

Vorarlberger Psychiatriebericht 2013

Impressum

Verfasser:

Dr. Hermann Elgeti

Region Hannover

Dezernat II.3

Hildesheimer Straße 20

D-30169 Hannover

E: elgeti.hermann@region-hannover.de

Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung

Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)

Thomas Neubacher

6901 Bregenz

Landhaus

Bregenz, Oktober 2013



Ein wichtiger Bestandteil unserer Lebensqualität ist die Gesundheit. Wenn sie uns vorübergehend oder gar längerfristig verloren geht, ist dies ein markanter Einschnitt in unserem Leben. Wachsender Wohlstand, sozialer und medizinischer Fortschritt sorgen dafür, dass sich der Gesundheitszustand der Menschen in unserem Land verbessert und die Lebenserwartung erhöht. Eine besondere Herausforderung stellen aber seelische Leiden und psychische Krankheiten dar.

Dabei können psychische Erkrankungen als akute Krise vorkommen, unter besonderer Belastung mehrmals auftreten, aber auch schleichend beginnen und mit anhaltenden Beeinträchtigungen einhergehen. Viele davon betroffene Bürgerinnen und Bürger tun sich immer noch schwer, ihren Hilfebedarf zu erkennen und nach einer geeigneten Behandlung Ausschau zu halten.

Dank der Initiative von vielen engagierten Einzelpersonen und Gruppen wurden in den letzten 30 Jahren von Einrichtungen und Behörden zahlreiche Hilfsangebote auf- und ausgebaut. Diese dienen nicht nur der Vorbeugung und Behandlung psychischer Krankheiten, sondern auch der Rehabilitation und Langzeitbetreuung.

Mit der im Jahr 2012 gestarteten Evaluation und Fortschreibung des Psychatriekonzepts von 2002 mit der umfassenden Einbindung der Systempartner und auch der Betroffenen wird eine langfristige, breit abgestimmte und umfassende Planungsgrundlage für die nächsten zehn Jahre realisiert. Eine Fertigstellung des Vorarlberger Psychatriekonzeptes für die Jahre 2015 bis 2025 ist bis Ende dieses Jahres geplant.

Der vorliegende Psychatriebericht 2013 fasst wichtige Ergebnisse zusammen und bietet eine Fülle von Informationen.

Ich danke allen, die an der Erhebung und Auswertung der Daten beteiligt waren, für ihre fachkundige und engagierte Mitarbeit.

Dr. Christian Bernhard
Gesundheitslandesrat

Kurzfassung

Die Auswertungsergebnisse zur regionalen Psychiatrieberaterstattung und zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen werden für das Berichtsjahr 2012 wieder gemeinsam vorgelegt. In der Einführung werden die Aktivitäten des Landes zur Qualitätsentwicklung des Hilfesystems zusammengefasst, die Ausgangslage bei der Fortschreibung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002 skizziert und dessen Strategie zur Sozialraumorientierung erläutert.

Die Auswertungen zur regionalen Psychiatrieberaterstattung beschränken sich auf die anonymisierte personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C. Für das Berichtsjahr 2012 standen hierzu insgesamt 13.448 Datensätze zur Verfügung. Das ist erneut mehr als in den Vorjahren und ermöglicht ein weitgehend vollständiges Bild über die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen außerhalb des Systems der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung in Praxen niedergelassener Fachleute. Für die Teilgebiete Allgemeinpsychiatrie und Suchthilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für verschiedene Formen stationärer Wohnbetreuung werden gesonderte Auswertungen vorgelegt. Schwerpunkte bilden Untersuchungen zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme und zur Dauer stationärer Behandlung bzw. zur Kontinuität außerklinischer Betreuung, differenziert nach Hilfsangeboten und Angebotsformen. Dabei ergeben sich mehrfach Hinweise auf eine regional ungleichmäßige Versorgung und einen verbesserungsbedürftigen Zielgruppenbezug bei kontinuierlichen Betreuungen.

Die Evaluation der Planung von Integrationshilfen bezieht sich auf die Zeit seit Einführung des neuen Verfahrens im Juli 2009 bis Ende Dezember 2012. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 1.024 Anträge bearbeitet, meist für teil- oder vollstationäre sozialpsychiatrische Integrationshilfen. Nach weitgehender Bereinigung der zuletzt noch bestehenden Fehler und Lücken bei der Dateneingabe wurden die Auswertungen zum Zielgruppenbezug der Hilfen und zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität wiederholt, ergänzt um die Daten des Berichtsjahres 2012. Die Ergebnisse geben Anregungen für die weitere Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen, sowohl im Rahmen der Organisationsentwicklung der Leistungserbringenden als auch bei der Planung und Steuerung der Versorgung auf Landesebene.

Das Planungsverfahren selbst hat sich grundsätzlich bewährt. Eine häufigere Teilnahme von Vertrauenspersonen der Betroffenen und der für die Behandlung zuständigen Fachärztinnen bzw. Fachärzte an den Hilfeplankonferenzen wäre wünschenswert. Die Dauer des Planungsverfahrens bei Durchführung einer Hilfeplankonferenz konnte von sechs auf fünf Wochen verkürzt werden und lässt sich wohl nur bei optimalem Zusammenspiel aller Systempartner noch weiter auf den Zielwert von maximal vier Wochen drücken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	9
1.1 Maßnahmen des Landes zur Qualitätsentwicklung des Hilfesystems	9
1.2 Ausgangslage vor Erstellung des Psychatriekonzepts 2015 - 2025	11
2. Regionale Psychiatrieberichterstattung	17
2.1 Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten.....	17
2.2 Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung	18
2.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick.....	19
2.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie	22
2.5 Ergebnisse zur Suchthilfe	26
2.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	31
2.7 Ergebnisse zur stationären Wohnbetreuung.....	35
2.8 Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung	38
Anlage 1: Gruppierung der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen	38
Anlage 2: Definition der Kennzahlen zur Datenauswertung.....	39
Anlage 3: Liste der Einrichtungsträger mit ihren Hilfsangeboten	40
Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2012 nach Angebotsform.....	41
Anlage 5: Notiz zum Aussagewert des psychosozialen Risikos	42
Anlage 6: Formularvorlagen der Datenblätter A bis C	43
3. Evaluation der Planung von Integrationshilfen	49
3.1 Vorbemerkungen zum Planungs- und Evaluationsverfahren	49
Anlage V: Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg.....	68
Anlage VI: Datenblätter zum Hilfeplanverfahren (Datenblätter C bis H)	71

1. Einführung

1.1 Maßnahmen des Landes zur Qualitätsentwicklung des Hilfesystems

Mit dem Vorarlberger Psychiatriekonzept von 2002 hat die Landesregierung vor zehn Jahren damit begonnen, die Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen systematisch zu erfassen und gemeinsam mit allen relevanten Systempartnerinnen und Systempartnern weiterzuentwickeln.¹ Eine Empfehlung aus dem Psychiatriekonzept aufgreifend, berief sie 2003 einen Psychiatriebeirat, der seither kontinuierlich alle drei Monate zusammentritt. Er konnte in den vergangenen Jahren viele Impulse zur Qualitätsverbesserung des Versorgungssystems setzen.

2005 griff der Psychiatriebeirat einen weiteren Vorschlag aus dem Psychiatriekonzept auf und beschloss die Einführung einer regionalen Psychiatrieberaterstattung. Für die Berichtsjahre 2006 und 2007 konnten bereits erste Daten ausgewertet werden, seit 2009 wird jährlich ein Bericht mit den Auswertungsergebnissen des Vorjahres veröffentlicht. Fast alle Systempartner beteiligen sich an der Datenerhebung, und mit den Jahren steigt die Qualität der nach einheitlichem Muster erbetenen Angaben. Der Bericht für das Jahr 2010 enthält auch noch einmal eine Zusammenfassung der Konzeption und ihrer Umsetzung.²

2007 entschied sich das Amt der Vorarlberger Landesregierung, die Planung von Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen in Vorarlberg neu zu konzipieren und dabei auch eine systematische Evaluation einzuführen. Das neue Verfahren wurde mit den Systempartnerinnen und Systempartnern sorgfältig abgestimmt, in einem ersten Schritt ab Juli 2009 für stationäre Integrationshilfen eingeführt und hat schnell breite Akzeptanz gefunden. Eine umfangreiche Veröffentlichung von Juli 2011 enthält eine Beschreibung sowohl der Prinzipien einer Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung als auch des Konzepts für die Planung von Integrationshilfen in Vorarlberg und erste Ergebnisse ihrer Evaluation für den Zeitraum bis Ende 2010.³

Die bei diesen beiden Projekten 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. Die Auswertungsergebnisse werden jedes Jahr vor ihrer Veröffentlichung im Psychiatriebeirat und in extra Versammlungen den beteiligten

¹ Arnold M, König P, Lingg A (2002): Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg – Vorarlberger Psychiatriekonzept. Bregenz (Eigendruck)

² Amt der Vorarlberger Landesregierung - Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (2011): Vorarlberger Psychiatrieberaterstattung für das Jahr 2010 (Verfasser: Dr. Hermann Elgeti). Bregenz (Eigendruck),
Internet: www.vorarlberg.at/gesellschaft-soziales/sozialpsychiatrie/rechtsgrundlagenundberichte/psb2010

³ Amt der Vorarlberger Landesregierung – Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (2011): Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung 2009/2010 (Verfasser: Dr. Hermann Elgeti und Johann Tschann). Bregenz (Eigendruck),
Internet: www.vorarlberg.at/gesellschaft-soziales/sozialpsychiatrie/rechtsgrundlagenundberichte/psychiatrie-hilfeplanung2009/2010

Systempartnerinnen und Systempartnern erläutert und zur Diskussion gestellt. Auf Wunsch gibt es auch spezielle Auswertungen für einzelne Einrichtungen, die deren Vertretungen dann gesondert vorgestellt werden.

Die Auswertungsberichte zur regionalen Psychiatrieberichtserstattung und zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen wurden im Vorarlberger Psychiatriebericht 2012 erstmals gemeinsam präsentiert. Die zuletzt noch getrennt veröffentlichten, oben erwähnten Berichte enthalten wichtige allgemeine Informationen zu den Projekten, auf die hier ausdrücklich verwiesen wird.

Das Amt der Vorarlberger Landesregierung verfügt damit über erfolgversprechende Hilfsmittel für eine Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf der individuellen, institutionellen und regionalen Ebene (Tabelle 1.1). Kostenträger und Leistungserbringende erhalten Hinweise für Unter-, Über- oder Fehlversorgung, können gemeinsam den Zielgruppenbezug sozialpsychiatrischer Hilfen überprüfen und Qualitätsentwicklung im Sinne eines „Lernen vom Besten“ betreiben.

Tab 1.1 Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen: Synopsis der Aufgaben

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

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.

Um das Psychiatriekonzept von 2002 nach zehn Jahren zu evaluieren und fortzuschreiben, hat die Landesregierung auf Initiative des Psychiatriebeirats im Januar 2012 ein zweijähriges Projekt gestartet. Die Projektgruppe arbeitete nach Vorgaben einer Lenkungsgruppe und wurde von einem externen Projektmanagement unterstützt. Auf Grundlage umfangreicher Recherchen in der Fachliteratur und unter den Systempartnerinnen und Systempartnern entstanden auf insgesamt neun vielfältig zusammengesetzten Zukunftswerkstätten zahlreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung des Hilfesystems.

Sie wurden von der Projektgruppe gesichtet, auf Kompatibilität mit den strategischen Eckpfeilern der Lenkungsgruppe geprüft und zu zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekten zusammengefasst. Sie bilden das Kernstück des neuen Psychiatriekonzepts für die Jahre 2015 bis 2025, das im Herbst 2013 von der Landesregierung beschlossen und veröffentlicht werden soll. Im Folgenden werden daraus einige Aussagen zur Ausgangslage und zu einer konsequenten Orientierung des Hilfesystems für psychisch beeinträchtigte Menschen auf ihr Lebensumfeld (Sozialraumorientierung) referiert.

1.2 Ausgangslage vor Erstellung des Psychiatriekonzepts 2015 - 2025

Etwa 11 % (rund 900.000) der Menschen in Österreich (8,4 Millionen Einw. 2011) erhielten 2009 wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung, vermutlich 3 % waren psychisch schwer erkrankt, knapp 1 % wurde deshalb stationär behandelt. Die Medikamentenverschreibungen nahmen in einem Zeitraum von zwei Jahren um 17 % zu, bei den stationären Aufenthalten waren es 1,5 %. 840.000 Menschen (10 %) erhielten im Jahre 2009 Psychopharmaka verschrieben, davon waren 34.100 (4 %) unter 20 Jahre und jeweils rund 400.000 (48 %) zwischen 20 und 60 bzw. über 60 Jahre alt. Nicht eingerechnet sind dabei weitere 263.000 Menschen, die sogenannte Antidementiva erhielten. Personen im Pensionsalter erhielten relativ häufiger und eher dauerhaft Psychopharmaka.

Psychische Erkrankungen sind bei den Krankenständen mit 2,5 % aller Fälle nur eine kleine Gruppe. Sie zeigen aber einen deutlich stärkeren Anstieg als die somatischen Erkrankungen (22 % gegenüber 10 % in einem Zeitraum von zwei Jahren) und dauern auch durchschnittlich länger an (40 gegenüber 11 Tage). 32 % der Neuzugänge in krankheitsbedingte Frühpensionen erfolgten 2009 aus psychischen Gründen; 2005 waren es dagegen noch 24 %. Bei Arbeitslosen ist der Anteil psychischer Erkrankungen an den Krankenständen viermal so hoch wie bei Angestellten und Arbeiterinnen bzw. Arbeitern.

Nur 14 % der Patientinnen und Patienten, die 2009 Psychopharmaka verschrieben bekamen, waren in psychiatrischen Facharztpraxen in Behandlung. Dagegen erfolgten 68 % der Erstverschreibungen von Psychopharmaka in Praxen der Allgemein- bzw. Hausarztmedizin. Die allgemeinmedizinische Praxis als Hauptansprechpartnerin für Menschen mit psychischen Leiden bietet zwar einen niederschweligen Zugang, das Fehlen von fachgerechten Behandlungsmodellen wird jedoch für problematisch gehalten. 2010 waren bundesweit nach Angaben der Österreichischen Ärztekammer 325 psychiatrische Vertragsfachärztinnen und -ärzte tätig (3,9 pro 100.000 Einw.), in Vorarlberg (369.938 Einw. 2011) waren es 16 (4,3 pro 100.000 Einw.). Nicht eingerechnet sind dabei allerdings die Wahlärztinnen und Wahlärzte, deren Zahl in Vorarlberg nach Angaben der dortigen Ärztekammer 2010 28 betrug, so dass sich bei insgesamt 44 Fachärztinnen und Fachärzten für dieses Bundesland eine Messziffer von 11,9 pro 100.000 Einw. ergibt.

1.3 Strategie des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 - 2025

Bei der strategischen Ausrichtung des neuen Vorarlberger Psychiatriekonzepts geht es zunächst um eine sachgerechte Differenzierung und Integration des Hilfesystems. Die Etablierung abgestufter Behandlungskonzepte und integrierter Versorgungsmodelle soll erleichtert werden. Dem dienen folgende Unterscheidungen: Hausärztliche, fachärztliche und spezialfachärztliche Behandlungen sind in ihrem jeweils spezifischen Auftrag und Leistungsspektrum bei psychischen Erkrankungen voneinander abzugrenzen und miteinander zu verzahnen. Dabei ist auch die Funktion der verschiedenen Spezialgebiete zu bedenken, die sich auf dem Feld der Psychiatrie und Psychotherapie etabliert haben (Tabelle 1.2).

Tab. 1.2: Fachärztliche und spezialfachärztliche Psychiatrie

	ambulant	teilstationär	stationär
	<i>fachärztlich</i>	<i>spezialfachärztlich</i>	
	Kinder-Jugend-Psychiatrie		
	Psychotherapie / Psychosomatik		
Psychiatrie	Suchtmedizin / Suchthilfe		
	Gerontopsychiatrie		
	andere Spezialgebiete	„Allgemeinpsychiatrie“	

Als Ergänzung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehen bei komplexem Hilfebedarf zusätzlich verschiedene Formen komplementärer Hilfen zur Verfügung (Tabelle 1.3).

Tab. 1.3: Grundformen medizinischer Behandlung und komplementäre Hilfen

Hilfeart	ambulant		teilstationär	stationär
Behandlungs- formen	<i>organisiert in Praxen</i>		<i>organisiert durch Kliniken</i>	
	haus- ärztlich	fachärztlich	spezialfachärztlich	
		psychotherapeutisch / psychosomatisch		
	Beratung, Behandlung und Betreuung <i>durch freie Träger bzw. Trägerinnen</i>			
komplementäre Hilfen	häusliche Pflege	Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung		Heime
	ambulante Hilfen zu Arbeit und Ausbildung (Arbeitsassistenz / Zuverdienst)		Werkstätten	
	Kontaktstelle / Sozialcafé	Hilfen zur Beziehungsgestaltung und kulturellen Teilhabe		

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen und komplementäre Hilfen sollten nach ihrer im Einzelfall voraussichtlich erforderlichen Dauer als kurz-, mittel- oder längerfristige Hilfen gekennzeichnet werden (Tabelle 1.4).

Tabelle 1.4: Definitionsvorschlag für drei Arten befristeter Hilfe

Art der Hilfe	kurzfristig (KFH)	mittelfristig (MFH)	längerfristig (LFH)
Zugänglichkeit	leicht & schnell erreichbar		genau geplant & geprüft
Zeitfenster	< 3 Monate	3 Monate bis < 2 Jahre	≥ 2 Jahre
hauptsächlich angezielte Wirkungen	Schutz bei Selbst-/ Fremd-Gefährdung	Vorbeugung einer Chronifizierung	Vorbeugung einer Verschlimmerung
	Beseitigung bzw. Linderung der Beeinträchtigungen		Begrenzung der Krankheitsfolgen
	Bewältigung der akuten Krise	Verarbeitung der Erkrankung	Erhalt der Lebensqualität

Eine zweite strategische Stoßrichtung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts betrifft die strikte Regionalisierung und Sozialraumorientierung des Systems der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. Eine systematische Unterscheidung zwischen den Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region dient als Grundlage für Verabredungen der regionalen Zuständigkeit der Leistungserbringende (Tabelle 1.5).

Tab. 1.5: Drei-Ebenen-Modell für psychiatrische Hilfen in Vorarlberg

Versorgungsebene mit Einwohnerzahl	räumliche Gliederung	organisatorische Zuordnung	verfügbare Hilfsangebote
1. Versorgungsebene für ~20.000 Einw.	19 Regionen in 16 Sozialräumen	Netzwerk der Sozialgemeinde	Sprechstunden und mobile Hilfen der wichtigsten Dienste
2. Versorgungsebene für ~100.000 Einw.	die vier Bezirke Bludenz, Feldkirch, Dornbirn, Bregenz	Sozialpsychiatrischer Verbund	eigene Standorte möglichst vieler psychiatr. Hilfen
3. Versorgungsebene für ~400.000 Einw.	Land Vorarlberg	zentrale Koordination	psychiatrische Klinik und besonders spezialisierte Hilfen

Zur Umsetzung des Geriatriekonzepts für Vorarlberg wurden bereits 17 Planungsregionen – mit drei Subregionen für die Region Bregenzerwald – definiert, an die sich die hier vorgeschlagene Gliederung mit 16 Regionen orientiert (Tabelle 1.6). Damit sollen Maßnahmen zur flächendeckenden Verfügbarkeit erforderlicher Hilfen und deren verstärkte Orientierung auf den Sozialraum unterstützt werden.

Tab. 1.6: Zuordnung der 19 Regionen zu 16 Sozialräumen in 4 Bezirken

Bezirk	Nr. und Name der Region (ggf. Zentralort), Einwohnerzahl					
1 Bludenz 61.296	105 Walgau mit 102 Großes Walsertal (Thüringen) 26.775			104 Stadt Bludenz mit 101 Arlberg und Klostertal 18.502		103 Montafon (Schruns) 16.019
2 Bregenz 128.143	204 Leibachtal (Hörbranz) 14.117	206 Stadt Bregenz 28.157	202 Hofsteig (Wolfurt, Hard) 37.541	205 Rheindelta (Höchst) 13.201	207 Vorderer Bregenzerwald (Lingenau) mit 203 Kleinwalsertal (Mittelberg) 18.790	201 Hinterer Bregenzer- wald (Egg / Bezau) 16.337
3 Dornbirn 83.393	302 Stadt Dornbirn 46.571	301 Marktgemeinde Lustenau 21.360	303 Stadt Hohenems 15.462			
4 Feldkirch 101.017	401 Kummenberg (Götzis) 25.331	402 Stadt Feldkirch 31.182	403 Vorderland (Rankweil) 31.820	404 Walgau (Frastanz) 12.684		

1.4 Vorschlag zur Realisierung von mehr Sozialraumorientierung

Der Zunahme psychiatrischer Erkrankung, dem Wegfall von Nischen und der berechtigten Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention nach Normalisierung ist mit sozialraumorientierten Ansätzen zu begegnen. Ein ausgewogener Bürgerhilfe-Profi-Mix stellt sicher, dass psychisch kranke Menschen sich selbst - mit Unterstützung aus ihrem Umfeld, ergänzt um passgenaue Hilfe von Fachleuten - helfen können, einen lebenswerten Weg mit ihrer Erkrankung zu finden. Das Land will die Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und der Hilfen bei psychischen Erkrankungen verstärken und für eine flächendeckende Verfügbarkeit auch im ländlichen Raum sorgen. Dem dient eine Unterscheidung der Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region als Basis einer regionalen Zuständigkeit der Leistungserbringenden.

Um psychiatrische Hilfen präventiv und inklusiv auszurichten, müssen die Netzwerke der Leistungserbringenden auf Bezirksebene mit Anlaufstellen für seelisch-gesundheitliche und soziale Problemlagen, die in jeder Region einzurichten sind, kooperieren. Zuständig für diese Anlaufstellen sind die in der jeweiligen Region verbundenen Gemeinden; dazu hat das Land eine gemeinsame Initiative mit dem Gemeindeverband gestartet. In einigen Regionen soll modellhaft erkundet werden, welche bereits bestehenden Beratungs- und Hilfsangebote vor Ort Funktionen einer solchen Anlaufstelle haben, wie diese weiterentwickelt, besser aufeinander abgestimmt und ggf. zusammengeführt werden können.

Die Anlaufstellen sind in jedem Fall auf eine enge Zusammenarbeit mit den Gemeinden ihrer Region sowie den in der Region lokalisierten Hausarztpraxen und Pflegediensten angewiesen. Folgende drei Funktionen sollten die Anlaufstellen erfüllen:

1. Erstberatung für die Bürgerinnen und Bürger der Region bei sozialen oder seelisch-gesundheitlichen Problemlagen (aufgrund eigener Betroffenheit, bei Angehörigen oder anderen Personen im Lebensumfeld) und Vermittlung an geeignete Hilfen (z.B. Hausarztpraxis, soziale oder pflegerische Dienste, ggf. auch psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen);
2. Unterstützung und ggf. Aufbau eines lokalen Netzwerks von Selbst- und Laienhilfe zur Förderung präventiver und inklusiver Aktivitäten in der jeweiligen Region;
3. Beteiligung an einem offenen Treffpunkt mit Kaffeehaus-Charakter (Sozial-Café), wo Bürgerinnen und Bürger mit und ohne *Handicaps* unverbindlich zusammenkommen, Informationen erhalten und an Veranstaltungen teilnehmen können.

2. Regionale Psychiatrieberichterstattung

2.1 Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten

Das Konzept orientiert sich an einem Modell, das 1999 für die Region Hannover entwickelt wurde.⁴ Es wird auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen zur Anwendung in den Sozialpsychiatrischen Verbänden aller dortigen Kommunen empfohlen. Datenquellen sind die Gemeindestatistik der Vorarlberger Landesregierung und die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger nach einheitlichen Formularen (Tabelle 2.1.1). Die Formulare der Datenblätter A, B und C sind in der Anlage 6 abgedruckt. Seit 2006 (Datenblatt A und B) bzw. 2007 (Datenblatt C) sind die psychiatrischen Einrichtungen in Vorarlberg aufgerufen, die dort abgefragten Angaben in entsprechende Formulare einzutragen oder *online* über Internet in ein EDV-Programm einzugeben. Mit der Auswertung der Daten ist die Medizinische Hochschule Hannover beauftragt.

Tab. 2.1.1 Datenquellen der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung

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

Für eine Beteiligung an der regionalen Berichterstattung konnten die psychiatrischen Kliniken und die Anbietenden von sozialpsychiatrischen Integrationshilfen schnell gewonnen werden. Nicht gelungen ist dagegen bisher die Einbeziehung der psychiatrischen Facharztpraxen und der meisten Anbietenden psychotherapeutischer Hilfen. Dagegen fanden die Anbietenden von Leistungen der Wohnungslosenhilfe in den vergangenen Jahren Interesse an einer Mitwirkung, da sich unter den von ihnen betreuten Personen eine große Anzahl psychisch erkrankter Personen befindet. Eine Liste aller aktuell an der Psychiatrieberichterstattung beteiligten Einrichtungsträger und ihrer Hilfsangebote findet sich in der Anlage 3 dieses Abschnitts.

Hilfsangebote mit vergleichbarem Leistungsspektrum werden in einer Angebotsform zusammengefasst, und jede Angebotsform wird einer der drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer bzw.

⁴ Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. In: Elgeti H (Hrg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 132-147

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

2.2 Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung

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

Tab. 2.2.1 Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2012

Bezirk	gering besiedelte Regionen ($<1,0$ E./ha) 82.608	ländliche Regionen ($1,0$-$<3,0$ E./ha) 58.621	städtische Regionen ($\geq 3,0$ E./ha) 232.620
Bludenz 61.296	101 Arlberg / Klostertal 102 Großes Walsertal 103 Montafon; 105 Walgau <i>47.481 Einw.</i>		104 Stadt Bludenz <i>13.815 Einw.</i>
Bregenz 128.143	201 Hi. Bregenzerwald 203 Kleinwalsertal 207 Vo. Bregenzerwald <i>35.127 Einw.</i>	204 Leiblachtal <i>14.117 Einw.</i>	202 Hofsteig 205 Rheindelta 206 Stadt Bregenz <i>78.899 Einw.</i>
Dornbirn 83.393			301 Lustenau 302 Stadt Dornbirn 303 St. Hohenems <i>83.393 Einw.</i>
Feldkirch 101.017		403 Vorderland 404 Walgau <i>44.504 Einw.</i>	401 Kummenberg 402 Stadt Feldkirch <i>56.513 Einw.</i>

Die Region Walgau gehört mit einem kleinen Teil zum Bezirk Feldkirch (Region 404), hauptsächlich aber zum Bezirk Bludenz (Region 105). Während die Bevölkerung im Bezirk Bludenz abnimmt und, abgesehen von der Stadt Bludenz, nur in gering besiedelten Regionen wohnt, steigt sie in den anderen drei Bezirken an.

Im Bezirk Dornbirn gibt es ausschließlich städtisch verdichtete Siedlungsräume, im Bezirk Bregenz unterscheidet sich der gering besiedelte Bregenzerwald vom ländlichen Leiblachtal und den städtischen Regionen Stadt Bregenz, Hofsteig und Rheindelta. Der Bezirk Feldkirch ist gegliedert in

das ländliche Vorderland mit dem westlichen Ende des Walgau und die Stadt Feldkirch mit Kummenberg.

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

Tab. 2.2.2 Sozialstruktur der Regionen nach Siedlungsdichte 2011-2012

Siedlungsdichte	gering besiedelt		ländlich		städtisch		Vorarlberg	
Zahl der Gemeinden	52		24		20		96	
Fläche (Tsd. ha)	194		26		40		260	
Berichtsjahr	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
K20: Einw. (Tsd.)	83	83	58	59	231	233	372	374
K21: Siedlungsdichte	0,5	0,5	2,5	2,5	6,5	6,6	3,7	3,7
K22: <18 Jahre	22 %	20 %	21 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
K23: 18-<65 Jahre	63 %	64 %	64 %	64 %	64 %	64 %	64 %	64 %
K24 ≥65 Jahre	15 %	16 %	16 %	16 %	16 %	16 %	16 %	16 %
K25 Arbeitslose	2,2 %	2,2 %	3,0 %	3,3 %	4,3 %	4,5 %	3,7 %	3,9 %

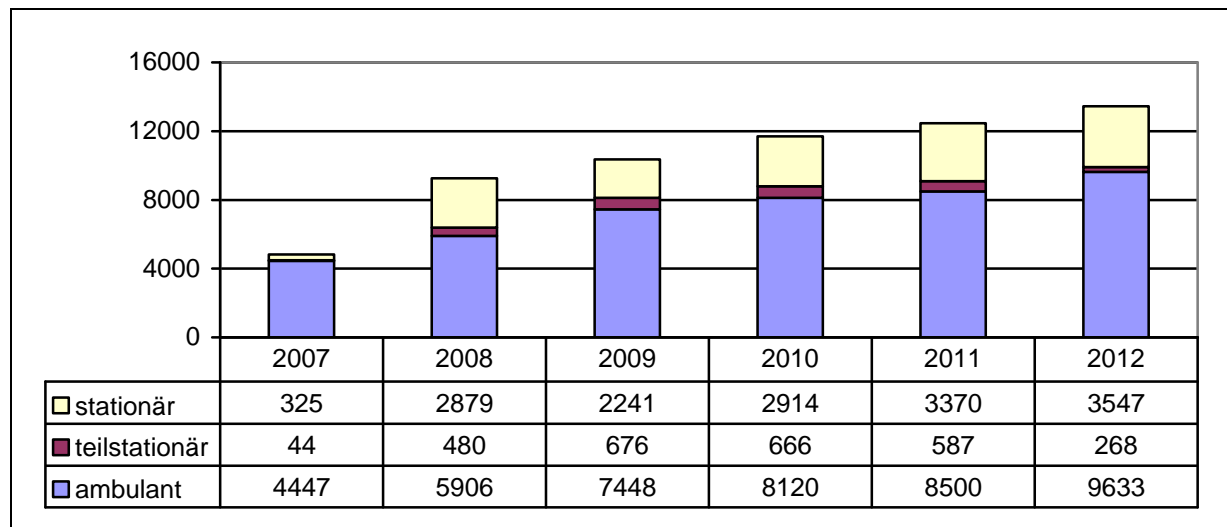
2.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick

Im Jahr 2012 haben 17 Einrichtungen für insgesamt 78 Hilfsangebote Datenblätter C abgegeben, darunter waren 50 ambulante, 6 teilstationäre und 22 stationäre Angebote. 60 der 78 Hilfsangebote betrafen Integrationshilfeprodukte. 28 Angebote lassen sich der Allgemeinpsychiatrie (PSY) zuordnen, 32 der Suchthilfe (SH), 12 der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Hinzukommen sind drei ambulante gerontopsychiatrische Angebote (GP) und drei aus der Wohnungslosenhilfe (WH). Ähnlich ausgerichtete Angebote sind in einer Angebotsform (AF) zusammengefasst. So sind in der AF 16 immerhin 16 ambulante Angebote der Suchthilfe und in der AF 33 neun Angebote stationärer Wohnbetreuung im Rahmen der Integrationshilfe vertreten. Eine Übersicht zur Anzahl der für die Berichtsjahre 2008 bis 2012 ausgewerteten Datenblätter C nach Angebotsform findet sich in der Anlage 4.

Die Auswertung für das Jahr 2012 beschränkt sich auf Angaben zum Datenblatt C (anonymisierte personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation). Die beim Kostenträger gespeicherten Angaben zu den Datenblättern A und B für die ambulanten Integrationshilfen standen für das Jahr 2012 weiterhin nicht in der erforderlichen Formatierung zur Verfügung, so dass ab dem Berichtsjahr 2013 doch die Anbietenden von Hilfen wieder um Ausfüllung des Datenblattes B gebeten werden.

Die Zahl der ausgewerteten Datenblätter C hat sich gegenüber den Vorjahren weiter erhöht (Abbildung 2.3.1) und liegt jetzt bei 13.448. 2011 und 2012 nicht mehr einbezogen war das Team Mika (Code 10.00; AF 16 und 36), dessen Angebote zum 30.06.2012 eingestellt wurden.

Abb. 2.3.1: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007-2012



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

Die Kennzahl K13 gibt Auskunft über den Anteil betreuter Personen mit einer juristischen Flankierung ihrer Betreuung. Dies kann in Form einer Sachwalterschaft geschehen, im Rahmen des Unterbringungs- bzw. Heimaufenthaltsgesetzes oder auch – bei straffällig gewordenen psychisch kranken Menschen – als Maßnahmenvollzug. Eine Notiz in Anlage 5 erläutert die Zusammensetzung und den Aussagewert des aus acht Merkmalen gebildeten multidimensionalen psychosozialen Risikoscore (K14). Für die Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Angebotsformen 11, 17, 21, 27, 31, 37) kam im Berichtsjahr 2012 erstmals ein modifizierter Datensatz zur Erprobung eines Risikoscore für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren zum Einsatz.

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

Tabelle 2.3.1: Merkmale der betreuten Personen 2012 nach Angebotsform

AF	ausgewertete Datenblätter C		K9		K10	K11	K12	K13	K14*	K15
	2011	2012	Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur FI	psR	Dauer
			2012							
10	3601	4713	40 %	60 %	<1 %	49 %	6 %	6 %	18,4	2,8
11	955	1362	57 %	43 %	85 %	100 %		4 %	15,3	2,4
12	897	118	75 %	25 %		81 %	2 %	1 %	21,3	2,4
13		30	80 %	20 %		60 %		17 %	20,8	2,3
15	62	68	44 %	56 %		64 %	2 %	3 %	17,4	2,8
16	2055	2317	66 %	34 %	1 %	51 %	5 %	4 %	18,3	3,1
17	32	36	61 %	39 %	58 %	100 %			19,3	2,6
18	123	121	34 %	66 %			98 %	3 %	19,6	3,1
19	753	868	70 %	30 %	5 %	86 %	1 %	39 %	17,0	2,9
10-19	8500	9633	52 %	48 %	13 %	60 %	6 %	8 %	18,0	2,7
20	0	0								
21	25	23	96 %	4 %	100 %	100 %			17,5	105 Tage
23	536	212	57 %	43 %	<1 %	56 %	<1 %	19 %	21,3	3,2
27		8	63 %	37 %	13 %	100 %		63 %	25,0	2,1
29	26	25	28 %	72 %		72 %			20,8	135 Tage
20-29	587	268	58 %	42 %	9 %	62 %	<1 %	17 %	20,9	
30	2755	2979	52 %	48 %	2 %	52 %	13 %	13 %	19,3	29 Tage
31	187	129	66 %	34 %	99 %	100 %		10 %	16,9	70 Tage
33	189	194	66 %	34 %		71 %	2 %	29 %	23,6	3,1
35	169	183	86 %	14 %	<1 %	50 %	4 %	44 %	24,2	3,0
36	36	28	71 %	29 %		86 %			23,7	2,1
37	34	34	53 %	47 %	68 %	100 %		15 %	18,6	2,6
30-39	3370	3547	55 %	45 %	7 %	55 %	11 %	17 %	20,0	

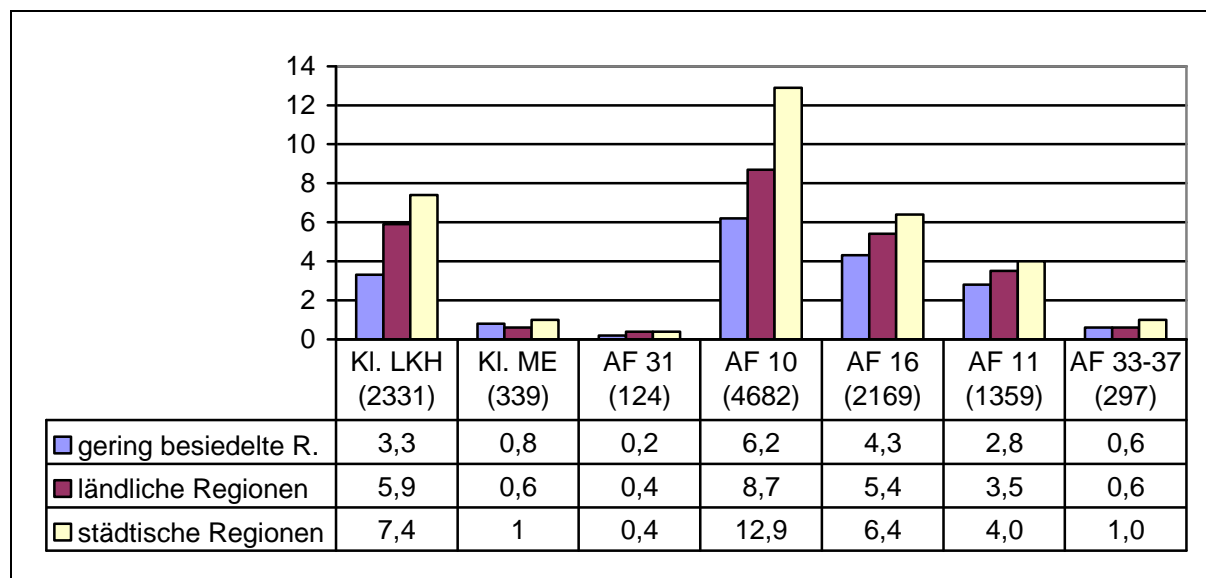
*) *Kursiv* dargestellte Werte beziehen sich auf weniger als 50 % der Datensätze.

Die gleichmäßige Nutzung psychiatrischer Hilfen durch Patientinnen und Patienten aus den verschiedenen Regionen Vorarlbergs lässt sich durch einen Vergleich der Inanspruchnahmeziffer (K26) überprüfen. Sie wird in der Regel für alle Hilfsangebote einer Angebotsform gemeinsam berechnet, und zwar als Anzahl der Datenblätter C dort betreuter Menschen mit (letzter) Wohnadresse in einem definierten Gebiet, bezogen auf 100.000 Einw. dieses Gebietes. Chronisch und schwer verlaufende psychische Erkrankungen kommen gehäuft in Städten (starke urbane Verdichtung) und in Regionen hoher Arbeitslosigkeit (ungünstige soziale Lage) vor.

Die bei der Auswertung der Datensätze durchgehend zu beobachtende Zunahme der Inanspruchnahme mit der Siedlungsdichte der Regionen entspricht also den Erwartungen (Abbildung 2.3.2). Stationäre Behandlungen für Erwachsene (AF 30) wurden gesondert für die Allgemeinpsychiatrie einschließlich Gerontopsychiatrie (LKH Rankweil – Kl. LKH) und für die Suchtmedizin (Stiftung Maria Ebene – Kl. ME) berechnet. Wegen des geringen Umfangs der Hilfen zur stationären Wohnbetreuung wurden die Angebote der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), Wohnungslosenhilfe (AF 35), Suchthilfe (AF 36) sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37) hier zusammengefasst.

Auf eine gesonderte Darstellung der gerontopsychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote wird im Folgenden verzichtet, da der Umfang der hierzu verfügbaren Datensätze spezialisierter Hilfsangebote zu gering war.

Abb. 2.3.2: Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen pro 1.000 Einw. 2012*



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

2.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie

Als Ergänzung zur allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung in Facharztpraxen und psychotherapeutischen Angeboten sind sowohl das LKH Rankweil als auch die sozialpsychiatrischen Integrationshilfen bedeutsam. Die Klinik wird hauptsächlich für stationär behandlungsbedürftige Krisen im Krankheitsverlauf benötigt; für die Allgemeinpsychiatrie sind neben den Stationen (AF 30) auch die Notfallambulanz und die forensische Ambulanz (AF10) wichtig. Eine Vielzahl von Anbietenden von Integrationshilfen bemüht sich vor allem darum, die Chancen von schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen auf volle gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Eine Sonderrolle spielen der Verein Omnibus, der als Selbsthilfe-Organisation der Psychiatrie-Erfahrenen auch eine Funktion als Kontakt- und Beratungsstelle ausübt. Der Verein Gemeinsam Leben Lernen leistet ambulante (AF 19) und tagesklinische (AF 29) Psychotherapie, die allerdings nicht über die Integrationshilfe finanziert werden (Tabelle 2.4.1).

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

Tab. 2.4.1 Angebote Allgemeinpsychiatrie nach Angebotsform 2012*

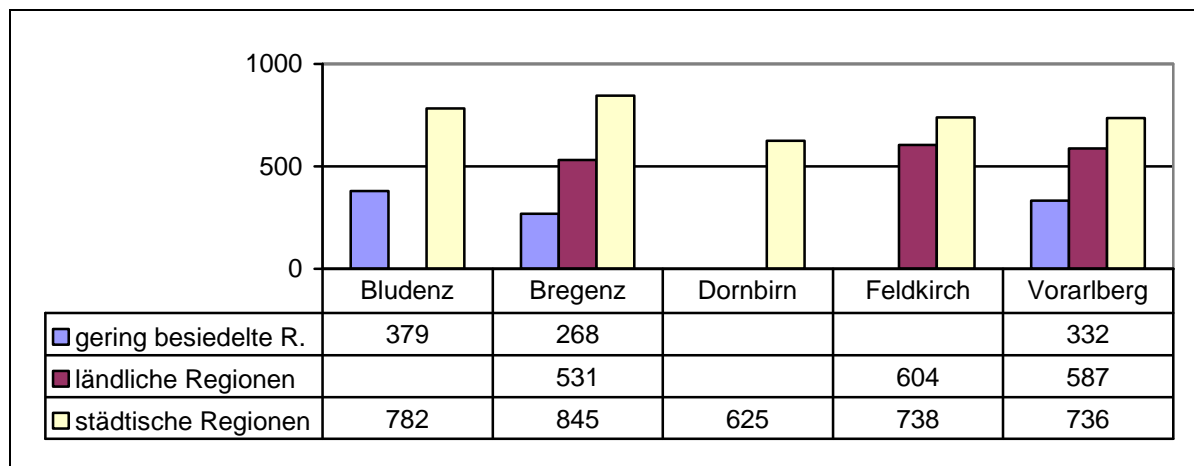
Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant					teilstationär			stationär	
		10	12	13	15	19	20	23	29	30	33
01.00	LKH Rankweil	2					(1)			1	
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	4	(2)		1			2			3
03.00	Pro Mente Vorarlberg	3	1		1	(1)		1			2
11.00	Aqua Mühle			1				1			2
12.00	Sozialpsychiatrie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

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

Die ambulante Psychotherapie (AF 19) beteiligt sich mit Ausnahme der Ambulanz des Vereins Gemeinsam Leben Lernen bisher nicht an der Erhebung mit dem Datenblatt C. Stationäre Wohnbetreuung leisten auch die Sozialpsychiatrie Bregenz, der Verein für seelische Gesundheit Rankweil und Aqua Mühle Frastanz, letztere bieten zusätzlich für viele eigenständig wohnende Personen tagesstrukturierende Hilfen (AF 23) und seit 2012 auch ambulant betreutes Wohnen (AF 13).

Für psychisch erkrankte Erwachsene standen 2012 im LKH Rankweil – Allgemein- und Gerontopsychiatrie zusammengenommen – 226 stationäre Behandlungsplätze (AF 30) zur Verfügung, das sind 60 Plätze pro 100.000 Einw. Zusätzlich sind sechs tagesklinische Plätze ausgewiesen, zu denen allerdings bisher keine Datenblätter C abgegeben wurden. Die Inanspruchnahme aus den städtischen Verdichtungsräumen zeigt für das Berichtsjahr 2012 Ungleichmäßigkeiten: Bezogen auf die Einwohnerzahl wurden aus dem Bezirk Bregenz erkennbar mehr, aus dem Bezirk Dornbirn weniger Erwachsene im LKH Rankweil stationär psychiatrisch behandelt. (Abbildung 2.4.1). Das hängt wohl nicht zuletzt mit den gehäuften sozialen Problemlagen in der Stadt Bregenz zusammen, die mit 6,6 % den bei weitem höchsten Arbeitslosenanteil (K25) aller Vorarlberger Regionen aufweist. Im Nahraum der Klinik (gering besiedelte Regionen Bezirk Bludenz, ländliche Regionen Bezirk Feldkirch) liegt die Inanspruchnahmehäufigkeit nicht mehr viel über derjenigen entfernterer Vergleichsregionen (Leiblachtal bzw. Bregenzerwald im Bezirk Bregenz).

Abb. 2.4.1 Inanspruchnahme LKH Rankweil (Stationen für Erwachsene) 2012*



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

Die Zahl der im LKH Rankweil stationär behandelten und mit einem Datenblatt C dokumentierten Erwachsenen ist gegenüber dem Vorjahr noch einmal um 10 % angestiegen (Tabelle 2.4.1). Die Gesamtdauer ihrer stationären Behandlung – unabhängig von der Zahl der Aufenthalte – liegt meist bei ein bis vier Wochen pro Jahr. Bei den sehr lange behandelten Patienten (>91 Tage im Berichtsjahr) ergeben sich überdurchschnittliche Werte beim psychosozialen Risikoscore, hier handelt es sich hauptsächlich um jüngere Menschen mit psychotischen Erkrankungen.

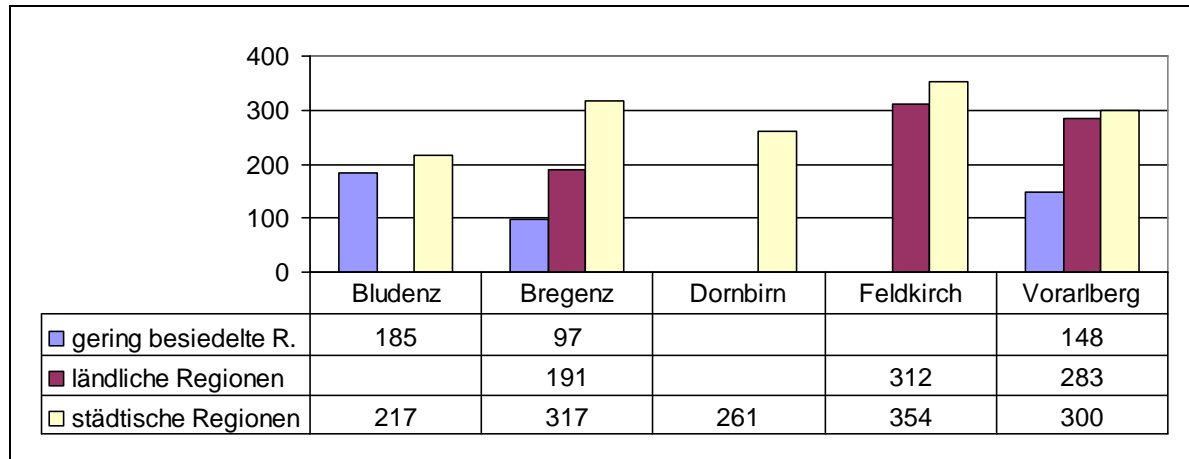
Tab. 2.4.1: Merkmale im LKH Rankweil stationär behandelter Erwachsener

Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2010	1959	498	1000	413	48
	2011	2220	579	1092	496	53
	2012	2431	694	1088	522	88
Männer (K9)	2010	50%	42%	49%	61%	48%
	2011	46%	40%	45%	54%	40%
	2012	49%	40%	50%	57%	36%
<45 Jahre (K11)	2010	56%	69%	52%	47%	69%
	2011	54%	65%	50%	45%	72%
	2012	50%	67%	42%	42%	75%
Psychose (K16 / DG 3)	2010	19%	16%	22%	16%	51%
	2011	28%	14%	27%	43%	68%
	2012	28%	12%	27%	44%	68%
Risikoscore (K14)	2010	20,0	20,7	19,8	19,6	21,5
	2011	19,7	20,3	19,5	19,4	20,5
	2012	18,4*	19,2*	18,2*	17,9	20,6*

*) Anteil Datensätze mit berechenbarem Risikoscore unter 50 %

Die Notfallambulanz des LKH Rankweil für Erwachsene wird im Vergleich zum stationären Bereich regional noch ungleichmäßiger genutzt, vergleichsweise am häufigsten aus dem Nahbereich der Klinik (Abbildung 2.4.2). Dies ist ein Hinweis auf die Dringlichkeit einer Dezentralisierung der spezifischen Hilfsangebote des LKH Rankweil zumindest im ambulanz-teilstationären Bereich.

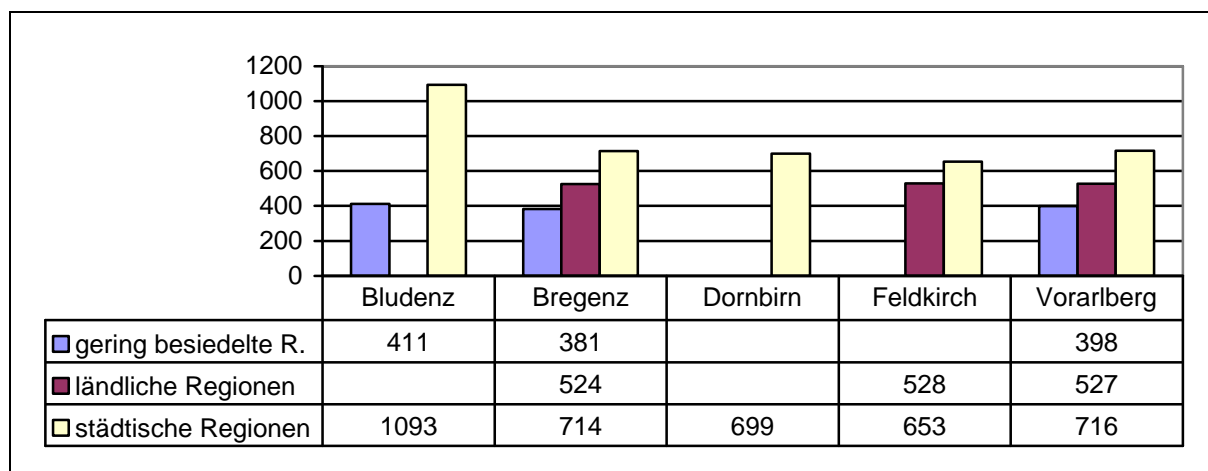
Abb. 2.4.2 Inanspruchnahme Ambulanz für Erwachsene LKH Rankweil 2012*



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

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

Abb. 2.4.3 Inanspruchnahme ambulante sozialpsychiatrische Betreuung 2012*



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

Die ambulante sozialpsychiatrische (Langzeit-)Betreuung für Erwachsene wird meist über alle vier Quartale pro Jahr geleistet (Tabelle 2.4.2). Psychotisch erkrankte Menschen (K16, Diagnosegruppe 3) bilden eine Hauptzielgruppe dieses Angebots. Ihr Anteil an den insgesamt hier betreuten Personen ist auch höher als in der Klinik, liegt aber noch unter 40%. Die von Psychose betroffenen Männer erkranken im Durchschnitt in jüngerem Alter als Frauen und zeigen einen ungünstigeren Krankheitsverlauf. Im Vergleich zur stationären Behandlung im LKH Rankweil ist der Männeranteil (K9) hier deutlich geringer, und es werden etwas weniger jüngere Menschen (K11) betreut.

Je kontinuierlicher die Patientinnen und Patienten betreut wurden, desto höher ist der Durchschnittswert beim psychosozialen Risikoscore (K14) – wenn auch die Unterschiede bisher noch nicht sehr groß sind.

Tab. 2.4.2: Patientenmerkmale ambulante sozialpsychiatrische Betreuung

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2010	2.249	369	338	288	1.230
	2011	2.265	337	356	277	1.295
	2012	2.305	334	354	287	1.329
Männer (K9)	2010	38 %	38 %	41 %	41 %	37 %
	2011	38 %	40 %	42 %	36 %	37 %
	2012	38 %	40 %	36 %	37 %	37 %
<45 Jahre (K11)	2010	46 %	54 %	52 %	47 %	42 %
	2011	46 %	57 %	51 %	51 %	42 %
	2012	47 %	56 %	42 %	49 %	41 %
Psychose (K16 / DG 3)	2010	39 %	34 %	33 %	31 %	43 %
	2011	38 %	32 %	37 %	30 %	41 %
	2012	39 %	28 %	34 %	28 %	45 %
Risikoscore (K14)	2010	18,3	17,8	18,0	18,0	18,6
	2011	18,8	17,8	18,2	18,5	19,1
	2012	18,8	17,7	18,0	18,2	19,2

2.5 Ergebnisse zur Suchthilfe

Die Angebote der Suchthilfe wurden anlässlich der Vorarbeiten zum Vorarlberger Drogenbericht 2012 im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung ausführlich dargestellt.⁵ Alle im Produktkatalog der Vorarlberger Integrationshilfen aufgeführten und im Land selbst lokalisierten sozialpsychiatrischen Angebote der Suchthilfe wurden in die regionale Psychiatrieberichterstattung einbezogen (Tabelle 2.5.1).

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

Sie werden mit Ausnahme der stationären und ambulanten Behandlungsleistungen des Krankenhauses der Stiftung Maria Ebene (ME) überwiegend aus Mitteln des Sozialfonds finanziert. Unterschieden werden in der Suchthilfe unverbindliche Angebote mit Café- bzw. Kontaktstellenfunktion (AF 12 – Abgabe von Datenblättern C nicht erforderlich), Maßnahmen ambulanter Psychotherapie (AF 19) und ambulanter Behandlung, Stabilisierung bzw. Substitution (AF 16), stationärer Behandlung (AF 30) und Wohnbetreuung (AF 36). Nicht mehr aufgeführt sind die Angebote des Team Mika, das seine Tätigkeit Ende Juni 2012 beendete.

Tab. 2.5.1: Angebote Suchthilfe nach Angebotsform 2012*

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant			stationär		
		12	13	16	19	30	36
05.00	Caritas Vorarlberg	(2)	1	8	5		1
06.00	Do it yourself	(1)		1			
07.00	Ex & Hopp	1		2			
08.00	Die Faehre			1	1		
09.00	Stiftung Maria Ebene			4	3	3	1
Summe der Angebote mit Datenblatt C		1	1	16	9	3	3

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

Die Suchthilfe ist gut ausgebaut und umfasst im ambulanten Bereich einen beträchtlichen Anteil am Platzangebot der Institutions-bezogenen psychiatrischen Versorgung. 2012 betrug ihr Anteil bei den stationären Integrationshilfen (AF 33, 36 und 37) 8 % und bei den Klinikbetten (AF 30 und 31) 24 %, wobei allerdings lediglich 63 % der Personen, die im Krankenhaus der Stiftung ME stationär behandelt wurden, in Vorarlberg wohnten.

Tab. 2.5.2: Anteil Suchthilfe an der gesamten psychiatrischen Versorgung 2012

	stationäre Hilfen						nicht-stationäre Hilfen					
	Klinikbehandlung			Integrationshilfen			Klinikambulanzen			Integrationshilfen		
	alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen	
Plätze	338	81	24 %	160	12	8 %	1433	974	68 %	4029	1366	34 %
Db C	3108	548	18 %	256	28	11 %	2389	1180	49 %	5756	1952	34 %
K15*	31	48		2,9	2,1		2,4	3,3		2,8	2,8	

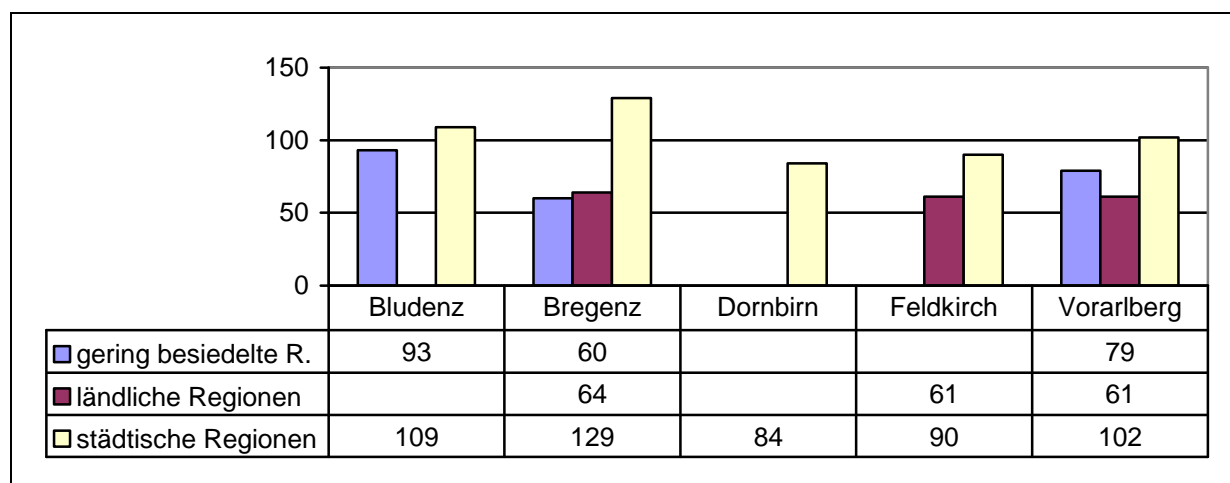
*) Betreuungskontinuität (K15): bei Klinikbehandlungen in Tagen, sonst in Quartalen pro Jahr

Bei den nicht-stationären Integrationshilfen dagegen wurden 2012 34 % der belegten Plätze von der Suchthilfe angeboten, und bei den Klinikambulanzen (LKH Rankweil, Stiftung Carina, Stiftung ME) waren es sogar 68 %. Geschätzt wurde das Platzangebot nicht-stationärer Hilfen mangels entsprechender Angaben im Datenblatt A über die Anzahl belegter Plätze pro Quartal. Berechnet

wurde dieser Wert aus der Anzahl Datenblätter C und der durchschnittlichen Betreuungskontinuität (Quartale pro Jahr) eines Hilfsangebots (Tabelle 2.5.2).

209 der insgesamt 548 Personen, die laut Datenblatt C 2012 im Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene (Angebote 09.01, 09.07 und 09.08) stationär behandelt wurden, waren nicht in Vorarlberg zu Hause. Ihre Aufenthaltsdauer lag mit 47 Tagen im Jahr etwas unterhalb derjenigen der Einheimischen (50 Tage). Für die medizinische Rehabilitation von Vorarlberger Suchtkranken standen demnach 2012 51 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung, wenn man von den insgesamt 81 Plätzen einen Anteil von 37 % für die von auswärts kommenden Personen abzieht. Bei rund 374.000 Einw. sind das etwa 14 Plätze pro 100.000 Einw. Nicht eingerechnet sind hier auch diejenigen Vorarlberger Suchtkranken, die sich in entsprechenden Kliniken außerhalb des Landes behandeln lassen. Nach den Angaben zum Wohnort der betreuten Personen im Datenblatt C ist die Inanspruchnahmeziffer aus dem Bezirk Bludenz und den städtischen Regionen des Bezirks Bregenz am höchsten (Abbildung 2.5.1).

Abb. 2.5.1 Inanspruchnahme stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME 2012*



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

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

Tab. 2.5.3: Patientenmerkmale stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME

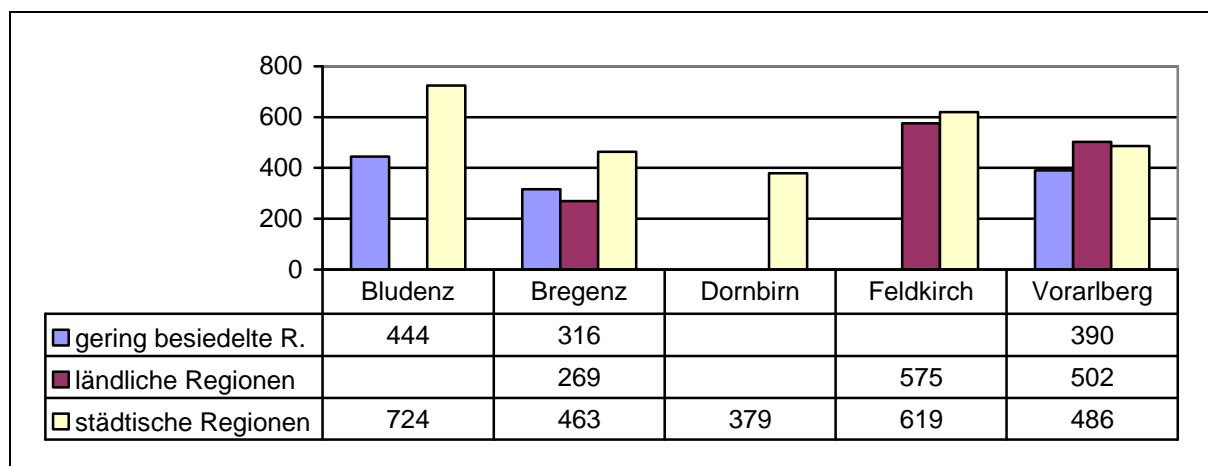
Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2010	503	37	101	325	40
	2011	535	49	118	323	45
	2012	548	52	137	307	52
Männer (K9)	2010	68 %	65 %	64 %	70 %	63 %
	2011	67 %	63 %	68 %	67 %	76 %
	2012	69 %	71 %	66 %	71 %	62 %
<45 Jahre (K11)	2010	56 %	57 %	61 %	52 %	78 %
	2011	58 %	69 %	69 %	47 %	89 %
	2012	58 %	63 %	71 %	50 %	71 %
Risikoscore (K14)	2010	21,7	22,1	21,7	21,4	24,3
	2011	21,8	20,9	22,1	21,6	23,4
	2012	21,6	22,0	21,6	21,3	22,7

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

Bei der Auswertung der Datenblätter C der verschiedenen ambulanten Angebote der Suchthilfe (AF 16 und AF 19) überwiegen die Alkohol- gegenüber den Drogenabhängigen. Bei den von der Caritas und der Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene betreuten – vor allem alkoholkranken – Personen fällt eine vergleichsweise höhere Inanspruchnahme im Oberland auf (Abbildung 2.5.2).

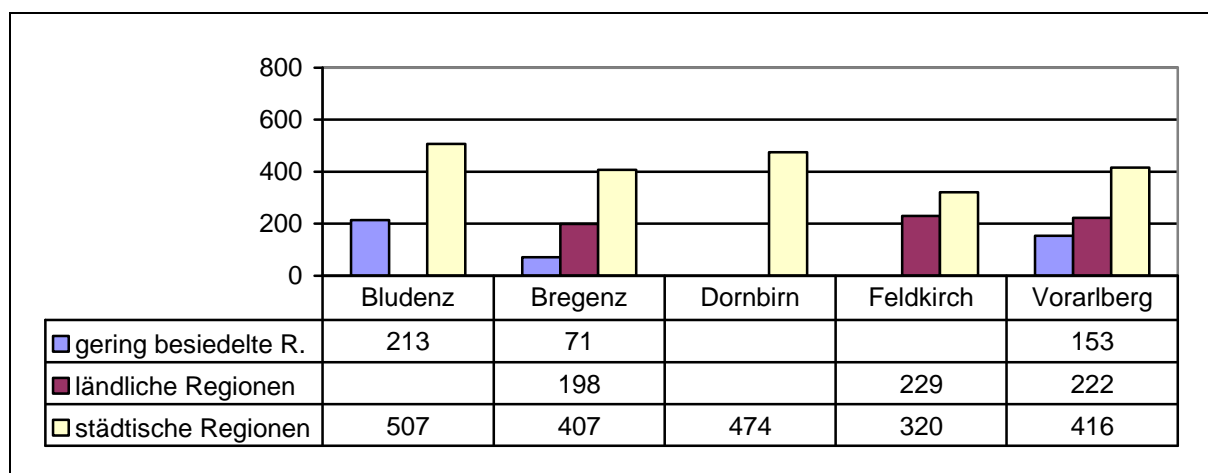
Das ist der Nahbereich des Standortes der Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses der Stiftung Maria Ebene in Frastanz, die den Großteil der hierbei einbezogenen Datenblätter C geliefert hat. In der ambulanten Drogenhilfe dagegen liegt die Inanspruchnahmeziffer in der Stadt Feldkirch mit Kuppenberg deutlich unter den städtischen Regionen in den anderen Bezirken (Abbildung 2.5.3).

Abb. 2.5.2 Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe (ohne Drogenhilfe) 2012*



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

Abb. 2.5.3 Inanspruchnahme ambulante Drogenhilfe 2012*



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

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

Tab. 2.5.4: Patientenmerkmale ambulante Suchthilfe (nur AF 16)

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2010	1944	315	249	257	1002
	2011	2077	333	264	265	1183
	2012	2317	360	367	291	1233
Männer (K9)	2010	68 %	68 %	70 %	68 %	71 %
	2011	66 %	62 %	69 %	64 %	67 %
	2012	66 %	64 %	72 %	60 %	67 %
<45 Jahre (K11)	2010	59 %	70 %	67 %	65 %	55 %
	2011	52 %	50 %	62 %	51 %	46 %
	2012	51 %	59 %	58 %	53 %	46 %
Risikoscore (K14)*	2010	18,3	18,1	17,3	17,5	18,6
	2011	18,4	17,8	18,4	18,3	18,5
	2012	18,3	17,6	18,5	18,3	18,5

2.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die beiden Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Stiftung Carina für Kinderpsychiatrie und LKH Rankweil für Jugendpsychiatrie) wird es eine organisatorische Integration geben. Die Stiftung Carina hat neben stationären Kapazitäten (AF 31) eine Tagesklinik in Bregenz (AF 21) sowie eine Ambulanz am Allgemeinkrankenhaus in Feldkirch (AF 11). Das LKH Rankweil verfügt über eine Ambulanz (AF 11) und eine Station (AF 31). Bei den Einrichtungsträgern der Integrationshilfe hat der Arbeitskreis Sozialmedizin (AKS) einen kinderpsychiatrischen Schwerpunkt, während sich Pro Mente Vorarlberg (PMV) auf die Jugendpsychiatrie konzentriert. Neben einer Ambulanz in Dornbirn mit zwei Integrationshilfeprodukten (AF 11) bietet PMV auch ein Beschäftigungsprojekt (AF 17) und betreutes Wohnen in Gastfamilien (AF 37) an (Tabelle 2.6.1). Ein sehr aufwändiges und auf die individuellen Bedürfnisse besonders schwierig zu betreuender Jugendlicher angepasstes Programm ist die Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB; AF 37) des Instituts für Sozialdienste (IfS). Für die Nachsorge der Betroffenen bietet das IfS außerdem tagesstrukturierende Hilfen (AF 27) an.

Tab. 2.6.1: Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angebotsform 2012

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant		teilstationär		stationär	
		11	17	21	27	31	37
01.00	LKH Rankweil	1				1	
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	1					
04.00	Stiftung Carina	1		1		1	
11.00	Pro Mente Vorarlberg	2	1				1
17.00	Institut für Sozialdienste				1		1
Summe der Angebote mit Datenblatt C		5	1	1	1	2	2

Die Beteiligung von Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der anonymisierten personenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C hat seit dem ersten Berichtsjahr 2007 kontinuierlich zugenommen. Für das Berichtsjahr 2012 kam erstmals ein modifizierter Datensatz zum Einsatz, der gemeinsam mit den Systempartner und Systempartnerinnen entwickelt wurde. Damit sollte erprobt werden, ob – ähnlich wie in der Erwachsenenpsychiatrie – auch für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche das psychosoziale Risiko mittels eines multidimensionalen Score ermittelt werden kann. Von den 1.572 Datenblättern C, die von Hilfsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Auswertung kamen, ließ sich bei 45 % der Risikoscore berechnen. Dieser Anteil schwankte zwischen den einzelnen Hilfsangeboten zwischen 15 % und 100 %.

Während die Zahl der Datensätze aus der jugendpsychiatrischen Station des LKH Rankweil gegenüber im Vorjahr von 105 auf 50 zurückging, beteiligten sich die AKS-Kinderdienste im Berichtsjahr 2012 mit deutlich mehr Datensätzen als in den beiden Vorjahren. Die anderen fünf ambulanten Hilfsangebote lieferten insgesamt etwas mehr Datenblätter C als im Vorjahr (815 gegenüber 788). Da die in den beiden großen ambulanten Hilfsangeboten von Pro Mente Vorarlberg betreuten Personen fast identisch sind, wurden die 322 Datensätze des Angebots 11.07 (AF 17) im weiteren Auswertungsverlauf nicht berücksichtigt.

Tab. 2.6.2: Datenerhebung von Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

AF	Code	Anzahl ausgewerteter Datenblätter C						mit psR
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	
11	01.06 LKH Ambulanz				174	167	140	66 %
	02.01 AKS KJP med. Reha			111	186	<i>(Angebot entfallen)</i>		
	02.04 AKS FÄ-Sprechtag			844		199	583	15 %
	04.01 Carina KJP-Ambulanz	34	23	14	25	24	16	100 %
	11.01 PMV KJP med. Reha	190	219	239	275	275	301	64 %
	11.07 PMV KJP soz-psy. Betr.	170	236	262	310	290	322	62 %
17	11.14 PMV Ju-on-Job				34	32	36	42 %
21	04.03 Carina KJP Tagesklinik	44	18	22	27	25	23	96 %
27	17.03 IfS SIB Therap. Atelier				5	6	8	13 %*
31	01.05 LKH jugendpsy. Station					105	50	72 %
	04.02 Carina Stationen	49	61	77	120	82	79	54 %
37	11.13 PMV JuMeGa			12	24	25	22	18 %
	17.01 IfS SIB			5	6	9	12	8 %*

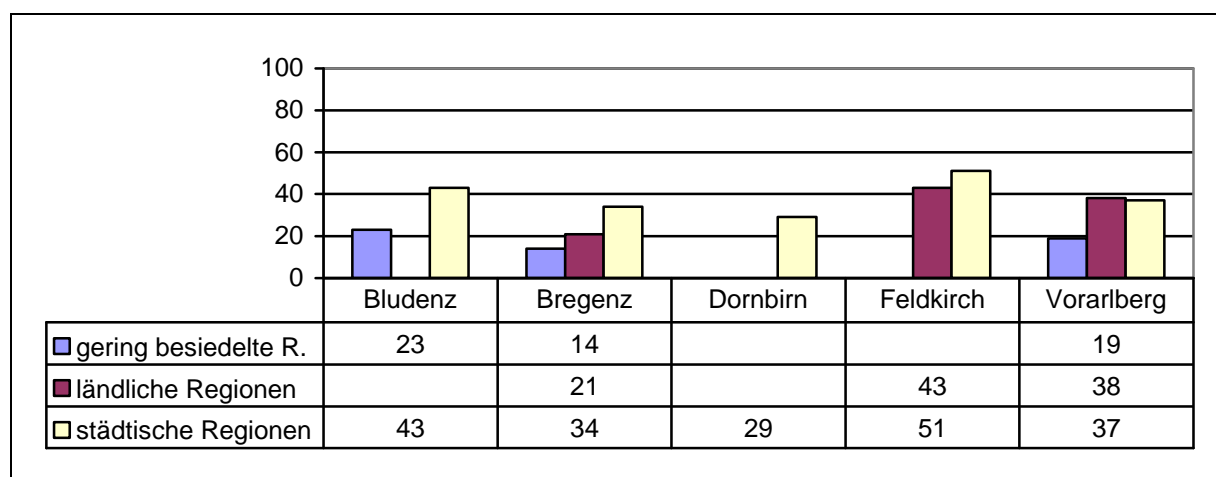
*) IfS Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung SIB (AF 37) und SIB Therapeutisches Atelier (AF 27) waren bei der Erprobung des modifizierten Datenblattes C KJP nicht einbezogen.

Der erstmals erprobte psychosoziale Risikoscore für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche (psR-KJP) weist gegenüber dem etablierten Risikoscore für Erwachsene einige wichtige Unterschiede auf (Formulare in Anlage 6). Alle acht einbezogenen Merkmale beeinflussen sehr deutlich die Höhe des Summenscore. Die Durchschnittswerte für die Nutzergruppen der verschiedenen Hilfsangebote

sind bei ambulanten Behandlungen ähnlich (Werte zwischen 14,7 und 15,6), variieren bei klinischen Behandlungen jedoch deutlich (Werte zwischen 15,4 und 18,8). Zwischen behandelten Jungen und Mädchen gibt es beim Summenscore zwar keine nennenswerten Unterschiede, jedoch beim Ausprägungsgrad verschiedener Einzelmerkmale. Ein höheres psychosoziales Risiko weisen Personen auf, die in einer Pflegefamilie (17,7) oder einem Heim bzw. in einer betreuten Wohngemeinschaft (18,9) leben; geringer ist es beim Leben mit einem Elternteil (16,0) oder mit beiden Eltern (14,7). Besonders hoch ist der psR-KJP auch, wenn weitere Mitglieder der Familie eine psychische Störung oder mentale Behinderung haben (18,0).

Die Zahl der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelten und mit einem Datenblatt C dokumentierten Personen ist 2012 gegenüber dem Vorjahr deutlich gesunken. Das liegt offensichtlich daran, dass diesmal nicht für alle Patientinnen und Patienten der Jugendpsychiatrischen Station des LKH Rankweil ein Datenblatt C abgegeben wurde (2011: 105; 2012: 50). Die Ergebnisse für Klinikbehandlungen sind deshalb nicht repräsentativ und nur eingeschränkt aussagekräftig (Abbildung 2.6.1 und Tabelle 2.6.1).

Abb. 2.6.1 Inanspruchnahme Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie 2012*



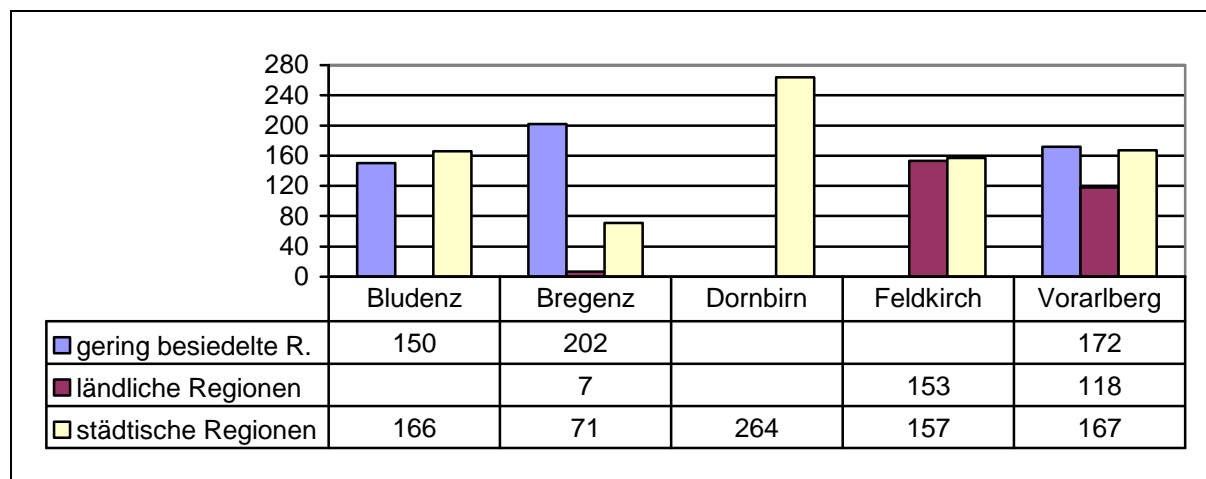
*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl Patienten pro 100.000 Einw.

Tab. 2.6.3: Patientenmerkmale Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2010	120	7	26	42	45
	2011	187	30	42	68	47
	2012	129	7	25	49	48
Jungen (K9)	2010	70 %	71 %	62 %	74 %	71 %
	2011	62 %	47 %	57 %	60 %	79 %
	2012	66 %	57 %	48 %	73 %	69 %
Risikoscore (K14)	2011	(für Berichtsjahr 2012 erstmals für KJP modifiziert erhoben)				
	2012	16,9	15,5	17,3	16,6	17,2

Unter den Ambulanzen der Kinderpsychiatrie lieferte das Hilfsangebot „Fachärztliche Sprechtage“ des AKS (02.04) für das Berichtsjahr 2012 deutlich mehr Datenblätter C als im Vorjahr (583 gegenüber 199). Demgegenüber hat die Ambulanz des Krankenhauses der Stiftung Carina (04.01) nur einen geringen Umfang; 2012 kamen von dort 16 Datenblätter C zur Auswertung (2011: 24). Bei der regionalen Verteilung liegt die Inanspruchnahmeziffer im Bregenzerwald und insbesondere im Bezirk Dornbirn am höchsten, während sie für die im Rheintal benachbarten städtischen Regionen des Bezirks Bregenz sehr niedrig ist (Abbildung 2.6.2).

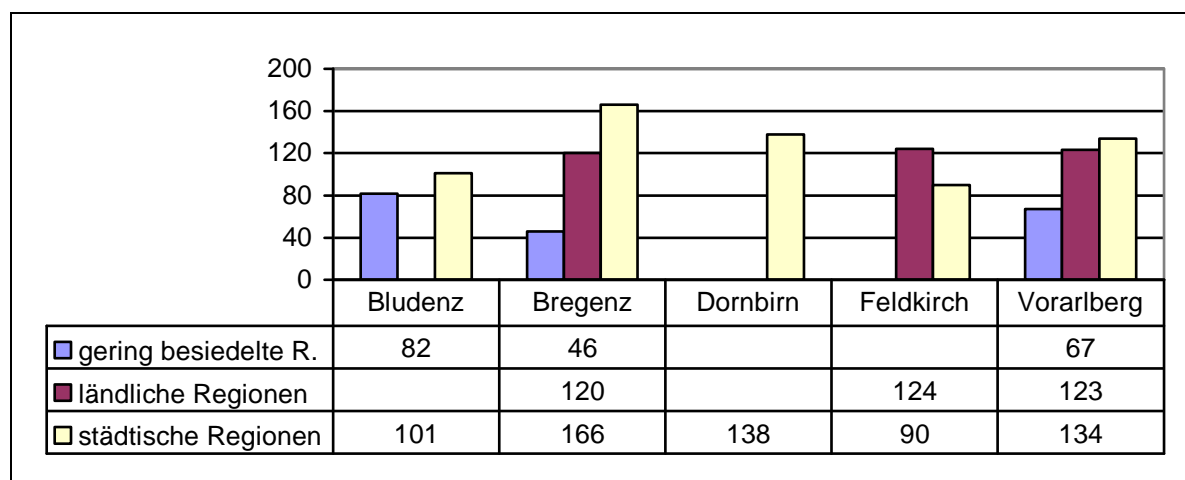
Abb. 2.6.2 Inanspruchnahme Ambulanzen Kinderpsychiatrie 2012*



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

Die Ambulanzen der Jugendpsychiatrie von PMV in Dornbirn und vom LKH in Rankweil erreichten 2012 vergleichsweise nur wenige psychisch kranke Jungen und Mädchen aus dem Bregenzerwald sowie den Städten Bludenz und Feldkirch mit Kummenberg (Abbildung 2.6.3).

Abb. 2.6.3 Inanspruchnahme Ambulanzen Jugendpsychiatrie 2012*



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

Diese Befunde deuten auf eine erhebliche regionale Ungleichheit in der Versorgung. Sie legen nahe, im Ober- und im Unterland voll funktionsfähige und möglichst integrierte Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten. In entfernter liegenden und gering besiedelten Regionen wie dem Bregenzerwald könnten auch Außensprechstunden eingerichtet werden. Pro Mente hat 2012 einen Anfang gemacht und eine Ambulanz in Nenzing eingerichtet.

Die Zahl ausgewerteter Datensätze von Ambulanzen der AF 11 hat sich mit der verstärkten Beteiligung des Angebots „Fachärztliche Sprechstage“ des AKS 2012 gegenüber dem Vorjahr stark erhöht (Tabelle 2.6.2). Damit verbunden ging der Anteil von kontinuierlich über drei oder vier Quartale betreuten Personen zurück.

Trotz der Häufung komplizierter Problemlagen bei Jungen steigt deren Anteil mit zunehmender Behandlungskontinuität in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht an.

Tab. 2.6.4: Patientenmerkmale Ambulanzen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2010	660	209	146	89	209
	2011	665	207	191	103	156
	2012	1362	725	308	160	169
Jungen (K9)	2010	57 %	57 %	60 %	61 %	55 %
	2011	56 %	53 %	53 %	60 %	61 %
	2012	57 %	60 %	57 %	42 %	57 %
Risikoscore (K14)	2011	(für Berichtsjahr 2012 erstmals für KJP modifiziert erhoben)				
	2012	15,3	14,7	14,9	16,0	16,2

2.7 Ergebnisse zur stationären Wohnbetreuung

Zur stationären Wohnbetreuung psychisch erkrankter Menschen gibt es in Vorarlberg eine Reihe von Angeboten in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), Suchthilfe (AF 36) und Jugendpsychiatrie (AF 37). Viele Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen werden auch in der Wohnungslosenhilfe betreut. Daher gibt es seit einigen Jahren Bemühungen, stationäre Hilfen in diesem Bereich (AF 35) ebenfalls in die Psychiatrieberichte mit einzubeziehen, und zwei Einrichtungen haben sich bisher an der Datenerhebung beteiligt.

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

Tab. 2.7.1 Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Alltagspsychiatrie

	Merkmal	Jahr	Platz- angebot (K1)	Anzahl DB C (K3)	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko- score (K14)	Quartale pro Jahr (K15)
13	03.06 AQUA Ambulant betr. Wohnen	2010	<i>(Angebot wurde erst 2012 eingerichtet)</i>						
		2011							
		2012	25	22	77 %	68 %	23 %	20,8	2,2
33	03.01 / 03.04 AQUA Inten- sivbetreuung	2010	23	32	59 %	69 %	64 %	24,5	3,5
		2011	23	31	65 %	71 %	71 %	24,3	3,3
		2012	3	3	67 %	100 %	67 %	23,7	2,0
	03.03 / 03.02 AQUA Betr. Wohnen	2010	22	22	59 %	64 %	23 %	22,5	3,3
		2011	22	26	58 %	65 %	23 %	22,8	3,2
		2012	21	58	60 %	67 %	45 %	24,2	3,1
	02.08 AKS Reha-Wohnen	2010	10	11	73 %	91 %	27 %	23,4	3,5
		2011	10	11	73 %	82 %	18 %	23,0	3,4
		2012	10	12	75 %	83 %	18 %	23,7	3,2
	02.09 AKS LZ- Wohnen teilbetreut	2010	4	4	25 %	0 %	0 %	20,0	4,0
		2011	4	7	29 %	29 %	14 %	21,4	2,6
		2012	4	7	57 %	50 %	43 %	22,6	2,7
	02.10 AKS LZ- Wohnen vollbetreut	2010	10	11	46 %	55 %	46 %	22,1	3,7
		2011	10	14	43 %	57 %	43 %	22,2	3,2
		2012	10	14	64 %	62 %	43 %	22,6	2,8
	11.09 PMV Reha-Wohnen	2010	38	54	48 %	91 %	15 %	23,2	2,7
		2011	38	49	57 %	98 %	18 %	22,4	2,7
		2012	38	48	69 %	98 %	13 %	23,1	3,0
11.10 PMV LZ- Wohnen teilbetreut	2010	17	28	61 %	64 %	25 %	23,2	3,4	
	2011	17	22	59 %	57 %	18 %	22,8	3,5	
	2012	17	22	64 %	46 %	9 %	23,0	3,7	
12.01 SozPsy Bregenz Reha- Wohnh.	2010	15	18	61 %	67 %	6 %	23,7	3,3	
	2011	15	18	67 %	67 %	17 %	24,0	3,1	
	2012	16	19	79 %	74 %	26 %	24,3	3,3	
13.01 VSG Rankweil LZ-Wohnheim	2010	10	9	44 %	22 %	44 %	25,0	4,0	
	2011	10	11	55 %	27 %	36 %	23,3	4,0	
	2012	10	11	55 %	27 %	36 %	23,3	4,0	
alle stationären Wohnbetreuungen (AF 33)	2010	149	189	55 %	70 %	25 %	23,4	3,2	
	2011	149	189	58 %	71 %	27 %	23,1	3,2	
	2012	129	194	66 %	71 %	27 %	23,6	3,1	
zum Vergleich: Betreuung psychisch erkrankter Menschen in Wohnungsloseneinrichtungen									
35	18.01 Kolpinghaus Götzis (KHG)	2010	40	65	83 %	63 %	29 %	22,7	2,6
		2011	43	60	90 %	52 %	43 %	24,0	3,2
		2012	40	69	94 %	49 %	33 %	23,4	2,7
	18.03 KHG ausgelagerte WG	2010	<i>(Angebot wurde erst 2012 eingerichtet)</i>						
		2011							
	2012	4	4	100 %	50 %	75 %	24,2	3,2	
	19.01 Kolpinghaus Bregenz	2010	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung)</i>						
2011									
2012		85							
2012	85	110	80 %	50 %	22 %	24,7	3,2		

Der Männeranteil schwankt bei den Nutzergruppen stationärer Wohnbetreuung in der Jugend- und Allgemeinpsychiatrie je nach Angebot, liegt allerdings unter den Durchschnittswerten in der Sucht- und Wohnungslosenhilfe (Tabelle 2.7.2).

Beim psychosozialen Risiko (psR) nähern sich die Durchschnittswerte zwischen den Nutzergruppen der verschiedenen Angebote über die Berichtsjahre 2010 bis 2012 einander an und liegen durchwegs über dem des ambulant betreuten Wohnens.

Tabelle 2.7.2: Nutzermerkmale für betreutes Wohnen der Suchthilfe und KJP

	Merkmal	Jahr	Platz- angebot (K1)	Anzahl DB C (K3)	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	jur. Flank. (K13)	Risiko- score (K14)	Quartale pro Jahr (K15)
36	10.04 Team Mika Wohnen	2010	10	14	57 %	64 %		20,8	2,9
		2011	<i>(keine Beteiligung an der Datenerhebung; das Angebot wurde Ende Juni 2012 beendet)</i>						
		2012							
	09.02 Maria Ebene WG Lukasfeld	2010	6	12	67 %	83 %		25,1	2,2
		2011	6	10	80 %	100 %	10 %	24,4	2,3
		2012	6	9	67 %	89 %		23,4	2,8
	05.05 Caritas Nachbetreu- ungs-WG	2010	7	14	79 %	36 %		24,4	1,7
		2011	7	17	94 %	47 %		21,8	2,0
		2012	6	19	74 %	84 %	11 %	23,8	1,8
37	11.13 PMV JuMeGa	2010	10	24	33 %	100 %			2,0
		2011	10	25	44 %	100 %			2,6
		2012	10	22	50 %	100 %		17,5*	2,4
	17.01 IfS SIB	2010	2	6	50 %	100 %	83 %		2,8
		2011	6	9	56 %	100 %	56 %		3,0
		2012	9	12	58 %	100 %	42 %	23,0*	2,8

*) 2012 wurde für Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstmals ein gegenüber Angeboten für Erwachsene modifizierter Risikoscore berechnet.

Die in der Berichterstattung erfassten psychisch kranken Wohnungslosen in den Kolpinghäusern Bregenz und Götzis machten 2012 42 % aller erfassten Patienten in stationärer Wohnbetreuung aus. Fast die Hälfte von ihnen leidet an einer psychotischen Erkrankung. Dieser Befund lässt vermuten, dass ein Teil der chronisch psychisch erkrankten Menschen trotz eines gut ausgebauten sozialpsychiatrischen Hilfesystems nicht in ihrem gewohnten Lebensumfeld gehalten werden konnten. Hier sind verstärkte Anstrengungen zur Prävention ungünstiger Krankheitsverläufe und zur Rehabilitation und Teilhabe auch solcher Personen nötig, die besonders schwierig zu betreuen sind.

2.8 Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung

Anlage 1: Gruppierung der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen

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

Anlage 2: Definition der Kennzahlen zur Datenauswertung

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

Anlage 3: Liste der Einrichtungsträger mit ihren Hilfsangeboten

Code	AF	Kurzbezeichnung	Code	AF	Kurzbezeichnung
01.00		LKH Rankweil	08.00		Die Faehre
01.01	30	LKHR Stationen	08.01	16	Die Faehre amb. Therapie (Stabil.)
01.02	20	LKHR Tagesklinik	08.03	19	Die Faehre amb. Therapie (PT)
01.03	10	LKHR Ambulanz	09.00		Stiftung Maria Ebene
01.04	10	LKHR forensische Ambulanz	09.01	30	ME Drogentherapiestation Carina
02.00		aks Sozialmedizin	09.02	36	ME therapeutische WG Lukasfeld
02.02	10	aks Ambulanz med. Reha.	09.03	19	ME BS Clean Feldkirch Psychotherapie
02.03	15	aks Berufsbezogene Betreuung	09.04	16	ME BS Clean Feldkirch Stabilisierung
02.04	11	aks Fachärztliche Sprechtag	09.06	16	ME Suchtmedizinische Ambulanz
02.05	10	aks amb. sozialpsych. Betreuung	09.07	30	ME stat. Entgiftung / Entwöhnung
02.06	10	aks sozialpsych. Langzeitbetreuung	09.08	30	ME Drogentherapiestation Lukasfeld
02.07	18	aks Demenzprogramm	09.09	19	ME BS Clean Bregenz Psychotherapie
02.08	33	aks Sozialpsychiatr. Reha-WG	09.10	19	ME BS Clean Bludenz Psychotherapie
02.09	33	aks Langzeitwoh. teilbetreut	09.11	16	ME BS Clean Bregenz Stabilisierung
02.10	33	aks Langzeitwoh. vollbetreut	09.12	16	ME BS Clean Bludenz Stabilisierung
02.11	10	aks wochenstrukt. Programme	11.00		Pro Mente Vorarlberg
02.12	23	aks Beschäftigungsinitiativen	11.01	11	PMV KJP-Ambulanz
02.13	12	aks off. sozialpsych. Tageszentr.	11.02	10	PMV Ambulanz med. Rehabilitation
02.14	12	aks sozialpsych. Tageszentr.	11.03	19	PMV Psychotherapie
03.00		Aqua Mühle Frastanz	11.04	15	PMV Arbeitstraining
03.01	33	Aqua Intensivbetreutes Wohnen	11.06	10	PMV sozialpsychiatrische Betreuung
03.03	33	Aqua betreutes Wohnen	11.07	11	PMV KJP sozialpsych. Betreuung
03.05	23	Aqua Tagesstrukt. für Externe	11.08	18	PMV Aktiv. Menschen mit Demenz
03.06	13	Aqua amb. betreutes Wohnen	11.09	33	PMV Wohnen mit Reha-Charakter
04.00		Heilpädagog. Zentrum Carina	11.10	33	PMV Langzeitwohnen teilbetreut
04.01	11	Carina KJP-Ambulanz	11.11	23	PMV Beschäftigungsprogramm
04.02	31	Carina KJP-Station	11.12	12	PMV psychosoziales Tageszentrum
04.03	21	Carina KJP-Tagesklinik	11.13	37	PMV JuMeGa Betr. in Gastfamilien
05.00		Caritas Vorarlberg	11.14	17	PMV Ju-on-Job Werkth. für Jugendliche
05.01	19	Caritas Sozmed Psychotherapie	11.15	10	PMV wochenstrukturierte Programme
05.03	16	Caritas Sozmed KS Essstörungen	12.00		Sozialpsychiatrie Bregenz
05.04	16	Caritas Sozmed Suchtberatung	12.01	33	Sozpsych Bregenz therap. Wohnen
05.05	33	Caritas Sozmed Nachbetr.-WG	13.00		Verein f. seel. Gesundheit Rankweil
05.06	16	Caritas HIOB psychosoz. Betr.	13.01	33	VSG Wohnh. mit Langzeitcharakter
05.07	16	Caritas HIOB Substitution	14.00		Firma Dr. Bacher
05.08	12	Caritas HIOB Café u. Anlaufstelle	14.01	18	Bacher Gedächtnistherapiezentrum
05.09	12	Caritas HIOB Arbeitsprojekt Wald	15.00		Projekt Gemeinsam Leben Lernen
05.10	13	Caritas amb. betreutes Wohnen	15.01	29	GGL Psychotherapie Tagesklinik
05.11	19	C amb. Suchthh. (Alk.) Bregenz	15.02	19	GGL Psychotherapie Ambulanz
05.12	16	C Suchtberatung Bregenz	15.03	12	GGL Kontaktstelle
05.13	19	C amb. Suchthh. (Alk.) Dornbirn	16.00		Omnibus e.V.
05.14	16	C Suchtberatung Dornbirn	16.01	12	Omnibus (Selbsthilfe-Ber.-Kont.-St.)
05.15	19	C amb. Suchthh. (Alk.) Egg	17.00		Institut für Sozialdienste
05.16	16	C Suchtberatung Egg	17.01	37	IfS Sozialpsych. Intensivbetreuung
05.17	19	C amb. Suchthh. (Alk.) Bludenz	17.02	19	IfS Psychotherapie
05.18	16	C Suchtberatung Bludenz	17.03	23	IfS Atelier
06.00		Do it yourself	18.00		Kolpinghaus Götzis
06.01	16	Do it yourself psychosoz. Betr.	18.01	35	KH Götzis stationäre Wohnbetreuung
06.02	12	Do it yourself Café u. Anlaufstelle	18.03	35	KH Götzis ausgelagerte WG
07.00		Ex & Hopp	19.00		Kolpinghaus Bregenz
07.01	16	Ex & Hopp psychosoz. Betreuung	19.01	35	KH Bregenz stationäre Wohnbetreuung
07.02	12	Ex & Hopp Schadensminimier.			
07.03	16	Ex & Hopp Abgabe / Substitut.			

Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2012 nach Angebotsform

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

¹) Doppelzählungen im LKH Rankweil durch Mehrfachaufenthalte im Berichtsjahr

²) unvollständiger Datensatz des LKH Rankweil

³) Wechsel der Angebotsformen für einzelne Hilfsangebote: Das Angebot IfS Therapeutisches Atelier (17.03) wurde bis 2011 in AF 23 und ab 2012 in AF 27 geführt. Das Angebot PMV berufsorientierte Werktherapie für Jugendliche (11.14) wurde 2009 in AF 27 und ab 2010 in AF 17 geführt. Das Angebot Caritas ambulant betreutes Wohnen (05.10) wurde bis 2011 in AF 36 und ab 2012 in AF 13 geführt.

Anlage 5: Notiz zum Aussagewert des psychosozialen Risikos

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

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

Der Score wurde ursprünglich mit sechs Merkmalen (Merkmale 3.1-3.3 und 3.5-3.6 sowie 3.8 des Datenblattes C) bei den chronisch psychisch kranken Menschen eines Versorgungssektors zwischen 18 und 60 Jahren auf seine Aussagekraft erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für eine Langzeithospitalisation im zehnjährigen Untersuchungszeitraum anstieg mit dem Risiko bei Erstkontakt in einer der für das Einzugsgebiet zuständigen Einrichtungen⁶. Der Risikoscore wurde später um die „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (DB C-Merkmal 3.4) und die „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (DB C-Merkmal 3.7) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Beispiel der Nutzenden von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden⁷.

⁶ Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft:51-58

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

Anlage 6: Formularvorlagen der Datenblätter A bis C

Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

A) Datenblatt für Einrichtungsträger

Berichtsjahr:

1. Name und Adresse des Einrichtungsträgers

	(Code-Nr.)

2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung

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

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

Code-Nr. des Hilfsangebotes	Vorrangiger Kostenträger	Leistungsart	Platzzahl (am 31.12.) nach Plan ⁸ belegt ⁹		hauptsächliches Einzugsgebiet

Code vorrangiger Kostenträger

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

Code Leistungsart

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

Code hauptsächliches Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit)

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

⁸ bei ambulanten Leistungen kann dieses Feld auch frei bleiben

⁹ am Jahresende, im letzten Monat, im letzten Quartal oder im Durchschnitt des Jahres (passende Alternative wählen)

Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

B) Datenblatt für einzelne Angebote eines Einrichtungsträgers

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

	(Code-Nr.)
<input type="checkbox"/>	Dieses Angebot ist maßnahmefinanziert (wenn ja, bitte Abschnitt 2. ausfüllen)
<input type="checkbox"/>	Dieses Angebot ist pauschalfinanziert (d.h. unabhängig von der Zahl der belegten Plätze) (Zutreffendes ankreuzen)

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

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

Ifd. Nr.	Kostensatz pro Zeiteinheit in Euro	Zeiteinheit (Zutreffendes ankreuzen)				bei Kostensatz pro Stunde: Anzahl Stunden pro Monat im Durchschnitt	Anzahl der belegten Plätze (passende Alternative wählen)			
		Quartal	Monat	Tag	Stunde		am Jahresende	im letzten Monat	im letzten Quartal	Jahres-Durchschnitt
2.1										
2.2										
2.3										
2.4										
2.5										

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

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

Berufsgruppen	Vollkräfte insgesamt	Vollkräfte mit spezi-fischer Qualifikation	Angabe zur Qualifikation		
			1	2	3
1 Akademisches Fachpersonal					
2 Diplomiertes Fachpersonal					
3 Andere					

Code Qualifikationen:

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

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

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

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

Berichtsjahr

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

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

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

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

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

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

2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

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

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

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

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

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

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

(Fortsetzung auf der Rückseite)

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. psychiatrische Hauptdiagnose

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

3.2. Alter bei Ersterkrankung

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

3.3. Dauer seit Ersterkrankung

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

3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt

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

3.5. Wohnsituation

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

3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)

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

3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte

Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.

0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt

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

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

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med. Behandlung	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs- / Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
med. Behandlung	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
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)
		4.10 <u>Quartale</u> Betreuung durch Integrationsfachdienst für Schwerbehinderte im Arbeitsleben
kompl. Versorgung	Arbeit	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

Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg
Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen
für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (revidierte Version; Januar 2013)

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

Berichtsjahr

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

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

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

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

Anzahl der Tage angeben bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik (nur Krankenhausaufenthalte); bei unbekannter Dauer: 999 eintragen
Anzahl der Quartale angeben bei allen übrigen Hilfsangeboten; bei unbekannter Dauer: 9 eintragen

2. Angaben zur betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1 Geschlecht

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

2.2 Alter (oder Jahrgang)

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

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

9999 = wohnungslos; 0000 = Wohnadresse unbekannt/unklar

Länderkennzeichen (A, FL, CH, D)

2.4 juristische Flankierung der Hilfen

0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung); 1 = laufende Jugendwohlfahrtsmaßnahme; 2 = Sachwalterschaft / behördliche Obsorge; 3 = Unterbringungsgesetz / 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 die therapeutische Hauptbezugsperson des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit der betreuten Person und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

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

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

Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung: x1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); x2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; x3 = deutlich; x4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung)

(Fortsetzung auf der Rückseite)

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

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

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

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

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

3.7. belastende soziale Umstände (1. Ziffer: vorrangige Kategorie; 2. Ziffer: Schweregrad)
Kategorie: 0x = keine belastenden soziale Umstände; 1x abnorme extra- oder intrafamiliäre Beziehungen; 2 = psychische Störung oder mentale Behinderung in der Familie; 3 = verzerrte familiäre Kommunikation; 4 = abnorme unmittelbare Umgebung; 5 = akut belastende Lebensereignisse; 6 = gesellschaftliche Belastungsfaktoren / ungünstiger Einfluss durch Peergruppen; 8 = andere belastende soziale Umstände; 9 = soziale Umstände unklar / unbekannt
Schweregrad der sozialen Belastungen: 1 = höchstens gering ausgeprägt; 2 = mäßige Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen; 3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstützenden sozialen Beziehungen; 4 = deutliche Belastung ohne unterstützende soziale Beziehungen

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

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

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

3. Evaluation der Planung von Integrationshilfen

3.1 Vorbemerkungen zum Planungs- und Evaluationsverfahren

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

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

Im Juli 2009 startete das neue Verfahren mit den stationären Integrationshilfen; im Oktober 2010 wurde es auf teilstationäre Hilfsangebote auch ohne gleichzeitig geplante stationäre Wohnbetreuung ausgeweitet. Inzwischen werden auch einige aufwändigere primär beantragte ambulante Hilfen in das Planungsverfahren einbezogen.

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

Erweisen sich Integrationshilfen während der Auftragsklärung auch über einen Gesamtzeitraum von sechs Monaten hinaus als erforderlich, ist spätestens zwei Monate nach der Aufnahme ein sogenannter Neuantrag zu stellen. Dem Antrag beizufügen sind eine fachärztliche Stellungnahme (Datenblatt G), Angaben zu einigen soziodemographisch und psychiatrisch relevanten Daten der betroffenen Person (Datenblatt C) sowie zu Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen (Datenblatt D). Diese Informationen helfen auch bei der Vorbereitung einer Hilfeplankonferenz, die vor Ablauf der Aufnahmephase unter Federführung einer Vertretung des Kostenträgers durchgeführt werden soll. Zur

Hilfeplankonferenz werden eingeladen: die betroffene Person, ggf. eine Vertrauensperson und der Sachwalter bzw. die Sachwalterin sowie die zuständige therapeutische Bezugsperson und die behandelnde Fachärztin bzw. der behandelnde Facharzt. Während der Hilfekonferenz zum Neuantrag wird die erforderliche Hilfe in Art und Umfang festgelegt und auf dem Datenblatt E dokumentiert.

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

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

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

1. Wie gestaltet sich das Hilfeplanverfahren?

Hier gibt es Auswertungen zu

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

2. Waren die geplanten Maßnahmen notwendig?

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

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

3. Waren die durchgeführten Maßnahmen wirksam?

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

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

Angesichts des noch relativ kurzen Zeitraums seit Beginn des Verfahrens im Juli 2009 und der daher noch nicht so großen Anzahl an Datensätzen für einzelne Angebotsformen sind derzeit noch keine Untersuchungen zur Wirksamkeit der Maßnahmen sinnvoll (Frage 3). Bei den Analysen zur Frage

nach der Notwendigkeit der geplanten Hilfen (Frage 2) wurden die Datensätze zu den Nutzenden der verschiedenen Integrationshilfeprodukte in den Berichtsjahren 2009 bis 2012 zusammengefasst ausgewertet, um zu verlässlicheren Aussagen zu kommen. Gegenüber der hier und da noch unzuverlässigen Datengrundlage bei den früheren Auswertungen konnten inzwischen eine ganze Reihe von Missverständnissen, Fehlern und Lücken bei der Eingabe der Daten in das EDV-Programm beseitigt werden. Aufgrund von Neuberechnungen für alle Berichtsjahre kommt es bei den Auswertungsergebnissen im Einzelfall zu Unterschieden im Vergleich zum Vorjahresbericht.

3.2 Ergebnisse zu den Planungsverfahren

In den dreieinhalb Jahren zwischen Juli 2009 und Dezember 2012 wurden nach den Angaben im Meldeblatt (Formular F) 1024 Anträge auf sozialpsychiatrische Integrationshilfen bearbeitet. In Anlage I informiert eine Liste über ihre Anzahl nach dem jeweils primär beantragten Hilfsangebot und dem Jahr des Planungsverfahrens. In 718 Fällen betrafen die Anträge nur ein Produkt, in den übrigen 828 Fällen wurden Kombinationen mit bis zu vier weiteren ambulanten bzw. teilstationären Produkten beantragt (Tabelle 3.2.1). Das liegt daran, dass ein Integrationshilfeprodukt (z.B. für stationäre Wohnbetreuung) nicht bei allen Trägern eine „Komplettbetreuung“ beinhaltet, sondern ggf. nur ein Modul darstellt, das dann mit weiteren (ambulanten bzw. teilstationären) Modulen kombiniert wird. Die durchschnittliche Anzahl der pro Planungsverfahren beantragten Produkte liegt im gesamten Untersuchungszeitraum recht konstant bei 1,5.

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

		2009	2010	2011	2012	Summe
pro Antrag kombinierte Produkte	nur 1 Produkt	59	230	199	230	718
	2 Produkte	8	34	33	66	141
	3 Produkte	5	36	42	34	117
	4 Produkte	3	13	16	10	42
	5 Produkte	0	2	1	2	5
	alle Produkte	102	468	461	514	1545
Art der Produkte	ambulante (AF 10-19)	16	114	123	109	362
	teilstationäre (AF 23,27)	12	116	134	156	418
	stationäre (AF 33,36,37)	77	238	205	249	766
alle Anträge		75	315	292	342	1024
Produkte pro Antrag		1,4	1,5	1,6	1,5	1,5

Bei 24 % aller Anträge, die in den dreieinhalb Jahren zwischen Juli 2009 und Dezember 2012 bearbeitet wurden, ging es um eine Auftragsklärung (N=285), in 23 % der Fälle (N=236) war es ein Neuantrag (Tabelle 3.2.2). Mit 40 % aller Anträge stellen unveränderte Fortschreibungen den überwiegenden Anteil der geplanten Maßnahmen (N=414), während solche mit Änderungen im Leistungsspektrum nur 5 % (N=50) ausmachen. Noch seltener wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, einen Antrag auf Bewilligung einer Abschlussphase zu stellen (4 %; N=39). Differenziertere

Analysen zu den Angaben auf den Datenblättern C, D und E konnten bei 726 der insgesamt 1024 Anträge (71 %) vorgenommen werden. Bei den 298 Anträgen ohne solche Angaben ging es meist um Auftragsklärung (N=285), bei denen keine Angaben zu den Datenblättern C, D und E erforderlich sind.

Tab. 3.2.2: primär beantragte Produkte nach Antragsart 2009-2012

Antragsart	primär beantragtes Produkt								alle
	17	23	27	33	13	33	36	37	
	4444		4443		4442				
Auftragsklärung	2	86	9	39	3	64	51	31	285
Neuantrag	3	63	6	35	1	65	35	28	236
Fortschr. mit Änd.		2		34	3	3	5	3	50
Fortschr. ohne Änd.	1	69	3	187		128	10	16	414
Abschlussphase		6	2	7		8	14	2	39
alle Datensätze	6	226	20	302	7	268	115	80	1024

Von den im dreieinhalbjährigen Untersuchungszeitraum insgesamt gestellten Anträgen war das primär beantragte Produkt in 56 % aller Fälle eine stationäre Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), wobei es sich häufiger um Langzeitwohnen (Produktgruppe 4443; N=302) als Reha-Wohnen (Produktgruppe 4442; N=268) handelte (Tabelle 3.2.3). Recht häufig wurden auch tagesstrukturierende Hilfen in der Allgemeinpsychiatrie beantragt (AF 23; N=226). Reha-Wohnen im Bereich der Suchthilfe (AF 36) wurde deutlich seltener geplant (N=115), meist übergangsweise nach einem Klinikaufenthalt. Dadurch sind hier Anträge auf Fortschreibung der Maßnahme relativ selten. Anträge auf stationäre Wohnbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37) spielten zahlenmäßig eine noch geringere Rolle (N=80). Vereinzelt wurden 2012 auch bereits aufwändigere primär ambulante Hilfen in das Planungsverfahren einbezogen. Hierbei handelt es sich um ambulant betreutes Wohnen (AF 13), in der Suchthilfe bei Caritas (05.05) und in der Allgemeinpsychiatrie bei Aqua Mühle (03.06), sowie die berufsorientierte Werktherapie *Ju-on-Job* (AF 17) bei Pro Mente Vorarlberg.

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

Leistungsart	AF		Produktbereich	2009	2010	2011	2012	alle
ambulant	13	4442	amb. betreutes Wohnen				7	7
	17		Werktherapie für Jugendliche		1		5	6
teilstationär	23	4444	Tagesstrukturhilfen	1	68	79	78	226
	27		Tagesstrukturhilfen KJP		8	9	3	20
stationär	33	4443	Langzeitwohnen Allg.-Psy.	27	98	75	102	302
			Reha-Wohnen Allg.-Psy.	35	86	72	75	268
	36	4442	Reha-Wohnen Suchthilfe	12	32	30	41	115
	37		Reha-Wohnen KJP		22	27	31	80
alle primär beantragten Produkte				75	315	292	342	1024

Anträge auf eine Auftragsklärung oder Abschlussphase wurden entsprechend der geltenden Verfahrensregelungen – bis auf einen Ausnahme – unter Verzicht auf die Durchführung einer Hilfeplankonferenz (HPK) bearbeitet. Dagegen ist bei Neuanträgen und bei Fortschreibungen laufender Maßnahmen mit beantragter Änderung des Leistungsspektrums eine HPK grundsätzlich erforderlich, bei Fortschreibungen ohne Änderung des Leistungsspektrums mindestens alle drei Jahre. Der Anteil von Antragsbearbeitungen ohne HPK liegt im Durchschnitt der Jahre bei 47 %, wobei Anträge zum Langzeitwohnen – sowohl mit als auch ohne HPK – rund 30 % ausmachen (Tabelle 3.2.4).

Die Zahl der Neuanträge blieb über die Jahre auf gleichem Niveau (2009 zählt nur mit 6 Monaten) und die Zahl der Anträge auf Fortschreibung mit Änderungen im Leistungsspektrum war mit jeweils 15 bzw. 16 gleichbleibend niedrig. Von den insgesamt 19 dokumentierten Fortschreibungen mit Änderung des Hilfebedarfs ohne Durchführung einer HPK betreffen 13 Fälle Wechsel zwischen verschiedenen Produkten stationärer Wohnbetreuung innerhalb derselben Einrichtung. Schwankungen zwischen den einzelnen Berichtsjahren bei der Anzahl von Anträgen auf unveränderte Fortschreibung der Integrationshilfe sind darauf zurückzuführen, dass bei absehbar längerfristigem Verlauf der Maßnahme der Bewilligungszeitraum gelegentlich von einem auf zwei Jahre ausgedehnt wurde.

Tab. 3.2.4: Durchführung von Hilfeplankonferenzen nach Antragsart

Art des Antrags	2009		2010		2011		2012		Summe			
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein		
1 Auftragsklärung		3		82		80		120		285		
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>		1		3		8		27		39		
2 Neuantrag	25		68	5	65	5	69	3	227	9		
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	5		11		6		13		35			
3 Fortschreibung mit Änder.	3		15	1	8	8	5	10	31	19		
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	1		11	1	5	8	3	5	20	14		
4 Fortschreibung ohne Änder.	44		88	43	59	55	90	35	281	133		
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	20		39	27	19	29	32	21	110	77		
5 Abschlussphase				17		12	1	9	1	38		
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>				6				1		7		
alle Anträge 2-4	72		171	45	132	131	164	48	539	161		
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	26		61	28	30	37	48	26	165	91		
alle Anträge 1-5	72	3	171	144	132	160	165	177	540	484		
<i>Anzahl Langzeit-Wohnen</i>	26	1	61	35	30	45	48	54	165	137		
<i>Anteil Langzeit-Wohnen</i>	36 %	33 %	36 %	24 %	23 %	28 %	29 %	31 %	31 %	28 %		
Summe	Anzahl Anträge		75		315		292		342		1024	
	Anteil ohne HPK		4 %		46 %		55 %		52 %		47 %	

Die betroffenen Personen, ihre therapeutischen Bezugspersonen und die Vertretung des Kostenträgers sind praktisch immer bei einer Hilfeplankonferenz dabei (Tabelle 3.2.5). Die Teilnahme

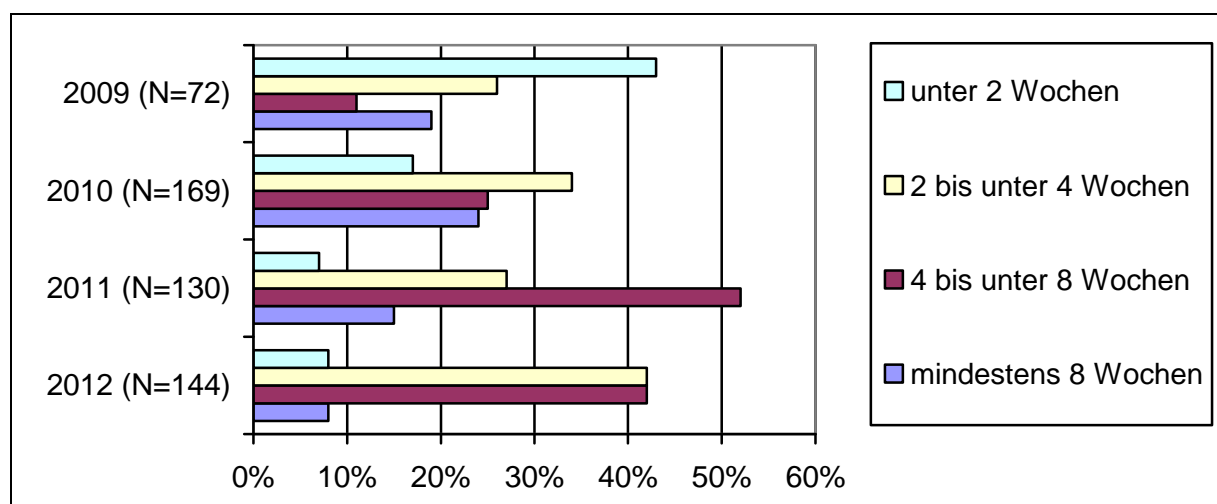
von Vertrauenspersonen an den Hilfeplankonferenzen hat seit Einführung des Verfahrens zugenommen, Sachwalterinnen bzw. Sachwalter waren dagegen immer seltener beteiligt. Die ärztliche Profession ist kaum vertreten.

Tab. 3.2.5: Entwicklung der Teilnahme an Hilfeplankonferenzen

	2009	2010	2011	2012
Betroffene Person	100 %	100 %	100 %	100 %
Sachwalter bzw. Sachwalterin	24 %	23 %	17 %	13 %
Vertrauensperson	7 %	12 %	17 %	22 %
Therapeutische Bezugsperson	100 %	95 %	98 %	100 %
behandelnde(r) Facharzt / Fachärztin	18 %	2 %	1 %	0
Vertretung Kostenträger	100 %	100 %	98 %	96 %
Zahl der Hilfeplankonferenzen	72	171	132	165

Die Antragsbearbeitung, gemessen als Zeitraum zwischen dem Datum bei Antragsstellung und demjenigen bei Erledigung des Antrags, dauerte bei Durchführung einer Hilfeplankonferenz in den Jahren 2010 und 2011 im Durchschnitt jeweils etwa sechs Wochen, im Jahre 2012 fünf Wochen (Abbildung 3.2.1). Der Anteil der Verfahren mit sehr langer Bearbeitungszeit (mindestens acht Wochen) hat sich von 2010 zu 2012 von 24 % auf 8 % verringert, aber auch eine sehr schnelle Erledigung ist seltener geworden. Oftmals liegt der Grund einer verzögerten Bearbeitung daran, dass bei Antragstellung nicht alle notwendigen Unterlagen mitgeschickt werden und so beim Leistungserbringenden nachgefordert werden müssen.

Abb. 3.2.1: Verfahrensdauer bei Durchführung von Hilfeplankonferenzen



3.3 Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Hilfen

Von den insgesamt 1024 Planungsverfahren zwischen Juli 2009 und Dezember 2012 lagen, wie bereits angemerkt, in 726 Fällen Datensätze für eine differenzierte Auswertung vor. Der Vergleich einiger Kennzahlen zwischen den Nutzergruppen der verschiedenen Angebotsformen fördert einige deutliche Unterschiede zutage (Tabelle 3.3.1). Lediglich das durchschnittliche psychosoziale Risiko der betroffenen Personen (K14) ist fast überall ähnlich hoch, die Werte beim entsprechenden multidimensionalen Score liegen – mit Ausnahme der AF 27 – zwischen 2,7 und 3,0 (bei einer Bandbreite bzw. *Range* von 1 bis 4). Die Durchschnittswerte der Kennzahlen für die einzelnen Hilfsangebote des jeweils primär beantragten Produkts finden sich in Anlage II.

Tab. 3.3.1: Merkmale der Nutzergruppen nach primär geplanter Hilfe 2009-2012

AF	Produktgruppe	Datensätze auswertbar		Merkmale der Nutzergruppen			Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen		geplante Leistungen	
		ja	nein	Anteil Männer (K9)	Anteil <45 Jahre (K11)	Risiko-score (K14)	Problem-score (K29)	Verlaufs-score (K30)	Umfang (K31)	Zeitbedarf (K32)
13	4442	4	3	<i>(zu wenig auswertbare Datensätze)</i>						
17		4	2							
23	4444	138	88	62 %	48 %	2,7	2,4	2,7	2,3	2,5
27		11	9	55 %	100 %	3,2	2,9	2,9	3,0	3,3
33	4443	258	44	56 %	53 %	3,0	2,6	3,2	3,0	2,5
33	4442	202	66	64 %	85 %	2,9	2,5	2,7	2,9	2,8
36		62	53	79 %	65 %	2,8	2,0	2,1	2,6	2,8
37		47	33	47 %	100 %	3,0	2,3	2,4	2,8	3,0
alle		726	298	61 %	66 %	2,8	2,5	2,8	2,8	2,7

Aus der Tabelle 3.3.1 lässt sich auch ersehen, dass sich ein großer Teil aller differenziert auswertbaren Datensätze (N=460) auf stationäre Wohnbetreuungen in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33) bezieht. Die Nutzergruppe von Angeboten des Langzeitwohnens (Produktgruppe 4443) unterscheidet sich von derjenigen des Reha-Wohnens (Produktgruppe 4442) durch einen niedrigeren Anteil von Männern (56 % versus 64 %) und jüngeren Personen (53 % versus 85 %). Wie zu erwarten, wurde bei im Langzeitwohnen betreuten Personen auch der voraussichtliche Verlauf ihrer Beeinträchtigungen (K30) im Durchschnitt deutlich ungünstiger eingeschätzt (3,2 versus 2,7). Dagegen gibt es bei der Höhe des psychosozialen Risikos (K14), beim Ausmaß der psychischen Beeinträchtigungen (K29) und beim Umfang der geplanten Leistungen (K31) keine nennenswerten Unterschiede. Der für Leistungen veranschlagte Zeitbedarf (K32) wiederum wurde beim Reha-Wohnen höher veranschlagt als beim Langzeitwohnen (2,8 versus 2,5).

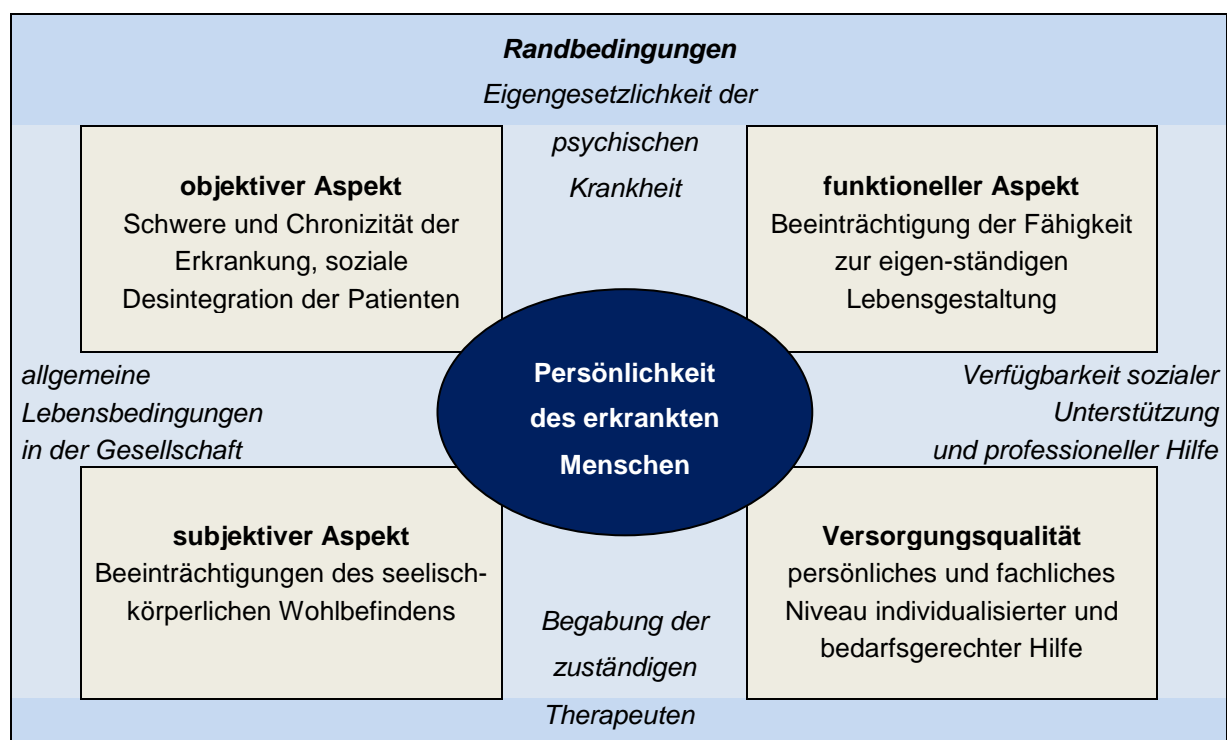
Relativ häufig wurden auch primär teilstationäre Maßnahmen im Sinne tagesstrukturierender Programme in der Allgemeinpsychiatrie geplant (AF 23). Die gegenüber vollstationären Integrationshilfen zum Langzeitwohnen niedrigeren Durchschnittswerte bei den Kennzahlen K14, K29 und K30 deuten an, dass die Nutzung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

Die Platzkapazität der Integrationshilfeprodukte zum Reha-Wohnen ist in der Suchthilfe (AF 36) und Kinder-Jugend-Psychiatrie (AF 37) gegenüber der Allgemeinpsychiatrie gering. Die Nutzergruppen dieser beiden Angebotsformen zeigen im Durchschnitt weniger ausgeprägte Beeinträchtigungen, und deren Verlauf wurde auch günstiger eingeschätzt. Auffällig ist der mit 47 % relativ geringe Anteil von Jungen bei den stationären Wohnbetreuungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den Auswertungen zur regionalen Psychiatrieerberichterstattung hatte sich ein mit der Dauer stationärer Behandlungen eher ansteigender Anteil von Jungen ergeben, ein Hinweis auf einen bei ihnen häufigeren Bedarf an Integrationshilfen (siehe Tab. 2.6.1 im Abschnitt 2 dieser Broschüre). Die Angebote des Instituts für Sozialdienste (IfS) „sozialpsychiatrische Intensivbetreuung“ (SIB) in der AF 37 – dort gemeinsam mit dem Angebot „Jumega“ von Pro Mente Vorarlberg – sowie in der AF 27 bedingen in beiden Angebotsformen den besonders hohen Zeitbedarf bei den geplanten Maßnahmen.

3.4 Analysen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität

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

Abb. 3.4.1: Einflussfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Kranker



Der subjektive Aspekt eingeschränkter Lebensqualität bezieht sich auf die Zufriedenheit der erkrankten Personen mit ihrem Befinden und Verhalten sowie mit ihrer Aktivität und Teilhabe. Dieser Aspekt kann nur im offenen Dialog mit dem einzelnen Menschen qualitativ erfasst werden und eignet sich nicht für eine quantitative Messung nach einem standardisierten Verfahren. Das ist anders im Hinblick auf die objektiven und funktionellen Aspekte: Um sie zu messen und so auch vergleichbar zu machen, wurde aus entsprechenden Angaben in den Datenblättern C und D je ein multidimensionaler Score gebildet. Der objektive Aspekt betrifft Schwere und Chronizität der Erkrankung sowie Ausmaß sozialer Desintegration der davon Betroffenen und lässt sich mit Hilfe des psychosozialen Risikoscore (K14) abschätzen. Der funktionelle Aspekt betrifft das Ausmaß von Beeinträchtigungen in der

Fähigkeit zur eigenständigen und selbstbestimmten Lebensgestaltung; zu seiner Messung wurden entsprechende Angaben im Datenblatt D zusammengefasst.

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

Folgende Fragen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität sollen hier für die Nutzergruppen sozialpsychiatrischer Integrationshilfen im Zeitraum Juli 2009 bis Dezember 2012, differenziert nach Angebotsformen, untersucht werden:

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

Diese Fragen werden gesondert für die Teilbereiche „Therapie der psychischen Störung“ (psychische Krankheit im Sinne der ICD-10-Klassifikation) und „Teilhabe-Leistungen“ (bezogen auf Fähigkeitsstörungen im Sinne der ICF-Klassifikation) untersucht.

Tab. 3.4.1: Bezugnahme der für die Plausibilitätsprüfung genutzten Kennzahlen

Subscore	Aspekte eingeschränkter Lebensqualität			erforderliche Leistungen	
	objektiver Aspekt	funktionaler Aspekt	subjektiver A.	Datenblatt E	
	Datenblatt C	Datenblatt D	(nur im Dialog zu ermitteln)	Umfang (K31.x)	Zeitbedarf (K32.x)
Kxx.1	Dauer und Schwere der Erkrankung <i>Merkmale 3.1-3.4</i>	Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten – ICD-10 <i>Merkmale 1.-4.</i>	Zufriedenheit mit eigenem Befinden und Verhalten	1. Einzeltherapie	
				2. Gruppentherapie	
				3. Medikation	
				4. Fallkoordination	
Kxx.2	Ausmaß sozialer Desintegration <i>Merkmale 3.5-3.8</i>	Beeinträchtigungen bei Aktivitäten und Teilhabe – ICF <i>Merkmale 5.-8.</i>	Zufriedenheit mit eigenen Fähigkeiten u. Aktivitäten	5. Hilfen z. Wohnen	
				6. Hilfen zur Arbeit	
				7. Kontaktförderung	
				8. Existenzsicherung	

Um diese beiden Bezüge differenziert untersuchen zu können, wurden für die – aus jeweils acht Merkmalen gebildeten – Kennzahlen K14, K29, K31 und K32 jeweils zwei Subscores aus je vier Merkmalen gebildet (Tab. 3.4.1).

Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse zur Plausibilitätsprüfung müssen vorsichtig und unter Einbeziehung der Kommentare von Seiten derjenigen interpretiert werden, die an der Datenerhebung beteiligt waren. Ein wichtiger Vorbehalt betrifft die Vergleichbarkeit (Reliabilität) der Angaben auf dem Datenblatt E: Zwar ist eine fachlich erfahrene Vertretung des Sozialfonds persönlich an allen Hilfeplankonferenzen beteiligt und bemüht sich auch sonst darum, Unklarheiten und Missverständnisse bei der Ausfüllung der Datenblätter aufzuklären. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Einschätzung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen, von Umfang und Zeitbedarf der geplanten Leistungen nicht immer nach denselben Kriterien erfolgt ist. Auch wurden die geplanten Hilfen offenbar gerade in der ersten Zeit nicht in jedem Fall dem dafür vorgesehenen Merkmal des Datenblatts E zugeordnet.

Zur Beantwortung der oben aufgeworfenen Fragen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität wurden die 726 differenziert auswertbaren Datensätze zunächst nach der Angebotsform des primär beantragten Integrationshilfeprodukts gruppiert. Die Angebotsformen AF 13 und AF 17 wurden wegen zu geringer Anzahl der auswertbaren Datensätze nicht in diese Auswertung einbezogen. Dann wurden die Datensätze einer Angebotsform für jeden Untersuchungsschritt einer von zwei Teilgruppen zugeordnet. Das Kriterium der Zuordnung ist, ob der Wert des jeweils ausgewählten Subscores als unabhängige Variable unter- oder oberhalb des Durchschnittswerts aller Datensätze dieser Angebotsform liegt. Zur Auswahl stehen als unabhängige Variablen:

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

Anschließend wurde für jede der so gebildeten Teilgruppen die Höhe des Leistungsscore für den Umfang (K31.x) und den Zeitbedarf (K32.x) sowohl der Therapie- (Kxx.1) als auch der Teilhabe-Leistungen (Kxx.2) ermittelt. Sie stellen bei der Analyse die abhängigen Variablen dar. Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind, gesondert nach Angebotsform, für den Leistungsumfang in Anlage III und für den Zeitbedarf in Anlage IV dieses Abschnitts dargestellt.

Als Zusammenfassung werden hier nur die Differenzen dargestellt, die sich beim Wert der abhängigen Variable ergeben zwischen den Teilgruppen mit unter- und überdurchschnittlichen Werten der jeweils ausgewählten unabhängigen Variablen. Dies geschieht getrennt für die abhängigen Variablen zum Umfang der Therapie- und Teilhabe-Leistungen (Tabelle 3.4.2) sowie zu ihrem Zeitbedarf (Tabelle 3.4.3). Differenzen von 0,1 werden als unbedeutend, von 0,2 als Trend, von 0,3 oder mehr als Hinweis auf eine Abhängigkeit der geplanten Leistungsintensität vom Risiko der betroffenen Personen bzw. ihrer Beeinträchtigungen aufgefasst.

Tab. 3.4.2: Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Leistungsumfang *

AF und Produktgruppe		Leistungsbereich	Risikoscore (K14)		Problemscore (K29)		Summe positive Differenz $\geq 0,3$	
			psychische Störung (K14.1)	soziale Desintegration (K14.2)	Erleben & Verhalten (K29.1)	Aktivität & Teilhabe (K29.2)		
23	4444	Therapie	0,0	-0,2	0,2	0,0	(0,2)	
		Teilhabe	0,0	-0,1	0,0	0,1	(0,1)	
27		Therapie	0,3	0,2	0,5	0,4	3 (1,4)	
Teilhabe		0,0	0,6	0,5	0,4	3 (1,5)		
33	4443	Therapie	0,2	0,1	0,2	0,2	(0,7)	
		Teilhabe	0,2	0,2	0,2	0,2	(0,8)	
	36	4442	Therapie	0,3	0,3	0,1	0,1	2 (0,8)
			Teilhabe	0,2	0,0	0,0	0,2	(0,4)
37	Therapie		0,0	0,0	0,0	0,2	(0,2)	
	Teilhabe		-0,2	0,2	0,1	0,1	(0,4)	
37	Therapie	0,0	0,3	0,6	0,3	3 (1,2)		
	Teilhabe	0,2	0,4	0,7	0,8	3 (2,1)		
Summe pos. Differenz $\geq 0,3$		Therapie	2 (0,8)	2 (0,9)	2 (1,6)	2 (1,2)	8 (4,5)	
		Teilhabe	(0,6)	2 (1,4)	2 (1,5)	2 (1,8)	6 (5,3)	

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

Tab. 3.4.3: Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Zeitbedarf*

AF und Produktgruppe		Leistungsbereich	Risikoscore (K14)		Problemscore (K29)		Summe positive Differenz $\geq 0,3$	
			psychische Störung (K14.1)	soziale Desintegration (K14.2)	Erleben & Verhalten (K29.1)	Aktivität & Teilhabe (K29.2)		
23	4444	Therapie	0,0	0,0	0,2	0,2	(0,4)	
		Teilhabe	0,0	0,2	0,0	0,0	(0,2)	
27		Therapie	0,2	-0,6	-0,3	-0,6	(0,2)	
		Teilhabe	0,3	-0,4	0,0	-0,5	1 (0,3)	
33	4443	Therapie	0,4	0,2	0,2	0,2	1 (1,0)	
		Teilhabe	0,3	0,3	0,1	0,1	2 (0,8)	
	36	4442	Therapie	0,2	0,2	0,5	0,2	1 (1,1)
			Teilhabe	0,2	0,4	0,4	0,1	2 (1,1)
37	Therapie		0,1	-0,2	0,3	0,1	1 (0,5)	
	Teilhabe		0,1	0,1	0,1	0,2	(0,5)	
37	Therapie	0,4	0,4	0,8	1,1	4 (2,7)		
	Teilhabe	0,5	0,7	0,5	1,2	4 (2,9)		
Summe pos. Differenz $\geq 0,3$		Therapie	2 (1,3)	1 (0,8)	3 (2,2)	1 (1,8)	7 (6,1)	
		Teilhabe	3 (1,4)	3 (1,7)	2 (1,1)	1 (1,6)	9 (5,8)	

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

Insgesamt finden sich für knapp 60 % der insgesamt 98 untersuchten Beziehungen in der Tendenz (Differenz 0,2) oder eindeutig (Differenz mindestens 0,3) positive Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Risiken bzw. Probleme einerseits und dem Umfang bzw. Zeitbedarf der geplanten Leistungen andererseits. Die ermittelten Differenzen verteilen sich relativ gleichmäßig auf die verschiedenen Subscores in ihren Beziehungen zu Umfang und Zeitbedarf von Therapie- und Teilhabeleistungen.

Die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung können Anregungen geben für die Diskussion mit den Systempartnerinnen und Systempartnern über eine bedarfsgerechte Planung von Integrationshilfen. Ein Vergleich zwischen den Angebotsformen legt nahe, dass Tagesstrukturhilfen in der Allgemeinpsychiatrie (AF 23) nur eine geringe Flexibilität für unterschiedliche individuelle Hilfebedarfe aufweisen. Wenig besser sieht es bei den Angeboten stationär betreuten Wohnens für Suchtkranke (AF 36) aus. Etwas mehr Flexibilität gibt es beim Langzeit- und Reha-Wohnen in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33 – Produktgruppen 4443 bzw. 4442).

Eine durchgehend deutliche Ausrichtung von Umfang und Zeitbedarf bei den geplanten Therapie- und Teilhabeleistungen findet sich in der stationären Wohnbetreuung für Jugendliche (AF 37). Das betrifft die Angebote von Pro Mente Vorarlberg (Betreuung in Gastfamilien; JuMeGa) und vom Institut für Sozialdienste (sozialpsychiatrische Intensivbetreuung; SIB). Ähnliches gilt für deren Angebot Therapeutisches Atelier des (AF 27), wobei hier der veranschlagte Zeitbedarf für die geplanten Therapie- und Teilhabeleistungen mit Zunahme der sozialen Desintegration (K14.2) und der psychischen Beeinträchtigungen (K29.1 und K29.2) erheblich abnimmt. Dies lässt sich verstehen auf Grundlage der Erfahrung, dass gerade bei besonders schwer psychisch erkrankten Menschen mit Neigung zu sozialem Rückzug die therapeutischen Aktivitäten vorsichtig dosiert werden und oftmals auch sehr zurückhaltend erfolgen müssen.

3.5 Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen

Anlage I: Anträge auf Integrationshilfen nach primär geplantem Hilfsangebot

Code Angebot	AF	Produkt	Kurzbezeichnung	Anzahl der Anträge			
				2009	2010	2011	2012
Arbeitskreis Sozialmedizin GmbH (AKS)							
02.08	33	4442-100-204	sozialpsychiatr. Reha-WG	7	13	12	11
02.09	33	4443-200-201	Langzeitwohnen teilbetreut		4	5	5
02.10	33	4443-100-202	Langzeitwohnen vollbetreut	2	10	9	16
02.12	23	4444-100-202	Beschäftigungsinitiativen		2		
Aqua Mühle Frastanz (AMF)							
03.01	33	4442-100-201	Wohnbetreuung Borderline	2	7	1	2
03.02	33	4443-100-205	begleitetes Wohnen		6	9	6
03.03	33	4443-200-203	betreutes Wohnen	2	22	13	31
03.04	33	4443-200-204	Intensivbetreutes Wohnen	3	27	13	6
03.05	23	4444-100-207	Tagesstruktur. für Externe		66	78	74
03.06	13	4442-200-303	ambulant betreutes Wohnen				7
Caritas (CAR)							
05.05	36	4442-100-401	Nachbetreuungs-WG	1	15	18	26
05.10	13	4442-100-404	ambulant betreutes Wohnen				
Stiftung Maria Ebene (SME)							
09.02	36	4442-100-402	WG Lukasfeld	4	13	9	11
Team Mika (TMI)							
10.04	36	4442-100-403	Wohnen	7	3	1	4
10.05	36	4442-100-405	Wohnen m. Doppeldiagnose		1	2	
Pro Mente Vorarlberg (PMV)							
11.09	33	4442-100-203	Wohnen m. Reha-Charakter	19	44	45	41
11.10	33	4443-100-201	Langzeitwohnen teilbetreut	13	18	18	29
11.11	23	4444-100-203	Beschäftigungsprogramm	1		1	4
11.13	37	4442-100-205	Wohnen in Gastfamilien		20	15	15
11.14	17	4444-100-206	Ju-on-Job Werktherapie				6
Neuland Sozialpsychiatrie Bregenz GmbH (SPB)							
12.01	33	4442-100-202	Therapeutisches Wohnen	7	22	14	21
Verein für seelische Gesundheit Rankweil (VSG)							
13.01	33	4443-100-203	WH mit Langzeitcharakter	7	11	8	9
Institut für Sozialdienste Dornbirn (IFS)							
17.01	37	4442-100-206	sozialpsy.. Intensivbetreuung		2	12	16
17.03	27	4444-100-207	SIB Therapeutisches Atelier		8	9	3
alle einbezogenen Angebote				75	315	292	342

Anlage II: Kennzahlen zu primär geplanten Hilfen nach Angebot 2009-2012

AF	Produkt- gruppe	Code Hilfs- angebot	Anzahl Anträge	Anteil	Anteil	psycho- soziales Risiko (DB C)	Beeinträchti- gungen (DB D)		Leistungen (DB E)	
				Männer	<45 Jahre		Aus- maß	Ver- lauf	Um- fang	Zeit- bedarf
				K9	K11		K14	K29	K30	K31
alle primär geplanten Produkte			1024	61%	66%	2,9	2,5	2,8	2,8	2,7
13	4442	03.06	7	<i>(weniger als zehn Datensätze)</i>						
17	4444	11.14	6							
23	4444	02.12	2							
		03.05	218	68%	54%	2,7	2,4	2,7	2,3	2,5
		11.11	6	<i>(weniger als zehn Datensätze)</i>						
27		17.03	20	55%	100%	3,2	2,9	2,9	3,0	3,3
33	4443	02.09	14	33%	23%	3,0	2,1	2,8	2,7	2,8
		02.10	37	54%	57%	3,0	2,6	3,0	3,0	3,1
		03.02	21	82%	47%	2,8	2,6	3,2	2,9	2,3
		03.03	68	55%	77%	3,0	2,7	3,0	3,1	2,7
		03.04	49	54%	65%	3,1	3,0	3,4	3,3	2,8
		11.10	78	58%	54%	2,9	2,6	3,4	3,0	2,2
		13.01	35	53%	18%	3,0	2,2	3,4	2,5	2,3
36	4442	02.08	43	69%	74%	3,1	2,5	2,4	3,2	3,3
		03.01	12	33%	100%	3,4	3,3	3,3	3,4	3,0
		11.09	149	60%	94%	2,9	2,5	2,8	2,9	2,7
		12.01	64	73%	71%	2,9	2,3	2,4	2,7	2,6
		05.05	60	85%	59%	2,8	2,0	2,1	2,5	2,9
		09.02	37	76%	86%	2,8	1,9	1,9	2,7	2,5
		10.04	15	73%	45%	2,9	2,2	2,1	2,6	3,0
		10.05	3	<i>(weniger als zehn Datensätze)</i>						
37		11.13	50	33%	100%	2,5	1,9	2,1	2,5	2,6
		17.01	30	71%	100%	3,3	2,9	2,8	3,2	3,8

Anlage III: Leistungsintensität nach Risikoscore der Nutzenden

Angebotsform 23 – Produktgruppe 4444 (2009-2012) – 226 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	<2,8	2,1	2,2	2,5	2,9
		≥2,8	2,1	2,2	2,5	2,9
	soziale Desintegration (K14.2)	<2,6	2,2	2,2	2,5	2,8
		≥2,6	2,0	2,2	2,4	3,0

Angebotsform 27 – Produktgruppe 4444 (2009-2012) – 20 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	<3,7	2,6	3,3	3,2	3,1
		≥3,7	2,9	3,5	3,2	3,4
	soziale Desintegration (K14.2)	<2,7	2,7	3,6	3,0	3,4
		≥2,7	2,9	3,0	3,6	3,0

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4443 (2009-2012) – 302 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	<3,2	2,9	2,4	2,8	2,3
		≥3,2	3,1	2,8	3,0	2,6
	soziale Desintegration (K14.2)	<2,7	2,9	2,5	2,8	2,3
		≥2,7	3,0	2,7	3,0	2,6

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4442 (2009-2012) – 268 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risiko- score	psychische Störung (K14.1)	<3,1	2,9	2,5	2,7	2,8
		≥3,1	3,2	2,7	2,9	3,0
	soziale Desintegration (K14.2)	<2,7	2,9	2,5	2,8	2,7
		≥2,7	3,2	2,8	2,8	3,1

Angebotsform 36 – Produktgruppe 4442 (2009-2012) – 115 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risiko- score	psychische Störung (K14.1)	<3,2	2,8	2,8	2,5	2,6
		≥3,2	2,8	2,9	2,3	2,7
	soziale Desintegration (K14.2)	<2,5	2,8	3,0	2,3	2,6
		≥2,5	2,8	2,8	2,5	2,7

Angebotsform 37 – Produktgruppe 4442 (2009-2012) – 80 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risiko- score	psychische Störung (K14.1)	<3,1	2,6	2,9	2,8	2,7
		≥3,1	2,6	3,3	3,0	3,2
	soziale Desintegration (K14.2)	<2,5	2,4	2,9	2,7	2,5
		≥2,5	2,7	3,3	3,1	3,2

Anlage IV: Leistungsintensität nach Problemscore der Nutzer

Angebotsform 23 – Produktgruppe 4444 (2009-2012) – 226 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,4	2,0	2,1	2,5	2,9
		≥2,4	2,2	2,3	2,5	2,9
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	<2,5	2,1	2,1	2,4	2,9
		≥2,5	2,1	2,3	2,5	2,9

Angebotsform 27 – Produktgruppe 4444 (2009-2012) – 20 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,7	2,5	3,6	2,9	3,3
		≥2,7	3,0	3,3	3,4	3,3
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	<3,0	2,6	3,7	3,0	3,5
		≥3,0	3,0	3,1	3,4	3,0

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4443 (2009-2012) – 302 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Therapie		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,6	2,9	2,5	2,8	2,4
		≥2,6	3,1	2,7	3,0	2,5
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	<2,6	2,9	2,5	2,8	2,4
		≥2,6	3,1	2,7	3,0	2,5

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4442 (2009-2012) – 268 Anträge							
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität				Subscores DB E (Leistungen)			
				Therapie		Teilhabe	
				Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,4	3,0	2,4	2,8	2,7	
		≥2,4	3,1	2,9	2,8	3,1	
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	<2,6	3,0	2,5	2,8	2,9	
		≥2,6	3,1	2,7	3,0	3,0	

Angebotsform 36 – Produktgruppe 4442 (2009-2012) – 115 Anträge							
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität				Subscores DB E (Leistungen)			
				Therapie		Teilhabe	
				Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,2	2,8	2,7	2,3	2,6	
		≥2,2	2,8	3,0	2,4	2,7	
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	<1,9	2,7	2,8	2,3	2,6	
		≥1,9	2,9	2,9	2,4	2,8	

Angebotsform 37 – Produktgruppe 4442 (2009-2012) – 80 Anträge							
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität				Subscores DB E (Leistungen)			
				Therapie		Teilhabe	
				Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	<2,0	2,3	2,7	2,5	2,6	
		≥2,0	2,9	3,5	3,2	3,1	
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	<2,5	2,5	2,7	2,6	2,4	
		≥2,5	2,8	3,8	3,4	3,6	

Anlage V: Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg

Information für Antragstellung und Hilfeplankonferenzen in der Sozialpsychiatrie

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

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

Version 08.04.2010

Definitionen:	
Leistungsvereinbarung:	Die offizielle Bezeichnung lautet 'Leistungsvereinbarung'. Diese enthält eine Zielvereinbarung mit – für die betroffene Person verständlichen und überprüfbaren – Zielen, sowie die Unterschrift der betroffenen Person.
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 der betreuten Person.</p> <p>Eine Unterschrift der betreuten Person ist erforderlich (oder in Ausnahmefällen eine Erklärung, warum dies nicht möglich ist). Alternativ dazu kann zusätzlich zur Sicht der Betreuer bzw. der Betreuerin auf einem eigenen Blatt die Sicht der betreuten Person dargestellt werden, mit Unterschrift des Klienten bzw. der Klientin.</p> <p>Inhalte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurze Darstellung über den Verlauf der Bemühungen, die geplanten Fortschritte zu realisieren 2. Welche Schlussfolgerungen werden in den verschiedenen Bereichen daraus gezogen 3. Gibt es gegebenenfalls unterschiedliche Sichtweisen von Klientin bzw. Klient und Betreuungsperson

Anlage VI: Datenblätter zum Hilfeplanverfahren (Datenblätter C bis H)

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

Personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation

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

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

1.1 Code-Nr. des eigenen Hilfsangebotes

**1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung
im eigenen Hilfsangebot 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 betreuten Person und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

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

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

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

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

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

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

C1

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

4. weitere 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
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatr. Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandlungs-/ Rehabilitationseintr. (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

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

Art und Ausmaß der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen

Codierung zum Ausmaß der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen:

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

Codierung zu Verlauf und Beeinflussbarkeit der Beeinträchtigungen:

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

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

Erleben und Verhalten innerhalb einer Diagnose nach ICD-10

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

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

Merkmale zu Aktivitäten und Teilhabe in Anlehnung an Kriterien der ICF

	Ausmaß der Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen (0-4) hauptsächlich betroffene Bereiche (ankreuzen)	Verlauf und Beeinflussbarkeit (0-4)
	5. Selbstversorgung und Wohnen	
	<input type="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	
	6. Arbeit und Ausbildung	
	<input type="radio"/> Aufmerksamkeit und Ausdauer <input type="radio"/> Motivation und Konzentrationsfähigkeit <input type="radio"/> Selbständigkeit und Kooperationsfähigkeit <input type="radio"/> Flexibilität und Fähigkeit zur Selbstkritik	
	7. Soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe	
	<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)	
	8. materielle Existenzsicherung	
	<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	

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

Art und Ausmaß der erforderlichen Leistungen zur Deckung des Hilfebedarfs

Codierung Art der Leistungen zur Deckung des Hilfsbedarfs:

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

Codierung Zeitbedarf der erforderlichen Hilfeleistung: Merkmalsausprägungen:

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

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

Art der Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen mit Zeitbedarf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meldeblatt Für Integrationshilfe Antrag und Hilfeplanung	Patienten-Identifikation (Name, Vorname, SV-NR)	F
	EINRICHTUNG u. KOSTENTRÄGER	

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

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

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

Art des Antrags auf Gewährung / Fortschreibung von Leistungen
— bitte ankreuzen

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

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

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

Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung

G

**ÄRZIN /
ARZT**

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

Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung

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

Fachärztliches Kurzattest für die Auftragsklärung

H

**ÄRZTIN
/ ARZT**

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

Fachärztliches Kurzattest für die Auftragsklärung

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

