

Vorarlberger Psychiatriebericht 2012

Impressum

Verfasser:
Dr. Hermann Elgeti
Region Hannover
Dezernat II.3
Hildesheimer Straße 20
D-30169 Hannover
E: hermann.elgeti@region-hannover.de

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

Bregenz, Februar 2013

Vorwort



Gesundheit ist ein kostbares Gut und wichtiger Bestandteil unserer Lebensqualität. Das spüren wir besonders dann, wenn sie uns vorübergehend oder gar längerfristig verloren geht. Wachsender Wohlstand, sozialer und medizinischer Fortschritt sorgen dafür, dass sich der Gesundheitszustand der Menschen in unserem Land verbessert und die durchschnittliche Lebenserwartung sich erhöht. Im Zuge der Veränderung unserer Lebens- und Arbeitsbedingungen ist unsere Gesundheit inzwischen weniger durch akute Ereignisse und körperliche Krankheiten bedroht. An Bedeutung gewinnen dagegen chronische Krankheitsverläufe und seelische Leiden.

Psychische Erkrankungen können als akute Krise nur ein einziges Mal im Leben vorkommen, unter besonderer Belastung mehrmals auftreten oder 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. Auf der anderen Seite treffen sie gelegentlich in ihrer Umgebung auch auf Vorbehalte, Angst und Abwehr.

Vorarlberg hat sich in den letzten 30 Jahren der Sorgen und Nöte psychisch erkrankter Menschen angenommen. Dank der Initiative von vielen engagierten Einzelpersonen und Gruppen wurden von Einrichtungen und Behörden zahlreiche Hilfsangebote auf- und ausgebaut. Sie dienen nicht nur der Vorbeugung und Behandlung psychischer Krankheiten, sondern auch der Rehabilitation und Langzeitbetreuung.

Mit dem Vorarlberger Psychiatriekonzept von 2002 wurde eine erste Zwischenbilanz gezogen, verbunden mit Vorschlägen für weitere Maßnahmen. Seit 2003 begleitet ein Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung den dadurch angeregten Reformprozess und erarbeitet Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung des Hilfesystems. Auf seine Initiative hin hat die Landesregierung Anfang 2012 ein Projekt zur Evaluation und Fortschreibung des Psychiatriekonzepts von 2002 gestartet und die Systempartner dabei umfassend einbezogen. Bis Ende 2013 soll das Vorarlberger Psychiatriekonzept für die Jahre 2015 bis 2025 fertig gestellt sein.

Im Zentrum einer gelingenden psychiatrischen Dienstleistung steht die Arzt-Patient-Beziehung bzw. der vertrauensvolle und hilfreiche Dialog zwischen der betroffenen Person und denen, die für sie therapeutische Verantwortung tragen. Wenn es darum geht, den Erfolg einer Maßnahme im Einzelfall oder den Nutzen bestimmter Hilfsangebote im Land zu überprüfen, kommen wir allerdings ohne aussagekräftige Daten nicht aus. Sie helfen bei der Erkennung und Beseitigung von Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Um verlässliche Datengrundlagen für die Planung und Evaluation der psychiatrischen Versorgung zu schaffen, wurde auf Empfehlung des Psychiatriebeirats ab 2006 eine regionale Psychiatrie-berichterstattung für Vorarlberg aufgebaut. Als Ergänzung folgte 2009 im Rahmen einer neuen Verfahrensregelung zur Planung sozialpsychiatrischer Integrationshilfen die Erhebung von Daten, die eine Überprüfung der Notwendigkeit und Wirksamkeit dieser Hilfen unterstützen soll. Beide Initiativen sind gemeinsam mit den Systempartnern entwickelt worden und finden breite Akzeptanz.

Der Psychiatriebericht 2012 fasst wichtige Ergebnisse aus beiden Systemen erstmals in einer Veröffentlichung zusammen und bietet für interessierte Laien und Fachleute eine Fülle von Informationen. Ich freue mich, dass dadurch der Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen in Vorarlberg neue Impulse gegeben werden und danke allen, die an der Erhebung und Auswertung der Daten beteiligt sind, für ihre fachkundige und engagierte Mitwirkung.

Dr. Christian Bernhard
Gesundheitslandesrat

Kurzfassung

Im Psychiatriebericht 2012 werden für das Berichtsjahr 2011 die Auswertungsergebnisse zur regionalen Psychiatrieberichterstattung und zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen erstmals gemeinsam vorgelegt. In der Einführung gibt es einen Rückblick auf die diesbezüglichen Aktivitäten seit der Veröffentlichung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002 in Verbindung mit seiner derzeit geplanten Fortschreibung.

Die Auswertungen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung beschränken sich diesmal auf die anonymisierte Personenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C. Für das Berichtsjahr 2011 standen hierzu insgesamt 12.457 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 ersten 30 Monate seit Einführung des neuen Verfahrens im Juli 2009 bis Ende Dezember 2011. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 679 Anträge für teil- oder vollstationäre sozialpsychiatrische Integrationshilfen bearbeitet, von denen in 502 Fällen umfassende Datensätze für eine vertiefte Auswertung vorlagen. Damit konnten Untersuchungen zum Zielgruppenbezug der Hilfen und zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität vorgenommen werden. Die Ergebnisse geben Anregungen für die weitere Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen, sowohl im Rahmen der Organisationsentwicklung der Leistungserbringer 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 liegt bei sechs Wochen und lässt sich wohl nur bei optimalem Zusammenspiel aller Systempartner auf den Zielwert von maximal vier Wochen verkürzen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	7
2. Regionale Psychiatrieberichterstattung	9
2.1 Vorbemerkungen zur Erhebung und Auswertung der Daten	9
2.2 Zur Sozialstruktur der Vorarlberger Bevölkerung.....	11
2.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick	13
2.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie	16
2.5 Ergebnisse zur Suchthilfe	20
2.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	25
2.7 Ergebnisse zur stationären Wohnbetreuung.....	29
2.8 Anlagen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung.....	31
Anlage 1: Gruppierung der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen	31
Anlage 2: Definition der Kennzahlen zur Datenauswertung.....	32
Anlage 3: Liste der Einrichtungsträger mit ihren Hilfsangeboten	33
Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2011 nach Angebotsform.....	34
Anlage 5: Notiz zum Aussagewert des psychosozialen Risikos	35
Anlage 6: Formularvorlagen der Datenblätter A bis C	36
3. Evaluation der Planung von Integrationshilfen	40
3.1 Vorbemerkungen zum Planungs- und Evaluationsverfahren.....	40
3.2 Ergebnisse zu den Planungsverfahren	43
3.3 Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Hilfen	47
3.4 Analysen zur Plausibilität der geplanten Leistungsintensität	49
3.5 Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen.....	54
Anlage I: einbezogene Angebote (teil-)stationärer Integrationshilfen	54
Anlage II: Kennzahlen zu geplanten Hilfen nach Angebot 2009 bis 2011	55
Anlage III: Leistungsintensität nach Risikoscore der Nutzenden	56
Anlage IV: Leistungsintensität nach Problemscore der Nutzenden	58
Anlage V: Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg.....	60
Anlage VI: Datenblätter zum Hilfeplanverfahren (Datenblätter C bis H)	63

1. Einführung

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

Das Amt der Vorarlberger Landesregierung verfügt damit über erfolgversprechende Hilfsmittel für

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)

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)

eine Qualitätsentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auf der individuellen, institutionellen und regionalen Ebene (Tabelle 1.1). 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.

Tab 1.1 Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen: Synopsis der Aufgaben

	Planung und Evaluation	Dokumentation und Berichterstattung
individuelle Ebene	Befragung der Hilfen auf ihre Notwendigkeit u. 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 Psychiatrieberichterstattung (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 arbeitet nach Vorgaben einer Lenkungsgruppe und wird von einem externen Projektmanagement unterstützt. Auf Grundlage umfangreicher Recherchen in der Fachliteratur und unter den 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 sollen das Kernstück des neuen Psychiatriekonzepts für die Jahre 2015 bis 2025 bilden.

Die Auswertungsberichte zur regionalen Psychiatrieberichterstattung und zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen werden für das Jahr 2011 erstmals gemeinsam präsentiert. Sie können jeweils nur eine Auswahl der Ergebnisse bringen, wobei die thematischen Schwerpunkte der Darstellung variieren können. Die zuletzt noch getrennt veröffentlichten, oben erwähnten Berichte enthalten auch wichtige allgemeine Informationen zu den Projekten, auf die hier noch einmal ausdrücklich verwiesen wird.

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	
	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 Leistungsdokumentation für jede im einzelnen Angebot betreute Person

Für eine Beteiligung an der regionalen Berichterstattung konnten die psychiatrischen Kliniken und die Anbieter von sozialpsychiatrischen Integrationshilfen schnell gewonnen werden. Nicht gelungen ist dagegen bisher die Einbeziehung der psychiatrischen Facharztpraxen und der meisten Anbieter psychotherapeutischer Hilfen. Dagegen fanden die Anbieter 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 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 Einwohnerinnen und Einwohner (Einw.) werden die Inanspruchnahme (K26), das Platzangebot (K27) und der Fachkräfteeinsatz (K28) berechnet.

2.2 Zur 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). Die Region Walgau gehört mit einem kleinen Teil zum Bezirk Feldkirch (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 Kummernberg.

Tab. 2.2.1 Regionen nach Siedlungsdichte mit Einwohnerzahl 2011

Bezirk	gering besiedelte Regionen ($<1,0$ E./ha)	ländliche Regionen ($1,0$ - $<3,0$ E./ha)	städtische Regionen ($\geq 3,0$ E./ha)
Bludenz <i>61.367</i>	101 Arlberg / Klostertal 102 Großes Walsertal 103 Montafon 105 Walgau <i>47.821 Einw.</i>		104 Stadt Bludenz <i>13.746 Einw.</i>
Bregenz <i>127.825</i>	201 Hi. Bregenzerwald 203 Kleinwalsertal 207 Vo. Bregenzerwald <i>35.290 Einw.</i>	204 Leiblachtal <i>13.991 Einw.</i>	202 Hofsteig 205 Rheindelta 206 Stadt Bregenz <i>78.544 Einw.</i>
Dornbirn <i>82.623</i>			301 Lustenau 302 Stadt Dornbirn 303 St. Hohenems <i>82.623 Einw.</i>
Feldkirch <i>100.549</i>		403 Vorderland 404 Walgau <i>44.338 Einw.</i>	401 Kummernberg 402 Stadt Feldkirch <i>56.211 Einw.</i>

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

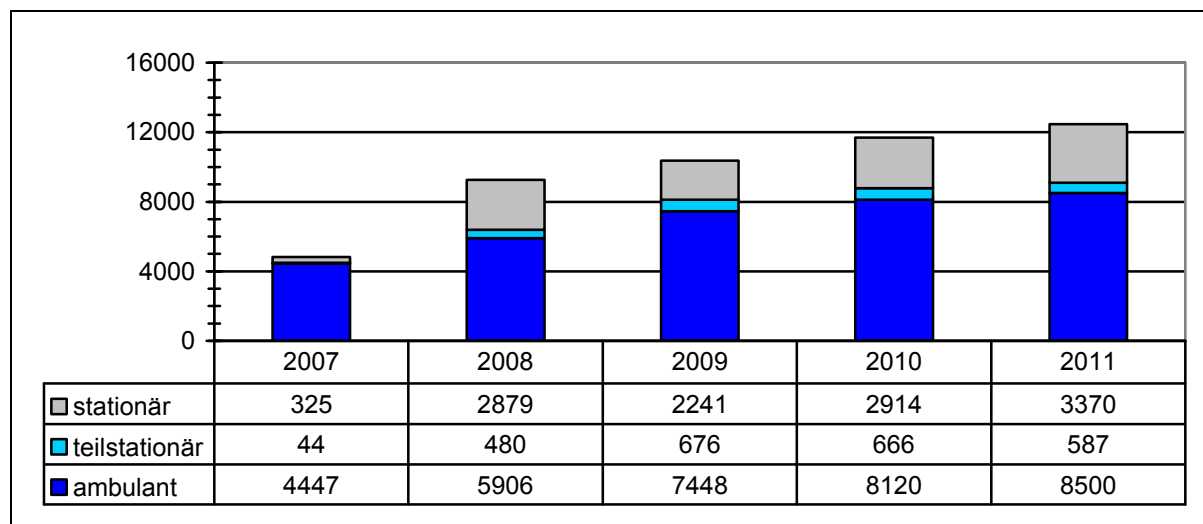
Siedlungsdichte	gering besiedelt		ländlich		städtisch		Vorarlberg	
Zahl der Gemeinden	52		24		20		96	
Fläche (Tsd. ha)	194		26		40		260	
Berichtsjahr	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
K20: Einw. (Tsd.)	83	83	58	58	226	231	367	372
K21: Siedlungsdichte	0,5	0,5	2,5	2,5	6,4	6,5	3,6	3,7
K22: <18 Jahre	22 %	20 %	22 %	21 %	21 %	20 %	22 %	20 %
K23: 18-<65 Jahre	63 %	64 %	63 %	64 %	64 %	64 %	64 %	64 %
K24 ≥65 Jahre	15 %	16 %	14 %	16 %	15 %	16,5	15 %	16 %
K25 Arbeitslose	2,2 %	2,2 %	3,2 %	3,0 %	4,3 %	4,3 %	3,7 %	3,7 %

2.3 Angebot und Nutzung psychiatrischer Hilfen im Überblick

Im Jahr 2011 haben 17 Einrichtungen für insgesamt 69 Hilfsangebote 12.457 Datenblätter C abgegeben, darunter waren 38 ambulante, 7 teilstationäre und 24 stationäre Angebote. 60 der 69 Hilfsangebote betrafen Integrationshilfeprodukte. 28 Angebote lassen sich der Allgemeinpsychiatrie (PSY) zuordnen, 24 der Suchthilfe (SH), 12 der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP). Hinzukommen sind drei ambulante gerontopsychiatrische Angebote (GP) und zwei aus der Wohnungslosenhilfe (WH). Ähnlich ausgerichtete Angebote sind in einer Angebotsform (AF) zusammengefasst. So sind in der AF 16 elf ambulante Angebote der Suchthilfe und in der AF 33 elf Angebote stationärer Wohnbetreuung im Rahmen der Integrationshilfe vertreten. Eine Übersicht zur Anzahl der für die Berichtsjahre 2008 bis 2011 ausgewerteten Datenblätter C nach Angebotsform findet sich in der Anlage 4.

Die Auswertung für das Jahr 2011 beschränkt sich auf Angaben zum Datenblatt C. Die beim Kostenträger gespeicherten Angaben zu den Datenblättern A und B für die ambulanten Integrationshilfen standen für das Jahr 2011 noch nicht in der erforderlichen Formatierung zur Verfügung. Die Zahl der ausgewerteten Datenblätter C zur anonymisierten Personen-bezogenen Basis- und Leistungsdokumentation hat sich gegenüber den Vorjahren weiter erhöht (Abbildung 2.3.1) und liegt jetzt bei 12.457. Im Vergleich zu 2010 nicht mehr einbezogen war das Team Mika (Code 10.00; AF 16 und 36), dessen Angebote zum 30.06.2012 eingestellt wurden. Hinzugekommen ist demgegenüber das Kolpinghaus Bregenz (19.00; AF 35).

Abb. 2.3.1 Anzahl ausgewerteter Datenblätter C nach Leistungsart 2007 - 2011



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). 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.

Tab. 2.3.1 Merkmale der betreuten Personen 2011 nach Angebotsform

AF	ausgewertete Datenblätter C		K9 ⁵		K10	K11	K12	K13	K14*	K15
	2010	2011	Männer	Frauen	<18 J	<45 J	≥65 J	jur FI	psR	Dauer
			2011							
10	3.524	3.601	42 %	58 %	<1 %	51 %	7 %	4 %	17,8	2,7
11	970	955	52 %	48 %	80 %	100 %		<1 %	17,7	2,4
12	707	897	43 %	57 %	<1 %	53 %	4 %	6 %	20,8	2,8
15	58	62	42 %	58 %		64 %		3 %	18,7	2,9
16	1.944	2.077	66 %	34 %	1 %	52 %	5 %	1 %	18,4	3,1
17	34	32	66 %	34 %	59 %	100 %			26,0	2,9
18	123	123	32 %	68 %			100 %		20,0	2,9
19	760	753	72 %	28 %	4 %	83 %	1 %		17,1	3,1
10-19	8.120	8.500	52 %	48 %	10 %	59 %	6 %	3 %	18,2	2,8
20	0	0								
21	27	25	92 %	8 %	100 %	100 %				97 Tage
23	617	536	46 %	54 %	<1 %	51 %	4 %	10 %	19,9	3,2
29	22	26	42 %	58 %		73 %			22,7	126 Tage
20-29	666	587	47 %	53 %	5 %	54 %	3 %	9 %	20,1	
30	2.462	755	50 %	50 %	<1 %	55 %	12 %	4 %	20,3	29 Tage
31	120	187	62 %	38 %	100 %	100 %		2 %	23,5	55 Tage
33	189	189	58 %	42 %		71 %	2 %	27 %	23,1	3,2
35	65	169	83 %	17 %		54 %	5 %	25 %	24,5	3,2
36	48	36	86 %	14 %		61 %			22,7	2,6
37	30	34	47 %	53 %	65 %	100 %		15 %	25,7	2,7
30-39	2.914	3.370	53 %	47 %	7 %	59 %	10 %	6 %	20,9	

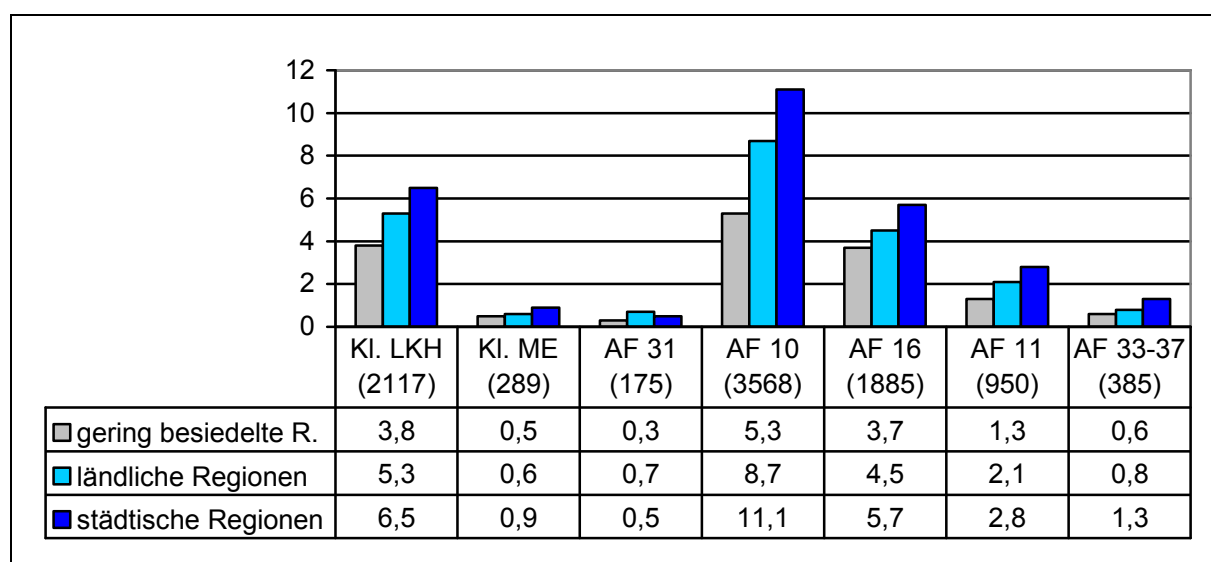
*) Kursiv dargestellte Werte beziehen sich auf weniger als 50 % der Datensätze.

⁵ Kennzahl, die den Prozent-Anteil der Männer an der Gesamtzahl aller betreuten Personen angibt.

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 und in Regionen hoher Arbeitslosigkeit 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. Gegenüber dem Vorjahr ist 2011 allein die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (AF 31) deutlich angestiegen. Der Anstieg in den Angebotsformen 33-37 beruht auf erstmaliger Teilnahme des Kolpinghauses Bregenz (AF 35) an der Datenerhebung. 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 Einwohnerinnen und Einwohner 2011



2.4 Ergebnisse zur Allgemeinpsychiatrie

Als Ergänzung zur allgemeinpsychiatrischen Regelversorgung in Facharztpraxen und psychotherapeutischen Angeboten sind sowohl das LKH Rankweil als auch sozialpsychiatrische 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 Anbietern 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).

Tab. 2.4.1 Angebote Allgemeinpsychiatrie nach Angebotsform 2011*

Code-Nr. Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant				teilstationär			stationär	
		10	12	15	19	20	23	29	30	33
01.00	LKH Rankweil	2				(1)			1	
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	3	(2)	1			2			3
03.00	Pro Mente Vorarlberg	2	1	1	(1)		1			2
11.00	Aqua Mühle						1			4
12.00	Sozialpsychiatrie Bregenz									1
13.00	Verein für seel. Gesundheit									1
15.00	Gemeinsam Leben Lernen		(1)		1			1		
16.00	Omnibus		(1)							
Summe der Angebote mit Datenblatt C		7	1	2	1	0	4	1	1	11

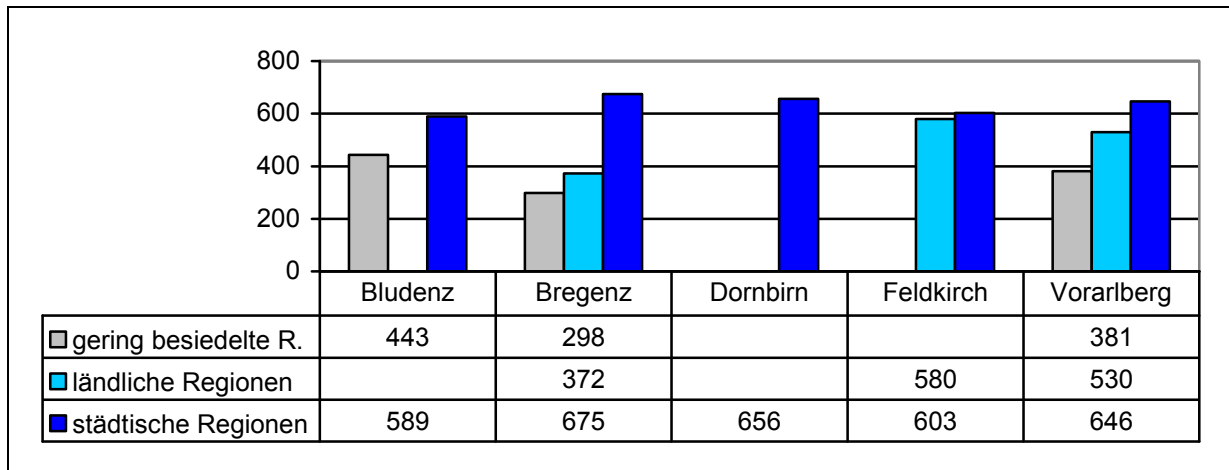
*) in Klammern gesetzt Angebote ohne Beteiligung an Datenerhebung mit Datenblatt C

Die Hauptrolle im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Integrationshilfen spielen Pro Mente Vorarlberg (11.00) und der Arbeitskreis Sozialmedizin (02.00) 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. Die ambulante Psychotherapie (AF 19) bei Pro Mente beteiligt sich bisher nicht an der Erhebung mit dem Datenblatt C. Stationäre Wohnbetreuung leisten auch die Sozialpsychiatrie Bregenz, der Verein für soziale Gesundheit Rankweil und Aqua Mühle Frastanz, letztere leisten zusätzlich tagesstrukturierende Hilfen (AF 23).

Für psychisch erkrankte Erwachsene standen 2010 im LKH Rankweil – Allgemein- und Gerontopsychiatrie zusammengenommen – 202 stationäre Behandlungsplätze (AF 30) zur Verfügung, das sind 54 Plätze pro 100.000 Einw.. Zusätzlich sind sechs tagesklinische Plätze ausgewiesen, zu denen

allerdings bisher keine Datenblätter C abgegeben wurden. Die Inanspruchnahme liegt in den städtischen Verdichtungsräumen aller vier Bezirke auf ähnlich hohem Niveau (Abbildung 2.4.1). Im Nahraum der Klink (gering besiedelte Regionen Bezirk Bludenz, ländliche Regionen Bezirk Feldkirch) liegt die Inanspruchnahme deutlich über den entfernteren Vergleichsregionen (Leiblachtal bzw. Bregenzerwald, Bezirk Bregenz).

Abb. 2.4.1 Inanspruchnahme LKH Rankweil (Stationen für Erwachsene) 2011



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

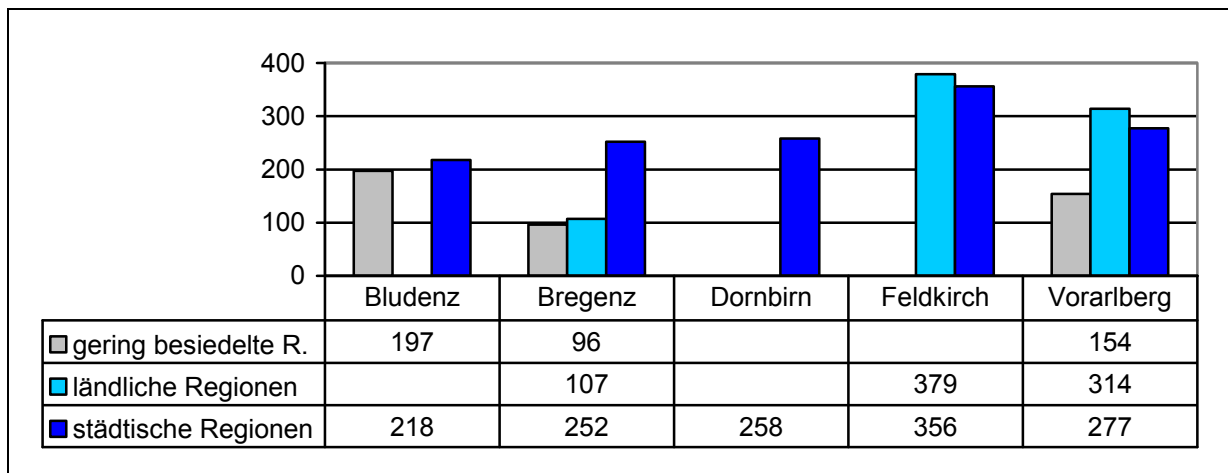
Die Zahl der im LKH Rankweil stationär behandelten und auf einem Datenblatt C dokumentierten Erwachsenen ist gegenüber dem Vorjahr um 13 % (von 1959 auf 2220) angestiegen (Tabelle 2.4.1). Die Gesamtdauer ihrer stationären Behandlung – unabhängig von der Zahl der Aufenthalte – liegt meist bei ein bis vier Wochen pro Jahr. Mit zunehmender Dauer steigt der durchschnittliche psychosoziale Risikoscore der Betroffenen nicht an. Bei den sehr lange behandelten Patientinnen bzw. Patienten handelt es sich hauptsächlich um jüngere Menschen mit psychotischen Erkrankungen.

Tab. 2.4.2 Merkmale im LKH Rankweil stationär behandelter Erwachsener

Tag/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2010	1.959	498	1.000	413	48
	2011	2.220	579	1.092	496	53
Männer (K9)	2010	50 %	42 %	49 %	61 %	48 %
	2011	46 %	40 %	45 %	54 %	40 %
<45 Jahre (K11)	2010	56 %	69 %	52 %	47 %	69 %
	2011	54 %	65 %	50 %	45 %	72 %
Psychose (K16 / DG 3)	2010	19 %	16 %	22 %	16 %	51 %
	2011	28 %	14 %	27 %	43 %	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

Die Notfallambulanz des LKH Rankweil für Erwachsene wird im Vergleich zum stationären Bereich regional noch ungleichmäßiger genutzt, und das betrifft diesmal auch die städtischen Regionen (Abbildung 2.4.2). Dies ist ein Hinweis auf die Dringlichkeit einer Dezentralisierung der spezifischen Hilfsangebote des LKH Rankweil zumindest im ambulant-teilstationären Bereich.

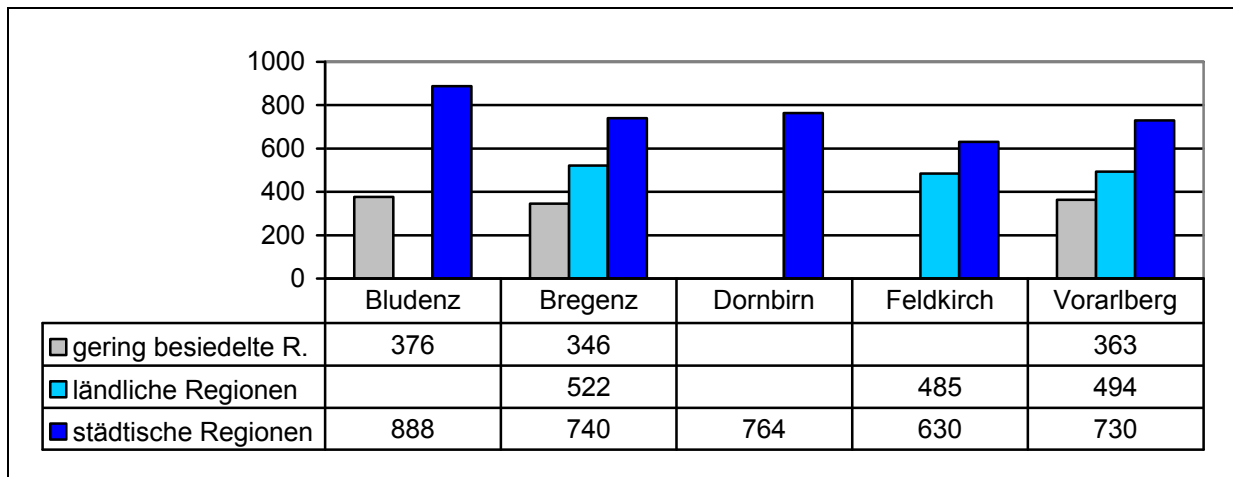
Abb. 2.4.2 Inanspruchnahme Ambulanz für Erwachsene LKH Rankweil 2011



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreuter Personen 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 sozial-psychiatrische (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. Das Angebot wurde 2011 gegenüber dem Vorjahr in der Stadt Bludenz häufiger und im Bezirk Feldkirch seltener genutzt; Ursache könnte die Schließung der AKS-Beratungsstelle in Feldkirch sein. 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 2011*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreuter Personen 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 weniger jüngere Menschen (K11) betreut. Aus präventiven Gründen sollten sich die Bemühungen um eine kontinuierliche Betreuung stärker auf jüngere psychotisch erkrankte Männer konzentrieren, die freilich eher zum Behandlungsabbruch neigen. Entsprechend würde dann auch der Durchschnittswert des psychosozialen Risikoscore mit der Kontinuität der Betreuung stärker ansteigen.

Tab. 2.4.3 Patientenmerkmale ambulante sozialpsychiatrische Betreuung

Quartale/Jahr		alle	1	2	3	4
Patientenzahl (K3)	2010	2249	369	338	288	1230
	2011	2265	337	356	277	1295
Männer (K9)	2010	38 %	38 %	41 %	41 %	37 %
	2011	38 %	40 %	42 %	36 %	37 %
<45 Jahre (K11)	2010	46 %	54 %	52 %	47 %	42 %
	2011	46 %	57 %	51 %	51 %	42 %
Psychose (K16 / DG 3)	2010	39 %	34 %	33 %	31 %	43 %
	2011	38 %	32 %	37 %	30 %	41 %
Risikoscore (K14)	2010	18,3	17,8	18,0	18,0	18,6
	2011	18,8	17,8	18,2	18,5	19,1

2.5 Ergebnisse zur Suchthilfe

Die Angebote der Suchthilfe wurden anlässlich der Vorarbeiten zum Vorarlberger Drogenbericht 2012 im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung ausführlich dargestellt.⁶ Alle im Produktkatalog der Vorarlberger Integrationshilfen aufgeführten und im Land selbst lokalisierten sozialpsychiatrischen Angebote der Suchthilfe wurden in die regionale Psychiatrieberichterstattung einbezogen. 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), Maßnahmen ambulanter Psychotherapie (AF 19) und ambulanter Behandlung, Stabilisierung bzw. Substitution (AF 16), stationärer Behandlung (AF 30) und Wohnbetreuung (AF 36). Das Team Mika (10.00) mit vier Angeboten beendete seine Tätigkeit Ende Juni 2012 und beteiligte sich für das Berichtsjahr 2011 nicht mehr an der Datenerhebung (Tabelle 2.5.1).

Tab. 2.5.1 Angebote Suchthilfe nach Angebotsform 2011*

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant			stationär	
		12	16	19	30	36
05.00	Caritas Vorarlberg	1 (+1)	3 (+1)	1		2
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
10.00	Team Mika		(2)	(1)		(1)
Summe der Angebote mit Datenblatt C		2	11	5	3	3

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

⁶ Elgeti H (2012): Angebote der Suchthilfe im Spiegel der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung – aktualisierter Bericht mit Daten des Jahres 2011. <http://vorarlberg.at/suchtkoordination>

Das Angebot der Suchthilfe ist gut ausgebaut und umfasst einen beträchtlichen Anteil am gesamten Platzangebot (K1) in der institutionsbezogenen psychiatrischen Versorgung. 2011 betrug der Anteil bei den stationären Integrationshilfen (AF 33, 36 und 37) 16 % und bei den Klinikbetten (AF 30 und 31) 25 %, wobei allerdings in Bezug auf das Krankenhaus der Stiftung ME nur 56 % der Personen, die stationär behandelt wurden, in Vorarlberg wohnten. Bei den nicht-stationären Integrationshilfen wurden 2011 38 % der belegten Plätze von der Suchthilfe angeboten, und bei den Klinikambulanzen (LKH Rankweil, KJPP 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).

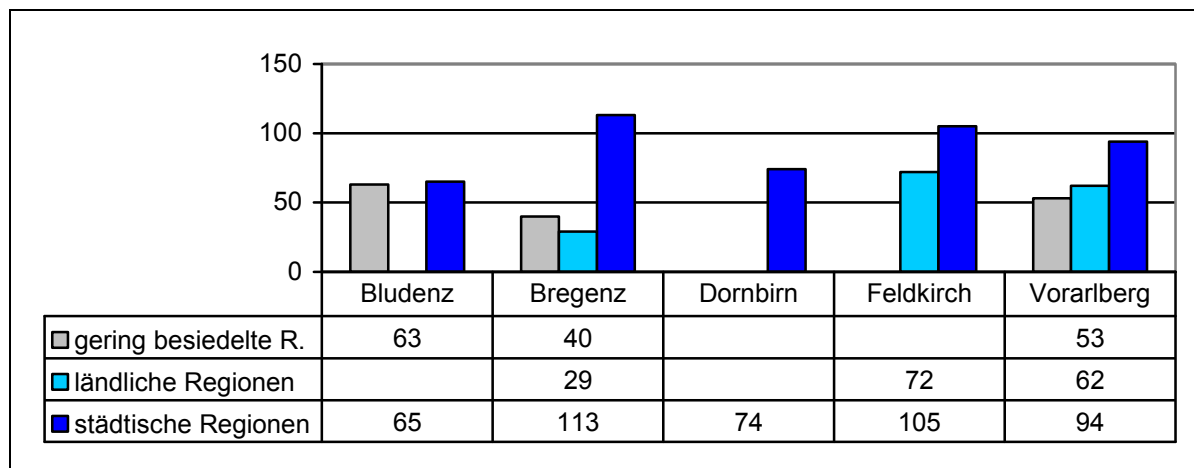
Tab. 2.5.2 Anteil Suchthilfe an der gesamten psychiatrischen Versorgung 2011

	stationäre Hilfen						nicht-stationäre Hilfen					
	Klinik-behandlung			Integrations-hilfen			Klinik-ambulanzen			Integrations-hilfen		
	alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen		alle	Suchthilfen	
Plätze	330	81	25 %	196	31	16 %	1437	971	68 %	3396	1276	38 %
Db C	2942	535	18 %	259	36	14 %	2395	1177	49 %	6594	1769	27 %
K15*	30	50		3,0	2,4		2,4	3,3		3,0	2,9	

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

45 stationäre Behandlungsplätze stehen für die medizinische Rehabilitation von Vorarlberger Suchtkranken zur Verfügung, wenn man von den insgesamt 81 Plätzen einen Anteil von 44 % für die von auswärts kommenden Personen abzieht. Bei rund 372.000 Einw. sind das etwa 12 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 liegt die Inanspruchnahme aus städtischen Regionen über derjenigen aus ländlichen und gering besiedelten Regionen (Abbildung 2.5.1). Vergleichsweise stark vertreten sind die städtischen Regionen der Bezirke Bregenz und Feldkirch sowie der ländliche bzw. gering besiedelte Nahbereich des Krankenhauses in den Bezirken Feldkirch und Bludenz (Vorderland und Walgau). Das erklärt sich sicher zum Teil aus der gut bekannten Tatsache, dass die Inanspruchnahme einer Klinik meist stark abnimmt, wenn die Anfahrt von der eigenen Wohnung mehr als 30 bis 45 Minuten dauert.

Abb. 2.5.1 Inanspruchnahme stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME 2011*



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

In der Klinik dominieren Behandlungen zwischen ein und drei Monaten. Bei den nur kurz (1 bis 6 Tage) und den sehr lang (mehr als 3 Monate) behandelten Personen sank der Durchschnittswert des psychosozialen Risikos (K14) gegenüber dem Vorjahr ab, ist bei der zweiten Gruppe aber weiterhin sehr hoch (Tabelle 2.5.3). 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.

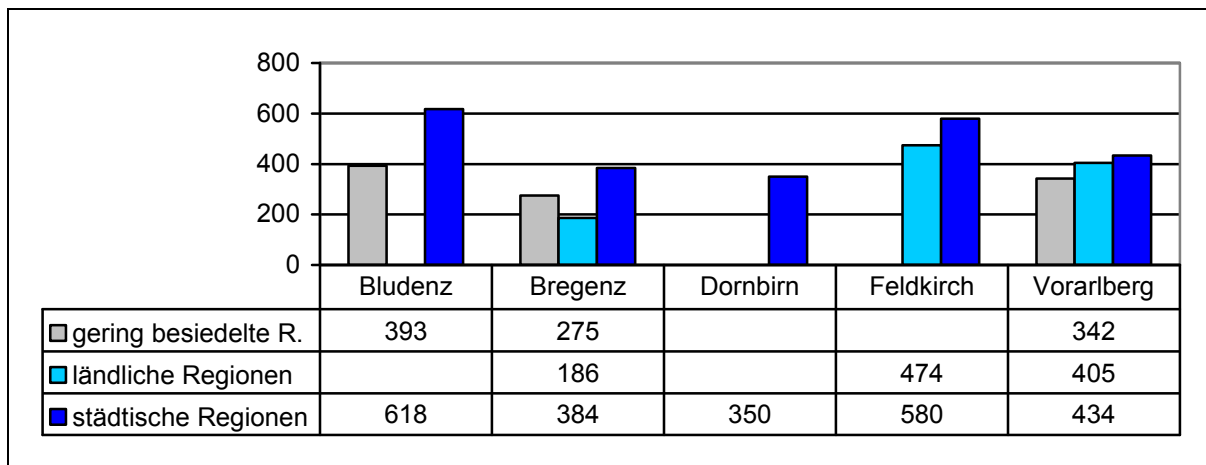
Tab. 2.5.3 Patientenmerkmale stationäre Suchtbehandlung Stiftung ME

Tage/Jahr		alle	1-6	7-30	31-91	>91
Patientenzahl (K3)	2010	503	37	101	325	40
	2011	535	49	118	323	45
Männer (K9)	2010	68 %	65 %	64 %	70 %	63 %
	2011	67 %	63 %	68 %	67 %	76 %
<45 Jahre (K11)	2010	56 %	57 %	61 %	52 %	78 %
	2011	58 %	69 %	100 %	47 %	89 %
Risikoscore (K14)	2010	21,7	22,1	21,7	21,4	24,3
	2011	21,8	20,9	22,1	21,6	23,4

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 (05.03 und 05.04 / 05.01), die ebenso wie die Suchtmedizinische Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene (09.06; AF 16) auf Alkoholprobleme spezialisiert sind.

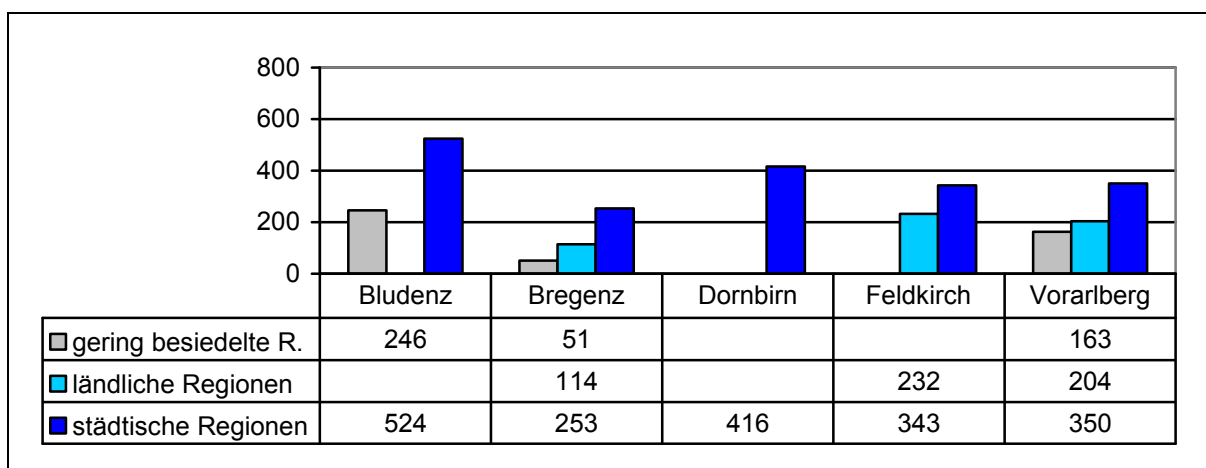
Bei der Auswertung der Datenblätter C der verschiedenen ambulanten Angebote der Suchthilfe (AF 16 und AF 19) überwiegen die Alkohol- gegenüber den Drogenabhängigen (Abbildungen 2.5.2 und 2.5.3). Die Inanspruchnahmeziffer für die Drogenberatungsstellen ist im Bezirk Bregenz von 2010 zu 2011 stark abgesunken. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Beratungsstelle des Team Mika in Bregenz im Jahr 2011 noch entsprechende Hilfen leistete, für dieses Jahr aber keine Datensätze mehr geliefert hat. Bei den von den Caritas Suchtfachstellen und der Suchtmedizinischen Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene betreuten – vor allem alkoholkranken – Personen fällt eine vergleichsweise höhere Inanspruchnahme im Oberland auf. 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.

Abb. 2.5.2 Inanspruchnahme ambulante Suchthilfe (ohne Drogenhilfe) 2011*



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

Abb. 2.5.3 Inanspruchnahme ambulante Drogenhilfe 2011*



*) Inanspruchnahmeziffer (K26): Anzahl betreuter Personen 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, kaum jedoch der Durchschnittswert ihres psychosozialen Risikos. Hier stellt sich die Frage, ob künftig nicht stärker unterschieden werden sollte zwischen einer leicht erreichbaren kurzfristigen Krisenintervention und einer auf Hochrisikogruppen konzentrierten längerfristigen multidisziplinären Betreuung.

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
Männer (K9)	2010	68 %	68 %	70 %	68 %	71 %
	2011	66 %	62 %	69 %	64 %	67 %
<45 Jahre (K11)	2010	59 %	70 %	67 %	65 %	55 %
	2011	52 %	100 %	62 %	51 %	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

2.6 Ergebnisse zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

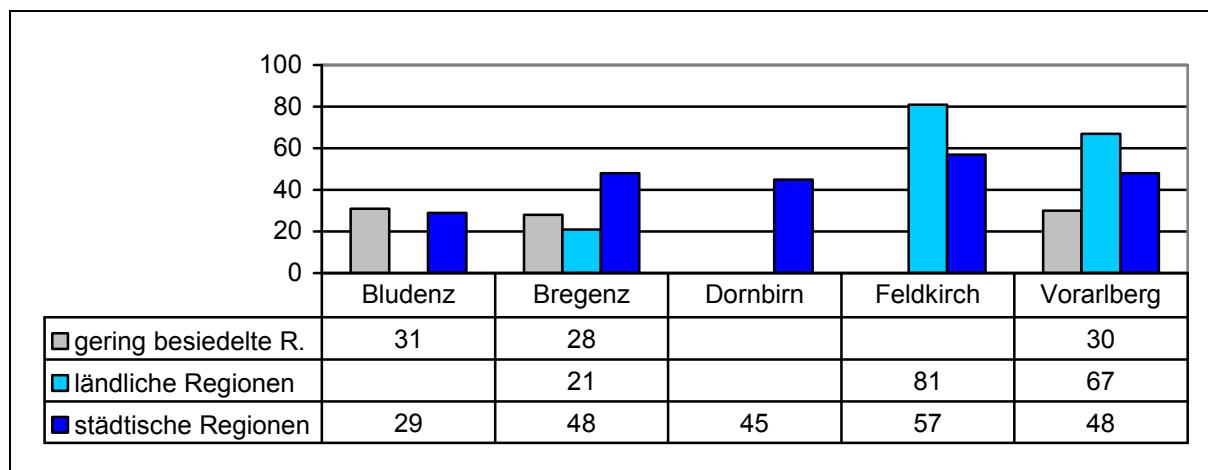
Für die beiden Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Stiftung Carina für Kinderpsychiatrie und LKH Rankweil für Jugendpsychiatrie) ist eine organisatorische Integration geplant. Die Stiftung Carina hat neben stationären Kapazitäten (AF 31) eine Tagesklinik in Bregenz (AF 21) sowie eine Ambulanz am Allgemeinkrankenhaus in Feldkirch (AF 11). Das LKH Rankweil verfügt über eine Station (AF 31) und eine Ambulanz (AF 11). 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 Jugendlichen 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 23) an.

Tab. 2.6.1 Angebote Kinder- und Jugendpsychiatrie nach Angebotsform 2011

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	ambulant		teilstationär		stationär	
		11	17	21	23	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 beiden Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie haben gegenüber dem Vorjahr zwar 63 % mehr Personen behandelt, versorgen aber weiterhin überwiegend ihren Nahbereich im Bezirk Feldkirch (Abbildung 2.6.1). Auch die Tagesklinik Bregenz der Stiftung Carina kann dieses Defizit nur unzureichend ausgleichen. Unabhängig von der geplanten organisatorischen Zusammenführung der beiden Kliniken sollten Überlegungen angestellt werden, wie diese regional ungleiche Versorgung gemildert werden könnte.

Abb. 2.6.1 Inanspruchnahme Stationen Kinder- und Jugendpsychiatrie 2011*



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

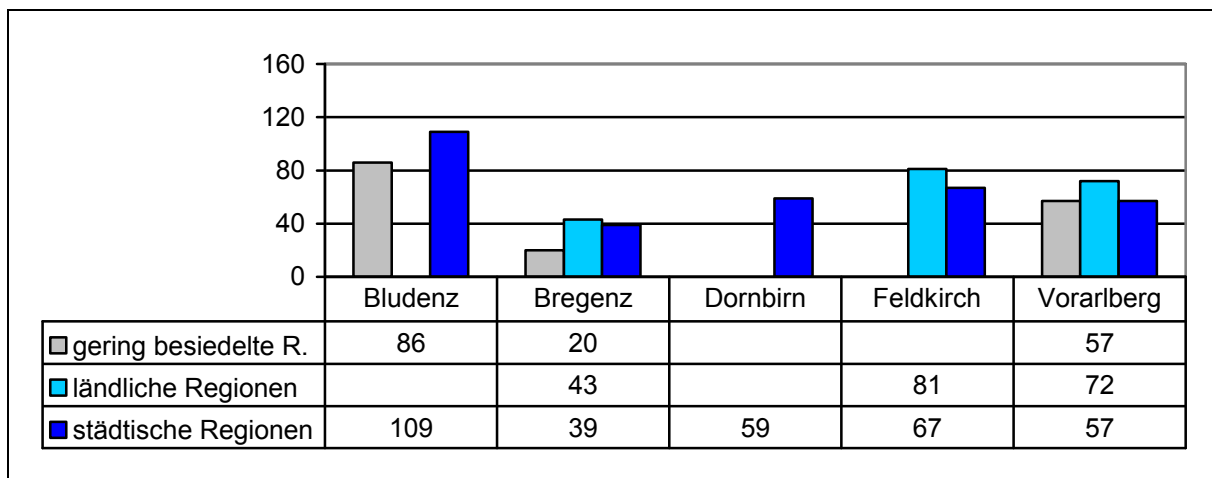
Die 2011 gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegene Anzahl stationär behandelter Personen ist verbunden mit einer – bezogen auf das ganze Jahr – im Durchschnitt verkürzten Aufenthaltsdauer (Tabelle 2.6.2). Der Anteil der Behandlungen mit einer Dauer von höchstens 30 Tagen erhöhte sich von 28 % (33 von insgesamt 120 Personen) auf 39 % (72 von insgesamt 187 Personen). Mit zunehmender Behandlungsdauer stieg im Jahre 2011 auch der Anteil der Jungen deutlich an.

Tab. 2.6.2: 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
Jungen (K9)	2010	70 %	71 %	62 %	74 %	71 %
	2011	62 %	47 %	57 %	60 %	79 %

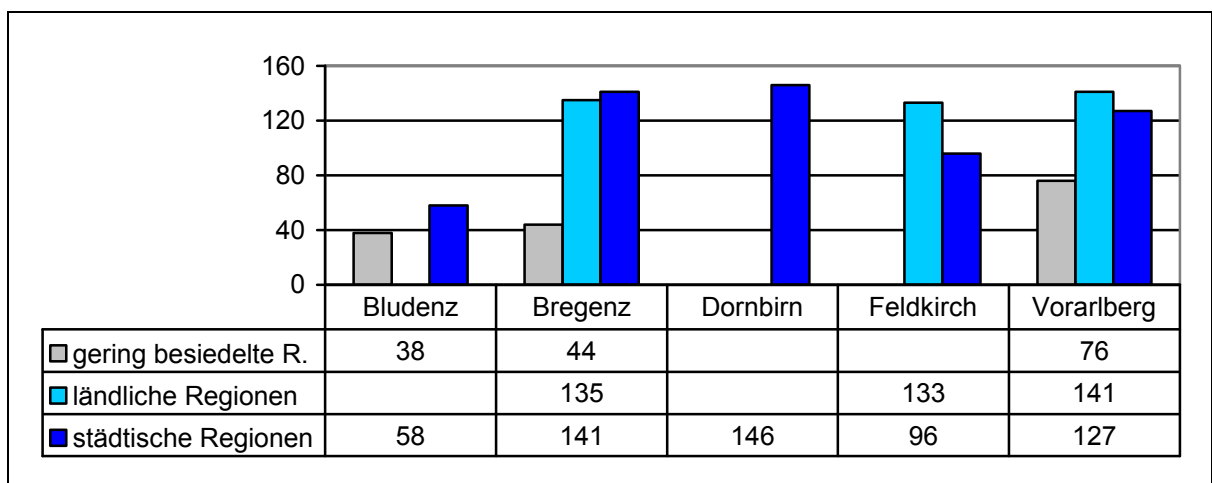
Die Ambulanzen der Kinderpsychiatrie (Stiftung Carina und AKS) sind im Oberland lokalisiert, dort werden relativ wenige Personen aus dem Bezirk Bregenz betreut (Abbildung 2.6.2). Die Ambulanzen der Jugendpsychiatrie von PMV in Dornbirn und vom LKH in Rankweil erreichten dagegen 2011 vergleichsweise nur wenige psychisch kranke Jungen und Mädchen aus dem Bezirk Bludenz und dem Bregenzerwald (Abbildung 2.6.3). Beide Befunde zusammen deuten auf eine erhebliche regionale Ungleichheit in der Versorgung. Sie legen nahe, im Ober- und im Unterland Ambulanzen sowohl für Kinder- als auch für Jugendpsychiatrie einzurichten. In entfernter liegenden und gering besiedelten Regionen wie dem Bregenzerwald könnten auch Außensprechstunden eingerichtet werden. Pro Mente hat 2012 bereits einen Anfang gemacht und eine Ambulanz in Nenzing eingerichtet.

Abb. 2.6.2 Inanspruchnahme Ambulanzen Kinderpsychiatrie 2011*



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

Abb. 2.6.3 Inanspruchnahme Ambulanzen Jugendpsychiatrie 2011*



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

Die Zahl ausgewerteter Datensätze von Ambulanzen der AF 11 hat sich 2011 gegenüber dem Vorjahr kaum erhöht, die durchschnittliche Betreuungsdauer ist zurückgegangen (Tabelle 2.6.3). Trotz der Häufung komplizierter Problemlagen bei Jungen im Verhältnis zu den Mädchen steigt deren Anteil bei zunehmender Behandlungskontinuität in den Ambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum an.

Tab. 2.6.3 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
Jungen (K9)	2010	57 %	57 %	60 %	61 %	55 %
	2011	56 %	53 %	53 %	60 %	61 %

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 Psychiatrieerberichterstattung mit einzubeziehen, und zwei Einrichtungen haben sich 2011 an der Datenerhebung beteiligt (Tabelle 2.7.1).

Tab. 2.7.1 Angebote stationäre Wohnbetreuung nach Angebotsform 2011

Code Träger	Leistungsart Code Angebotsform (AF)	stationär			
		33	35	36	37
02.00	Arbeitskreis Sozialmedizin	3			
03.00	Aqua Mühle	4			
05.00	Caritas Sozialmedizin			2	
09.00	Stiftung Maria Ebene			1	
11.00	Pro Mente Vorarlberg	2			1
12.00	Sozialpsychiatrie Bregenz	1			
13.00	Verein für seelische Gesundheit	1			
17.00	Institut für Sozialdienste				1
18.00	Kolpinghaus Götzis		1		
19.00	Kolpinghaus Bregenz		1		
Summe der Angebote mit Datenblatt C		11	2	3	2

Die zahlreichen Angebote stationärer Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33) haben meist nur eine geringe Platzkapazität und müssen daher für einen Vergleich zwischen den Nutzergruppen zusammengefasst werden. Hier bietet sich eine Zusammenfassung nach ihrer Zugehörigkeit zu dem Integrationshilfeprodukt „Reha-Wohnen“ bzw. „Langzeit-Wohnen“ an. Dabei zeigen sich jedoch keine nennenswerten Unterschiede, weder in der Geschlechts- und Altersverteilung noch beim Durchschnittswert des psychosozialen Risikoscore oder dem Anteil von Personen mit psychotischen Erkrankungen (Tabelle 2.7.2).

Tab. 2.7.2 Merkmale der Nutzenden stationärer Wohnbetreuung 2011

	Merkmal	Anzahl (K3)	Männer (K9)	<45 Jahre (K11)	psR (K14)	Psychose (K16 DG 3)
33	Reha-Wohnen (4x)	81	60 %	89 %	23,0	62 %
	Langzeit-W. (7x)	108	56 %	57 %	23,1	69 %
35	KH Bregenz	109	79 %	56 %	24,8	43 %
	KH Götzis	60	90 %	52 %	24,0	46 %
36	WG Lukasfeld	10	80 %	100 %	24,4	0 %
	Caritas (2x)	26	88 %	46 %	20,9	0 %
37	JuMeGa	25	44 %	100 %		4 %
	IfS SIB	9	56 %	100 %		0 %

Während der Männeranteil bei den Nutzergruppen stationärer Wohnbetreuung in der Jugend- und Allgemeinpsychiatrie je nach Angebot zwischen 44 % und 60 % schwankt, beträgt er in der Sucht- und Wohnungslosenhilfe zwischen 79 % und 90 %. Beim psychosozialen Risiko (psR) weisen die Nutzergruppen der Angebote allgemeinpsychiatrischen Reha- oder Langzeit-Wohnens einen niedrigeren Wert auf als die Nutzergruppen der WG Lukasfeld sowie der Kolpinghäuser Bregenz und Götzis. Noch niedriger ist der psR-Wert für die Nutzenden der Caritas-Wohnangebote Nachbetreuungs-WG (21,8) und ambulant betreutes Wohnen (19,6). Bei der Präsentation der Auswertungsergebnisse des Jahres 2011 hat die Caritas klargestellt, dass ihr ambulant betreutes Wohnen nicht verknüpft ist mit der Untervermietung von Wohnraum für die Betroffenen. Dieses Angebot wird demnach ab 2012 als ambulante Wohnbetreuung der Angebotsform AF 13 zugeordnet, die bei den sozialpsychiatrischen Integrationshilfen – auch in der Allgemeinpsychiatrie – in Zukunft eine größere Rolle spielen soll.

Die in der Berichterstattung für das Jahr 2011 erfassten psychisch kranken Wohnungslosen in den Kolpinghäusern Bregenz und Götzis machen 40 % aller erfassten Personen in stationärer Wohnbetreuung aus. Sie leiden zu etwa 45 % 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 Haupt Bezugsperson 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	
01.00		LKH Rankweil	09.00		Stiftung Maria Ebene
01.01	30	LKHR Stationen	09.01	30	ME Drogentherapiestation Carina
01.02	20	LKHR Tagesklinik	09.02	36	ME therapeutische WG Lukasfeld
01.03	10	LKHR Ambulanz	09.03	19	ME BS Clean Feldkirch Psychotherapie
01.04	10	LKHR forensische Ambulanz	09.04	16	ME BS Clean Feldkirch Stabilisierung
02.00		aks Sozialmedizin	09.06	16	ME Suchtmedizinische Ambulanz
02.02	10	aks Ambulanz med. Reha.	09.07	30	ME stat. Entgiftung / Entwöhnung
02.03	15	aks Berufsbezogene Betreu.	09.08	30	ME Drogentherapiestation Lukasfeld
02.04	11	aks Fachärztliche Sprechstage	09.09	19	ME BS Clean Bregenz Psychotherapie
02.05	10	aks amb. sozialpsych. Betreu.	09.10	19	ME BS Clean Bludenz Psychotherapie
02.06	10	aks sozialpsych. Langzeitbetr.	09.11	16	ME BS Clean Bregenz Stabilisierung
02.07	18	aks Demenzprogramm	09.12	16	ME BS Clean Bludenz Stabilisierung
02.08	33	aks Sozialpsychiatr. Reha-WG	10.00		Team Mika
02.09	33	aks Langzeitwoh. teilbetreut	10.01	16	Mika Erhalt der Abstinenz (PT)
02.10	33	aks Langzeitwoh. vollbetreut	10.02	16	Mika Gesundheit, Stabilisierung
02.11	23	aks wochenstrukt. Programme	10.03	16	Mika Langzeitbegleitung
02.12	23	aks Beschäftigungsinitiativen	10.04	36	Team Mika Wohnen
02.13	12	aks off. sozialpsych. Tagesz.	11.00		Pro Mente Vorarlberg
02.14	12	aks sozialpsych. Tageszentr.	11.01	11	PMV KJPP-Ambulanz
03.00		Aqua Mühle Frastanz	11.02	10	PMV Ambulanz med. Rehabilitation
03.01	33	Aqua Wohnbetreu. Borderline	11.03	19	PMV Psychotherapie
03.02	33	Aqua begleitetes Wohnen	11.04	15	PMV Arbeitstraining
03.03	33	Aqua betreutes Wohnen	11.06	10	PMV sozialpsychiatrische Betreuung
03.04	33	Aqua Intensivbetr. Wohnen	11.07	11	PMV KJPP sozialpsych. Betreuung
03.05	23	Aqua Tagesstrukt. für Externe	11.08	18	PMV Aktiv. Menschen mit Demenz
04.00		Zentrum für KJPP Carina	11.09	33	PMV Wohnen mit Reha-Charakter
04.01	11	Carina KJPP-Ambulanz	11.10	33	PMV Langzeitwohnen teilbetreut
04.02	31	Carina KJPP-Station	11.11	23	PMV Beschäftigungsprogramm
04.03	21	Carina KJPP-Tagesklinik	11.12	12	PMV psychosoziales Tageszentrum
05.00		Caritas Vorarlberg	11.13	37	PMV JuMeGa Betr. in Gastfamilien
05.01	19	Caritas Suchtfachst Psychother.	11.14	17	PMV Ju-on-Job Werkth. für Jugendl.
05.03	16	Caritas Suchtfachst KS Essstör.	12.00		Sozialpsychiatrie Bregenz
05.04	16	Caritas Suchtfachstellen Suchtber.	12.01	33	Sozpsych Bregenz therap. Wohnen
05.05	33	Caritas WG Nachbetr.-WG	13.00		
05.06	16	Caritas Suchtfst psychosoz. Betr.	13.01	33	VSG Wohnh. mit Langzeitcharakter
05.07	16	Caritas Suchtfachst Substitution	14.00		Firma Dr. Bacher
05.08	12	Caritas Café u. Anlaufst.	14.01	18	Bacher Gedächtnistherapiezentrum
05.09	12	Caritas Café Arbeitsproj. Wald	15.00		Projekt Gemeinsam Leben Lernen
05.10	13	Caritas WG amb betr WG (ABW)	15.01	29	GGL Psychotherapie Tagesklinik
06.00		Do it yourself	15.02	19	GGL Psychotherapie Ambulanz
06.01	16	Do it yourself psychosoz. Betr.	15.03	12	GGL Kontaktstelle
06.02	12	Do it yourself Café u. Anlaufst.	16.00		Omnibus e.V.
07.00		Ex & Hopp	16.01	12	Omnibus (Selbsthilfe-Ber.-Kont.-St.)
07.01	16	Ex & Hopp psychosoz. Betr.	17.00		Institut für Sozialdienste
07.02	12	Ex & Hopp Schadensminimier.	17.01	37	IfS Sozialpsych. Intensivbetreuung
07.03	16	Ex & Hopp Abgabe / Substitut.	17.02	19	IfS Psychotherapie
08.00		Die Faehre	17.03	23	IfS Atelier
08.01	16	Die Faehre amb. Ther. (Stabil.)	18.00		Kolpinghaus Götzis
08.03	19	Die Faehre amb. Therapie (PT)	18.01	35	KH Götzis stationäre Wohnbetreuung
			19.00		Kolpinghaus Bregenz
			19.01	35	KH Bregenz stationäre Wohnbetreuung

Anlage 4: ausgewertete Datenblätter C 2008-2011 nach Angebotsform

Code-Nr. / Kurzbezeichnung der Angebotsform		Anzahl der Datenblätter C			
		2008	2009	2010	2011
alle Hilfen (Angebotsformen 10-39)		8.505	10.365	11.700	12.457
10	Ambulanzen	3.346	3.476	3.524	3.601
11	Ambulanzen KJPP	478	1.470	970	955
12	Kontaktstellen	395	496	707	897
15	Arbeitshilfen	129	85	58	62
16	Sucht-Beratungsstellen	895	965	1.944	2.077
17	Tagesstrukturhilfen KJPP (2009 in AF 27)	0	24	34	32
18	Demenzprojekte	26	127	123	123
19	Sonstige (Psychotherapie)	637	829	760	753
alle ambulanten Hilfen (Angebotsformen 10-19)		5.906	7.472	8.120	8.500
20	Tagesklinik	0	0	0	0
21	Tagesklinik KJPP	18	22	27	25
23	Tagestrukturhilfen	437	602	617	536
29	Sonstige (Tagesklinik Psychotherapie)	25	28	22	26
alle teilstationären Hilfen (Angebotsformen 20-29)		480	676	666	587
30	Klinik-Stationen	2.654 ¹	1.838 ²	2.462	2.755
31	Klinik-Stationen KJPP	61	77	120	187
33	Wohnheime allgemein	164	197	189	189
35	WH Wohnungslose	0	71	65	169
36	WH Suchtkranke	0	41	48	36
37	WH KJPP	0	17	30	34
alle vollstationären Hilfen (Angebotsformen 30-39)		2.879	2.241	2.914	3.370

¹) Doppelzählungen im LKH Rankweil durch Mehrfachaufenthalte im Berichtsjahr

²) unvollständiger Datensatz des LKH Rankweil

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 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 Einrichtungen⁷. 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 werden⁸.

⁷ 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

⁸ 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 ⁹ belegt ¹⁰		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)

⁹ bei ambulanten Leistungen kann dieses Feld auch frei bleiben

¹⁰ am Jahresende, im letzten Monat, im letzten Quartal oder im Durchschnitt des Jahres (passende Alternative wählen)

**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 vergebenen) Leistungen.

lfde. 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

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

Berichtsjahr

Erläuterung: Dieses Datenblatt orientiert sich am Fragebogen zur Psychiatrieerberichterstattung 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 / wahnhafte 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 unbekannt/unklar

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

3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte
Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.
 0 = entfällt bei Minderjährigen; 1 = in der Regel täglich; 2 = mindestens wöchentlich; 3 = mindestens monatlich; 4 = sporadisch oder nie; 9 = Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar

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.)
	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

3. Evaluation der Planung von Integrationshilfen

3.1 Vorbemerkungen zum Planungs- und Evaluationsverfahren

Das neue Verfahren zur Planung und Evaluation von Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen wurde in enger Abstimmung mit den 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 ihren 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 wurde 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. Eine Liste der bis Ende 2011 einbezogenen Hilfsangebote findet sich in Anlage I. Zu einem späteren Zeitpunkt sollen – in modifizierter Form – auch komplexe ambulante Integrationshilfen einbezogen werden. Voraussetzung dafür sind entsprechende Funktionalitäten des vom Land zur Antragsbearbeitung eingesetzten EDV-Programms SOVA („Soziale Verfahren Automationsunterstützt“).

Am Anfang einer stationären Integrationshilfe steht grundsätzlich 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 seiner 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 Erstantrag 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 oder auch auf Wunsch eines der Beteiligten 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,
- Teilnehmern, 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 geringen Zahl an Datensätzen für einzelne Angebotsformen können nicht zu allen drei Fragen differenzierte Auswertungen vorgenommen werden. So 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 2011 zusammengefasst ausgewertet, um zu verlässlicheren Aussagen zu kommen.

3.2 Ergebnisse zu den Planungsverfahren

In den zweieinhalb Jahren zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 wurden nach den Angaben im Meldeblatt (Formular F) 677 Anträge auf teil- oder vollstationäre Integrationshilfen bearbeitet, zwei weitere Hilfeplanungen waren hier nicht notiert. In 434 Fällen betrafen die Anträge nur ein Produkt zur stationären Wohnbetreuung oder Tagesstrukturierung, in den übrigen 243 Fällen wurden Kombinationen mit bis zu vier weiteren ambulanten bzw. teilstationären Produkten beantragt (Tabelle 3.2.1). Das liegt daran, dass ein Integrationshilfeprodukt für stationäre Wohnbetreuung nicht bei allen Trägern eine „Komplettbetreuung“ beinhaltet, sondern nur ein Modul darstellt, das in der Regel mit weiteren (ambulanten bzw. teilstationären) Modulen kombiniert wird. Die durchschnittliche Anzahl der pro Planungsverfahren beantragten Produkte liegt für den gesamten Untersuchungszeitraum bei 1,6.

Tab 3.2.1 Zahl der Anträge und der im Meldeblatt beantragten Produkte

		2009	2010	2011	Summe
pro Antrag kombinierte Produkte	nur 1 Produkt	57	193	184	434
	2 Produkte	8	60	39	107
	3 Produkte	7	43	44	94
	4 Produkte	3	15	20	38
	5 Produkte	0	3	1	4
	alle Produkte	106	517	479	1102
Anträge	Primär ambulantes Produkt aus AF 10-19 beantragt	10	30	35	75
	Primär teil- oder vollstationäres Produkt aus AF 23-37 beantragt	65	284	253	602
	Summe aller Anträge	75	314	288	677
Produkte pro Antrag		1,4	1,6	1,7	1,6

Bei 75 der 243 Verfahren mit mehr als einem beantragten Produkt wurde das Produkt für eine teil- oder vollstationäre Integrationshilfe im EDV-Programm nicht an die erste Stelle gesetzt, mit der Folge, dass die diesbezüglichen Datenblätter nicht einem entsprechenden Produkt zugeordnet werden konnten. Von 2010 zu 2011 hat die Anzahl der Anträge von 314 auf 288 und diejenige der beantragten Produkte von 517 auf 479 jeweils um etwa 8 % abgenommen.

Bei 24 % aller Anträge, die in den 30 Monaten zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 bearbeitet wurden, ging es um eine Auftragsklärung (N=162), ebenso häufig (N=161) um einen Neuantrag (Tabelle 3.2.2). Den überwiegenden Anteil aller Anträge stellen unveränderte Fortschreibungen der bewilligten Maßnahmen (43 %; N=291), solche mit Änderungen im Leistungsspektrum machten dagegen nur 5 % (N=36) aus. Noch seltener wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, einen Antrag auf Bewilligung einer Abschlussphase zu stellen (4 %; N=29). Auswertbare Angaben zu den Datenblättern C, D und E lagen für 502 der insgesamt 679 Anträge vor, ihre Zuordnung zu einem Hilfsangebot und dem Berichtsjahr enthält die Liste in Anlage I. Bei den 177 Anträgen ohne solche Angaben ging es in 92 % aller Fälle (N=162) um Auftragsklärungen, bei denen keine Angaben zu den Datenblättern C, D und E erforderlich sind.

Tab. 3.2.2 primär beantragte Produkte nach Antragsart 2009 bis 2011

Antragsart	auswertbare Angaben		primär beantragtes Produkt					alle	
	nein	ja	23	27	33	36	37		
			4444	4443	4442				
Auftragsklärung	162	0						162	
Neuantrag	2	159	56		20	45	21	17	161
Fortschr. mit Änd.		36	4		21	4	6	1	36
Fortschr. ohne Änd.	11	280	54		127	85	6	8	291
Abschlussphase	2	27	6		6	6	8	0	29
alle Datensätze	177	502	120		174	140	42	26	679

Von den 502 auswertbaren Datensätzen war das primär beantragte Produkt zu fast zwei Dritteln (63 %) eine stationäre Wohnbetreuung in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33), wobei es häufiger um ein Langzeitwohnen (Produktgruppe 4443; N=174) als um ein Reha-Wohnen (Produktgruppe 4442; N=140) ging. Recht häufig wurden auch tagesstrukturierende Hilfen beantragt (AF 23; N=120). Reha-Wohnen im Bereich der Suchthilfe (AF 36; N=42) wurde deutlich seltener beantragt, meist nur 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 im Untersuchungszeitraum zahlenmäßig nur eine untergeordnete Rolle (N=26).

Der Anteil vollständiger Datensätze an allen bearbeiteten Anträgen betrug 2009 80 % und sank in den beiden folgenden Jahren auf 56 % ab (Tabelle 3.2.3). Das hängt damit zusammen, dass im ersten Jahr – anders als in den Folgejahren – fast immer auch eine Hilfeplankonferenz durchgeführt wurde. Über alle 30 Monate zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 hinweg gibt es deutliche Unterschiede beim Anteil vollständiger Datensätze je nach primär beantragtem Integrationshilfeprodukt: Am höchsten ist der Wert bei Anträgen zum Langzeitwohnen (71 %), am niedrigsten bei solchen zu Tagesstrukturhilfen (45 %). Das liegt daran, dass diese Hilfen überwiegend in Kombination mit einer primär beantragten stationären Wohnbetreuung geplant wurden.

Tab. 3.2.3 Art der im Meldeblatt beantragten (teil-)stationären Produkte

AF	Produktbereich	beantragte Produkte (Meldeblatt)				auswertbare Datensätze	
		2009	2010	2011	Summe	Zahl	Anteil
23	Tagesstrukturhilfen	13	117	134	264	120	45 %
27		0	10	11	21	0	0
33	Langzeitwohnen	27	129	88	244	174	71 %
36	Reha-Wohnen	36	89	78	203	140	69 %
37		12	32	27	71	41	58 %
		0	24	28	52	27	52 %
alle beantragten (teil-)stationären Produkte		88	401	366	855	502	59 %
auswertbare Datensätze	Zahl	70	226	206	502		
	Anteil	80 %	56 %	56 %	59 %		

Anträge auf eine Auftragsklärung oder Abschlussphase wurden entsprechend der geltenden Verfahrensregelungen unter Verzicht auf die Durchführung einer Hilfeplankonferenz (HPK) bearbeitet. Dagegen ist bei Neuansträgen 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 hat sich von 2010 zu 2011 von 45 % auf 55 % erhöht und betrifft gleichermaßen Integrationshilfeprodukte zum Reha-Wohnen und zum Langzeit-Wohnen (Tabelle 3.2.4). Die Zahl der Neuansträge blieb in den Berichtsjahren 2010 und 2011 mit 69 bzw. 67 auf gleichem Niveau, und die Zahl der Anträge auf Fortschreibung mit Änderungen im Leistungsspektrum war mit jeweils 16 gleichbleibend niedrig. Die Verringerung von Anträgen auf unveränderte Fortschreibung der Integrationshilfe ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass hier gelegentlich der Bewilligungszeitraum bei absehbar längerfristigem Verlauf der Maßnahme von einem auf zwei Jahre ausgedehnt wurde.

Tab. 3.2.4 Durchführung von Hilfeplankonferenzen nach Antragsart

Hilfeplankonferenz erfolgt?	2009		2010		2011		Summe		
	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Neuantrag	25		68	1	64	3	157	4	
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	5		10		6		21		
Fortschreibung mit Änderung	3		15	1	8	8	26	9	
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	1		12		5	8	18	8	
Fortschreibung ohne Änderung	44		89	43	59	55	192	98	
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	20		39	27	19	27	78	54	
alle Neuansträge / Fortschreibungen	72		172	45	131	66	375	111	
<i>davon Langzeit-Wohnen</i>	26		61	27	30	35	117	62	
alle Anträge auf Auftragsklärung oder Abschlussphase		3		97		91		191	
Summe	Anzahl Anträge	72	3	172	142	131	157	375	302
	Anteil ohne HPK		3 %		45 %		55 %		45 %

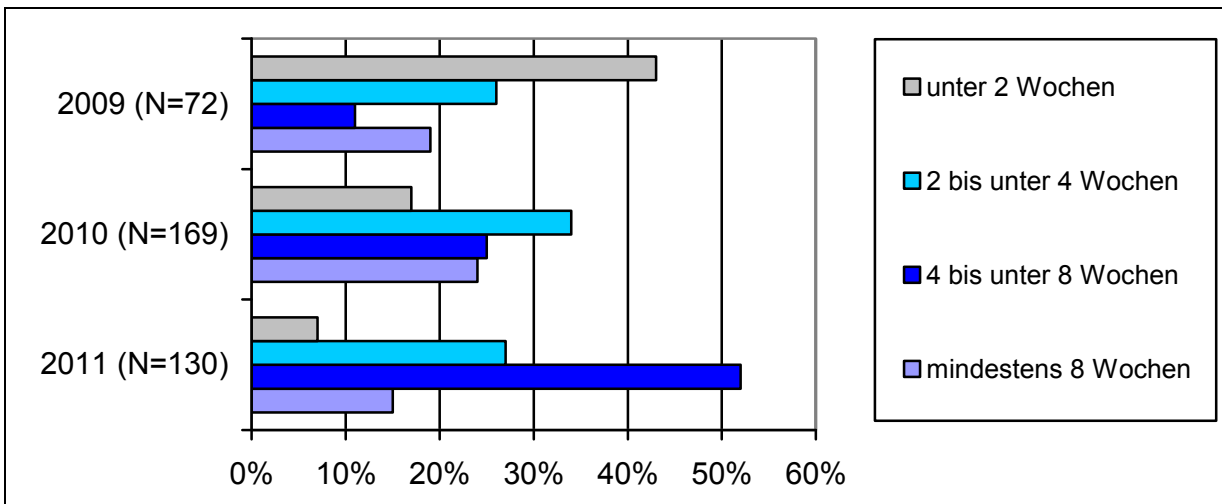
Die betroffenen Personen, ihre Bezugstherapeuten und die Vertretung des Kostenträgers sind praktisch immer bei einer Hilfeplankonferenz dabei (Tabelle 3.2.5). Die Teilnahme von Vertrauenspersonen an den Hilfeplankonferenzen hat seit Einführung des Verfahrens etwas zugenommen, Sachwalterinnen bzw. Sachwalter waren dagegen 2011 etwas seltener beteiligt. Die ärztliche Profession ist kaum vertreten.

Tab. 3.2.5 Entwicklung der Teilnahme an Hilfeplankonferenzen

	2009	2010	2011
Betroffene Person	100 %	100 %	100 %
Sachwalter / Sachwalterin	24 %	23 %	17 %
Vertrauensperson	7 %	12 %	17 %
Therapeutische Bezugsperson	100 %	95 %	98 %
behandelnde(r) Facharzt / Fachärztin	18 %	2 %	1 %
Vertretung Kostenträger	100 %	100 %	98 %
Zahl der Hilfeplankonferenzen	72	172	131

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 (Abbildung 3.2.1). Der Anteil der Verfahren mit sehr langer Bearbeitungszeit (mindestens acht Wochen) hat sich von 2010 zu 2011 von 24 % auf 15 % 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 Leistungserbringer nachgefordert werden müssen.

Abb. 3.2.1 Verfahrensdauer bei Durchführung von Hilfeplankonferenzen



3.3 Ergebnisse zum Zielgruppenbezug der Hilfen

Von den insgesamt 679 Planungsverfahren zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 für teil- und vollstationäre Integrationshilfen lagen in 502 Fällen Datensätze für eine differenzierte Auswertung vor. Der Vergleich einiger Kennzahlen zwischen den Nutzergruppen der verschiedenen Angebotsformen einer teil- oder vollstationären Integrationshilfe fördert einige deutliche Unterschiede zutage (Tabelle 3.3.1). Lediglich das durchschnittliche psychosoziale Risiko der betroffenen Personen (K14) ist überall ähnlich hoch, die Werte beim entsprechenden multidimensionalen Score liegen zwischen 2,8 und 3,0 (bei einer Bandbreite – 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 Kennzahlen zu geplanten Hilfen nach Angebotsform 2009 bis 2011

AF	Produktgruppe	Anzahl der Datensätze	Merkmale der Nutzergruppen			Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen		geplante Leistungen	
			Anteil Männer (K9)	Anteil <45 Jahre (K11)	Risiko-score (K14)	Problem-score (K29)	Verlaufsscore (K30)	Umfang (K31)	Zeitbedarf (K32)
23	4444	120	67 %	61 %	2,8	2,4	2,7	2,4	2,6
33	4443	174	53 %	57 %	3,0	2,6	3,2	3,0	2,6
33	4442	140	63 %	81 %	2,9	2,5	2,7	2,9	2,8
36		42	79 %	60 %	2,8	2,0	1,9	2,5	2,6
37		26	35 %	100 %	2,8	2,3	2,5	2,8	3,1
alle		502	60 %	67 %	2,9	2,5	2,8	2,8	2,7

Die meisten Datensätze (N=314) beziehen sich auf stationäre Wohnbetreuungen in der Allgemeinpsychiatrie (Angebotsform 33) (Tabelle 3.3.1). Die Nutzergruppe von Angeboten des Langzeitwohnens (Produktgruppe 4443; N=174) unterscheidet sich von derjenigen des Reha-Wohnens (Produktgruppe 4442; N=140) durch einen niedrigeren Anteil von Männern (53 % versus 63 %) und jüngeren Personen (57 % versus 81 %). Wie zu erwarten, wurde bei im Langzeit-Wohnen betreuten Personen auch der voraussichtliche Verlauf ihrer Beeinträchtigungen im Durchschnitt deutlich ungünstiger eingeschätzt (Verlaufsscore K30 3,2 versus 2,7). Dies galt jedoch nicht für die Höhe des psychosozialen Risikos (K14) und das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigungen (K29). Der Zeitbedarf für die Leistungen des Reha-Wohnens wurde tendenziell höher veranschlagt als für das Langzeitwohnen (2,8 versus 2,6).

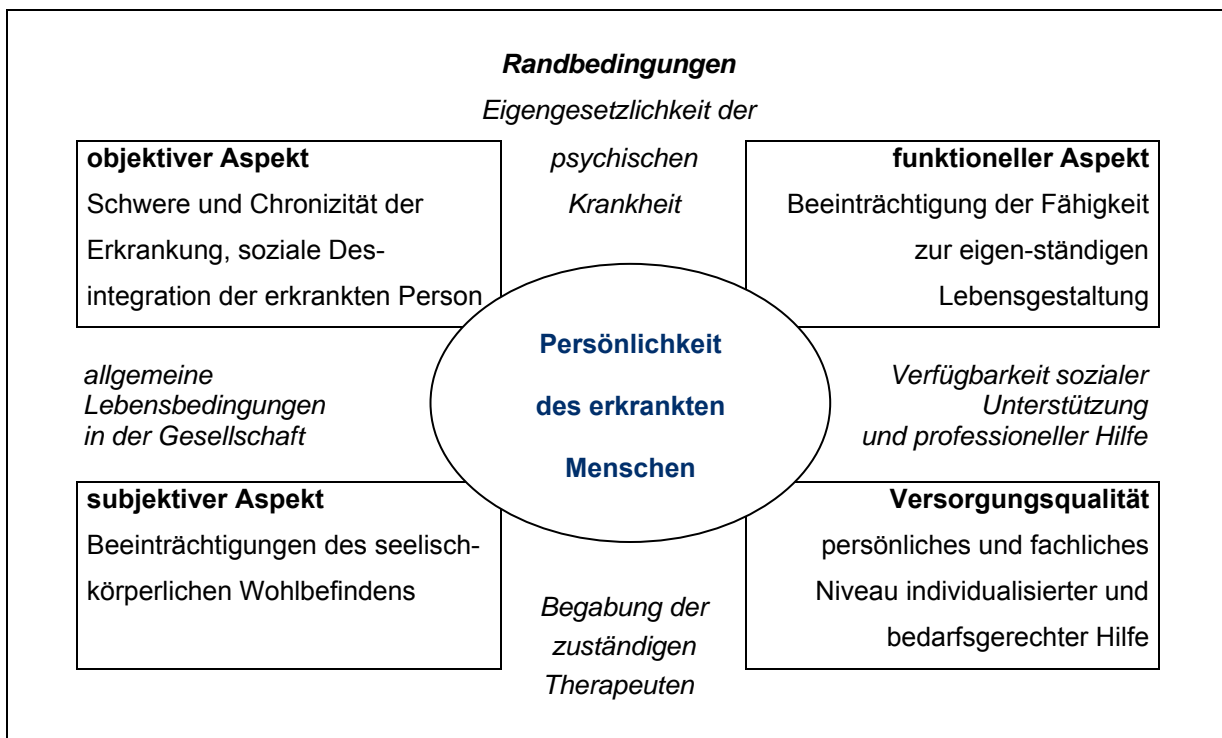
Relativ häufig wurden auch teilstationäre Maßnahmen im Sinne tagesstrukturierender Programme geplant (AF 23; N=120). Die gegenüber vollstationären Integrationshilfen in der Allgemeinpsychiatrie eher niedrigeren Durchschnittswerte bei den Kennzahlen K14, K29 und K30 deuten an, dass die Nutzung dieser Angebote bereits eine gewisse Stabilisierung des psychosozialen Zustands der betreuten Person voraussetzt.

Der Umfang von Angeboten des Reha-Wohnens ist in der Suchthilfe (AF 36; N=42) und besonders in der Kinder-Jugend-Psychiatrie (AF 37; N=26) 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 35 % geringe Anteil von Jungen bei den stationären Wohnbetreuungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In den Auswertungen zur regionalen Psychiatrieberichterstattung hatte sich zumindest für das Berichtsjahr 2011 ein mit der Dauer stationärer Behandlungen ansteigender Anteil von Jungen ergeben (siehe Tab. 2.6.2 im Abschnitt 2 dieser Broschüre). Der in der AF 37 besonders hohe Zeitbedarf lässt sich auf den Einfluss des Angebots „sozialpsychiatrische Intensivbetreuung“ (SIB) zurückführen.

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 (Abb. 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 (teil-)stationärer Integrationshilfen im Zeitraum Juli 2009 bis Dezember 201, differenziert nach Angebotsformen, untersucht werden:

- Steigen Umfang (K31.1) und Zeitbedarf (K32.1) von Behandlungsleistungen 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 „Behandlung der psychischen Störung“ (psychische Krankheit im Sinne der ICD-10-Klassifikation) und „Teilhabe-Leistungen“ (bezogen auf Fähigkeitsstörungen im Sinne der ICF-Klassifikation) untersucht. 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).

Tab. 3.4.1 Bezugnahme der für die Plausibilitätsprüfung genutzten Kennzahlen

		Aspekte eingeschränkter Lebensqualität			erforderliche Leistungen	
Subscore	objektiver Aspekt	funktioneller Aspekt		subjektiver A. (nur im Dialog zu ermitteln)	Datenblatt E	
	Datenblatt C	Ausmaß (K29)	Verlauf (K30)		Umfang (K31)	Zeitbedarf (K32)
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. Einzelbehandlung 2. Gruppenbehandlung 3. Medikation 4. Fallkoordination	
	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	

Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse zur Plausibilitätsprüfung müssen sehr 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 war ein erfahrener Fachexperte als Vertreter des Sozialfonds an allen Hilfeplankonferenzen persönlich beteiligt und bemühte sich auch sonst darum, Unklarheiten und Missverständnisse beim Ausfüllen der Datenblätter aufzuklären. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Einschätzung von Art und Ausmaß der Beeinträchtigungen, von Umfang und Zeitbedarf der geplanten Leistungen gerade in der ersten Zeit nicht immer nach denselben Kriterien erfolgt ist. Auch wurden die geplanten Hilfen offenbar 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 502 verfügbaren Datensätze zunächst nach der Angebotsform des primär beantragten Integrationshilfeprodukts gruppiert. 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 Behandlungs- (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 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 Behandlungs- 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	Produktgruppe	Leistungsbereich	Risikoscore (K14)		Problemscore (K29)		Summe Differenz $\geq 0,3$
			psychische Störung (K14.1)	soziale Desintegration (K14.2)	Erleben & Verhalten (K29.1)	Aktivität & Teilhabe (K29.2)	
23	4444	Behandl.	0,1	-0,1	0,1	0,2	1
		Teilhabe	0,2	-0,1	0,1	0,3	
33	4443	Behandl.	0,2	-0,1	0,1	0,1	2
		Teilhabe	0,2	0,1	0,3	0,4	
	4442	Behandl.	0,2	0,2	0,2	0,3	1
		Teilhabe	0,2	0,0	0,2	0,3	
36	4442	Behandl.	-0,1	-0,1	0,0	0,2	1
		Teilhabe	-0,2	0,2	0,0	0,2	
37	4442	Behandl.	0,2	0,0	0,4	0,1	3
		Teilhabe	0,4	0,5	0,1	0,4	
Summe Differenz $\geq 0,3$		Behandl.			1	1	2
		Teilhabe	1	1	1	4	7

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

Tab. 3.4.3 Ergebnisse Plausibilitätsprüfung zum geplanten Zeitbedarf*

AF	Produktgruppe	Leistungsbereich	Risikoscore (K14)		Problemscore (K29)		Summe Differenz $\geq 0,3$
			psychische Störung (K14.1)	soziale Desintegration (K14.2)	Erleben & Verhalten (K29.1)	Aktivität & Teilhabe (K29.2)	
23	4444	Behandl.	0,0	-0,1	0,0	0,0	
		Teilhabe	-0,1	0,1	0,2	-0,2	
33	4443	Behandl.	0,3	0,0	0,1	0,3	2
		Teilhabe	0,2	0,0	0,2	0,0	
	4442	Behandl.	0,2	0,3	0,6	0,4	3
		Teilhabe	0,3	0,5	0,5	0,3	
36	4442	Behandl.	-0,3	-0,1	0,2	0,2	2
		Teilhabe	0,1	0,1	0,3	0,3	
37	4442	Behandl.	0,4	0,3	0,5	1,0	4
		Teilhabe	0,5	0,8	0,6	1,1	
Summe Differenz $\geq 0,3$		Behandl.	2	2	2	3	9
		Teilhabe	2	2	3	3	10

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

Die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung zeigen einige Unterschiede, die Anregungen geben können für die Diskussion mit den Systempartnern über eine bedarfsgerechte Planung von Integrationshilfen. Ein Vergleich zwischen den Angebotsformen ergibt, dass Tagesstrukturhilfen (AF 23) offenbar am wenigsten Flexibilität für unterschiedliche individuelle Hilfebedarfe aufweisen. Nicht viel anders sieht es beim Langzeitwohnen (AF 33 – Produktgruppe 4443) und beim Reha-Wohnen für Suchtkranke (AF 36) aus. Anders ist es bei der stationären Wohnbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, geleistet von Pro Mente Vorarlberg (Betreuung in Gastfamilien; JuMeGa) und dem Institut für Sozialdienste (sozialpsychiatrische Intensivbetreuung; SIB). Beim Reha-Wohnen in der Allgemeinpsychiatrie (AF 33 – Produktgruppe 4442) richtet sich die Leistungsintensität mehr nach dem Ausmaß der aktuellen Beeinträchtigungen als nach der Höhe des Risikos und betrifft stärker den geplanten Zeitbedarf als den Umfang der Leistungen.

Am deutlichsten sind die Hinweise für eine Ausrichtung der Leistungsintensität am individuellen Hilfebedarf bei der Abhängigkeit der Teilhabe-Leistungen für die betroffenen Personen von ihren Beeinträchtigungen bei Aktivität und Teilhabe. Und genau darauf sollten die Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen auch ihr Hauptaugenmerk legen.

3.5 Anlagen zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen

Anlage I: einbezogene Angebote (teil-)stationärer Integrationshilfen

Code Angebot	AF	Produkt	Kurzbezeichnung	ausgewertete Datensätze			
				2009	2010	2011	alle
Arbeitskreis Sozialmedizin GmbH (AKS)							
02.08	33	4442-100-204	sozialpsychiatr. Reha-WG	5	7	11	23
02.09	33	4443-200-201	Langzeitwohnen teilbetreut	0	4	3	7
02.10	33	4443-100-202	Langzeitwohnen vollbetreut	2	8	5	15
02.13	23	4444-100-201	Beschäftigungsinitiativen	2	4	0	6
Aqua Mühle Frastanz (AMF)							
03.01	33	4442-100-201	Wohnbetreuung Borderline	1	5	1	7
03.02	33	4443-100-205	begleitetes Wohnen	0	10	7	17
03.03	33	4443-200-203	betreutes Wohnen	2	17	8	27
03.04	33	4443-200-204	Intensivbetreutes Wohnen	3	25	16	44
03.05	23	4444-100-207	Tagesstruktur. für Externe	0	42	52	94
Stiftung Maria Ebene (SME)							
09.02	36	4442-100-402	Wohngemeensch. Lukasfeld	4	5	5	14
Team Mika (TMI)							
10.04	36	4442-100-403	Wohnen	7	3	1	11
10.05	36	4442-100-405	Wohnen m. Doppeldiagnose	0	1	1	2
Pro Mente Vorarlberg (PMV)							
11.09	33	4442-100-203	Wohnen m. Reha-Charakter	16	28	27	71
11.10	33	4443-100-201	Langzeitwohnen teilbetreut	10	15	14	39
11.11	23	4444-100-203	Beschäftigungsprogramm	2	4	7	13
11.13	37	4442-100-205	Wohnen in Gastfamilien	0	8	8	16
Neuland Sozialpsychiatrie Bregenz GmbH (SPB)							
12.01	33	4442-100-202	Therapeutisches Wohnen	7	19	13	39
Verein für seelische Gesundheit Rankweil (VSG)							
13.01	33	4443-100-203	WH mit Langzeitcharakter	7	10	8	25
Institut für Sozialdienste Dornbirn (IFS)							
17.01	37	4442-100-206	sozialpsychiatr. Intensivbetr.	0	4	6	10
17.03	23	4444-100-207	Atelier	0	2	5	7
alle einbezogenen Angebote				70	226	206	502

Anlage II: Kennzahlen zu geplanten Hilfen nach Angebot 2009 bis 2011

AF	Produkt- gruppe	Code Hilfs- angebot	Anzahl Nutzer	Anteil	Anteil	psycho- soziales Risiko (DB C)	Beeinträchti- gungen (DB D)		Leistungen (DB E)	
				Männer	<45 Jahre		Aus- maß	Verlauf	Um- fang	Zeit
				K9	K11		K14	K29	K30	K31
23	4444	02.13	6	67 %	67 %	2,8	2,3	2,1	3,1	3,0
		03.05	94	68 %	54 %	2,7	2,4	2,6	2,3	2,6
		11.11	13	54 %	85 %	3,0	2,7	3,1	3,1	2,4
		17.03	7	71 %	100 %	3,1	2,7	2,6	2,8	3,5
33	4443	02.09	7	43 %	29 %	2,8	2,0	2,7	2,6	2,4
		02.10	15	40 %	53 %	2,9	2,6	3,0	3,0	3,1
		03.02	17	82 %	53 %	2,8	2,5	3,2	3,1	2,6
		03.03	27	52 %	70 %	2,9	2,7	3,0	3,1	2,6
		03.04	44	50 %	70 %	3,1	2,9	3,3	3,3	2,8
		11.10	39	54 %	64 %	2,9	2,6	3,3	2,9	2,2
		13.01	25	48 %	24 %	3,0	2,3	3,4	2,4	2,4
36	4442	02.08	23	70 %	74 %	3,1	2,6	2,5	3,2	3,3
		03.01	7	57 %	100 %	3,4	2,9	2,9	3,3	3,0
		11.09	71	56 %	89 %	2,9	2,5	2,8	2,9	2,7
		12.01	39	72 %	69 %	2,9	2,3	2,5	2,7	2,7
		05.05	15	93 %	60 %	2,9	1,8	1,8	2,4	2,7
		09.02	14	71 %	86 %	2,7	1,7	1,8	2,6	2,4
		10.04	11	64 %	36 %	2,8	2,2	2,1	2,5	2,9
		10.05	2	100 %	0 %	3,1	2,8	2,5	2,2	1,9
37		11.13	16	25 %	100 %	2,5	1,9	2,2	2,7	2,7
		17.01	10	50 %	100 %	3,3	2,9	2,9	3,2	3,8

Anlage III: Leistungsintensität nach Risikoscore der Nutzenden

Angebotsform 23 – Produktgruppe 4444 (2009 bis 2011) – 120 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	≤2,9	2,2	2,3	2,5	3,0
		>2,9	2,3	2,3	2,7	2,9
	soziale Desintegration (K14.2)	≤2,6	2,3	2,4	2,7	2,9
		>2,6	2,2	2,3	2,6	3,0

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4443 (2009 bis 2011) – 174 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	≤3,1	2,9	2,5	2,8	2,4
		>3,1	3,1	2,8	3,0	2,6
	soziale Desintegration (K14.2)	≤2,8	3,1	2,7	2,9	2,5
		>2,8	3,0	2,7	3,0	2,5

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4442 (2009 bis 2011) – 140 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	≤3,1	2,9	2,6	2,7	2,8
		>3,1	3,1	2,8	2,9	3,1
	soziale Desintegration (K14.2)	≤2,8	2,9	2,5	2,8	2,7
		>2,8	3,1	2,8	2,8	3,2

Angebotsform 36 – Produktgruppe 4442 (2009 bis 2011) – 42 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	≤3,2	2,8	3,0	2,3	2,4
		>3,2	2,7	2,7	2,1	2,5
	soziale Desintegration (K14.2)	≤2,4	2,8	2,9	2,1	2,4
		>2,4	2,7	2,8	2,3	2,5

Angebotsform 37 – Produktgruppe 4442 (2009 bis 2011) – 26 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Risikoscore	psychische Störung (K14.1)	≤3,2	2,6	3,0	3,0	2,7
		>3,2	2,8	3,4	3,0	3,3
	soziale Desintegration (K14.2)	≤2,4	2,4	3,0	2,7	2,6
		>2,4	2,8	3,3	3,3	3,4

Anlage IV: Leistungsintensität nach Problemscore der Nutzenden

Angebotsform 23 – Produktgruppe 4444 (2009 bis 2011) – 120 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	≤2,4	2,2	2,3	2,6	2,9
		>2,4	2,3	2,3	2,7	2,9
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	≤2,5	2,2	2,3	2,5	3,0
		>2,5	2,4	2,4	2,8	2,8

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4443 (2009 bis 2011) – 174 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	≤2,6	3,0	2,6	2,9	2,4
		>2,6	3,1	2,7	3,0	2,6
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	≤2,6	2,9	2,5	2,7	2,5
		>2,6	3,2	2,8	3,1	2,5

Angebotsform 33 – Produktgruppe 4442 (2009 bis 2011) – 140 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	≤2,4	2,9	2,4	2,7	2,7
		>2,4	3,1	3,0	2,9	3,2
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	≤2,5	2,9	2,5	2,6	2,8
		>2,5	3,2	2,9	2,9	3,1

Angebotsform 36 – Produktgruppe 4442 (2009 bis 2011) – 42 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	≤2,1	2,8	2,7	2,1	2,3
		>2,1	2,8	2,9	2,3	2,6
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	≤1,9	2,8	2,7	2,1	2,3
		>1,9	2,8	2,9	2,3	2,6

Angebotsform 37 – Produktgruppe 4442 (2009 bis 2011) – 26 Anträge						
Subscores DB C für das psychosoziale Risiko als Maß für den objektiven Aspekt beeinträchtigter Lebensqualität			Subscores DB E (Leistungen)			
			Behandlung		Teilhabe	
			Umfang (K31.1)	Zeit (K32.1)	Umfang (K31.2)	Zeit (K32.2)
Problemscore	Erleben und Verhalten (K29.1)	≤2,1	2,5	3,0	3,0	2,8
		>2,1	2,9	3,5	3,1	3,4
	Aktivität und Teilhabe (K29.2)	≤2,5	2,6	2,8	2,9	2,6
		>2,5	2,7	3,8	3,3	3,7

Anlage V: Verfahrensregelungen des Landes Vorarlberg

Information für Antragstellung und Hilfeplankonferenzen in der Sozialpsychiatrie

Unterlagen für die Beantragung von Integrationshilfe	
	<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 vier 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 drei Monate. ○ Vor Beginn der Auftragsklärung ist <u>keine</u> Hilfeplankonferenz (HPK) erforderlich. ○ Antragstellung zwei 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 nur nach Ablauf der HPK-Empfehlung (siehe Protokoll der letzten HPK) oder auf Wunsch eines der Beteiligten 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 drei 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 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 Betreuern

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 / wahnhafte Stör. (F2); affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4 = organ. psych. Stör. (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8 = keine psych. 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. Wohnungsloseneinr.); 9 = Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
 0 = trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1 = Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2 = Teilzeittätigkeit; 3 = beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), berufliche Reha., Sonderschule o.ä.; 4 = ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9 = Arbeitssituation unbekannt/unklar
- 3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte**
Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routinekontakten am Arbeitsplatz 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 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-/ Rehabilitationseinr. (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
klinisch		4.4.0 <u>Tag</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tag</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tag</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tag</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

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

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

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 eingesetzten Sachwalterin

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

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

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

Legende zur Art der Beendigung:
 1 = Maßnahme im Konsens beendet
 2 = Maßnahme 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	Nur auf Wunsch eines der Beteiligten (spätestens 3 Jahre nach der letzten HPK verpflichtend)	Meldeblatt + C und D + E (im Entwurf) + G
4) Fortschreibung ohne Änderung	Nur auf Wunsch eines der Beteiligten (spätestens 3 Jahre nach der letzten HPK verpflichtend)	Meldeblatt + C und D (+ E bei HPK)
5) Abschlussphase (maximal 3 Monate)	Keine	Meldeblatt + C und D
6) Beendigung	Keine	Meldeblatt + Abschlussbericht

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

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

Fachärztliche Stellungnahme zur Hilfeplanung		G
ÄRZTIN / ARZT	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