- und Teilhabe-Leistungen ähnlich stark an wie beim Reha-Wohnen. Die Differenzen betragen hier 0,6 bzw. 0,5 (Tabelle 8). Anders verhält es sich bei der Intensität der geplanten Hilfen: Hier nimmt die Intensität der Teilhabe-Leistungen (K31.2) deutlich zu, nicht jedoch diejenige der Behandlungsleistungen (K31.1). Das Ausmaß der sozialen Desintegration der Hilfsbedürftigen spielt dagegen bei der Planung von Langzeit-Wohnen keine Rolle, weder in Bezug auf die Intensität noch auf den Zeitaufwand der geplanten Integrationshilfen.

Bei der Untersuchung von Unterschieden bei Intensität und Zeitaufwand der geplanten Integrationshilfen nach dem Ausmaß der bei den Hilfsbedürftigen festgestellten Beeinträchtigungen zeigen sich noch deutlichere Zusammenhänge. Dies gilt sowohl für die Planungen zum Reha-Wohnen als auch für diejenigen zum Langzeit-Wohnen (Tabellen 9 und 10). Überdurchschnittliche Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten (K29.1) führen ebenso wie solche bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2) fast durchweg zu mehr oder weniger deutlich intensiveren und zeitaufwändiger geplanten Leistungen. Die Differenzen gegenüber unterdurchschnittlich eingeschätzten Beeinträchtigungen erreichen Werte zwischen 0,3 bis 0,6. Lediglich der Wert zur Intensität der Behandlungs-Leistungen bei der Planung von Reha-Wohnen steigt bei überdurchschnittlichen Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe nur um 0,2 an.

**Tabelle 9: Hilfeplanung nach dem Ausmaß der Beeinträchtigungen 2010**

57 Anträge zum Reha-Wohnen Angebotsform 33		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
im Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,3	31	2,9	2,3	2,6	2,4
	≥2,3	23	3,2	2,9	2,9	2,9
bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2)	<1,9	25	2,9	2,3	2,5	2,4
	≥1,9	24	3,1	2,8	2,9	2,7

**Tabelle 10: Hilfeplanung nach dem Ausmaß der Beeinträchtigungen 2010**

82 Anträge zum Langzeit- Wohnen Angebotsform 33		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
im Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,7	33	2,9	2,3	2,8	2,2
	≥2,7	48	3,2	2,8	3,1	2,7
bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2)	<2,0	32	2,8	2,3	2,8	2,3
	≥2,0	47	3,2	2,9	3,2	2,6

## 6. Erste Erfahrungen mit dem Verfahren zur Hilfeplanung

### 6.1 Einführung und Zusammenfassung

Auf Einladung des Amtes der Vorarlberger Landesregierung (Kostenträger) wurde in mehreren Besprechungsrunden, an denen alle betroffenen Einrichtungen der Sozialpsychiatrie teilnahmen, eingehend über die Vorgangsweise bei der Einführung der Hilfeplanung beraten. Dabei war neben dem Kostenträger sowohl der ärztliche Bereich als auch die Ebene der Betreuung vertreten. Gemeinsam konnte ein Konsens über den Ablauf und die Administration der Hilfeplanung erzielt werden.

Ab 1. Juli 2009 wurde die Hilfeplanung in Vorarlberg schrittweise eingeführt und das Konzept umgesetzt. Die Planung der Integrationshilfen erfolgt im partnerschaftlichen Dialog zwischen dem Klienten, den im Einzelfall unmittelbar beteiligten Helfern und dem Sachverständigen des Amtes der Vorarlberger Landesregierung (AdVLR). Ebenso ist gegebenenfalls ein Sachwalter und auf Wunsch eine Vertrauensperson des Klienten beteiligt.

Der Beginn der Hilfeplanung gestaltete sich bei den Einrichtungen recht aufwändig: Einerseits musste mit den Formularen und dem dahinterstehenden Konzept erst Erfahrung gesammelt werden, andererseits galt es auch, teilweise innere Widerstände gegen den erhöhten administrativen Aufwand der Einrichtungen zu überwinden.

Die Terminisierung verlief größtenteils problemlos, die Termine wurden immer eingehalten. Zu Schwierigkeiten kam es immer wieder mit der rechtzeitigen Einreichung der erforderlichen Unterlagen. Dabei hakte es oft daran, dass die Einrichtungen auf die ärztlichen Stellungnahmen warten mussten und dadurch der Abgabetermin für die Unterlagen nicht eingehalten werden konnte.

Auf der Hilfeplankonferenz erfolgt die Feststellung des Hilfebedarfs, der Abschluss einer Zielvereinbarung sowie die Einschätzung von Art, Ausmaß und Dauer der notwendigen Hilfen. Die Hilfeplankonferenz findet regelmäßig statt und wird in den Räumlichkeiten der jeweiligen Einrichtung abgehalten. Die Koordination der Termine liegt in der Verantwortung der jeweiligen Einrichtung. Diese lädt auch die dafür notwendigen Personen dazu ein.

Für die Einrichtungen stellte die Besprechung natürlich einen zusätzlichen Aufwand dar, die gemeinsamen Beratungen wurden jedoch oft als Bereicherung, als hilfreich und unterstützend erlebt. Als Vorteil wurde auch immer wieder der dadurch entstehende direkte Kontakt zum Kostenträger hervorgehoben, was oft zu kürzeren Wegen und Vereinfachung führte.

Für die Klienten war es ungewohnt, direkt mit einem Sachverständigen des AdVLR die persönliche Situation zu besprechen. Es gab zum Teil Ängste und Nervosität, andererseits auch positive Rückmeldungen, vom AdVLR ernst genommen und angehört zu werden. In den Gesprächen mit den Klienten herrschte durchwegs eine sehr gute Atmosphäre. Die Sachwalter und Angehörigen reagierten durchwegs positiv und begrüßten die gemeinsame Beratung mit dem Kostenträger.

Alles in allem kann von einer erfolgreichen Einführung der Hilfeplanung in Vorarlberg gesprochen werden. Nachdem feine Justierungen im System bei Bedarf vorgenommen wurden, gibt es keine größeren Änderungswünsche für die Zukunft. Die großteils sehr gute Zusammenarbeit mit den handelnden Personen bei den Einrichtungen hat einen reibungslosen Ablauf sichergestellt. Durch den sehr engagierten Einsatz der Sachbearbeiterinnen beim AdVLR konnten die geplanten Ziele umgesetzt werden. Ein Dank gilt allen involvierten Personen.

## **6.2 Ergebnisse einer Umfrage unter den beteiligten Einrichtungen**

Eine der wesentlichsten Auswirkungen der Hilfeplanung auf die Arbeit der Einrichtung ist "...der erhöhte administrative Aufwand und der zeitliche Mehraufwand. Die Vorbereitung ist sehr aufwändig und es ist oft mühsam, alle Unterschriften zeitgerecht zusammen zu bekommen." Die Entwicklungsberichte und die Auseinandersetzung mit der Situation des Klienten werden positiv bewertet. "...Der Austausch mit dem AdVLR wurde durch die Hilfeplanung intensiviert. Das Verfahren läuft gut, bei Problemen ist man seitens des Landes immer um Lösungen bemüht. " Die 'zweite Fachmeinung' durch die HPK wird als positiv und hilfreich erlebt. Ebenso wird die Hilfeplanung als hilfreich empfunden, "...um einen fixen Zeitpunkt der fachlichen Reflexion mit den TeilnehmerInnen und allen beteiligten Fachkräften zu haben...".

Bei den Auswirkungen der Hilfeplanung auf die Klienten dominieren (aus Sicht der Betreuer) im Vorfeld oft "...Angst, Skepsis und Verunsicherung. Bei Jugendlichen wo es um ein 'neues Zuhause' geht, erzeugt es zusätzlichen Druck. Die vielen Daten, die anzugeben sind lassen oft Befürchtungen aufkommen (gläserner Mensch - Datenschutz)." Die Klienten fühlen sich durch die HPK in den Prozess eingebunden, sie überlegen sich genauer, was denn wirklich ihre Zielsetzungen sind, wenn jemand Außenstehender als Katalysator fungiert. Ebenso wird festgestellt, dass sich die Klienten der Kosten und des inhaltlichen Auftrages bzw. der Zielsetzung durch die HPK stärker bewusst sind. Von den Klienten wird positiv wahrgenommen, dass sie in den Mittelpunkt gestellt und ernst genommen werden. Die Hilfeplanung schafft Klarheit auf beiden Seiten, es ist eine gute Möglichkeit der Gesamtreflexion der bisherigen Entwicklung. Ein großer Teil der Klienten erlebt es positiv, fühlt sich vom Land gehört und ernst genommen und entwickelt daraus auch noch mal Eigenmotivation. Es gibt auch Sicherheit, dass der finanzielle und zeitliche Rahmen vom Kostenträger offiziell bestätigt wird. Das Verfahren erhöht die Zugangsschwelle für KlientInnen, sie müssen ihren Hilfebedarf deklarieren

und erläutern. Das Entgegenkommen des Gutachters und das Eingehen auf die Klienten und deren Ängste sind sehr hilfreich.

In einigen Fällen können keine Vorteile im Zusammenhang mit der Hilfeplanung gesehen werden, andere haben wiederum deutliche Veränderungen festgestellt. "...Die Hilfeplanung wirkt strukturgebend im Prozess der Maßnahme, stellt eine fruchtbare Möglichkeit für beiderseitige Reflexion des bisherigen Verlaufes der Maßnahme dar. Es erhöht die Transparenz, bewirkt durch zeitliche Begrenzungen vermehrt ziel- und ergebnisorientierteres Arbeiten. Es zwingt zur kritischen Auseinandersetzung, ob der WG-Aufenthalt gerechtfertigt bzw. notwendig ist. Austausch und Kooperation mit dem Land haben sich intensiviert. Die Hilfeplanung wirkt auch als hilfreiches Instrument, um Angehörigen gemeinsam begegnen zu können und so möglichen Eskalationen präventiv zu begegnen. Der Unterstützung suchende Mensch steht, für alle sichtbar, im Mittelpunkt der Hilfeplankonferenz. Diese führt zur vertieften Auseinandersetzung in der Zielabsprache mit KlientInnen. Die TeilnehmerInnen sind sich der Kosten und des inhaltlichen Auftrages bzw. Zielsetzung durch die HPK stärker bewusst."

Zu den Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Hilfeplanung zählen vor allem Probleme mit der "...Terminisierung von Hilfeplankonferenzen (mit Sachwalter, Arzt, Klient, Angehörige, ...) und die zeitgerechte Einreichung der vollständigen Unterlagen bei der Landesregierung (komplizierte Antragstellung)." Als kritisch angesehen werden Fragen nach dem "...Datenschutz, der Weitergabe von persönlichen Daten und die Frage, wie sicher diese verwahrt werden." "...Viel Zeit, die bisher für die Klienten und die Organisation und Weiterentwicklung der Betreuung da war, wird inzwischen für die Bereitstellung von Formularen und statistischen Daten benötigt. Die administrative Arbeit und Verwaltung nimmt immer mehr Raum ein und nimmt Zeit von der direkten Klienten Betreuung weg." Durch die Hilfeplanung "...wurden die internen bürokratischen Schwierigkeiten und Koordinationsmängel aufgezeigt, die es im administrativen Bereich der Einrichtungen gibt."

Was Einrichtungen sonst noch anbringen wollten: "...Die Menge der aufzubewahrenden Dokumente bei älteren und kontrollierten Anträgen führt zu Stauraumproblemen. Es kam vor, dass nicht erfüllbare Erwartungen bei Klienten entstanden sind. Eine wichtige Frage, die es zu beantworten gilt: Rechtfertigt das Ergebnis den bürokratischen und finanziellen Aufwand?" "...Die Zusammenarbeit mit dem Land läuft sehr konstruktiv. Es ist sehr gut, dass bei der HPK nicht nur generell, sondern auch individuell vom Land geschaut wird, was KlientInnen brauchen, damit die HPK für sie nicht belastend ist. Ebenso wertvoll ist für uns das rasche Ansetzen von Terminen durch den Gutachter, wo dies notwendig ist." "...Fachliche Zielsetzungen und bewährte Konzepte sollen nicht ungeprüft und unreflektiert ökonomischen Erwägungen zum Opfer fallen."

## Anhang 1: Ergebnistabellen für die verschiedenen Angebote

**Tabelle 1: Geschlechts- und Altersverteilung der Nutzer 2009-2010**

Hilfsangebot		AF	Zahl Nutzer	Geschlecht		Alter (Jahre)		
Name	Code			Männer	Frauen	<18	<45	≥65
Wohnen Allgemeinpsychiatrie		33	144	59%	41%	1%	67%	2%
Wohnen Suchtkrankenhilfe		36	22	73%	27%	0%	55%	0%
Wohnen Jugendpsychiatrie		37	13	23%	77%	54%	92%	0%
Reha-Wohnen	4442-		97	60%	40%	8%	78%	0%
Langzeitwohnen	4443-		82	56%	44%	0%	54%	4%
aks LZW teilbetr	4443-100-202	33	4	25%	75%	0%	0%	0%
aks LZW vollbetr	4443-200-201	33	10	50%	50%	0%	60%	0%
Aqua M. begl. W	4443-100-205	33	7	86%	14%	0%	43%	0%
Aqua M. betr. W	4443-200-203	33	14	57%	43%	0%	64%	7%
Aqua M. int. b. W	4443-200-204	33	22	48%	52%	0%	62%	0%
pmv LZW teilbetr	4443-100-201	33	15	63%	37%	0%	56%	0%
VSG Rankweil	4443-100-203	33	10	60%	40%	0%	30%	20%
alle	4443-	33	82	56%	44%	0%	54%	4%
aks Reha-W	4442-100-204	33	9	78%	22%	0%	89%	0%
Aqua M. Borderl.	4442-100-201	33	4	50%	50%	25%	100%	0%
pmv Reha-W	4442-100-203	33	33	58%	42%	0%	91%	0%
SP Bregenz	4442-100-202	33	16	69%	31%	0%	63%	0%
alle	4442-	33	62	63%	37%	2%	84%	0%
CSM Nachbetr.	4442-100-401	36	8	88%	12%	0%	63%	0%
ME WG Lukasf.	4442-100-402	36	6	67%	33%	0%	83%	0%
T. Mika ther. W	4442-100-403	36	7	57%	43%	0%	29%	0%
T. Mika Doppeld.	4442-100-405	36	1	100%	0%	0%	0%	0%
alle	4442-	36	22	73%	27%	0%	55%	0%
pmv Jumegea	4442-100-205	37	8	12%	88%	75%	100%	0%
IfS SIB	4442-100-206	37	5	40%	60%	20%	80%	0%
alle	4442-	37	13	23%	77%	54%	92%	0%

**Tabelle 2: Kennzahlen zur Hilfeplanung für die Nutzer 2009-2010**

Angebote	Zahl Nutzer	psychosoz. Risiko	Beeinträchtigungen		geplante Leistungen	
			Ausmaß	Verlauf	Spektrum	Zeitaufwand
			K14	K29	K30	K31
alle AF 33	144	3,0	2,2	2,9	3,0	2,6
alle AF 36	22	2,8	1,7	1,5	2,4	2,5
alle AF 37	13		2,1	2,1	2,9	2,9
alle 4442-	97	3,0	2,0	2,3	2,8	2,7
alle 4443-	82	3,0	2,3	3,2	3,0	2,6
aks LZW teilbetr	4	2,8	1,8	2,8	2,2	1,9
aks LZW vollbetr	10	3,0	2,3	2,9	3,2	3,2
Aqua M. begl. W	7	2,9	2,3	3,4	3,1	2,4
Aqua M. betr. W	14	2,9	2,4	2,9	3,2	2,8
Aqua M. int. b. W	22	3,1	2,6	3,3	3,3	2,9
pmv LZW teilbetr	15	2,9	2,2	3,3	3,0	2,0
VSG Rankweil	10	3,0	1,7	3,2	2,3	1,9
Alle AF 33 4442-	82	3,0	2,3	3,2	3,0	2,6
aks Reha-W	9	3,1	2,3	2,6	3,2	3,4
Aqua M. Borderl.	4	3,3	2,8	3,0	3,4	3,3
pmv Reha-W	33	2,9	2,0	2,7	2,8	2,6
SP Bregenz	16	3,0	2,2	2,1	2,7	2,6
Alle AF 33 4442-	62	3,0	2,1	2,5	2,9	2,8
CSM Nachbetr.	8	2,9	1,5	1,3	2,2	2,6
ME WG Lukasf.	6	3,0	1,5	1,2	2,6	2,3
T. Mika ther. W	7	2,8	1,8	1,8	2,5	2,7
T. Mika Doppeld.	1	2,6	2,5		2,5	2,5
alle AF 36 4442-	22	2,8	1,7	1,5	2,4	2,5
pmv Jumegea AF 37	8		1,8	1,7	2,7	2,7
IfS SIB	5		2,6	2,9	3,3	3,4
	13		2,1	2,1	2,9	2,9

**Tabelle 3: Hilfeplanung nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos 2009 (2,2)**

alle Nutzer von Hilfen der Angebotsformen 33, 36, 37		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
psychische Störung (K14.1)	<3,2	16	2,8	2,9	2,4	2,3
	≥3,2	32	3,3	2,9	2,8	2,8
soziale Des- integration (K14.2)	<2,8	32	3,1	2,9	2,5	2,5
	≥2,8	16	3,2	2,9	2,9	2,8

**Tabelle 4: Hilfeplanung nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos 2010 (1,0)**

alle Nutzer von Hilfen der Angebotsformen 33, 36, 37		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
psychische Störung (K14.1)	<3,2	39	3,0	2,4	2,8	2,3
	≥3,2	37	3,1	2,8	3,1	2,7
soziale Des- integration (K14.2)	<2,8	46	3,1	2,6	2,9	2,5
	≥2,8	30	3,0	2,6	2,9	2,5

**Tabelle 5: Hilfeplanung nach dem Ausmaß der Beeinträchtigungen 2009 (0,4)**

alle Nutzer von Hilfen der Angebotsformen 33, 36, 37		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
im Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,5	28	2,9	2,8	2,7	2,6
	≥2,5	33	3,2	2,8	2,7	2,7
bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2)	<1,9	27	3,2	3,0	3,0	3,1
	≥1,9	28	3,2	3,0	3,0	3,1

**Tabelle 6: Hilfeplanung nach dem Ausmaß der Beeinträchtigungen 2010 (3,8)**

alle Nutzer von Hilfen der Angebotsformen 33, 36, 37		Zahl Nutzer	Behandlungs-Leistungen		Teilhabe-Leistungen	
Subscore	Ausmaß		Intensität	Zeitaufwand	Intensität	Zeitaufwand
			K31.1	K32.1	K31.2	K32.2
im Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,5	35	2,8	2,3	2,5	2,2
	≥2,5	55	3,2	2,8	3,1	2,7
bei Aktivitäten und Teilhabe (K29.2)	<1,9	41	2,8	2,3	2,6	2,3
	≥1,9	48	3,2	2,8	3,1	2,7

## Anhang 2: Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg

### Information für Antragstellung und Hilfeplankonferenzen in der Sozialpsychiatrie

<b>Unterlagen für die Beantragung von Integrationshilfe</b>	
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.</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 (Antrag nach Auftragsklärung):	<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>○ Bis Ende des zweiten Monats der Auftragsklärung muss der Antrag auf Integrationshilfe eingebracht werden.</li> <li>○ HPK ist erforderlich</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 nur nach Ablauf der HPK-Empfehlung (siehe Protokoll der letzten HPK) oder auf Wunsch eines der Beteiligten erforderlich.</li> </ul>
Fortschreibung ohne Änderung:	<p>Erforderliche Unterlagen - zusätzlich zu Integrationshilfeantrag (IH), Leistungsvereinbarung (LV) + Meldeblatt ('F'):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungsbericht</li> <li>• Datenblatt C + D (+ E (Entwurf) bei HPK)</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HPK ist nur nach Ablauf der HPK-Empfehlung (siehe Protokoll der letzten HPK) oder auf Wunsch eines der Beteiligten erforderlich.</li> </ul>
Abschlussphase:	<p>Erforderliche Unterlagen sind Integrationshilfeantrag (IH), Meldeblatt ('F')</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenblatt C + D</li> </ul> <p>Info:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dauer maximal 3 Monate</li> <li>○ Keine Leistungsvereinbarung + keine HPK erforderlich</li> </ul> <p>Beim IH-Antrag: Beschreibung der Leistung = Produkt Notwendigkeit der Leistung = Abschlussphase</p>
Beendigung:	Erforderliche Unterlagen: Meldeblatt ('F') + Abschlussbericht

## Die Hilfeplankonferenz

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

Version 08.04.2010

## Definitionen:

Leistungsvereinbarung:	Die offizielle Bezeichnung lautet 'Leistungsvereinbarung'. Diese enthält eine Zielvereinbarung mit – für den Klienten verständlichen und überprüfbaren – Zielen, sowie die Unterschrift des Klienten.
Abschlussbericht:	Ein Abschlussbericht über die letzte Betreuungsphase.
Entwicklungsbericht / Abschlussbericht:	<p>Der Entwicklungsbericht (oder auch der Abschlussbericht) soll in wenigen Absätzen in Prosa über die letzte Betreuungsphase informieren. Diese Kurzbeschreibung basiert auf dem Zielerreichungsgespräch mit dem Klienten. Eine Unterschrift des Klienten ist erforderlich (oder in Ausnahmefällen eine Erklärung, warum dies nicht möglich ist).</p> <p>Alternativ dazu kann zusätzlich zur Sicht der Betreuer auf einem eigenen Blatt die Sicht des Klienten dargestellt werden, mit Unterschrift des Klienten.</p> <p>Inhalte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kurze Darstellung über den Verlauf der Bemühungen, die geplanten Fortschritte zu realisieren</li> <li>Welche Schlussfolgerungen werden in den verschiedenen Bereichen daraus gezogen</li> <li>Gibt es gegebenenfalls unterschiedliche Sichtweisen von Klient und Betreuern</li> </ol>

## Anhang 3: Datenblätter zum Hilfeplanverfahren

<b>Datenblatt C</b> zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patienten-Identifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)	<b>C</b>
<b>EINRICHTUNG</b>		

### Patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation

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

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

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

**1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung  
im eigenen Hilfsangebot in den letzten 12 Monaten**

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

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

#### 2. Angaben zur Person des Patienten und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

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

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

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

**Länderkennzeichen** (A, FL, CH, D ....)

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

**2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)**

0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9= unbekannt/unklar

*Erläuterung: „ja“ bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert.*

**Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

### 3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

C1

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

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

<b>Datenblatt D</b> zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patienten-Identifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)	<b>D</b>
	<b>ARZT</b>	

**Art und Ausmaß der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen**

**Codierung zum Ausmaß der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen:**

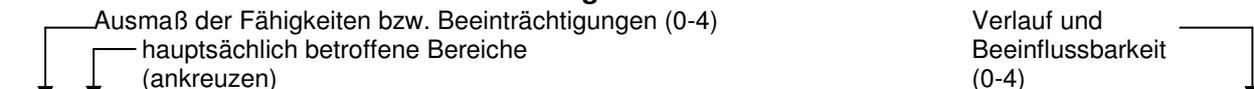
0	besondere Fähigkeiten
1	keine oder nur leichte Beeinträchtigungen
2	mäßige oder deutliche Beeinträchtigungen
3	erhebliche oder starke Beeinträchtigungen
4	besonders schwere Beeinträchtigungen bis zu vollständigem Unvermögen
9	nicht beurteilbar

**Codierung zu Verlauf und Beeinflussbarkeit der Beeinträchtigungen:**

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

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

**Erleben und Verhalten innerhalb einer Diagnose nach ICD-10**



**1. affektive und kognitive Funktionen**

- Antrieb und Affekt (z.B. Depression, Manie, schizophreses Residuum)
- Wahrnehmung und Denken (z.B. Halluzinationen, Wahn, Zwangsgedanken)
- Gedächtnis und Orientierung (z.B. dementielles Syndrom)
- Intelligenz (z.B. intellektuelle Minderbegabung)

**2. Sozialverhalten und Konfliktverarbeitung**

- Nähe-Distanz-Regulation (z.B. sozialer Rückzug, Distanzverlust)
- Affektregulation und Impulskontrolle (z.B. Selbstverletzung, Gereiztheit)
- Selbstwertregulation und Frustrationstoleranz (z.B. leichte Kränkbarkeit)
- Umgang mit Suchtmitteln (z.B. Neigung zu Alkohol- oder Drogenkonsum)

**3. somatische Funktionen**

- Funktionsfähigkeit des Körpers und der Sinne
- psychovegetative bzw. psychosomatische Abläufe
- Sorge für eigenes Wohlbefinden und körperliche Aktivität
- Inanspruchnahme medizinischer Hilfen bei entsprechendem Bedarf

**4. Einsichtsfähigkeit und Krankheitsbewältigung**

- Einsicht in den Krankheitscharakter der psychischen Störung
- Kenntnisse über die Art der Störung und die Beeinflussbarkeit von Krisen
- Fähigkeit zur therapeutischen Kooperation
- Fähigkeit zur Integration der Krankheit in ein Sinn-orientiertes Leben

<b>Datenblatt D</b> zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patienten-Identifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)	<b>D1</b>
	Betreuername	
<b>BETREUER / IN</b>		

**Merkmale zu Aktivitäten und Teilhabe in Anlehnung an Kriterien der ICF**

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

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

**Art und Ausmaß der erforderlichen Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs**

**Codierung Art der Leistungen zur Deckung des Hilfsbedarfs:**

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

**Codierung Zeitbedarf der erforderlichen Hilfeleistung: Merkmalsausprägungen:**

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

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

**Art der Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen mit Zeitbedarf**

↓ Art der Leistung (siehe jeweils angefügte Legende)      Zeitbedarf (1-4) (siehe Tabelle)      ↓

**1. Einzelbehandlung**

- 1 vorwiegend Beziehungsaufbau und Motivation zur Inanspruchnahme der Hilfen
- 2 vorwiegend stützende, informierende und beratende Interventionen
- 3 vorwiegend Bearbeitung aktueller psychosozialer Konflikte
- 4 vorwiegend psychodynamisch angelegte aufdeckende Interventionen

**2. Gruppenbehandlung**

- 1 hauptsächlich Informations-/Erfahrungsaustausch zur Krankheit (Psychoedukation)
- 2 hauptsächlich trainierende Verfahren (z.B. Verhaltenstherapie, Rollenspiele)
- 3 hauptsächlich spez. nicht-verbale Verfahren (z.B. Entspannung, Gestaltung, Musik)
- 4 hauptsächlich spez. verbale Verfahren (z.B. psychodynamische Gruppentherapie)

**3. Befundkontrolle und Medikation**

- 1 ausschließlich kontinuierliche Erhebung des psychischen Befundes
- 2 zusätzlich Bedarfsmedikation bzw. Intervalltherapie
- 3 zusätzlich (auch) orale Dauermedik. (Symptomsuppression/Rückfallprophylaxe)
- 4 zusätzlich (auch) regelmäßige (Depot-)Injektionen von Psychopharmaka

**4. Fallkoordination und Behandlungsplanung (Clinical Casemanagement)**

- 1 ausschl. regelmäßiger Austausch über Bedarf/Inanspruchnahme weiterer Hilfen
- 2 zusätzl. ständige Koordination der Kooperationspartner bei komplexem Hilfebedarf
- 3 zusätzl. (auch) Federführung bei Vorber./Durchführ./Umsetzung der Hilfeplanung
- 4 zusätzl. (auch) Übernahme erweiterter Pflichten zur Dokument./Berichterstattung

<b>Datenblatt E</b> zur Vorarlberger Hilfeplanung	Patienten-Identifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)	<b>E1</b>
<b>KOSTENTRÄGER u. EINRICHTUNG</b>		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Aktuelle und beantragte Integrationshilfe-Produkte:</b> Alle sozialpsychiatrischen Leistungen der Integrationshilfe (auch ambulante)					
	Immer eintragen			nur bei Meldung über Beendigung eintragen	
lfd. Nr.	Produkt-Nr. nach Produktkatalog	Leistungserbringer (Code-Nr. des Hilfsangebotes)	Leistungsbeginn Auftragsklärung (Datum)	Ende der Leistung (Datum)	Art der Beendigung (siehe Legende)
1					
2					
3					
4					
5					

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

<b>Art des Antrags auf Gewährung / Fortschreibung von Leistungen</b> bitte ankreuzen			
	<b>Art des Antrags</b>	<b>Hilfeplankonferenz erforderlich</b>	<b>erforderliche Datenblätter</b>
↓	1) Auftragsklärung	Nein	Meldeblatt + H
	2) Neuantrag (Antrag nach Auftragsklärung)	Ja	Meldeblatt + C und D (+ E leer) + G
	3) Fortschreibung mit Änderung	Nur auf Wunsch eines der Beteiligten (spätestens 3 Jahre nach der letzten HPK verpflichtend)	Meldeblatt + C und D + E (im Entwurf) + G
	4) Fortschreibung ohne Änderung	Nur auf Wunsch eines der Beteiligten (spätestens 3 Jahre nach der letzten HPK verpflichtend)	Meldeblatt + C und D (+ E bei HPK)
	5) Abschlussphase (maximal 3 Monate)	Keine	Meldeblatt + C und D
	6) Beendigung	Keine	Meldeblatt + Abschlussbericht

<b>Hilfeplankonferenz</b> (Vom Vertreter des Kostenträgers auszufüllen!)		<b>Datum:</b>
Teilnehmer	<input type="checkbox"/>	Hilfeplankonferenz abgehalten
	<input type="checkbox"/>	Betroffener
	<input type="checkbox"/>	Therapeutische Bezugsperson
	<input type="checkbox"/>	Facharzt
	<input type="checkbox"/>	Sachwalter
	<input type="checkbox"/>	Vertrauensperson
Ergebnis	<input type="checkbox"/>	1) Konsens im Sinne der Angaben auf Datenblatt E
	<input type="checkbox"/>	2) Konsens im Sinne der Angaben auf Datenblatt E nach Änderung des Antrags
	<input type="checkbox"/>	3) Entscheidung durch Clearingstelle nach Dissens zwischen den Beteiligten

<b>Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung</b>		<b>G</b>
<b>ARZT</b>	Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

**Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung**

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

**Fachärztliches Kurzattest  
für die Auftragsklärung**

**H**

**ARZT:**

Name...

**Fachärztliches Kurzattest für die Auftragsklärung**

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

Amt der Vorarlberger Landesregierung Landhaus 6901 Bregenz  
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)  
Tel: +43 (0) 5574 / 511 - 24105 Fax: +43 (0) 5574 / 511 - 924195  
E-Mail: [gesellschaft-soziales@vorarlberg.at](mailto:gesellschaft-soziales@vorarlberg.at) Internet: [www.vorarlberg.at](http://www.vorarlberg.at)