

**Vorarlberger  
Psychiatrieberichterstattung  
für das Jahr 2010**

## **Impressum**

Verfasser:

Dr. Hermann Elgeti  
Medizinische Hochschule Hannover  
Sozialpsychiatrische Poliklinik  
Podbielskistraße 158  
D-30177 Hannover  
E: [elgeti.hermann@mh-hannover.de](mailto:elgeti.hermann@mh-hannover.de)

Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung  
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)  
Landhaus  
6901 Bregenz

Bregenz, im September 2011

# Inhaltverzeichnis

## Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2010

<b>1. Konzeption und Umsetzung</b> .....	<b>6</b>
1.1 Der Nutzen quantitativer Daten für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung .....	6
1.2 Warnung vor falschen Erwartungen an die Aussagekraft quantitativer Daten .....	6
1.3 Zielsetzungen der Psychiatrieberichterstattung .....	7
1.4 Datenerhebung nach einheitlichem und andernorts erprobtem Muster .....	7
1.5 Eröffnung von Vergleichsmöglichkeiten durch 28 definierte Kennzahlen.....	8
1.6 Erläuterung der Ergebnisse für den Psychiatriebeirat und die Einrichtungen .....	8
1.7 Optimierungsbedarf bei Datenerhebung und Definition der Hilfsangebote .....	8
<b>2. Beteiligung der Einrichtungsträger und Datenqualität</b> .....	<b>9</b>
2.1 Breites Leistungsspektrum insbesondere bei den Integrationshilfen.....	9
2.2 Änderungen bei den teilnehmenden Hilfsangeboten gegenüber dem Vorjahr.....	9
2.3 Teilweise verbesserungsbedürftige Datenqualität .....	10
<b>3. Bevölkerung und psychiatrische Versorgungsstrukturen</b> .....	<b>11</b>
3.1 Sonderstellung Vorarlbergs unter den österreichischen Bundesländern .....	11
3.2 Unterscheidung von städtischen, ländlichen und gering besiedelten Regionen .....	11
3.3 Ähnliche Sozialstruktur in den verschiedenen Regionen.....	12
3.4 Viele Behandlungsangebote, aber noch kein aufsuchender Notfalldienst .....	13
3.5 Abschätzung des relativen Gewichts ambulanter und stationärer Hilfen .....	14
3.6 Hohe Inanspruchnahme psychiatrischer Ambulanzdienste.....	14
3.7 Klinische Behandlungskapazitäten im Fokus des Landesrechnungshofs .....	15
3.8 Einige Probleme bei den Hilfen zu Wohnen und Tagesstrukturierung .....	15
3.9 Großer Mangel bei den Hilfen zur Arbeit .....	15
<b>4. Merkmale der betreuten Personen</b> .....	<b>16</b>
4.1 Einige Kennzahlen ermöglichen Vergleiche zwischen Hilfsangeboten .....	16
4.2 Besonderheiten der Nutzergruppen verschiedener Angebotsformen .....	17
4.3 Unterschiedliche Geschlechtsverteilung bei verschiedenen Krankheitsbildern.....	17
4.4 Änderungen im Diagnosemix bei ambulanten, teil- und vollstationären Hilfen.....	18
4.5 Besondere Risiken bei Männern mit psychotischen Erkrankungen.....	18
4.6 Vorteile einer mehrdimensionalen Erfassung des psychosozialen Risikos.....	19
4.7 Große Vielfalt ambulanter sozialpsychiatrischer Hilfsangebote für Suchtkranke .....	19
4.8 Unterschiede zwischen den Nutzergruppen der Suchtberatungsstellen .....	20
4.9 Recht hoher Zielgruppenbezug bei der stationären Wohnbetreuung .....	20

<b>5. Analysen zur regionalen Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen .....</b>	<b>21</b>
5.1 Regional gleichmäßige stationäre Versorgung durch das LKH Rankweil .....	21
5.2 Das Krankenhaus Maria Ebene behandelt viele auswärtige Patienten .....	22
5.3 Flächendeckende ambulante sozialpsychiatrische Betreuung für Erwachsene .....	22
5.4 Ungleichmäßige ambulante Versorgung in der Kinder-Jugend-Psychiatrie .....	23
5.5 Psychiatrisch behandelte Personen häufig ohne Arbeitstätigkeit .....	24
<b>6. Analysen zum Vorrang kontinuierlicher Hilfen für Hochrisikogruppen.....</b>	<b>25</b>
6.1 Längerfristige Hilfen auf Personen mit höherem Risiko konzentrieren.....	25
6.2 Zielgruppenbezug bei ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuung verbessern .....	25
6.3 Hohe Betreuungskontinuität auch in der ambulanten Suchthilfe .....	26

## **Anlagen**

Anlage 1: Gruppierung der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen .....	29
Anlage 2: Definition der Kennzahlen zur Datenauswertung .....	30
Anlage 3: Liste der Einrichtungsträger mit ihren Hilfsangeboten.....	31
Anlage 4: Notiz zum Aussagewert des psychosozialen Risikos.....	33
Anlage 5: Zuordnung der Hilfsangaben zu Integrationshilfeprodukten .....	34
Anlage 6: Ausgewertete Datenblätter C 2008-2010 nach Angebotsform.....	34
Anlage 7: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C 2010 nach Einrichtungsträger .....	35
Anlage 8: Datenblatt A - Auflistung der Hilfsangebote eines Einrichtungsträgers.....	36
Anlage 9: Datenblatt B - Darstellung Kostensätze und Personal zu einem Hilfsangebot .....	37
Anlage 10: Datenblatt C - Patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation .....	38

## Einführung

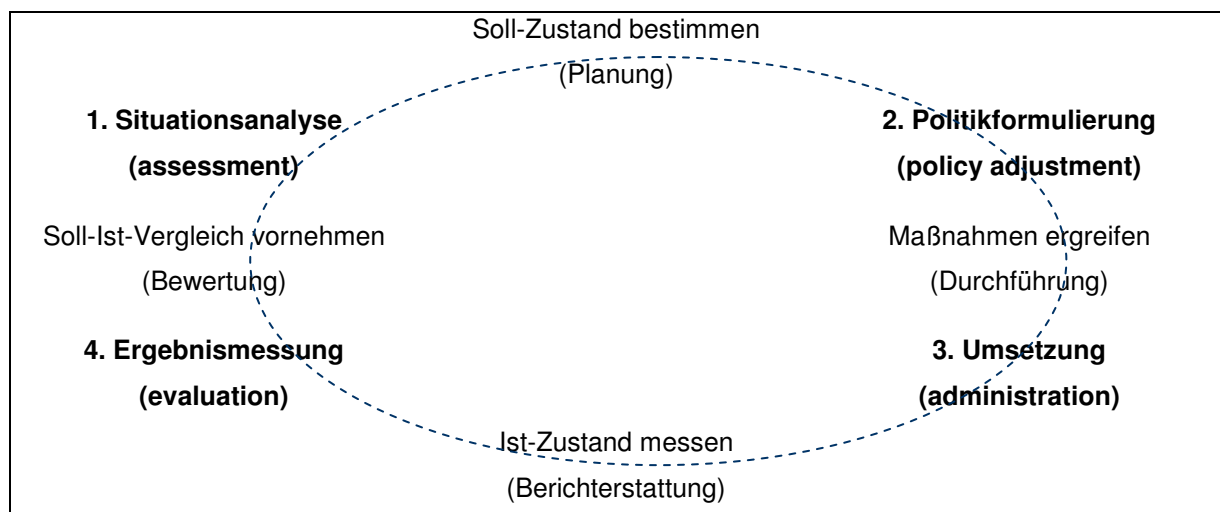
Der Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung hat im Jahre 2005 den Aufbau einer regionalen Psychiatrieberichterstattung beschlossen. Auf Grundlage einer verlässlichen und kontinuierlich wiederholten Datenerhebung werden aussagefähige Kennzahlen zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen berechnet. Innerhalb kurzer Zeit ist es gelungen, wesentliche Anbieter von Hilfen für die Beteiligung an einer einrichtungsübergreifenden Erhebung relevanter Merkmale nach einheitlichem Muster zu gewinnen. Die Teilnahme weiterer Anbieter wird in den nächsten Jahren das Bild vervollständigen. Die Qualität des Datenmaterials muss hier und da noch verbessert werden. Schon jetzt lassen sich aber für einige Angebotsformen Aussagen zur regionalen Versorgungsgerechtigkeit und zum Zielgruppenbezug der Hilfsangebote machen. Hierdurch gewinnen die Einrichtungen selbst und das Amt der Vorarlberger Landesregierung als Träger der Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen, aber auch der Psychiatriebeirat wichtige Hinweise für die Planung, Koordination und Qualitätsentwicklung bedarfsgerechter Hilfen für psychisch erkrankte Bürger Vorarlbergs. Diesen Ansatz hat zuletzt auch der Landesrechnungshof Vorarlberg in seinem Prüfbericht gewürdigt.

# 1. Konzeption und Umsetzung

## 1.1 Der Nutzen quantitativer Daten für Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Zu einer bedarfsgerechten Qualitätsentwicklung wohnortnaher Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in einer Region gehören regelmäßig erhobene Daten zum tatsächlichen Versorgungsangebot.<sup>1</sup> Nach Art des PDCA-Zirkels (Plan, Do, Check, Act) ist eine Daten-gestützte Situationsanalyse Voraussetzung für die Formulierung politischer Entscheidungen (Abbildung 1). Auch die in der Umsetzung angestrebten Ergebnisse sollten messbar sein und können dann wiederum Ausgangspunkt für eine neue Situationsanalyse sein. Um den Aufwand für die Erhebung und Auswertung der Daten auf allen Seiten möglichst gering zu halten, ist für alle Hilfsangebote ein einheitlicher Merkmalskatalog wünschenswert mit wenigen Merkmalen, die eine Berechnung aussagekräftiger Kennzahlen ermöglichen. Diese Kennzahlen sollten nicht nur den Zwecken regionaler Psychiatrieberichte genügen, sondern auch für das interne Controlling der teilnehmenden Einrichtungsträger nutzbar sein.

**Abb. 1: Der Zirkelprozess von Planung, Durchführung und Überprüfung**



## 1.2 Warnung vor falschen Erwartungen an die Aussagekraft quantitativer Daten

Für die Qualitätsentwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgung ist eine regionale Psychiatrieberichte ein notwendiges Hilfsmittel, an das man aber keine falschen Erwartungen knüpfen darf. So lässt sich der Hilfebedarf im Einzelfall nicht durch „objektive“ Daten ermitteln, sondern nur im Dialog mit den Betroffenen und ihren Bezugspersonen, unter Einbeziehung der bisherigen Erfahrungen und gegenwärtigen Bedürfnisse. Die beispielsweise bei der Planung von Integrationshilfen erhobenen Daten dienen lediglich der Evaluation des Planungsverfahrens und der bewilligten Maßnahmen im Hinblick auf ihre Notwendigkeit und Wirksamkeit. Auch für Art und Umfang psychiatrischer Hilfen in einer Region gibt es keine allgemeingültigen Sollwerte zur Deckung des Versorgungsbedarfs. Die Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung ist vielmehr abhängig von kulturellen und sozialen Besonderheiten der Region, und das

<sup>1</sup> Elgeti H (2003): Dialoge – Daten – Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund. Sozialpsychiatrische Informationen 33(1): 24-29

Erfordernis spezieller Hilfen wird beeinflusst von den Traditionen, Strukturen und Personen, die im Hilfesystem eine Rolle spielen.

### 1.3 Zielsetzungen der Psychiatrieberichterstattung

Die regelmäßige Erhebung und Auswertung einiger Daten zu den psychiatrischen Hilfsangeboten in Vorarlberg und den dort betreuten Personen dient zunächst einmal der Transparenz des Ist-Zustandes. In Verbindung mit der Zuordnung vergleichbarer Hilfsangebote zu Angebotsformen und unter Hinzuziehung von Daten zur Sozialstruktur der Bevölkerung wird dann auch ein *Benchmarking* zwischen Einrichtungen und Einzugsgebieten möglich. So lassen sich zum Beispiel Kennzeichen der Nutzergruppen und ihrer Betreuung vergleichen. Kostenträger und Leistungserbringer erhalten Hinweise für Unter-, Über- oder Fehlversorgung, können gemeinsam den Zielgruppenbezug sozialpsychiatrischer Hilfen überprüfen und Qualitätsentwicklung im Sinne eines „Lernen vom Besten“ betreiben.

### 1.4 Datenerhebung nach einheitlichem und andernorts erprobtem Muster

Der Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung hat im Jahre 2005 den Aufbau einer regionalen Psychiatrieberichterstattung beschlossen. Das Konzept orientiert sich an einem Modell, das 1999 für die Region Hannover entwickelt wurde.<sup>2</sup> Es wird auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen zur Anwendung in den Sozialpsychiatrischen Verbänden aller dortigen Kommunen empfohlen. Datenquellen sind die Gemeindestatistik der Vorarlberger Landesregierung und die statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger nach einheitlichen Formularen (Tabelle 1). Die Formulare der Datenblätter A, B und C sind im Anhang dieses Berichtes abgedruckt (Anlagen 8-10). 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. 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 Einrichtungsträger	
	Datenblatt A: allgemeine Angaben zu den verschiedenen Hilfsangeboten des Trägers
	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 Leistungsdocumentation für jeden im einzelnen Angebot betreuten Patienten

<sup>2</sup> Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. In: Elgeti H (Hrg.): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2008. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 132-147

## **1.5 Eröffnung von Vergleichsmöglichkeiten durch 28 definierte Kennzahlen**

Hilfsangebote mit vergleichbarem Leistungsspektrum werden in einer Angebotsform zusammengefasst, und jede Angebotsform wird einer der drei Leistungsarten ambulanter, teilstationärer bzw. stationärer Hilfen zugeordnet (Anlage 1). Das EDV-Programm berechnet aus den Rohdaten insgesamt 28 Kennzahlen (Anlage 2). Acht 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). Das sind zunächst persönliche Merkmale wie Geschlecht (K9), Altersgruppe (K10-K12) und Herkunftsregion (K17) der betreuten Patienten. Darüber hinaus lässt sich aus je vier psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen der psychosoziale Risikoscore (K14) ermitteln (siehe dazu Anlage 4). Wenn die therapeutische Hauptbezugs-person des betreffenden Hilfsangebots auch für die Angebots-übergreifende Fallkoordination (K18) zuständig ist, werden zusätzlich eventuelle Versorgungskombinationen im Berichtsjahr (K19) abgefragt und ausgewertet. 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 Einwohner werden die Inanspruchnahme (K26), das Platzangebot (K27) und der Fachkräfteeinsatz (K28) berechnet.

## **1.6 Erläuterung der Ergebnisse für den Psychiatriebeirat und die Einrichtungen**

Die Auswertungsergebnisse werden einerseits den Vertretern der beteiligten Hilfsangebote in einer eigens zu diesem Zweck einberufenen Versammlung vorgestellt, und auch im Psychiatriebeirat stehen sie zur Diskussion. Darüber hinaus können die beteiligten Einrichtungsträger einzeln die detaillierten Ergebnistabellen für die jeweils von ihnen gelieferten Daten anfordern und sich auch in einem persönlichen Gespräch erläutern lassen. Das bringt unter Umständen neue Anregungen für eine Qualitätsentwicklung der Hilfsangebote. Von diesem Angebot ist bereits ausgiebig Gebrauch gemacht worden.

## **1.7 Optimierungsbedarf bei Datenerhebung und Definition der Hilfsangebote**

Pro Einrichtungsträger ist ein Datenblatt A und für jedes seiner Hilfsangebote ein Datenblatt B auszufüllen. Die Angaben zum Datenblatt A informieren über die Platzzahl in den verschiedenen Hilfsangeboten, bezeichnen ihr hauptsächliches Einzugsgebiet und ermöglichen die Zuordnung zu einer Angebotsform. Das Datenblatt B betrifft die Kosten eines Hilfsangebots und die Qualifikation des eingesetzten Personals. Diesbezügliche Angaben zur Berechnung der Kennzahlen K1 bis K9 werden für die ambulanten und teilstationären Angebote der Integrationshilfe zur Erleichterung der Einrichtungsträger künftig zentral vom Amt der Vorarlberger Landesregierung geliefert. Da die hierfür erforderliche EDV bisher noch nicht zur Verfügung steht, bleiben diese Kennzahlen im diesjährigen Auswertungsbericht unberücksichtigt. Außerdem werden zurzeit alle Hilfsangebote – gemeinsam mit den Einrichtungsträgern – im Hinblick auf ihr Leistungsspektrum und ihre richtige Zuordnung zu einer Angebotsform überprüft. Die Datenerhebung soll weiter vereinfacht, der Vergleichbarkeit zwischen Hilfsange-



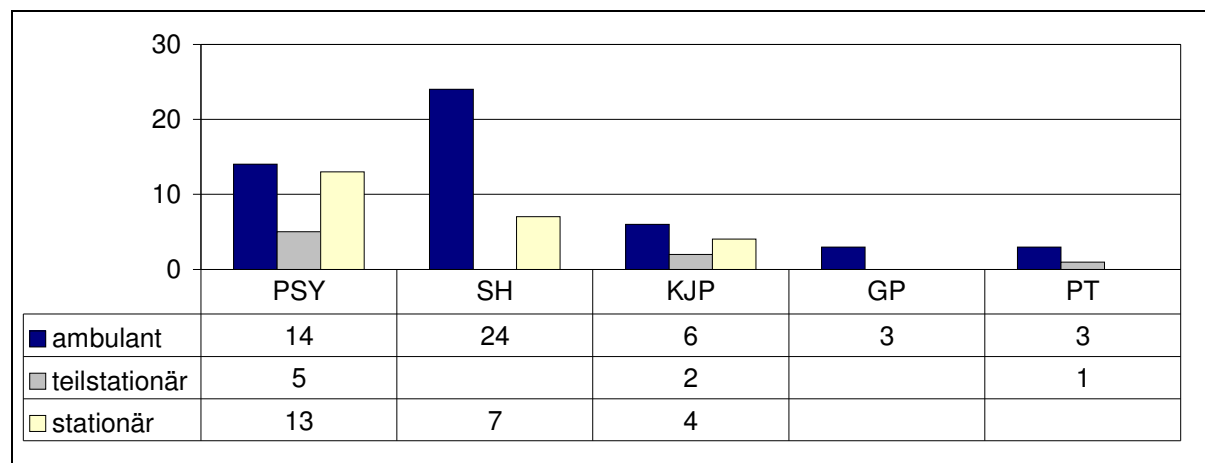
boten verbessert und die Nutzung der Ergebnisse für Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung erleichtert werden.

## 2. Beteiligung der Einrichtungsträger und Datenqualität

### 2.1 Breites Leistungsspektrum insbesondere bei den Integrationshilfen

Im Jahr 2010 waren 18 Einrichtungsträger mit 82 Hilfsangeboten in die Berichterstattung einbezogen, darunter 50 ambulante, 8 teilstationäre und 23 stationäre (Anlage 3). 72 der 82 Hilfsangebote betreffen Integrationshilfeprodukte. 32 Hilfsangebote lassen sich der Allgemeinpsychiatrie (PSY) zuordnen, 31 der Suchthilfe (SH) sowie 12 der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Hinzukommen noch drei ambulante gerontopsychiatrische (GP) und vier speziell psychotherapeutische (PT) Hilfsangebote (Abbildung 2). Angebote mit ähnlicher Ausrichtung sind in einer Angebotsform (AF) zusammengefasst. In der AF 16 sind 14 spezielle ambulante Angebote der Suchthilfe und in der AF 33 elf stationäre Angebote des betreuten Wohnens im Rahmen der Integrationshilfe vertreten. Eine Zuordnung der Anzahl von Hilfsangeboten in den einzelnen Angebotsformen zu den verschiedenen Integrationshilfeprodukten findet sich in der Anlage 5.

**Abb. 2: Beteiligte Hilfsangebote nach Bereich und Leistungsart 2010**

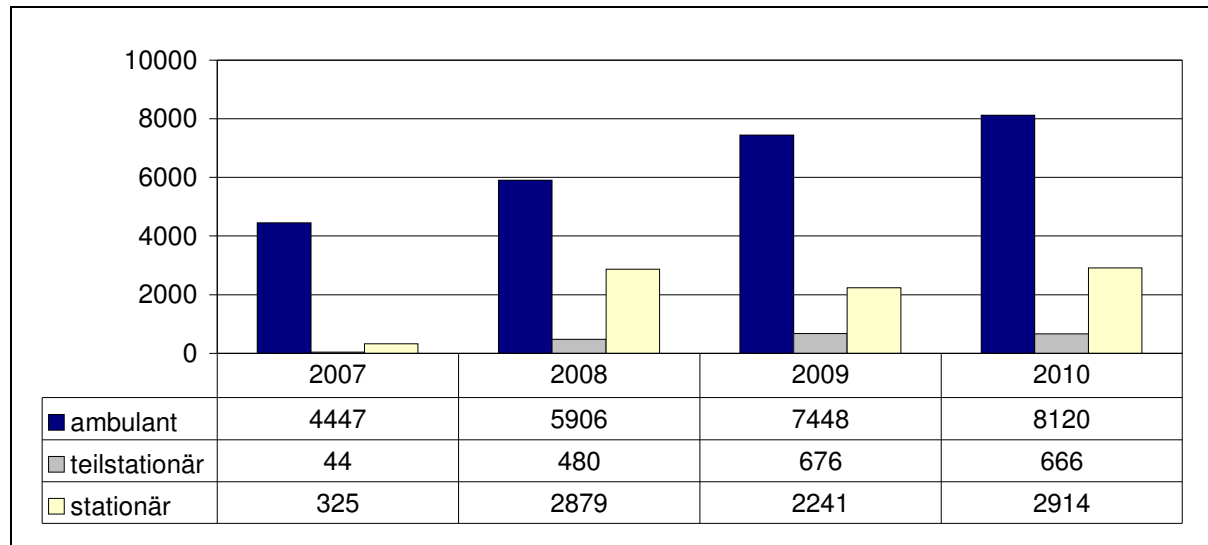


### 2.2 Änderungen bei den teilnehmenden Hilfsangeboten gegenüber dem Vorjahr

Die Zahl der ausgewerteten Datenblätter C zur anonymisierten Patienten-bezogenen Basis- und Leistungsdokumentation hat sich gegenüber den Vorjahren noch einmal erhöht (Abbildung 3). Eine Auflistung für die Berichtsjahre 2008 bis 2010 nach Angebotsformen findet sich in Anlage 6. Im Vergleich zu 2009 wurden beim Einrichtungsträger aks im Berichtsjahr 2010 die Kinderdienste nicht mehr berücksichtigt, und das Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene beteiligte sich erstmals auch mit ihrer Suchtmedizinischen Ambulanz an der Datenerhebung. Das LKH Rankweil lieferte gegenüber dem Berichtsjahr 2009 einen vollständigeren Datensatz der stationär behandelten Personen und differenziert jetzt bei seinen stationären und ambulanten Behandlungen zwischen Angeboten der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Die „Psychosozialen Gesundheitsdienste“ haben ihren Namen gewechselt und heißen jetzt „Pro Mente Vorarlberg“. Ihr Hilfsangebot „Ju-on-Job“ (Code 11.14) wurde 2010

entsprechend der vereinbarten Kriterien nicht mehr als teilstationäres, sondern als ambulantes Angebot (AF 17 statt AF 27) definiert.

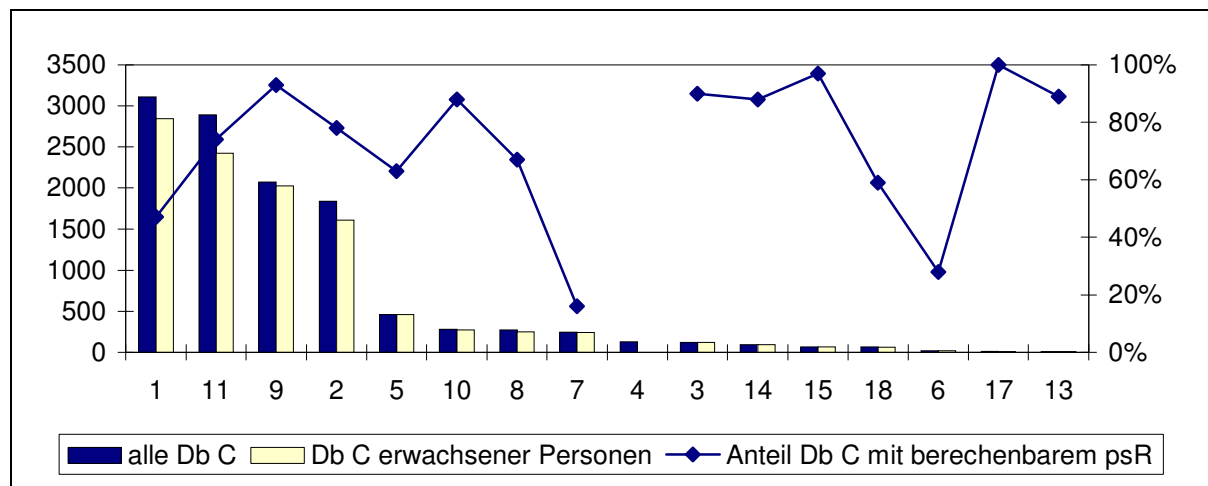
**Abb. 3: Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007 – 2010**



### 2.3 Teilweise verbesserungsbedürftige Datenqualität

Die fünf großen Träger LKH Rankweil, Arbeitskreis Sozialmedizin (aks), Caritas, Stiftung Maria Ebene (ME) und Pro Mente Vorarlberg (pmv) stellten 2010 50 aller 82 Hilfsangebote (61%) und trugen 89% aller Datenblätter C zur Auswertung bei. Die Datenqualität, gemessen als Anteil der Datensätze für Personen ab 18 Jahren mit auswertbarem psychosozialen Risikoscore (psR), ist je nach Einrichtungsträger sehr unterschiedlich und hat sich mit durchschnittlich 70% gegenüber dem Vorjahr insgesamt nicht verbessert (Abbildung 4 und Anlage 7). Mit Werten unter 50% haben drei Träger einen besonderen Verbesserungsbedarf, aber es gibt auch neun Träger, deren Datensätze zu mindestens 75% eine Berechnung des psR erlauben und so eine gute Datenqualität aufweisen. Mangels aussagefähiger Daten bleiben die Kennzahlen K18, K19, K27 und K28 auch in diesem Bericht noch unberücksichtigt.

**Abb. 4: Umfang und Qualität ausgewerteter Datenblätter C 2010 nach Träger**



## 3. Bevölkerung und psychiatrische Versorgungsstrukturen

### 3.1 Sonderstellung Vorarlbergs unter den österreichischen Bundesländern

Vorarlberg ist von der Fläche nach Wien und von der Einwohnerzahl nach dem Burgenland das zweitkleinste unter den neun österreichischen Bundesländern. Die sehr dichte Bebauung des Rheintals führt trotz vielfach geringer Besiedlung der anderen Landesteile dazu, dass Vorarlberg nach Wien und noch vor Oberösterreich bei der Einwohnerdichte den zweiten Platz belegt. Regen Austausch pflegen die Vorarlberger mit den benachbarten Liechtensteiner, Schweizer und deutschen Gebieten des Bodenseeraums, während die Fahrt nach Tirol, Kärnten oder gar Wien länger dauert. Das Land ist politisch in vier Bezirke aufgeteilt, von den Städten hat Dornbirn mit knapp 45.000 am meisten Einwohner. Die große Wirtschaftskraft des Landes ermöglicht einen vergleichsweise hohen Lebensstandard und eine gut ausgebaute Infrastruktur.

### 3.2 Unterscheidung von städtischen, ländlichen und gering besiedelten Regionen

Die Vorarlberger Gemeinden wurden ihren Nachbarschaftsverhältnissen entsprechend zu insgesamt 19 Regionen zusammengefasst. Sie lassen sich einerseits nach ihrer Zugehörigkeit zu einem Bezirk, andererseits nach ihrer Siedlungsdichte gruppieren (Tabelle 2). Die Region Walgau gehört mit einem kleinen Teil zum Bezirk Feldkirch (404), hauptsächlich aber zum Bezirk Bludenz (Region 105). Dort sank die Siedlungsdichte 2010 durch leichten Bevölkerungsverlust unter den Wert von 1,0 Einwohner pro Hektar. Das zog die erstmalige Zuordnung dieses Gebietes unter die gering besiedelten Regionen nach sich. Während die Bevölkerung im Bezirk Bludenz nach dieser Definition also nun, abgesehen von der Stadt Bludenz, ausschließlich in gering besiedelten Regionen wohnt, gibt es im Bezirk Dornbirn nur städtisch verdichtete Siedlungsräume. Im bevölkerungsreichsten Bezirk Bregenz unterscheidet sich der gering besiedelte Bregenzerwald vom ländlichen Leiblachtal und den städtischen Regionen Stadt Bregenz, Hofsteig und Rheintal. Der Bezirk Feldkirch ist gegliedert in das ländliche Vorderland mit dem westlichen Ende des Walgau und die Stadt Feldkirch mit Kummenberg.

**Tab. 2: Bezirke und Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2010**

Bezirk	gering besiedelte Regionen (<1,0 E./ha)	ländliche Regionen (1,0-<3,0 E./ha)	städtische Regionen (≥3,0 E./ha)
Bludenz <i>62.008 Einw.</i>	101 Arlberg / Klostertal 102 Großes Walsertal 103 Montafon 105 Walgau (ohne St. Bludenz) <i>48.089 Einwohner</i>		104 Stadt Bludenz <i>13.919 Einwohner</i>
Bregenz <i>125.539 Einw.</i>	201 Hi. Bregenzerwald 203 Kleinwalsertal 207 Vo. Bregenzerwald <i>34.939 Einwohner</i>	204 Leiblachtal <i>13.918 Einwohner</i>	202 Hofsteig 205 Rheindelta 206 Stadt Bregenz <i>76.691 Einwohner</i>
Dornbirn <i>80.292 Einw.</i>			301 Lustenau 302 Stadt Dornbirn 303 Stadt Hohenems <i>80.292 Einwohner</i>
Feldkirch <i>98.717 Einw.</i>		403 Vorderland 404 Walgau (ohne St. Bludenz) <i>43.870 Einwohner</i>	401 Kummenberg 402 Stadt Feldkirch <i>54.847 Einwohner</i>

### 3.3 Ähnliche Sozialstruktur in den verschiedenen Regionen

Fasst man die Regionen ähnlicher Siedlungsdichte zusammen, lässt sich die Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung anhand der Kennzahlen K20 bis K25 differenziert betrachten (Tabelle 3). Die Altersstruktur (K22 bis K24) verändert sich mit ansteigender Siedlungsdichte kaum und weist einen erfreulich hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen auf. Durch den überproportionalen Rückgang der Arbeitslosigkeit in den städtischen Regionen hat sich 2010 zudem der Anstieg der Arbeitslosenrate (K25) mit zunehmender Siedlungsdichte abgeschwächt. Diese Kennzahl wird als Anteil Arbeitsloser an der Bevölkerung zwischen 18 und unter 65 Jahren berechnet. Insgesamt sank die Einwohnerzahl Vorarlbergs gegenüber dem Vorjahr etwas ab, während sie von 1998 bis 2009 um insgesamt 7% zugenommen hatte.

**Tab. 3: Sozialstruktur der Regionen nach Siedlungsdichte**

Siedlungsdichte	gering besiedelt		ländlich		städtisch		Vorarlberg	
Zahl der Gemeinden	42	52	34	24	20		96	
Fläche (Tsd. ha)	169	194	51	26	40		260	
Berichtsjahr	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
K20: Einwohner (Tsd.)	60	83	82	58	228	226	371	367
K21: Siedlungsdichte	0,4	0,5	2,0	2,5	6,4	6,4	3,7	3,6
K22: <18 Jahre	21%	22%	21%	22%	21%	21%	21%	22%
K23: 18-<65 Jahre	64%	63%	64%	63%	64%	64%	64%	64%
K24 ≥65 Jahre	15%	15%	14%	14%	15%	15%	15%	15%
K25 Arbeitslose	2,2%	2,2%	4,3%	3,2%	5,7%	4,3%	4,9%	3,7%

### 3.4 Viele Behandlungsangebote, aber noch kein aufsuchender Notfalldienst

Das Vorarlberger Psychiatriekonzept von 2002 enthält einige Daten zu Art und Umfang der damaligen Versorgung, diese lassen aber kaum Vergleichsmöglichkeiten zur gegenwärtigen Situation zu. Die Anzahl niedergelassener Fachärzte (für Kinder-Jugend-Psychiatrie, Psychiatrie sowie Neurologie und Psychiatrie zusammengefasst) hat in den letzten zehn Jahren von 31 (davon 15 mit § 2-Verträgen) auf 45 (davon 17 mit § 2-Verträgen) zugenommen. Vorarlberg hat hier im Vergleich der Bundesländer die meisten psychiatrisch qualifizierten Fachärzte. Ein aufsuchender psychiatrischer Kriseninterventions- und Notfalldienst ließ sich trotz einiger Bemühungen bisher nicht realisieren. Die aktuell verfügbaren Daten zu den Nutzern, der Platzkapazität und zum eingesetzten Fachpersonal geben einen ersten Überblick zum Stand der psychiatrischen Versorgung (Tabelle 4). In die Basisangebote der Angebotsformen AF 10 und AF 16 einbezogen wurde dabei das Fachpersonal, das für häufig damit kombinierte Programme zum Einsatz kam. Das sind Kontaktstellen (AF 12), tagesstrukturierende Gruppenprogramme (AF 23), psychotherapeutische Hilfen (AF 19) und ein komplementäres Angebot der Jugendpsychiatrie (AF 17). Nicht berücksichtigt wurde hier das Kolpinghaus Götzis, eine von mehreren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (AF 35) und die psychotherapeutischen Angebote des Vereins „Gemeinsam leben lernen“ (AF 19 und AF 29).

**Tab. 4: Daten zur psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg 2010**

AF	Art der Hilfsangebote	Plätze	Nutzer	Fachpersonal (Vollzeitäquiv.)			
		Anzahl	Anzahl Db C	VZÄ	Berufsgruppenmix		
					GQ1	GQ2	GQ3
niedergelassene Fachärzte				45			
davon Vertrag mit § 2-Kassen				17			
<b>Landeskrankenhaus Rankweil (Psychiatrie I und II)</b>							
30	Stationen Allgemeinpsychiatrie	142	2003	199	18%	53%	29%
	Stationen Gerontopsychiatrie	61					
	Stationen Langzeitpsychiatrie	9					
31	Station Jugendpsychiatrie	10					
20	teilstationäre Behandlung	6	0	2,4	17%	46%	37%
10	Ambulanz für Erwachsene		932	5,3	13%	62%	25%
11	KJP-Ambulanz		174	2,7	11%	63%	26%
10	forensische Ambulanz		35	0,3	67%		33%
<b>Krankenhaus der Suchtkrankenversorgung Stiftung Maria Ebene</b>							
30	Stationen für Alkoholentzug	50	369	22,1	38%	53%	9%
	Drogentherapiestation Carina	15	66	12,5	10%	71%	19%
	Drogentherapiestat. Lukasfeld	16	68	13,5	35%	52%	13%
16	Suchtmedizinische Ambulanz		899	2,8	62%	18%	20%
<b>Heilpädagogisches Zentrum Carina</b>							
31	Stationen	21	76	16,2	17%	31%	52%
21	Tagesklinik	8	27	3,7	19%	38%	43%
11	Ambulanz		25	0,2	100%		
<b>sozialpsychiatrische Ambulanzen (Integrationshilfe) – Zahlen zum Personal von 2008</b>							
10	Allgemeinpsychiatrie (7)		2249	117	7%	88%	5%
18	Gerontopsychiatrie (3)		123	6,4	5%	67%	28%
16	Sucht-/ Drogenhilfe (10)		1760	63,5	29%	65%	6%
11	Kinder-Jugend-Psychiatrie (2)		494	5,8	66%	34%	
15	Beschäftigungsprojekte (2)	30	58	17,8	2%	73%	25%
<b>stationäre Wohnbetreuung (Integrationshilfe)</b>							
33	Allgemeinpsychiatrie (8)	149	189	41,6	8%	55%	37%
36	Sucht-/Drogenhilfe (4)	36	48	9,3	50%	50%	
37	Kinder-Jugend-Psychiatrie (2)	12	30	9,0	20%	62%	18%

### 3.5 Abschätzung des relativen Gewichts ambulanter und stationärer Hilfen

Mit Hilfe der in Tabelle 4 genannten Zahlen kann man versuchen, das Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung in Vorarlberg abzuschätzen. Für die 337 teil- oder vollstationären Klinikplätze kommt Fachpersonal im Umfang von 269,4 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) zum Einsatz (1 Mitarbeiter auf 1,3 Plätze). Im Bereich der stationären Wohnbetreuung sind es 59,9 VZÄ für 197 Plätze (Schlüssel 1:3,3). In der nicht-stationären Integrationshilfe waren 210,5 VZÄ Fachpersonal tätig, die man zu den 4684 Datensätzen der von ihnen betreuten Personen in Beziehung setzen kann. Bei einer Betreuungskontinuität von durchschnittlich 2,9 Quartalen im Berichtsjahr 2010 ergäbe sich daraus eine Zahl von rund 3396 Betreuungsplätzen, das wäre ein Schlüssel von 1:16,1. Analog kann man auch die Werte für die Krankenhausambulanzen berechnen, die mit 11,3 VZÄ Fachpersonal zusammen 2065 Patientinnen und Patienten durchschnittlich 2,3 Quartale lang im Jahr behandelt haben, woraus sich 1187 Behandlungsplätze und ein Mitarbeiterschlüssel von 1:105,1 ergeben. Diese Zahlen sind sicherlich in einigen Bereichen ungenau und sollen hier lediglich einen groben Überblick ermöglichen. Danach ist psychiatrisches Fachpersonal zu 40% für ambulante und zu 60% für stationäre Hilfen eingesetzt. Auf einen Platz in der Klinik oder im Heim kommen knapp 9 ambulante Betreuungsplätze – neben den psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten in niedergelassenen Praxen.

**Tab. 5: Verhältnis von ambulanter zu stationärer psychiatrischer Versorgung**

	Plätze (Anzahl)	Fachpersonal (VZÄ)	Mitarbeiterschlüssel (Plätze pro VZÄ)
psychiatrische Kliniken (incl. TK)	337	269,4	1,3
stationäre Integrationshilfen	197	59,9	3,3
psychiatrische Klinikambulanzen	1187	11,3	105,1
nicht-stationäre Integrationshilfen	3396	210,5	16,1

### 3.6 Hohe Inanspruchnahme psychiatrischer Ambulanzdienste

Wie viele Personen 2010 von niedergelassenen Fachärzten psychiatrisch behandelt wurden, ist dem Autor nicht bekannt. Im Vorarlberger Psychiatriekonzept von 2002 wird berichtet, dass im Jahre 1999 die insgesamt 31 Angehörigen der Facharztgruppe Neurologie / Psychiatrie zusammen 6.986 Personen behandelt hatten. Auch die Zahl der in Vorarlberg niedergelassenen oder angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und der von ihnen behandelten Personen ist dem Autor nicht bekannt. Für die Berechnung der in institutionellen ambulanten Diensten behandelten Personen wurde die Zahl der für das Berichtsjahr 2010 abgegebenen Datenblätter C herangezogen. Danach nutzten 2743 Personen Integrationshilfe zur sozialpsychiatrischen Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, 1760 Patientinnen und Patienten mit Sucht- bzw. Drogenproblemen solche zur psychosozialen Betreuung oder Psychotherapie. Hinzu kommen noch die Krankenhausambulanzen des LKH Rankweil (1141), der Stiftung Maria Ebene (899) und des HPZ Carina (25) mit zusammen 2065 behandelten Personen. Ohne Berücksichtigung nicht dokumentierter und doppelt gezählter Fälle sind das insgesamt 6568 Personen, die 2010 in psychiatrischen Ambulanzdiensten behandelt wurden. In Zukunft sollte dem Prinzip der Fallkoordination im Sinne eines Clinical Case-

management mehr Beachtung geschenkt werden. Bei den sozialpsychiatrischen Integrationshilfen ist stärker zwischen dem Erfordernis kurzfristiger Krisenintervention und längerfristiger Betreuung zu differenzieren. Damit lässt sich die Betreuungsarbeit stärker auf Personen mit schwerwiegenden psychosozialen Risiken konzentrieren.

### **3.7 Klinische Behandlungskapazitäten im Fokus des Landesrechnungshofs**

Zu den stationären Behandlungskapazitäten hat zuletzt der Landesrechnungshof Vorarlberg ausführlich Stellung genommen.<sup>3</sup> Im Bundesländervergleich für die Akutpsychiatrie und das Jahr 2009 lag Vorarlberg bei der Zahl der stationären Aufnahmen mit einem Wert von 6,6 pro 1.000 Einwohner knapp unter dem Mittelwert in Österreich (6,9). Die Leistungsdichte wurde mit 124 Belagstagen pro 1.000 Einwohner um 23% über dem Mittelwert aller Bundesländer gemessen, die Verweildauer in der Klinik war vergleichsweise hoch, die Kosten pro Belagstag sehr niedrig. Die Zahl der Krankenhausbetten hat sich seit dem Psychatriekonzept von 2002 kaum verändert, es fehlt immer noch an dezentralen tagesklinischen Kapazitäten. Der Bereich der Kinder-Jugend-Psychiatrie muss insgesamt ambulant weiter ausgebaut und klinisch neu strukturiert werden (organisatorische Vereinheitlichung, Aufbau geschützter Behandlungsmöglichkeiten).

### **3.8 Einige Probleme bei den Hilfen zu Wohnen und Tagesstrukturierung**

Der bevorstehende demografische Wandel in der Gesellschaft erfordert mehr qualifizierte Angebote zur Erkennung, Behandlung und Pflege von Menschen mit einer Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen im Alter. Gegenwärtig fördert das Land eine Initiative, mehr gerontopsychiatrische Kompetenz in die Arbeit ambulanter und stationärer Pflegedienste zu bringen. Im Hinblick auf die chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen wird seit vielen Jahren ein Mangel von tagesstrukturierenden Angeboten beklagt, die gerade bei isoliert lebenden Betroffenen hilfreich sein können. Hier wurde inzwischen mit den Einrichtungsträgern der Integrationshilfe verabredet, bei der Nutzung von Gruppenangeboten genauer zwischen verbindlichen tagesstrukturierenden, wochenstrukturierenden und unverbindlichen Angeboten zu unterscheiden. Außerdem soll es künftig spezielle Angebote des ambulant betreuten Wohnens geben für eigenständig lebende Personen, die ohne regelmäßig aufsuchende Hilfen mit dieser Wohnform (noch) nicht zurechtkommen.

### **3.9 Großer Mangel bei den Hilfen zur Arbeit**

Nicht bedarfsgerecht ausgebaut sind die Hilfen zur Arbeit für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, sei es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sei es in einem beschützenden Rahmen. Der Anteil nicht arbeitstätiger psychiatrisch behandelter Personen im Alter zwischen 18 und unter 65 Jahren ist hoch. Der Wunsch nach einer sinnstiftenden und gesellschaftlich anerkannten regelmäßigen Beschäftigung ist auch unter psychisch erkrankten Menschen, die auf dem Arbeitsmarkt ohne Unterstützung keine Chance haben, weit verbreitet. Hier sind neben neuen

---

<sup>3</sup> Landesrechnungshof Vorarlberg (2011): Prüfbericht über die psychiatrische Versorgung in Vorarlberg. [www.vorarlberg.at](http://www.vorarlberg.at) (letzter Zugriff: 29.08.2011)

Konzepten für die ambulante Arbeitstherapie und die sozialpsychiatrische Integrationshilfe auch stärkere Aktivitäten von Seiten des Bundessozialamtes erforderlich.

## 4. Merkmale der betreuten Personen

### 4.1 Einige Kennzahlen ermöglichen Vergleiche zwischen Hilfsangeboten

Die Nutzergruppen der verschiedenen Hilfsangebote lassen sich auf Grundlage der Angaben auf dem Datenblatt C mit Hilfe von Kennzahlen vergleichend beschreiben. Die Tabelle 6 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. 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 6: Merkmale der betreuten Personen 2010 nach Angebotsform**

AF	Zahl Db C	K9		K10	K11	K12	K13	K14	K15
		Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur FI	psR	Dauer
10	3524	42%	56%		51%	7%	6%	17,7	2,6
11	970	54%	46%	83%	100%		2%	17,6	2,5
12	707	48%	52%		56%	4%	5%	20,6	2,9
15	58	45%	55%		65%		2%	18,3	2,8
16	1944	68%	32%	1%	58%	4%	1%	18,3	3,1
17	34	53%	47%	65%	100%		0%	18,0	2,6
18	123	32%	68%			100%		19,9	3,2
19	760	73%	27%	7%	89%	1%		17,1	2,8
10-19	8120	53%	47%	11%	62%	6%	3%	18,1	2,8
20	0								
21	27	85%	15%	100%	100%		0%		89 Tage
23	617	42%	58%		50%	4%	12%	19,7	3,2
29	22	45%	55%		77%		0%	21,1	152 Tage
20-29	666	44%	56%	4%	56%	4%	12%	19,7	
30	2462	54%	46%	2%	56%	8%	12%	20,6	29 Tage
31	120	70%	30%	99%	100%		7%		70 Tage
33	189	55%	45%	1%	70%	1%	18%	23,4	3,2
35	65	83%	17%		63%	5%	29%	22,7	2,7
36	48	71%	29%		56%		0%	23,6	2,5
37	30	37%	63%	77%	100%		27%	24,0	2,0
30-39	2914	55%	45%	7%	60%	7%	13%	21,1	



## 4.2 Besonderheiten der Nutzergruppen verschiedener Angebotsformen

Unter den Patientengruppen der ambulanten Hilfen weist die Angebotsform 19 einen überraschend hohen Männeranteil auf. Hierbei handelt es sich vor allem um psychotherapeutisch deklarierte Interventionen suchtkranker Personen – nicht selten im Rahmen des Maßnahmenvollzugs, was auch den hohen Anteil von Betreuungen mit juristischer Flankierung erklärt. Die Nutzer von Kontaktstellen (AF 12) haben einen vergleichsweise hohen Altersdurchschnitt und weisen das durchschnittlich höchste psychosoziale Risiko auf. Die größte Kontinuität in der Betreuung gibt es bei den Patientengruppen der Demenzprojekte (AF 18) und der Ambulanzen in der Kinderjugendpsychiatrie (AF 11). Bei den teil- und vollstationären Hilfen schwankt die Geschlechts- und Altersverteilung je nach Angebotsform. Wer die Durchschnittswerte des psychosozialen Risikos zwischen ambulanten, teil- und vollstationären Hilfen vergleichen will, muss dies berücksichtigen: Aus der Definition der Merkmale 3.4 und 3.5 des Datenblattes C ergibt sich, dass allein die Tatsache einer (tages-) klinischen Behandlung im Berichtsjahr oder einer stationären Wohnbetreuung am Jahresende zu einem Anstieg des Risikoscores führt. Dieser Sachverhalt wird bei der Dokumentation in den Kliniken bisher noch nicht immer berücksichtigt, bei der Plausibilitätskontrolle wurde das dann aber korrigiert.

## 4.3 Unterschiedliche Geschlechtsverteilung bei verschiedenen Krankheitsbildern

Die Geschlechtsverteilung von Patientengruppen ist von Bedeutung, weil sowohl das Vorkommen von Krankheiten als auch das Inanspruchnahmeverhalten bei Männern und Frauen unterschiedlich sein kann. So haben Männer im Durchschnitt größere Schwierigkeiten, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen, neigen eher dazu, diese abubrechen, und erleiden häufiger einen schweren Krankheitsverlauf. Der Diagnosenmix (K16) erlaubt einen groben Überblick über die Verteilung der Krankheitsbilder in einer Patientengruppe (Tabelle 7). Neurotische und psychosomatische Störungen, die in der Diagnosegruppe 1 zusammengefasst werden, kommen häufiger bei Frauen vor. Bei den Suchterkrankungen, die zusammen mit Persönlichkeitsstörungen die Diagnosegruppe 2 bilden, sind die Männer viel stärker vertreten.

**Tabelle 7: Codierung der Gruppen im Diagnosemix (K16) mit ICD-10-Codes**

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

#### 4.4 Änderungen im Diagnosemix bei ambulanten, teil- und vollstationären Hilfen

Auf die vorübergehende Berücksichtigung der aka Kinderdienste in der Psychiatrieberichterstattung für das Berichtsjahr 2009 ist die deutlich erhöhte Zahl an Datenblättern C bei ambulant betreuten Kindern und Jugendlichen zurückzuführen. Damit verbunden ist ein 2009 erhöhter Anteil von Personen mit einer psychiatrischen Erstdiagnose aus der Diagnosegruppe 0 (Tabelle 8). Bei den teilstationären Hilfsangeboten lässt der hohe Anteil von Datensätzen mit unbekannter bzw. unklarer Diagnose (Diagnosegruppe 9) vermuten, dass sich das dortige Fachpersonal über die Einordnung des Krankheitsbildes bei den betreuten Personen nicht immer im Klaren ist. Verringert hat sich seit 2008 der Patientenanteil in der Diagnosegruppe 3 (funktionelle Psychosen), bei den ambulanten Hilfen von 25% auf 17%, bei den teilstationären Hilfen von 51% auf 38%. Die dieser Diagnosegruppe zugeordneten Krankheitsbilder der Schizophrenie sowie der wahnhaften, bipolar affektiven und schweren depressiven Störungen verlaufen häufig chronisch und gehen oft mit erheblichen Beeinträchtigungen einher. Daher waren Menschen mit solchen Erkrankungen für die Sozialpsychiatrie immer eine hauptsächliche Zielgruppe für längerfristige Hilfen. Die Berechnung des Anteils dieser Erkrankungen im Diagnosemix von Patientengruppen gibt einen Hinweis, inwieweit ein sozialpsychiatrisches Hilfsangebot im Bereich der Allgemeinpsychiatrie diese Zielgruppe auch erreicht.

**Tabelle 8: Verteilung psychiatrischer Erstdiagnosen (K16) nach Leistungsart**

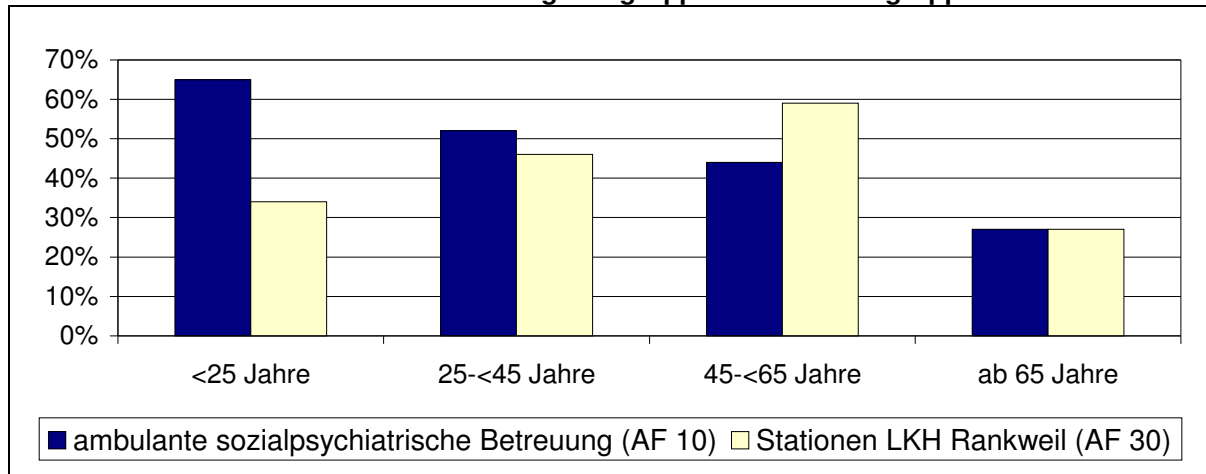
Leistungsart	Berichtsjahr	Code der Diagnosegruppen						
		0	1	2	3	4	8	9
ambulante Hilfen	2008	7%	31%	33%	24%	4%	1%	9%
	2009	16%	28%	31%	19%	5%	1%	4%
	2010	8%	25%	40%	17%	4%	1%	6%
teilstationäre Hilfen	2008	6%	26%	14%	51%	4%	0%	24%
	2009	7%	24%	19%	46%	3%	0%	7%
	2010	5%	24%	16%	38%	5%	0%	12%
stationäre Hilfen	2008	5%	16%	39%	25%	15%	0%	2%
	2009	6%	18%	44%	22%	8%	1%	2%
	2010	5%	18%	37%	23%	13%	1%	2%
alle Hilfen	2008	6%	26%	34%	25%	8%	1%	8%
	2009	13%	25%	33%	22%	5%	1%	4%
	2010	7%	24%	38%	20%	6%	1%	5%

#### 4.5 Besondere Risiken bei Männern mit psychotischen Erkrankungen

Auch wenn das Lebenszeitrisiko für eine Schizophrenie bei beiden Geschlechtern gleich hoch ist, erkranken Männer im Durchschnitt einige Jahre früher und zeigen einen schwereren Krankheitsverlauf. So stellen Männer auch den Großteil der Menschen, die in psychiatrischen Langzeitheimen betreut werden. Eine Sonderauswertung der Datensätze von Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung aus der Diagnosegruppe 3 zeigt mit zunehmendem Alter einen sinkenden Männeranteil (insgesamt 379 von 796) bei der ambulanten sozialpsychiatrischen (Langzeit-) Betreuung. Umgekehrt dagegen

steigt der Männeranteil in dieser Diagnosegruppe (insgesamt 266 von 502) auf den Stationen des LKH Rankweil bis zum 65. Lebensjahr an (Abbildung 5). Eine intensivere, ggf. Nachgehende und aufsuchende ambulante Betreuung von Männern mit psychotischen Erkrankungen könnte dazu beitragen, die bei Älteren häufigeren stationären Behandlungen und Betreuungen zu reduzieren.

**Abb. 5: Männeranteil bei Patienten der Diagnosegruppe 3 nach Altersgruppe**



#### 4.6 Vorteile einer mehrdimensionalen Erfassung des psychosozialen Risikos

Ein besonderer sozialpsychiatrischer Hilfebedarf für einen psychisch erkrankten Menschen ergibt sich nicht automatisch aus der diagnostischen Zuordnung seines Krankheitsbildes. Wichtig sind darüber hinaus Fragen zur Dauer und zum bisherigen Verlauf der Erkrankung sowie zu verschiedenen Aspekten der sozialen Integration der betroffenen Person, im Wohn- und Arbeitsbereich, in der Freizeit und beim Lebensunterhalt. Das psychosoziale Risiko (psR; K14) fasst als Summenscore je vier Merkmale zur Schwere bzw. Chronizität der psychischen Erkrankung der Person und zum Ausmaß ihrer sozialen Desintegration zusammen (Erläuterung in der Anlage 4). Die Kennzahl kann einen Wert zwischen 7 und 32 annehmen. Je höher der Durchschnittswert für die Nutzergruppe eines Hilfsangebots, desto verbreiteter ist das Risiko eines komplizierten und langwierigen Krankheitsverlaufs und damit der Bedarf an intensiver sozialpsychiatrischer Unterstützung. Dieser statistische Zusammenhang bezieht sich immer auf statistische Gruppen und sagt nichts über die konkreten Verhältnisse im Einzelfall aus.

#### 4.7 Große Vielfalt ambulanter sozialpsychiatrischer Hilfsangebote für Suchtkranke

Mit Hilfe des Durchschnittswerts des psychosozialen Risikoscores lässt sich auch der Zielgruppenbezug von solchen sozialpsychiatrischen Hilfsangeboten untersuchen, die sich diagnosebezogen spezialisiert haben – wie in der Suchthilfe. So werden einige Unterschiede zwischen den Nutzergruppen der einzelnen Hilfsangebote deutlich; andere Integrationshilfeprodukte für Suchtkranke wie Cafés und Anlaufstellen, Psychotherapie und Drogensubstitution bleiben hier unberücksichtigt. Für Menschen mit einer Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln hat die Stiftung Maria Ebene eine Ambulanz am Krankenhaus Frastanz (09.06), für Drogenabhängige drei Beratungsstellen: „Clean“-Bregenz (09.11), -Feldkirch (09.04) und -Bludenz (09.12). Die Caritas unterhält für Suchtkranke fünf „SozMed“-

Beratungsstellen (05.04) in Bregenz, Bludenz, Dornbirn, Feldkirch und Egg, für Drogenabhängige gibt es Caritas „HIOB“ in Feldkirch (05.06). Weitere Beratungs- und Therapiestellen für Drogenabhängige gibt es von „Team Mika“ in Bregenz (10.02, ein extra Angebot für Langzeitbegleitung: 10.03), „Fähre“ (08.01) sowie „Ex & Hopp“ (07.01) in Dornbirn und „Do it yourself“ in Bludenz (06.01).

#### 4.8 Unterschiede zwischen den Nutzergruppen der Suchtberatungsstellen

Vergleicht man die genannten Hilfsangebote nach der Anzahl der betreuten Personen und den Kennzahlen K9 bis K15, zeigen sich stellenweise große Unterschiede (Tabelle 9). Das gilt für den Anteil von Männern und Frauen (K9) bei den Nutzergruppen, für deren durchschnittliches psychosoziales Risiko (K14) und auch für die Betreuungskontinuität (K15). Bei den Angeboten 05.04 und 09.06, die sich auf Hilfen bei Abhängigkeit von legalen Suchtmitteln spezialisiert haben, sind juristische Flankierungen (K13) selten, und die Personen sind im Durchschnitt älter als bei den Drogenberatungsstellen. Bis auf die „Faehre“ (08.01) betreuen alle Beratungsstellen überwiegend Männer, wobei deren Anteil je nach Angebot zwischen 59% und 80% schwankt. Bei „Team Mika“, „Faehre“ und den drei „Clean“-Beratungsstellen erfolgen die Betreuungen zu mehr als 15% mit juristischer Flankierung, bei Caritas HIOB sowie „Ex & Hopp“ gab es diese gar nicht. Die Betreuungskontinuität schwankt zwischen 1,8 und 3,7 Quartalen ohne einen erkennbaren Zusammenhang mit der Ausprägung des psychosozialen Risikos der betreuten Personen oder dem Anteil an juristischen Flankierungen.

**Tab. 9: Kennzeichen der in Suchtberatungsstellen (AF 16) betreuten Personen**

Code Angebot	Zahl Db C	K9		K10	K11	K12	K13	K14	K15
		Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur FI	psR	Dauer
05.04	256	59%	41%	1%	40%	11%	4%	19,6	2,4
09.06	899	70%	30%	0%	42%	6%	2%	17,7	3,3
05.06	76	67%	33%	0%	100%	0%	0%	20,2	2,9
06.01	18	61%	39%	0%	78%	0%	11%	22,4	3,7
07.01	74	76%	24%	3%	85%	0%	0%	21,5	1,8
08.01	77	44%	56%	0%	69%	3%	16%	17,4	2,3
09.04	29	62%	38%	3%	72%	0%	28%	19,9	3,5
09.11	86	80%	20%	1%	86%	0%	17%	20,2	3,2
09.12	80	68%	32%	0%	81%	0%	20%	17,7	3,4
10.02	152	72%	28%	5%	92%	0%	42%	17,5	3,0
10.03	112	78%	22%	2%	87%	0%	20%	19,1	3,4

#### 4.9 Recht hoher Zielgruppenbezug bei der stationären Wohnbetreuung

Für die stationäre Wohnbetreuung im Rahmen der Integrationshilfe gibt es Angebote der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 37) sowie der Suchtkrankenversorgung (AF 36). Außerdem beteiligt sich noch das Kolpinghaus in Götzis als Einrichtung der Wohnungslosenhilfe (AF 35) an der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung. Bei den allgemeinpsychiatrischen Produkten lässt sich zwischen Reha-Wohnen (AF 33-Reha) und Langzeit-Wohnen (AF 33-LZ) differen-

zieren. Wenn die verschiedenen Hilfsangebote in dieser Weise gruppiert werden, ergeben sich ähnlich hohe Durchschnittswerte beim psychosozialen Risikoscore (K13) der Nutzergruppen, die deutlich über den meisten ambulanten Hilfsangeboten (Tabelle 10) liegen. Der Wert für die AF 37 fehlt, da hier nur wenige Personen das 18. Lebensjahr erreicht haben, ab dem dieser Wert erst berechnet werden kann. Plausibel erscheinen die beim Langzeit-Wohnen im Vergleich zum Reha-Wohnen erhöhte Betreuungskontinuität (K15), die häufiger bestehenden juristischen Flankierungen (K13) und das höhere Alter der betreuten Personen (K12).

**Tab. 10: Kennzeichen der Nutzer stationärer Wohnbetreuung (AF 33-37)**

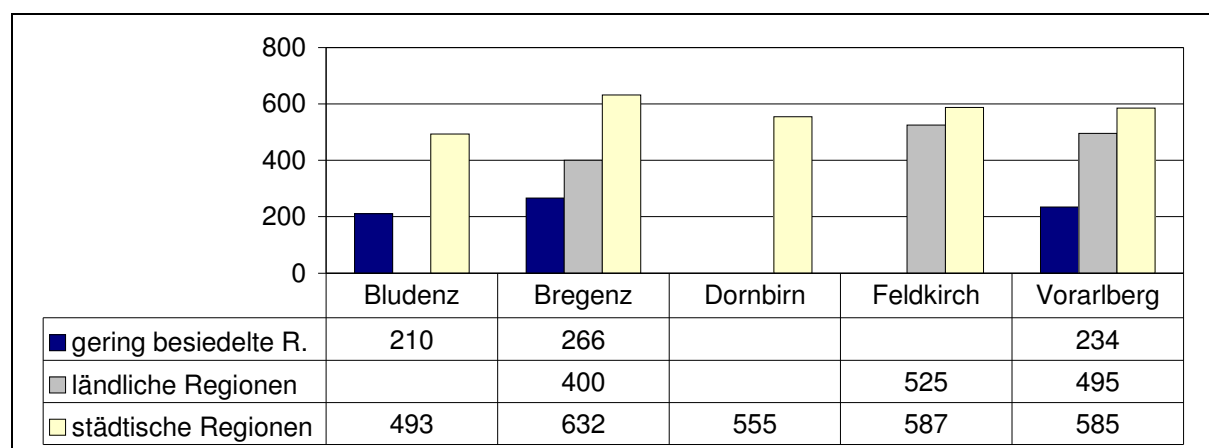
AF	Zahl Db C	K9		K10	K11	K12	K13	K14	K15
		Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur FI	psR	Dauer
33-Reha	87	54%	46%	1%	86%	0%	16%	23,4	2,9
33-LZ	102	56%	44%	0%	57%	2%	38%	23,3	3,5
35	65	83%	17%	0%	63%	5%	29%	22,7	2,7
36	47	71%	29%	0%	71%	0%	0%	23,6	2,5
37	30	37%	63%	77%	100%	0%	17%		2,0

## 5. Analysen zur regionalen Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen

### 5.1 Regional gleichmäßige stationäre Versorgung durch das LKH Rankweil

Eine vollständige personenbezogene Dokumentation der Betreuung ermöglicht bei genügend großer Zahl von Datensätzen auch regionale Vergleiche. Die Inanspruchnahmeziffer (K26) gibt Auskunft über die Anzahl betreuter Personen pro 100.000 Einwohner des untersuchten Gebietes. Die stationär im LKH Rankweil behandelten erwachsenen Patientinnen und Patienten (AF 30) sind zu 96% Vorarlberger. Die Auswertung der Angaben zu ihrem Wohnort zeigen, dass hier eine relativ gleichmäßige Versorgung gewährleistet ist (Abbildung 6). Die Inanspruchnahmeziffer liegt im Durchschnitt bei 492, ihr Anstieg mit der Siedlungsdichte der Region entspricht der Erwartung einer entsprechenden Zunahme klinisch behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen.

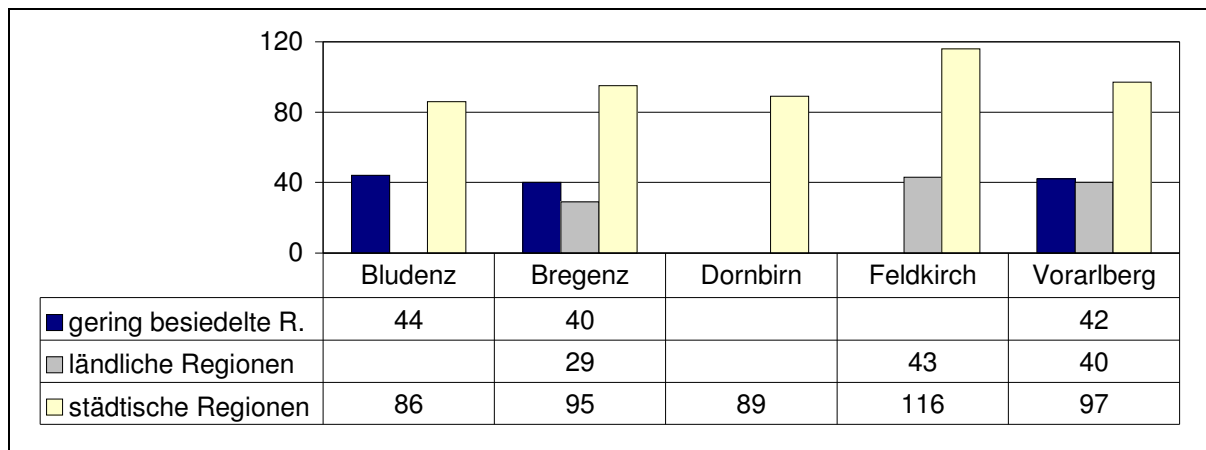
**Abb. 6: Inanspruchnahmeziffer LKH Rankweil (AF 30)**



## 5.2 Das Krankenhaus Maria Ebene behandelt viele auswärtige Patienten

Die im Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene stationär behandelten suchtkranken Personen kommen nur zu 56% aus Vorarlberg, dafür zu 41% aus anderen Bundesländern und zu 3% aus dem Ausland. Differenziert man die erstgenannte Gruppe nach ihrem Wohnort, zeigt sich eine deutlich stärkere Inanspruchnahme aus städtischen Verdichtungsgebieten als aus ländlich und gering besiedelten Regionen (Abbildung 7). Besonders häufig kommen Personen aus dem Nahbereich der Klinik also aus der Stadt Feldkirch und Kummenberg. Die Inanspruchnahmeziffer liegt für Nutzer mit Wohnsitz in Vorarlberg bei durchschnittlich 76 pro 100.000 Einwohner.

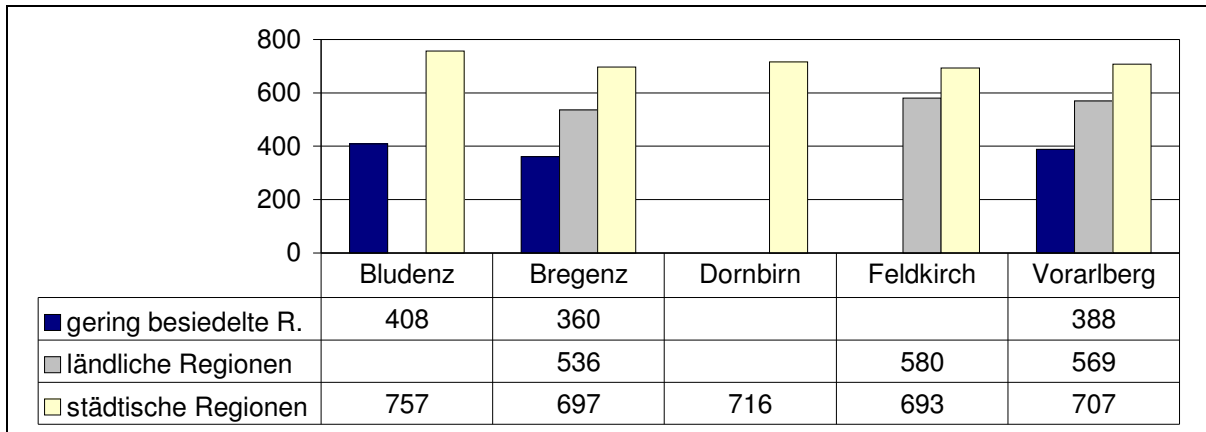
**Abb. 7: Inanspruchnahmeziffer für das Krankenhaus Maria Ebene (AF 30)**



## 5.3 Flächendeckende ambulante sozialpsychiatrische Betreuung für Erwachsene

Analysen zur regionalen Inanspruchnahme lassen sich auch für die Integrationshilfeprodukte der ambulanten sozialpsychiatrischen (Langzeit-)Betreuung durchführen, da hier ebenfalls genügend Datenblätter C vorliegen. Die Produkte „ambulante sozialpsychiatrische Beratung und Betreuung“ (IVa-4441-200-001) und „ambulante sozialpsychiatrische Langzeitbetreuung“ (IVa-4441-220-002) werden in vier (bis 2010: fünf) Beratungsstellen des Arbeitskreises Sozialmedizin (aks) angeboten. Das entsprechende Produkt der drei Praxisgruppen von Pro Mente Vorarlberg (pmv) heißt „ambulante sozialpsychiatrische und psychosoziale Leistungen“ (IVa-4441-200-002). Der Schwerpunkt von aks liegt in der wohnortnahen Betreuung des Oberlandes, von pmv im dicht besiedelten Rheintal. Beide Träger zusammen gewährleisten mit ihren dezentralen Dienststellen eine für alle Regionen gleichermaßen gut zugängliche ambulante Betreuung für Menschen mit entsprechendem Hilfebedarf. Dies zeigt sich in einer in allen vier Bezirken ähnlich hohen und mit der Siedlungsdichte ansteigenden Inanspruchnahmeziffer, die im Durchschnitt bei 613 Personen pro 100.000 Einwohner liegt (Abbildung 8). Zu ganz ähnlichen Ergebnissen führt die Auswertung der Datensätze für die Suchtberatungsstellen (AF 16), wobei dort die Nutzer mit Wohnsitz in städtischen Regionen noch etwas stärker überwiegen. Die Inanspruchnahmeziffer beträgt hier im Durchschnitt 487 Personen pro 100.000 Einwohner.

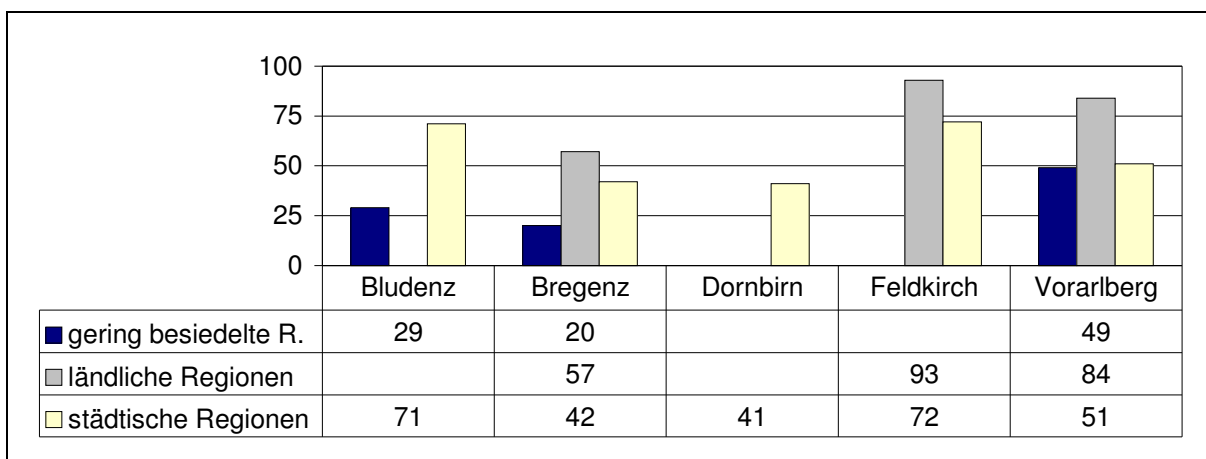
**Abb. 8: Inanspruchnahmeziffer für sozialpsychiatrische (Langzeit-) Betreuung (AF 10; nur Angebote 02.05, 02.06, 11.06) nach Siedlungsdichte**



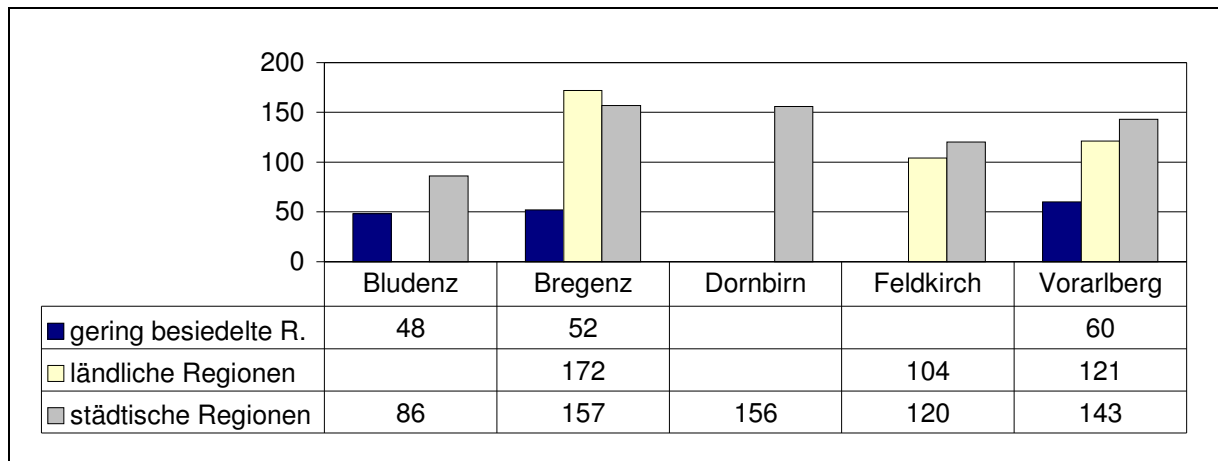
#### 5.4 Ungleichmäßige ambulante Versorgung in der Kinder-Jugend-Psychiatrie

Um die fachspezifische ambulante Behandlung von psychisch kranken Kindern kümmert sich hauptsächlich der aks (Angebot 02.01; N=186) und in geringem Umfang auch die Ambulanz des HPZ Carina (Angebot 04.01; N=21). Für psychisch erkrankte Jugendliche ist pmv (Angebot 11.01; N=275) und das LKH Rankweil (Angebot 01.06; N=174) zuständig. Das pmv-Angebot 11.07 (N=310) bleibt bei der hier vorgenommenen regionalen Analyse zur Inanspruchnahme unberücksichtigt, da es in der Regel in Kombination mit einem der vorgenannten Angebote zum Einsatz kommt. Wie die Abbildungen 9 (Kinderpsychiatrie) und 10 (Jugendpsychiatrie) zeigen, werden die ambulanten Hilfsangebote vor allem aus dem Nahbereich der jeweiligen Standorte in Anspruch genommen. So erscheint in der Kinderpsychiatrie das Unterland und die gering besiedelten Gebiete des Oberlandes vergleichsweise unzureichend versorgt, in der Jugendpsychiatrie dagegen das gesamte Oberland.

**Abb. 9: Inanspruchnahmeziffer für Ambulanzen der Kinderpsychiatrie (AF 11; nur Angebote 02.01, 04.01) nach Siedlungsdichte**



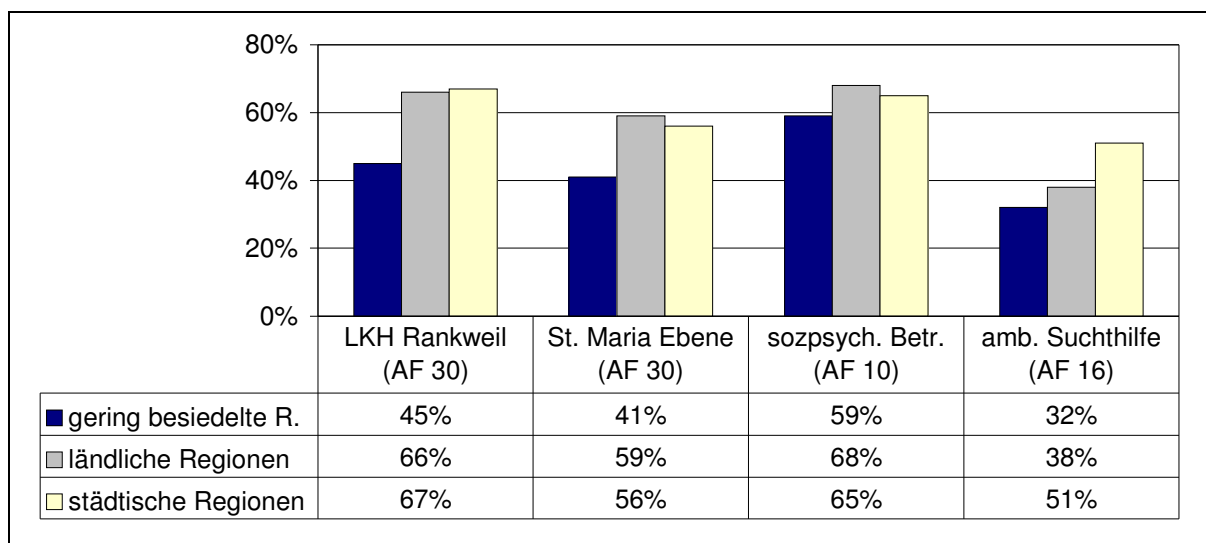
**Abb. 10: Inanspruchnahmeziffer für Ambulanzen der Jugendpsychiatrie (AF 11; nur Angebote 01.06, 11.01) nach Siedlungsdichte**



### 5.5 Psychiatrisch behandelte Personen häufig ohne Arbeitstätigkeit

Der Anteil psychisch erkrankter Menschen ohne Arbeitstätigkeit liegt nach den Angaben auf dem Datenblatt C weit über der Arbeitslosenrate in Vorarlberg, die 2010 bei 3,7% der Einwohner zwischen 18 bis unter 65 Jahren lag. Natürlich gibt es auch in der Allgemeinbevölkerung viele Menschen dieser Altersgruppe ohne Arbeitstätigkeit, die nicht in der Arbeitslosenstatistik auftauchen, u. a. vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Personen. Aber dennoch – der Unterschied ist deutlich: Bei den in psychiatrischen Einrichtungen betreuten Personen sind je nach Angebotsform und Siedlungsdichte zwischen 32% und 68% ohne Arbeitstätigkeit (Abbildung 11). Städte sind auch hier wieder starker betroffen als gering besiedelte Regionen, Patientinnen und Patienten der Allgemeinpsychiatrie (LKH Rankweil – AF 30 und ambulante sozialpsychiatrische Betreuung – AF 10) stärker als Suchtkranke, insbesondere solche, die ambulant behandelt werden (AF 16).

**Abb. 11: Anteil psychiatrisch betreuter Personen ohne Arbeitstätigkeit**





## 6. Analysen zum Vorrang kontinuierlicher Hilfen für Hochrisikogruppen

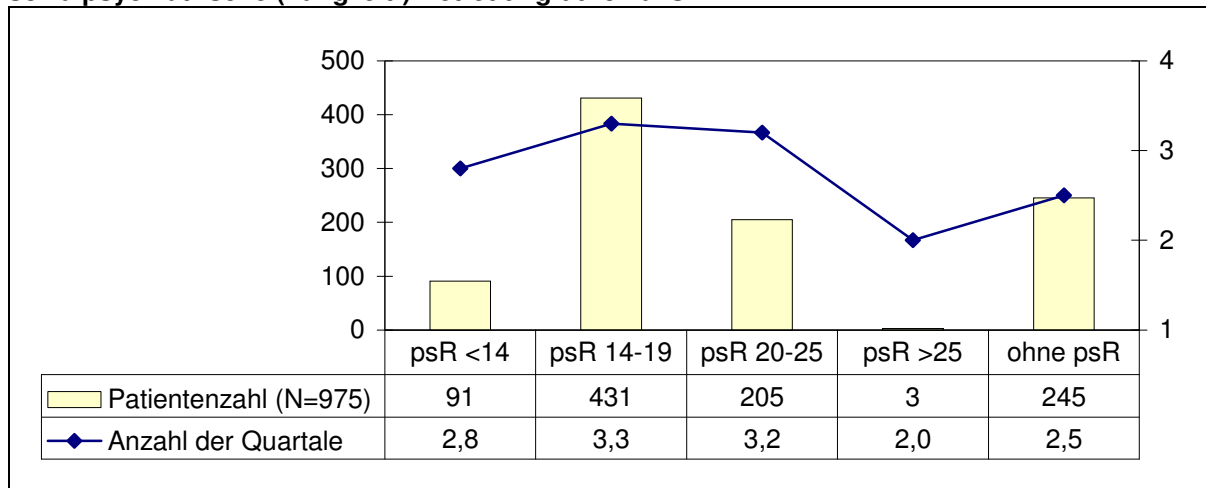
### 6.1 Längerfristige Hilfen auf Personen mit höherem Risiko konzentrieren

Die therapeutischen und rehabilitativen Strategien der Sozialpsychiatrie sind auf eine kontinuierliche ambulante Betreuung von Patienten mit einem hohen psychosozialen Risiko (psR) ausgerichtet. Das soll dazu beitragen, dass die Betroffenen in ihrem gewohnten Lebensumfeld verbleiben können und weniger stationäre Hilfen in Anspruch nehmen müssen. Menschen mit einem sehr hohen psR (Score-Werte von über 25) sind relativ selten, bei ihnen sind öfter auch stationäre Hilfen erforderlich. Psychisch erkrankte Menschen mit einem geringen psychosozialen Risiko (Score-Werte unter 14) sollten nach dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe auf eine Lebensführung ohne längerfristige sozialpsychiatrische Betreuungsnotwendigkeit vorbereitet werden. Die Ausrichtung ambulanter Hilfsangebote auf diesen Ansatz lässt sich überprüfen, indem man die Durchschnittswerte der Betreuungsdauer im Berichtsjahr bei Betroffenen mit unterschiedlich ausgeprägtem psR ermittelt. Anzustreben ist eine mit ansteigendem psR (von links nach rechts im Diagramm) zunehmende Anzahl betreuter Personen (Säule im Diagramm) und höhere Kontinuität der Betreuung (Linie im Diagramm).

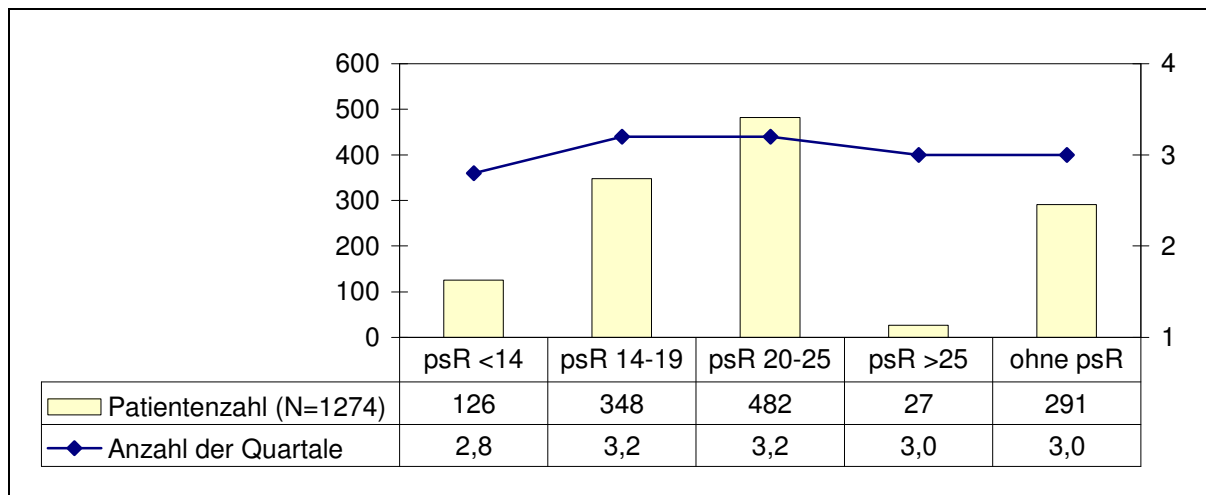
### 6.2 Zielgruppenbezug bei ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuung verbessern

Von den drei Angeboten zur sozialpsychiatrischen (Langzeit-) Betreuung in der Allgemeinpsychiatrie (02.05, 02.06, 11.06) gibt es genügend Datensätze für aussagekräftige Ergebnisse. (Abbildungen 12-13). Die Anzahl der diesbezüglich vom aks gelieferten Datensätze blieb gegenüber dem Vorjahr fast konstant (2010: 975; 2009: 962), bei pmv gab es eine Steigerung von fast 18% (N 2010: 1274; 2009: 1084). Berechenbar war der psR für 75% (2009: 83%) der Datensätze von aks und für 77% (2009: 80%) derjenigen von pmv. Der Mittelwert des psychosozialen Risikos bei den vom aks betreuten Personen liegt mit 17,4 (2009: 16,8) unter dem entsprechenden Wert von 19,0 bei pmv (2009: 19,1). Die Betreuungskontinuität ist in beiden Fällen allgemein recht hoch, steigt allerdings mit zunehmendem psychosozialen Risiko der betreuten Personen nur wenig oder gar nicht an.

**Abb. 12: Betreuungskontinuität (K15) nach Risikoscore (K14) für ambulante sozialpsychiatrische (Langzeit-) Betreuung durch aks**



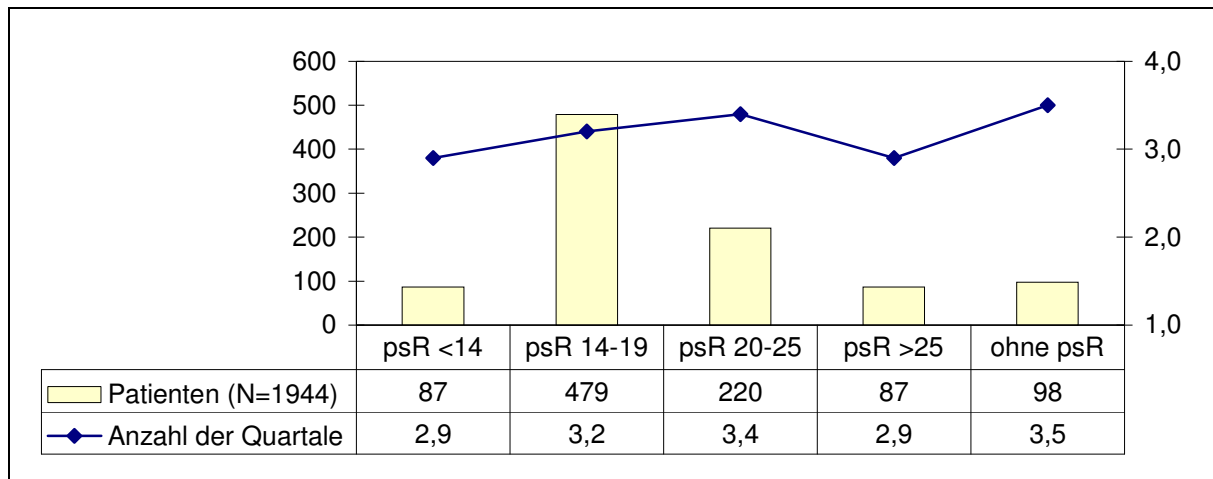
**Abb. 13: Betreuungskontinuität (K15) nach Risikoscore (K14) für ambulante sozialpsychiatrische Betreuung durch pmv**



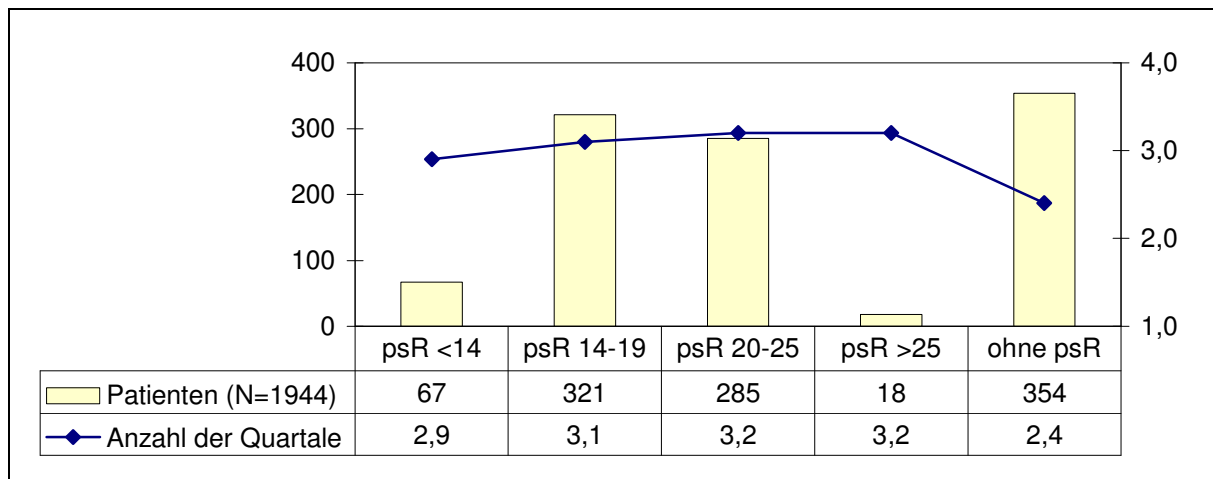
### 6.3 Hohe Betreuungskontinuität auch in der ambulanten Suchthilfe

Vergleichsmöglichkeiten ergeben sich auch in Bezug auf die ambulanten Suchtberatungsstellen (Abbildungen 14 und 15). Der psR für die 899 Datensätze der erstmals an der personenbezogenen Berichterstattung mit dem Datenblatt C beteiligten Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene (09.06) ist zu 89% berechenbar, der Mittelwert des psR liegt bei 17,7. Die Kontinuität der Betreuung steigt dort mit zunehmendem Risiko der Betroffenen deutlicher an als bei den übrigen Suchtberatungsstellen. Diese lieferten 2010 insgesamt 1045 Datensätze (2009: 965), bei der psR ließ sich nur in 67% der Fälle (2009: 57%) berechnen, sein Mittelwert liegt bei 19,0 (2009: 18,7).

**Abb. 14: Betreuungskontinuität (K15) nach Risikoscore (K14) für die Suchtmedizinische Ambulanz Maria Ebene (AF 16; nur 09.06)**



**Abb. 15: Betreuungskontinuität (K15) nach Risikoscore (K14) für die übrigen Ambulanzen der Suchtkrankenversorgung (AF 16; ohne 09.06)**





## 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 Patienten 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 bei den Patienten in %
K10	Minderjährige	Anteil Patienten im Alter unter 18 Jahren in %
K11	Jüngere	Anteil Patienten im Alter unter 45 Jahren in %
K12	Alte	Anteil Patienten im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzlich Betreute	Anteil der Patienten 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 Patienten in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung Patienten nach Region ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut 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	Patienten mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Gebiet pro 100.000 Einwohner 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 Einwohner des betreffenden Gebietes

### Anlage 3:

#### Liste der Einrichtungsträger mit ihren Hilfsangeboten

Code-Nr.	Kurzbezeichnung		
<b>01.00</b>	<b>LKH Rankweil</b>	<b>09.00</b>	<b>Stiftung Maria Ebene</b>
01.01	LKHR Stationen	09.01	ME Drogentherapiestation Carina
01.02	LKHR Tagesklinik	09.02	ME therapeutische WG Lukasfeld
01.03	LKHR Ambulanz	09.03	ME BS Clean Feldkirch Psychotherapie
01.04	LKHR forensische Ambulanz	09.04	ME BS Clean Feldkirch Stabilisierung
<b>02.00</b>	<b>aks Sozialmedizin</b>	09.06	ME Suchtmedizinische Ambulanz
02.01	aks KJP-Ambulanz med. Reha.	09.07	ME stationäre Entgiftung / Entwöhnung
02.02	aks Ambulanz med. Reha.	09.08	ME Drogentherapiestation Lukasfeld
02.03	aks Berufsbezogene Betreuung	09.09	ME BS Clean Bregenz Psychotherapie
02.04	aks Fachärztliche Sprechtag	09.10	ME BS Clean Bludenz Psychotherapie
02.05	aks amb. sozialpsych. Betreuung	09.11	ME BS Clean Bregenz Stabilisierung
02.06	aks sozialpsych. Langzeitbetreuung	09.12	ME BS Clean Bludenz Stabilisierung
02.07	aks Demenzprogramm	<b>10.00</b>	<b>Team Mika</b>
02.08	aks Sozialpsychiatrische Reha-WG	10.01	Mika Erhalt der Abstinenz (PT)
02.09	aks Langzeitwohnen teilbetreut	10.02	Mika Gesundheit, Stabilisierung
02.10	aks Langzeitwohnen vollbetreut	10.03	Mika Langzeitbegleitung
02.11	aks wochenstrukt. Programme	10.04	Team Mika Wohnen
02.12	aks Beschäftigungsinitiativen	<b>11.00</b>	<b>Psychosoziale Gesundheitsdienste</b>
02.13	aks off. sozialpsych. Tageszentren	11.01	PGD KJP-Ambulanz
02.14	aks sozialpsych. Tageszentrum	11.02	PGD Ambulanz med. Rehabilitation
02.15	Kiesel	11.03	PGD Psychotherapie
<b>03.00</b>	<b>Aqua Mühle Frastanz</b>	11.04	PGD Arbeitstraining
03.01	Aqua Wohnbetreuung Borderline	11.06	PGD sozialpsychiatrische Betreuung
03.02	Aqua begleitetes Wohnen	11.07	PGD KJP sozialpsych. Betreuung
03.03	Aqua betreutes Wohnen	11.08	PGD Aktiv. von Menschen mit Demenz
03.04	Aqua Intensivbetreutes Wohnen	11.09	PGD Wohnen mit Reha-Charakter
03.05	Aqua Tagesstruktur. für Externe	11.10	PGD Langzeitwohnen teilbetreut
<b>04.00</b>	<b>Heilpädagog. Zentrum Carina</b>	11.11	PGD Beschäftigungsprogramm
04.01	Carina KJP-Ambulanz	11.12	PGD psychosoziales Tageszentrum
04.02	Carina KJP-Station	11.13	PGD JuMeGa Betr. in Gastfamilien
04.03	Carina KJP-Tagesklinik	11.14	PGD Ju-on-Job Werkth. für Jugendliche
<b>05.00</b>	<b>Caritas Vorarlberg</b>	<b>12.00</b>	<b>Sozialpsychiatrie Bregenz</b>
05.01	Caritas Sozmed Psychotherapie	12.01	Sozpsych Bregenz therap. Wohnen
05.03	Caritas Sozmed KS Essstörungen	<b>13.00</b>	<b>Verein für seel. Gesundheit Rankweil</b>
05.04	Caritas Sozmed Suchtberatung	13.01	VSG Wohnheim mit Langzeitcharakter
05.05	Caritas Sozmed Nachbetr.-WG	<b>14.00</b>	<b>Firma Dr. Bacher</b>
05.06	Caritas HIOB psychosoz. Betr.	14.01	Bacher Gedächtnistherapiezentrum

05.07	Caritas HIOB Substitution	<b>15.00</b>	<b>Projekt Gemeinsam Leben Lernen</b>
05.08	Caritas HIOB Café und Anlaufstelle	15.01	GGL Psychotherapie Tagesklinik
05.09	Caritas HIOB Arbeitsprojekt Wald	15.02	GGL Psychotherapie Ambulanz
05.10	Caritas betreute Wohngemeinschaft	15.03	GGL Kontaktstelle
<b>06.00</b>	<b>Do it yourself</b>	<b>16.00</b>	<b>Omnibus e.V.</b>
06.01	Do it yourself psychosoz. Betreuung	16.01	Omnibus (Selbsthilfe-Ber.-/ Kont.-Stelle)
06.02	Do it yourself Café und Anlaufstelle	<b>17.00</b>	<b>Institut für Sozialdienste</b>
<b>07.00</b>	<b>Ex &amp; Hopp</b>	17.01	IfS Sozialpsych. Intensivbetreuung
07.01	Ex & Hopp psychosoz. Betreuung	17.02	IfS Psychotherapie
07.02	Ex & Hopp Schadensminimierung	17.03	IfS Atelier
07.03	Ex & Hopp Abgabe / Substitution	<b>18.00</b>	<b>Kolpinghaus</b>
<b>08.00</b>	<b>Die Faehre</b>	18.01	Kolpinghaus Götzis
08.01	Die Faehre amb. Therapie (Stabil.)		
08.03	Die Faehre amb. Therapie (PT)		



## Anlage 4:

### **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 Psychiatrieerberichterstattung 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 Einrichtungen<sup>4</sup>. Der Risikoscore wurde später um die „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (DB C-Merkmal 3.4) und die „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (DB C-Merkmal 3.7) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Beispiel der Nutzer von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft:51-58

<sup>5</sup> Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

## Anlage 5:

### Zuordnung der Hilfsangebote zu Integrationshilfeprodukten 2010

Produktgruppe (Handlungsschwerpunkte)	Integrationshilfeprodukte mit Produkt-Nr. und Kurzbezeichnung		Angebotsformen (Zahl Angebote)
4411 Stabilisierung, Verbesserung der psychischen Gesundheit	4411-100	psychiatrische Behandlung	11(3),21(1),31(1)
	4411-200	psychoth./sozialpsych. Beh.	10(2),16(2),19(8)
	4411-300	stationäre Suchttherapie	30(3)
4431 Teilhabe am Arbeitsmarkt	4431-100	Arbeitstraining	15(1)
	4431-200	Arbeitsassistenz	15(1)
4441 Entwicklung der Persönlichkeit und des Potentials	4441-100	interdisziplin. Diagnostik (KJP)	11(1)
	4441-200	Förd./Wiederherst. psy. Ges.	10(3),16(5),11(1)
	4441-220	psychosoziale Stabilisierung	10(1),16(7),18(3)
4442 Leben in Eigenständigkeit und Selbstständigkeit	4442-100	Vorbereitung auf ein Leben in Eigenständigkeit	33(4),36(4), 37(2),23(1)
	4442-300	Alltagsbewältigung	12(1)
4443 Wohnen (stationäre Betreuung und Pflege)	4443-100	Wohnen – Teilbetreuung	33(4)
	4443-200	Wohnen – Vollbetreuung	33(3)
4444 soziale Integration	4444-100	verbindliche, tagesstr. Ang.	12(1),23(4),17(1)
	4444-200	offene, tagesstr. Angebote	12(6)

## Anlage 6:

### Ausgewertete Datenblätter C 2008-2010 nach Angebotsform

Code-Nr. / Kurzbezeichnung der Angebotsform		ausgewertete Datenblätter C		
		2008	2009	2010
alle Hilfen (Angebotsformen 10-39)		8.505	10.365	11.700
10	Ambulanzen	3.346	3.476	3.524
11	Ambulanzen KJP	478	1.470	970
12	Kontaktstellen	395	496	707
15	Arbeitshilfen	129	85	58
16	Sucht-Beratungsstellen	895	965	1.944
17	Tagesstrukturhilfen KJP (2009 in AF 27)	0	24	34
18	Demenzprojekte	26	127	123
19	Sonstige (Psychotherapie)	637	829	760
alle ambulanten Hilfen (Angebotsformen 10-19)		5.906	7.472	8.120
20	Tagesklinik	0	0	0
21	Tagesklinik KJP	18	22	27
23	Tagestrukturhilfen	437	602	617
29	Sonstige (Tagesklinik Psychotherapie)	25	28	22
alle teilstationären Hilfen (Angebotsformen 20-29)		480	676	666
30	Klinik-Stationen	2.654 <sup>1</sup>	1.838 <sup>2</sup>	2.462
31	Klinik-Stationen KJP	61	77	120
33	Wohnheime allgemein	164	197	189
35	WH Wohnungslose	0	71	65
36	WH Suchtkranke	0	41	48
37	WH KJP	0	17	30
alle vollstationären Hilfen (Angebotsformen 30-39)		2.879	2.241	2.914

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

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

## Anlage 7:

### Anzahl ausgewerteter Datenblätter C 2010 nach Einrichtungsträger

Einrichtung		Gesamtzahl Datenblätter C	davon für Pat. ab 18 Jahren	DB C mit auswertbarem psR	
Code	Kurzbezeichnung			Anzahl	Anteil
1-18	alle	11.700	10.523	7.338	70%
1	LKH Rankweil	3109	2844	1339	47%
2	aks	1837	1609	1256	78%
3	Aqua Mühle	122	121	109	90%
4	Carina	128	0		
5	Caritas	462	459	291	63%
6	Do it yourself	18	18	5	28%
7	Ex & Hopp	246	241	39	16%
8	Faehre	273	249	167	67%
9	Maria Ebene	2071	2027	1888	93%
10	Team Mika	282	273	240	88%
11	pmv	2890	2424	1796	74%
12	Sozpsych Breg.	18	18	18	100%
13	VSG	9	9	8	89%
14	Bacher	92	92	81	88%
15	GLL	67	67	65	97%
17	IfS	11	8	8	100%
18	Kolping	65	64	38	59%

**Anlage 8:**

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.)		hauptsächliches Einzugsgebiet
			nach Plan <sup>6</sup>	belegt <sup>7</sup>	

**Code vorrangiger Kostenträger**

1 = Krankenversicherung; 2 = Rentenversicherung; 3 = Landesgesundheitsfonds; 4 = Sozialfonds; 5 = Bundessozialamt; 6= AMS; 7 = Bundesministerien; 8 = Eigenmittel des Patienten / Klienten; 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)

<sup>6</sup> bei ambulanten Leistungen kann dieses Feld auch frei bleiben

<sup>7</sup> am Jahresende, im letzten Monat, im letzten Quartal oder im Durchschnitt des Jahres (passende Alternative wählen)

## Anlage 9

### Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

#### B) Datenblatt für einzelne Angebote eines Einrichtungsträgers

Berichtsjahr:

#### 1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger

	(Code-Nr.)

Dieses Angebot ist Maßnahmefinanziert (wenn ja, bitte Abschnitt 2. ausfüllen)

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 Diplomierte Fachpersonal					
3 Andere					

Code Qualifikationen: 1 = psychiatrische Grundausbildung; 2 = psychotherapeutische Qualifizierung; 3 = Andere (ohne Verwaltungspersonal)

#### 4. Bitte Zahl der im Berichtsjahr behandelten bzw. betreuten Patienten angeben: (Möglichst für jeden Patienten dann ein ausgefülltes Datenblatt C beilegen)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Anlage 10:

### Psychiatrische Versorgung in Vorarlberg Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

#### C) Datenblatt für die Patientenbezogene 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 den jeweiligen Patienten 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 Person des Patienten und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen*

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

**2.2 Alter (oder Jahrgang)**  
0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 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 der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

(Fortsetzung auf der Rückseite)

### 3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

		<b>3.1. psychiatrische Hauptdiagnose</b> 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
		<b>3.2. Alter bei Ersterkrankung</b> 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
		<b>3.3. Dauer seit Ersterkrankung</b> 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
		<b>3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt</b> 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
		<b>3.5. Wohnsituation</b> 0 = minderjährig in (Teil-, Pflege-)Familie; 1 = eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner 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
		<b>3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)</b> 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit (alles unter 35 Stunden/Woche), auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation (z.B. RPK), Sonderschule o. ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar
		<b>3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte</b> <i>Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.</i> 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
		<b>3.8. vorrangiger Lebensunterhalt</b> 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosengeld, Karenzgeld, alle Bezieher von Versicherungsleistungen (einschl. Beamtenpension); 3 = durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von statt. 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 (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		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. Versorgung	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
4.11 <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		