

Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 – 2025

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



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, im Jänner 2014

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Kurzbericht des Projektmanagements	7
Kurzfassung	9
1. Vorgeschichte und Fertigstellung des Konzepts	13
1.1 Aussagen des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2002	13
1.2 Rückblick auf die Arbeit des Vorarlberger Psychiatriebeirats.....	15
1.3 Anlage und Ablauf des Projekts zur Evaluation des Konzepts	17
2. Zustand und Perspektiven des Hilfesystems	25
2.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Nutzung von Hilfen.....	25
2.2 Erkenntnisse aus der Vorarlberger Psychiatrieberaterstattung	27
2.3 Merkmale aus den Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner	30
2.4 Analysen der Zukunftswerkstätten zu einzelnen Teilgebieten	34
3. Vision und Strategie für die Weiterentwicklung der Hilfen.....	39
4. Zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekte.....	44
4.1 Basisinnovationen A und B	44
4.2 Entwicklungsprojekte 1 bis 10	46
4.3 Grundsätze zur Umsetzung und Evaluation.....	53

* Hinweis: Zum Abschlussbericht des Projekts Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025 liegt ein eigener Materialienband auf.



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 Lebenserwartung 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 Krankheiten 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. Gelegentlich treffen sie 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 sowohl die Systempartnerinnen und Systempartner als auch die Betroffenen und deren Angehörige dabei umfassend einbezogen.

Um das Projekt organisatorisch optimal zu gestalten, wurde es in zwei Bereiche gegliedert. Die Masterplanung des Landeskrankenhauses Rankweil umfasst neben der Reorganisation des Landeskrankenhauses Rankweil auch die Neuausrichtung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und beinhaltet die notwendigen baulichen Veränderungen. Unter dem Titel *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025* wurden die extramuralen Hilfsangebote beleuchtet.

Mit dem Vorarlberger Psychiatriekonzept für die Jahre 2015 bis 2025 liegt nun eine langfristige, breit abgestimmte und umfassende Planungsgrundlage für die nächsten zehn Jahre vor. Das Konzept ist lebendig gestaltet. Das Herzstück bilden zehn Entwicklungsprojekte, die wichtige Themenbereiche der sozialpsychiatrischen Versorgung in Vorarlberg abdecken.

Als Gesundheitslandesrat beabsichtige ich, die einzelnen Entwicklungsprojekte gemeinsam mit den Systempartnerinnen und Systempartnern, Betroffenen und Angehörigen die Detailausgestaltung auf Basis des Psychiatriekonzepts zu erarbeiten. Damit ist eine nachhaltige Qualität der psychiatrischen Versorgung in Vorarlberg gesichert.

Dr. Christian Bernhard
Gesundheitslandesrat

Kurzbericht des Projektmanagements

Neue Ansätze in der Sozial- und Gesundheitspolitik

Im Rahmen des Entwicklungsprozesses über die Fortschreibung und Evaluierung des Psychiatriekonzeptes 2002 und damit in die Erarbeitung des Vorarlberger Psychiatriekonzeptes 2015 – 2025 wurden Informationen und Wissen aus den unterschiedlichsten Bereichen genutzt.

In den Prozess eingeflossen sind:

- Vergleichsanalysen, Studien national wie international
- eine Befragung aller Systempartnerinnen und Systempartner im Bereich psychiatrische Medizin in Vorarlberg
- Ergebnisse der Zukunftswerkstätten – SWOT-Analyse, Ideen und Maßnahmen
- Handlungsempfehlungen interner und externer Experten

Das Ziel im Prozess war, eine möglichst breite Einbindung aller Systempartnerinnen und Systempartner (Leistungserbringende, Betroffene im Sinne von Angehörigen, Kostenträger, Land und Gemeinden). Gestartet wurde mit der Bitte um eine schriftliche Stellungnahme zu den Kernaufgaben der Psychiatrie in Vorarlberg und deren Weiterentwicklung. Das Projektteam erhielt 95 Rückmeldungen von 54 Systempartnerinnen und Systempartner. Danach wurden in acht Zukunftswerkstätten ausgewählte Personen (108 Teilnehmende) themenbezogen eingeladen. In den Workshops wurden Ideen und erste Lösungsansätze entwickelt und diese nach bestimmten systemrelevanten vorab definierten Kriterien bewertet.

Innovation braucht Freiraum, aber auch Struktur im Sinne der Vorgabe strategischer Eckpfeiler, die im Vorfeld entwickelt und abgestimmt wurden. Erst dadurch gelang es tatsächlich Maßnahmen zu entwickeln, die in den strategischen Rahmen passten und große Chancen auf Umsetzung hatten.

Die breite Einbindung und Involvierung aller Systempartnerinnen und Systempartner in den Prozess hat zur Folge, dass eine hohe Anschlussfähigkeit sowie eine gemeinsame Sichtweise auf die aktuelle Situation und die kommenden Herausforderungen unter allen Beteiligten geschaffen wurden.

Letztendes wurden die endgültigen Ergebnisse allesamt für das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 – 2025 genutzt. Zwei Basisinnovationen wurden als Voraussetzung für die Umsetzung identifiziert und befinden sich neben 10 Entwicklungsprojekten bereits in der Planungsphase der Umsetzung.

Folgende erfolgskritische Faktoren haben wesentlich zum Gelingen des Projektes beigetragen:

- Reform von Politik getragen
- Rollenverteilung in Projekten (Fachexperte, interner PL und Prozessberatung)
- Breite Einbindung Systempartnerschaft und Betroffene, hat hohe Akzeptanz und Commitment zur Folge -> weitere Einbindung folgt in der Umsetzungsphase
- Klare strategische Eckpfeiler als Rahmen innerhalb dessen Entwicklungsraum und Gestaltungsraum ist
- Alle ausgewählten Entwicklungsprojekte passen in die vorgegebene Stoßrichtung und sind klar inhaltlich positioniert, und zwar auf einer Flughöhe / einem Detaillierungsgrad, der noch zu steuern ist
- Transparenz was die Entscheidung nach den Kriterien betrifft
- Transparenz über den gesamten Prozess

Das gesamte Projekt ging ohne Zeitverzögerung von statten und wurde vom Psychiatriebeirat begleitet.

Die Entwicklung eines Psychiatriekonzeptes für Vorarlberg kann als beispielhaft für einen offenen Prozess unter Einbindung aller relevanten Systempartnerinnen und Systempartner als Basis für eine nachhaltige patientenorientierte Gesundheitsreform bezeichnet werden.

Mag. Günter Kradschnig MBA
Integrated Consulting Group

Mag. Elisabeth Babnik
Integrated Consulting Group

Kurzfassung

Zehn Jahre nach Erstellung des ersten Psychatriekonzepts hat die Vorarlberger Landesregierung die Systempartnerinnen und Systempartner eingeladen, gemeinsam Zwischenbilanz zu ziehen und Lösungsvorschläge für die Herausforderungen der Zukunft zu entwickeln. Dabei wirkten die Nutzerinnen und Nutzer des psychiatrischen Hilfesystems, nämlich die von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen und ihre Angehörigen, von Anfang an mit, gemeinsam mit Vertretungen der Gemeinden, Kostenträger und Leistungsträgerinnen bzw. Leistungsträger.

Sie beteiligten sich in einem mehrstufigen Prozess auf vielfältige Weise an der Evaluation und Fortschreibung des Psychatriekonzepts von 2002, sei es in Form einer schriftlichen Stellungnahme, sei es durch Mitarbeit in einer Zukunftswerkstatt. In dreimonatlichen Abständen wurde der Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung über den Fortgang des Projekts informiert und erhielt Gelegenheit zur Stellungnahme.

Das vorliegende Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025 entstand unter Federführung eines Projektteams und einer Lenkungsgruppe im Amt der Landesregierung, unterstützt von einem externen Projektmanagement. Zunächst werden im Rückblick wesentliche Aussagen des Psychatriekonzepts von 2002 zusammengefasst, die Arbeit des 2003 berufenen Psychiatriebeirats der Landesregierung bilanziert und die Anlage sowie der Ablauf des Projekts zur Evaluation des Konzepts beschrieben. Dann geht es um Zustand und Perspektiven des Hilfesystems aus den Blickwinkeln verschiedener aktueller Studien und zahlreich beteiligter Systempartnerinnen und Systempartner. Die daran anschließende Vision für die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen steht in Einklang mit den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention. Das allgemeine Ziel ist es, die seelische Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung zu fördern und den von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen bestmögliche Hilfen für Selbstbestimmung und Teilhabe zu bieten. Dabei geht es auch um die Unterstützung der Angehörigen erkrankter Menschen, die in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung haben. Wirtschaftlich orientiert sich das Konzept an den Kriterien der Sparsamkeit und der Nachhaltigkeit.

Grundlage der Skizzierung von zwei Basisinnovationen und zehn zur Umsetzung vorgesehenen Entwicklungsprojekte sind die strategischen Eckpfeiler des neuen Psychatriekonzepts. Der „inklusive Ansatz“ will - nach dem jeweils individuell zu ermittelnden Bedarf - Hilfe zur Selbsthilfe nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“

leisten, um die Ressourcen sowohl bei den Betroffenen als auch in ihrem Lebensumfeld zu erhalten und zu aktivieren. In diesem Zusammenhang sind auch die im Fachdiskurs geläufigen Begriffe „Empowerment“ und „Recovery“ zu nennen. Der „präventive Ansatz“ zielt auf vorbeugende Hilfen für Menschen in riskanten Lebenslagen und Lebensphasen, leicht erreichbare Unterstützung in akuten Krisen mit kompetenter Abklärung bei Verdacht auf eine ernsthafte Erkrankung. Dazu gehören auch genau geplante und regelmäßig auf Wirksamkeit und Notwendigkeit überprüfte Maßnahmen zur sogenannten Tertiärprävention für schwerer erkrankte Menschen mit Teilhabe-Einschränkungen. Unter dem Begriff „systematischer Ansatz“ wird eine sorgfältige Planung und Evaluation sinnvoll aufeinander abgestimmter Konzepte, sowohl für die individuelle Hilfeleistung als auch in Bezug auf das regionale Hilfesystem, verstanden. Dieser Ansatz erfordert eine konsequente Regionalisierung der Hilfsangebote und deren verstärkte Orientierung auf den Sozialraum der Menschen, für die sie tätig werden. Schließlich folgte die Projektgruppe bei der Erstellung des Psychatriekonzepts auch einem „pragmatischen Ansatz“: Sie begrenzte die im Konzept bearbeiteten Themen auf das psychiatrische Hilfesystem im engeren Sinne und klammerte einige hier bereits laufende parallele Reformprozesse aus, nicht ohne mit diesen eine wechselseitige Abstimmung zu suchen.

Insgesamt entscheidend für die Umsetzung des Vorarlberger Psychatriekonzepts und Voraussetzung für die Bearbeitung der zehn skizzierten Entwicklungsprojekte sind die beiden Basisinnovationen. Eine Landesstelle Psychatriekoordination (Basisinnovation A) dient der amtsinternen Abstimmung aller Aktivitäten im Bereich seelische Gesundheit und psychische Erkrankung. Weiters übernimmt sie wichtige Aufgaben zur Koordination und Steuerung des Hilfesystems auf Landesebene. Zur Förderung einer Sozialraumorientierung der Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wird zwischen den Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region unterschieden. Die verschiedenen Leistungserbringenden sollen für ihre Angebote eine regionale Versorgungszuständigkeit übernehmen und davon absehen, hilfsbedürftige Menschen aus diesem Gebiet abzuweisen.

Im Sinne einer inklusiven und präventiven Strategie wird das psychiatrische Hilfesystem auf verbindliche Zusammenarbeit mit regionalen Anlaufstellen für seelische Gesundheit und soziale Fragen (Basisinnovation B) angewiesen. Für den Aufbau solcher Anlaufstellen sollen bereits bestehende Beratungsangebote mit dem zusätzlichen Ziel, das lokale Netzwerk von Selbst-, Laien- bzw. Bürgerhilfe zu stärken, zusammengefasst werden. Hier sind die in einer Region jeweils verbundenen Gemeinden zuständig. Das Land will zwecks modellhafter Erprobung dieses Ansatzes eine gemeinsame Initiative mit interessierten Gemeinden starten.

Die Umsetzung der Entwicklungsprojekte (EP) soll schrittweise nach einem vorher festgelegten Fahrplan erfolgen und von der Landesstelle Psychiatriekoordination federführend betrieben werden. Priorität haben ambulant-aufsuchende Wohnbetreuung (EP 5) sowie Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (EP 10) durch Reorganisation der ambulanten sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungsangebote. Damit sollen niedrigschwellige und aufsuchende ambulante Angebote zur Beratung, Betreuung und Krisenintervention zu den normalen Dienstzeiten flächendeckend und ohne Wartezeit verfügbar gemacht werden. Ab 2016 soll dann versucht werden, im Zusammenwirken aller hierbei erforderlichen Systempartnerinnen und Systempartner, einen ambulant-aufsuchenden psychiatrischen Krisen- und Notfalldienst auch außerhalb der normalen Öffnungszeiten (EP 10) zu realisieren. Gleichzeitig steht dann die Einrichtung integrierter Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Ober- und das Unterland (EP 3) auf der Agenda. Hier, wie auch bei allen weiteren Entwicklungsprojekten, kommt es neben hoher Fachkompetenz der Handelnden auch auf ihren guten Willen zur Zusammenarbeit und Vernetzung in gegenseitigem Respekt und entlang der Vision und Strategie des Psychiatriekonzepts an. Diese Fähigkeit und Bereitschaft soll auch im Rahmen eines Träger- und Berufsgruppen-übergreifenden Qualifizierungsangebots gefördert werden. Attraktive Qualifizierungskonzepte für von psychischer Erkrankung betroffene Menschen zur Genesungsbegleitung im Hilfesystem sind unter dem Namen „EXperience INVOLvement (EX-IN) bekannt geworden.

1. Vorgeschichte und Fertigstellung des Konzepts

1.1 Aussagen des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2002

Das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2002 sah die Funktionsfähigkeit eines Versorgungssystems von den verfügbaren Kapazitäten, von den Strukturen des Leistungsangebotes, den wirtschaftlichen Anreizen und dem Maß an Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringenden bestimmt.¹ Zu jedem dieser vier Punkte werden hier die wesentlichen Aussagen des Konzepts 2002 zusammengefasst:

➤ **Es gibt ausreichend Kapazitäten, aber sie sind nicht bedarfsgerecht verteilt**

Die Zahl der verfügbaren Fachkräfte für die Versorgung und Pflege psychisch erkrankter Menschen in Vorarlberg wurde, verglichen mit anderen Bundesländern, als hoch eingeschätzt. Anhand verschiedener Vergleiche zwischen dem Ist-Zustand und anderweitig veröffentlichten Anhaltzahlen gab es allerdings Zweifel an der angemessenen und bedarfsgerechten Verteilung der verfügbaren Kapazitäten. Punktuell wurden Defizite beschrieben, so bei Tageskliniken, bei den Hilfen zu Arbeit, Ausbildung und Tagesstrukturierung. Mängel sah man auch beim psychiatrischen Konsiliardienst für Personen, die in Pflegeheimen betreut oder in somatischen Krankenhäusern behandelt werden. Kritisch stand man zur Forderung, die Anzahl klinisch-psychiatrischer Betten in Vorarlberg zu vermindern, damals gab es 348 Betten bei 350.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

➤ **Die dezentrale Strukturierung der Hilfen ist richtig, aber es fehlt an Evaluation**

Die in Vorarlberg betriebene gemeindenahere Versorgung mit dem Auf- und Ausbau dezentraler Angebote wurde in der Zielsetzung befürwortet, die fehlende systematische Evaluation der bestehenden Einrichtungen aber bemängelt. Eine solche Evaluation wäre geeignet, vermutete Fehlentwicklungen zu unterbinden. Man wies auf die hohe Notfall-Zuweisungsfrequenz in die Klinik und die langen Wartezeiten bei der fachärztlich-ambulanten Versorgung hin.

¹ Arnold M, König P und Lingg A (2002): Vorarlberger Psychiatriekonzept.

➤ **Für eine gute Arbeitsteilung zwischen Haus- und Fachärztinnen bzw. Fachärzten fehlen Anreize**

Auch hier wurde das Fehlen aussagekräftiger Daten bedauert, um das Funktionieren der Arbeitsteilung zwischen Haus- und Facharztpraxen im Primärarztsystem zu überprüfen. Man stellte kritische Fragen zur Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Indikationsstellung für eine ambulante oder stationäre fachpsychiatrische Behandlung. Herausgehoben wurden auch die zu langen Wartezeiten bei Facharztpraxen, die mit weniger schwer beeinträchtigten Patientinnen und Patienten vollauf zu tun hätten.

➤ **Vernetzung und Kooperation der Leistungserbringenden sind unzureichend**

Generell wurde eine mangelnde Koordination der verschiedenen Anbietenden von Hilfen für psychisch Kranke kritisiert. Zur Abhilfe verlangte man einen Diskurs der Beteiligten unter Einbezug von Patienten-Vertretungen zwecks Absprache z.B. über Not- und Wochenenddienste. Des Weiteren wurde eine elektronische Vernetzung zur Information über freie Behandlungsplätze angeregt.

Die Hausarztpraxis solle die Abstimmung der Behandlungsaktivitäten (Casemanagement) übernehmen und für diese Koordinationsleistung eine zusätzliche Vergütung erhalten. Der Grundsatz „Geld folgt Leistung“ könnte durch Vergütung aus einer Hand verwirklicht werden, was auch dabei helfen würde, die verschiedenen Schnittstellen (zwischen Allgemeinarzt- und Facharztpraxis, zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Versorgung) zu beseitigen.

Die Lektüre des Psychiatriekonzepts 2002 hinterlässt den Eindruck, dass die Ressourcen für psychiatrische Hilfen in Vorarlberg damals als ausreichend erachtet worden waren, wobei der stationär-klinische Bereich ein Übergewicht hatte. Die außerklinischen Hilfen erschienen nicht genügend auf die schwer und chronisch psychisch erkrankten Menschen konzentriert zu sein. Lücken gab es in der ambulant-aufsuchenden Notfallhilfe und multidisziplinären Betreuung von Hochrisikogruppen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei der Konsiliar- und Liaison-Psychiatrie in Allgemeinkrankenhäusern. Trotz erfreulicher Ansätze für ein wohnortnahes Hilfesystem wurden die Chancen einer Regionalisierung und Dezentralisierung der Angebote noch nicht optimal genutzt. Die Kommunikation und Koordination der Systempartnerschaften über die Grenzen der Einrichtungen und Versorgungsbereiche hinweg war verbesserungsbedürftig. Es fehlte eine fortlaufende datengestützte Planung und Evaluation der Hilfeleistungen.

1.2 Rückblick auf die Arbeit des Vorarlberger Psychiatriebeirats

Eine Empfehlung aus dem Psychatriekonzept 2002 aufgreifend, berief die Vorarlberger Landesregierung einen Psychiatriebeirat, der im Juli 2003 zu einer konstituierenden Sitzung zusammentrat. Darin waren die wichtigsten Systempartnerschaften vertreten, darunter die Selbsthilfevereine der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen. Der Beirat gab sich eine Geschäftsordnung, trat von Beginn an alle drei Monate zu einer Sitzung zusammen und bildete Sub-Arbeitsgruppen zur Bearbeitung spezieller Themen. Alle eineinhalb bis zwei Jahre wurde einem größeren Kreis von Systempartnerinnen und Systempartnern auf einem Psychiatrieforum über die Tätigkeit des Beirats berichtet und über dessen Bemühungen zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems diskutiert. Zu den bisher vorrangig bearbeiteten Themenbereichen werden im Folgenden kurze Zwischenbilanzen gezogen.

➤ **Der Aufbau eines psychiatrischen Krisen- und Notfalldienstes steht noch aus**

Für den Beirat war die Realisierung eines ambulanten und auch aufsuchend tätigen Kriseninterventionsdienstes von Anfang an eine vorrangige Aufgabe. Zahlreiche Initiativen zur Erzielung eines Konsenses mit allen Beteiligten blieben bisher erfolglos, darunter die vorübergehende Installation eines Call-Centers im Jahre 2005. Zuletzt entwickelte das Land ein praktikables und mit dem Beirat abgestimmtes Konzept, das alle Netzwerketeiligten einbezog und aus Mitteln des Sozialfonds unterstützt werden sollte.² Alle Systempartnerinnen und Systempartner außer der Fachgruppe der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater stimmten dem Konzept im Juli 2010 zu.

➤ **Beschäftigungs- und Tagesstrukturhilfen sind ausbaufähig**

Bedarf und Angebot an Hilfen zur Tagesstrukturierung und Beschäftigung psychisch erkrankter Menschen in Vorarlberg sind seit 2003 ein zweites vorrangiges Thema des Beirats. Die 2010 verabredete Neudefinition der Hilfsangebote im Rahmen der regionalen Psychiatrieberichterstattung ermöglichte die zuverlässige Erfassung des Ist-Zustands. Im Rahmen der Integrationshilfen werden nun unverbindliche Gruppenangebote von verbindlichen wochen- und tagesstrukturierenden Programmen unterschieden. Aussagen zu einer eventuellen Unterversorgung lassen sich erst nach der Einbeziehung teilstationärer und komplexer ambulanter Integrationshilfen in das 2009 gestartete neue Planungs- und Evaluationsverfahren treffen. Eine stärkere Berücksichtigung psychisch

² Grobkonzept zur Qualifizierung der Krisen- und Notfallhilfe bei psychisch kranken Erwachsenen – Vorschlag Ressort-interne Arbeitsgruppe 13.01.2010 nach Kontakt mit dem Landesstatthalter (siehe Materialienband)

erkrankter Menschen bei den vom Bundessozialamt und von der Pensionsversicherung finanzierten Angeboten zur beruflichen Rehabilitation wird angestrebt.

➤ **In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es große Fortschritte**

Dieses Fachgebiet ist seit 2004 Gegenstand der Beratungen im Psychiatriebeirat. Mit großem Einsatz des Landes wurden inzwischen von Pro Mente Vorarlberg (PMV) ambulante und stationäre Integrationshilfen für psychisch erkrankte Adoleszente aufgebaut.

Die Angebote der Stiftung Carina sind jüngst zu einer ganzjährig geöffneten Klinikbehandlung ausgebaut worden, in Verbindung mit der Jugendpsychiatrie im LKH Rankweil sind erweiterte Ausbildungsmöglichkeiten für dringend benötigten ärztlichen Nachwuchs zu erwarten. Für einige Sonderfälle intellektuell minderbegabter und psychisch erkrankter Jugendlicher mit besonderer Betreuungsproblematik wurde ein aufwändiges Programm der Integrationshilfe geschaffen: die sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB).

➤ **Zur Gerontopsychiatrie in Pflegeheimen startete ein Modellprojekt**

Bereits im Psychiatriekonzept 2002 wurde ein psychiatrischer Konsiliardienst in Allgemeinkrankenhäusern und Pflegeheimen zur Behebung dort bestehender Defizite gefordert. Der Beirat setzte 2007 eine Subarbeitsgruppe ein, die mit auf diesem Gebiet tätigen Systempartnerinnen und Systempartnern in Anlehnung an ein Modellprojekt in Götzis ein schlüssiges Konzept zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Kompetenz in den Pflegeheimen und der häuslichen Krankenpflege entwickelte. Die Umsetzung dieses Konzepts wird zurzeit mit Förderung des Landes in drei Pflegeheimen erprobt und dabei auf seine Wirksamkeit hin untersucht.

➤ **Eine Angebotslücke in der klinischen Suchtkrankenhilfe wurde geschlossen**

Das Hilfesystem für suchtkranke Menschen ist in Vorarlberg gut ausgebaut. Es wurde durch die 2008 vom Beirat empfohlene Einrichtung von sechs Betten für den akuten Drogenentzug in der Therapiestation Lukasfeld des Krankenhauses der Stiftung Maria Ebene weiter komplettiert. In den bestehenden Diensten und Einrichtungen werden nach den Ergebnissen der Psychiatrieberichterstattung meist Menschen mit einem recht hohen psychosozialen Risiko betreut. Gelegentlich gibt es eine Tendenz zum häufigen Wechsel der betreuenden Suchtberatungsstelle; dem soll in Zukunft entgegengesteuert werden.

➤ **Eine Neuordnung der Psychotherapie in der Integrationshilfe wird angestrebt**

Dieses Thema wurde 2009 erstmals vom Beirat aufgegriffen. Es geht um eine zielgerichtete Verteilung der über den Sozialfonds verfügbaren Mittel zur Ermöglichung einer Psychotherapie insbesondere bei sozial bedürftigen psychisch beeinträchtigten Menschen. In einem vom Amt der Vorarlberger Landesregierung angestoßenen Dialog der Systempartnerschaften konnte noch kein Einvernehmen erzielt werden.

➤ **Planung und Evaluation, Koordination und Steuerung sind vorangekommen**

Die Einbeziehung der wesentlichen Systempartnerinnen und Systempartner in die auf Fachlichkeit, Gemeinwohl und Nutzerorientierung angelegte Arbeit des Psychiatriebeirats hat ein Klima der Kooperation und des gegenseitigen Respekts befördert. Die Bereitschaft zur Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Systempartnerschaften ist deutlich gestiegen. Der regelmäßige dreimonatliche Rhythmus der Sitzungen hilft bei der Kontrolle, inwieweit Aufträge des Beirats zeitnah erledigt bzw. verabredete Projekte auch realisiert werden. Die Beteiligung an der seit 2006 aufgebauten Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung ist gut, die Qualität der gelieferten Daten wird von Jahr zu Jahr besser.³ Bei den Auswertungen wurden auch unklare und falsche Beschreibungen von Integrationshilfeprodukten sichtbar, die inzwischen zu einer Neuordnung der Hilfsangebote im Konsens mit den Systempartnerschaften geführt haben. Zusammen mit der seit 2009 schrittweise eingeführten systematischen Planung und Evaluation der Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen⁴ stehen aktuelle und aussagefähige Kennzahlen zur Verfügung, die eine fachlich fundierte Steuerung auf Landesebene in Zukunft empirisch unterstützen können.

1.3 Anlage und Ablauf des Projekts zur Evaluation des Konzepts

Neun Jahre nach Veröffentlichung des ersten Psychiatriekonzepts forderten die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfevereine der Betroffenen und ihrer Angehörigen im Psychiatriebeirat 2011 eine Zwischenbilanz mit Evaluation und Fortschreibung. Diese Initiative wurde von den anderen Mitgliedern des Beirats unterstützt und von der Vorarlberger Landesregierung mit der Einsetzung eines entsprechenden Projekts aufgegriffen.

³ Elgeti H (2011) Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung für das Berichtsjahr 2010.

⁴ Elgeti H (2011): Qualitätsentwicklung durch Hilfeplanung – Bericht 2009/2010

Im Januar 2012 verabschiedete der Lenkungsausschuss den amtsintern ausgearbeiteten Projektauftrag. Zwei Monate später beschloss das Kuratorium des Sozialfonds das Projekt zur Fortschreibung und Evaluierung des Psychiatriekonzepts 2002 für den Zeitraum von 2015 bis 2025. Der Psychiatriebeirat wurde über den Fortgang des Projekts laufend informiert und erhielt dabei jeweils auch Gelegenheit zur Stellungnahme.

➤ **Ein Lenkungsausschuss zur Rahmung der Projektarbeit wurde gebildet**

Den Vorsitz des Lenkungsausschusses hat der Landesrat für Gesundheit übernommen (Dr. Rainer Gögele bzw. ab Juni 2012 Dr. Christian Bernhard). Weiter wirkten dort mit: Die Geschäftsführer der Krankenhausbetriebsgesellschaft (KHBG; Dr. Gerald Fleisch und Dr. Till Hornung), die Leitungen der Abteilungen Gesellschaft, Soziales und Integration (Abt. IVa; Dr. Elfriede Rauch-Eiter), Gesundheit und Sport (Abt. IVb; Dr. Eugen Ludescher mit Dr. Harald Kraft) und Sanitätsangelegenheiten (Abt. IVd; Dr. Christian Bernhard bzw. ab Juli 2012 Dr. Wolfgang Grabher) sowie die Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK; Manfred Brunner), die Pensionsversicherungsanstalt (PVA; Dr. Werner Bischof) und der Gemeindeverband (Bürgermeister Werner Müller). An den Sitzungen im Dreimonatsrhythmus nahmen außerdem die Projektleitung und das Projektmanagement teil.

➤ **Allgemeines Ziel und Aufgaben des Projekts wurden festgelegt**

Als allgemeines Ziel des Projekts wurde festgelegt, die seelische Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung verstärkt zu fördern und psychisch erkrankten Menschen bestmögliche Hilfen für Selbstbestimmung und Teilhabe zu bieten. Die Hauptaufgaben der Projektgruppe bei der Evaluation des Psychiatriekonzepts 2002 und seiner Fortschreibung waren die Befragung der Systempartnerinnen und Systempartner, die Entwicklung strategischer Eckpfeiler für das Projekt, die Durchführung von Zukunftswerkstätten und die Konzepterstellung. Wert gelegt wurde auf eine sorgfältige Abstimmung mit parallel laufenden Reformprojekten in der Psychiatrie, die nicht zum Projektauftrag gehörten: Organisatorische Zusammenführung der klinischen Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Reorganisation der Erwachsenenpsychiatrie im Landeskrankenhaus Rankweil, Umsetzung des Geriatriekonzepts und Entwicklung eines Konzepts zur verstärkten Sozialraumorientierung für den Kompetenzbereich der Sozialabteilung im Amt der Vorarlberger Landesregierung.

➤ **Amtsinterne und externe Expertinnen und Experten bildeten Projektgruppe und -management**

Die Leitung des Projektteams übernahmen Dr. Hermann Elgeti (Medizinische Hochschule und Region Hannover) und Thomas Neubacher (Abt. IVa). Dr. Günter Winkler (VGKK), Dr. Harald Kraft (Abt. IVb), Dr. Andreas Mischak (Abt. IVd), Dr. Wolfgang Weber (Abt. IVa), Dr. Otmar Müller (Gemeindeverband), Theresia Rümmele und Fabienne Fleischhacker (Abt. IVa; Geschäftsstelle) vervollständigten das Projektteam. Mit dem Projektmanagement wurden Mag. Günter Kradischnig und Mag. Elisabeth Babnik von der Integrated Consulting Group (ICG) beauftragt. Die im Projektplan beschriebenen Arbeitspakete waren in folgende sechs Gruppen gegliedert: Projektmanagement, Projektkommunikation, Befragung der Systempartnerinnen und Systempartner, Entwicklung der strategischen Eckpfeiler, Durchführung von Zukunftswerkstätten und Erstellung des Psychatriekonzepts.⁵ Alle Arbeitspakete konnten innerhalb des festgesetzten Zeitplans erfolgreich bearbeitet werden.

➤ **Viele Systempartnerinnen und Systempartner beteiligten sich an einer strukturierten Umfrage**

Die Systempartnerinnen und Systempartner wurden im Januar 2012 eingeladen, gesonderte Stellungnahmen zu einzelnen, im entsprechenden Formular genauer beschriebenen Kernaufgaben der Psychiatrie (Vorbeugung, Behandlung, Teilhabe, Beheimatung und Steuerung) abzugeben.⁶ Es galt, jeweils einen Blick zurück auf die letzten zehn Jahre zu werfen und dann einen Blick nach vorn auf die Herausforderungen der nächsten zehn Jahre. Dabei konnten auch bereits Vorschläge zum Vorgehen gemacht und eine eventuelle Bereitschaft zur Mitwirkung bekundet werden. Die Geschäftsstelle erhielt bis Mitte April insgesamt 95 Stellungnahmen von 54 Personen bzw. Institutionen; sie wurden von der Projektleitung in einem ausführlichen Text zusammengefasst.⁷

➤ **Strategische Eckpfeiler beschrieben die Vorgaben für das neue Konzept**

Anfang 2012 erarbeitete das Projektteam einen Entwurf zu den strategischen Eckpfeilern für die Ausarbeitung des künftigen Psychatriekonzepts. Die vier Eckpfeiler wurden als inklusiver, präventiver, systematischer und pragmatischer Ansatz bezeichnet (siehe dazu die Ausführungen im Abschnitt 3). Der Lenkungsausschuss ergänzte und beschloss den

⁵ Arbeitspaketeplanung des Projektteams (siehe Materialienband)

⁶ Einladungsschreiben und Formular für die Stellungnahmen (siehe Materialienband)

⁷ Zusammenfassung der Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner zur Evaluation und Fortschreibung des Vorarlberger Psychatriekonzepts von 2002 (siehe Materialienband)

Entwurf im April 2012. Der Text wurde den Teilnehmenden an den Zukunftswerkstätten mit der Zusammenfassung der Stellungnahmen zur Vorbereitung zugesandt.⁸

➤ **Für verschiedene Teilgebiete wurden Zukunftswerkstätten durchgeführt**

Im Juni 2012 wurden, gesondert für sieben Teilgebiete der Psychiatrie, ganztägige Zukunftswerkstätten (ZW) durchgeführt, ergänzt um eine amtsinterne ZW der Gruppe IV im Amt der Vorarlberger Landesregierung.⁹ Die sieben Teilgebiete waren: Psychiatrische Regelbehandlung einschließlich Krisenintervention und Notfallhilfe (PR), berufliche Rehabilitation und Integrationshilfen (RI), Suchtkrankenhilfe (SH), Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Gerontopsychiatrie (GP), Psychotherapie in der Psychiatrie (PT) und Wohnungslosenhilfe (WH).

➤ **Die Teilnehmenden repräsentierten eine große Vielfalt an Perspektiven**

Es gelang weitgehend, das für diese sieben ZW gewünschte breite Spektrum unterschiedlicher Perspektiven unter den Teilnehmenden auch zu erreichen. Angestrebt wurde eine Vielfalt von Leistungserbringenden (6-10 Personen) und von Interessengruppen der Nutzenden (1-4 Personen); daneben sollten die Kostenträger (1-2 Personen) und das Land bzw. die Gemeinden (1-2 Personen) vertreten sein. Über die Anzahl der Teilnehmenden und ihre Verteilung unter den vier genannten Gruppen informiert die Tabelle 1. Die amtsinterne Zukunftswerkstatt 8 wurde mit sieben Personen aus den Abteilungen IVa, IVb und IVd im Amt der Vorarlberger Landesregierung durchgeführt. Insgesamt summierten sich die Teilnahmen auf 108.¹⁰ Zusätzlich nahmen an allen ZW die Projektleitung und teilweise weitere Mitglieder des Projektteams teil. Die Moderation erfolgte durch die ICG.

Tabelle 1: Teilnahmen an den Zukunftswerkstätten 1-7

Zukunftswerkstatt	1 PR	2 RI	3 SH	4 KJP	5 GP	6 PT	7 WH
Leistungserbringende	8	10	10	10	9	9	11
Nutzervertretung	2	4	3	2	2	2	2
Kostenträger	1	0	3	2	1	1	1
Land / Gemeinden	2	1	0	1	1	0	2
Summe	13	15	15	16	13	12	16

⁸ Informationen für die Teilnehmenden der Zukunftswerkstätten im Rahmen des Projekts „Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 – 2025“ (siehe Materialienband)

⁹ Zusammenfassung und Auswertung der Zukunftswerkstätten vom 18. bis 28. Juni 2012 (siehe Materialienband)

¹⁰ Liste der Teilnehmenden an den Zukunftswerkstätten (siehe Materialienband)

➤ **Für einen formal einheitlichen Ablauf der Zukunftswerkstätten wurde gesorgt**

Der Ablauf der ZW erfolgte in einheitlicher Form: Nach gegenseitiger Vorstellung der Teilnehmenden mit ihren Positionen und Perspektiven arbeitete man in Kleingruppen, unterbrochen durch Austausch und Bewertung der Ergebnisse im Plenum. Auf diese Weise wurde am Vormittag eine Stärken-Schwächen-Chancen-Risiko-Analyse (SWOT-Analyse) zu den fünf Kernaufgaben der Psychiatrie für das Teilgebiet, das Gegenstand der ZW war, durchgeführt. Am Nachmittag ging es um die Entwicklung von Lösungsvorschlägen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung, unter Berücksichtigung der vom Lenkungsausschuss festgelegten strategischen Eckpfeiler. Zum Schluss wurde eine Priorisierung vorgenommen, um die wichtigsten Lösungsvorschläge besonders zu kennzeichnen.

➤ **Die Teilnehmenden erarbeiteten zahlreiche Lösungsvorschläge**

Die Teilnehmenden der acht ZW formulierten insgesamt 103 Lösungsvorschläge.¹¹ Diese konnten zumeist einer der fünf definierten Kernaufgaben der Psychiatrie zugeordnet werden: 6 bezogen sich auf die Vorbeugung, 34 auf die Behandlung, 19 auf die Teilhabe, 11 auf die Beheimatung und 23 auf die Steuerung. Zusätzlich wurden insgesamt 10 Vorschläge gemacht, die sich meist auf gesetzliche Rahmenbedingungen der Versorgung, auf Fortbildung von Fachpersonal und auf Datenschutz bezogen. Einzelne weitere Vorschläge ließen sich nicht weiter zuordnen: Hier ging es um einen Strategieprozess in der Jugendwohlfahrt, um angepasste Hilfen für Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund sowie um Hilfen zum Überleben.

Tabelle 2: Anzahl der Lösungsvorschläge nach ZW und Thema

thematische Zuordnung		Zukunftswerkstatt (Nummer und Abkürzung)							
		1 PR	2 RI	3 SH	4 KJP	5 GP	6 PT	7 WH	8 AI
Kernaufgabe	Vorbeugung (6/0)			2	4				
	Behandlung (34/8)	6/1	3/1	2	6/2	4/1	9/2	4/1	
	Teilhabe (19/1)	1	7	2	1			8/1	
	Beheimatung (11/1)			3/1	1	3		4	
	Steuerung (23/4)	6	1/1	3		3	3	2	5/3
andere Themen (10/3)		1/1	1	3/1	1	3/1		1	
vergebene Punkte (154)		19	25	20	20	20	20	26	4

¹¹ Liste der Lösungsvorschläge aus acht Zukunftswerkstätten mit ihren Kurzbezeichnungen und ihrer Zuordnung zu Kernaufgaben der Psychiatrie (siehe Materialienband)

Die Tabelle 2 zeigt, wie viele Lösungsvorschläge aus den verschiedenen ZW den einzelnen Kernaufgaben der Psychiatrie zugeordnet wurden (die Ziffer nach dem Schrägstrich bezeichnet die Anzahl der priorisierten Lösungsvorschläge).

➤ **In den Zukunftswerkstätten wurden 17 Lösungsvorschläge priorisiert**

Pro ZW zu den einzelnen Teilgebieten der Psychiatrie (ZW 1-7) ermittelten die Teilnehmenden abschließend mit einem Punktesystem die beiden Lösungsvorschläge, die ihnen am wichtigsten waren. Bei der amtsinternen ZW 8 wurden drei Vorschläge priorisiert, so dass zusammen 17 Lösungsvorschläge auf diese Weise besonders herausgehoben waren. Insgesamt wurden 154 Punkte für 75 Lösungsvorschläge vergeben. Wie aus Tabelle 2 auch hervorgeht, bezogen sich acht der 17 priorisierten Lösungsvorschläge auf die Kernaufgabe „Behandlung“ und vier weitere auf die Kernaufgabe „Steuerung“.

➤ **Die Auswertung durch die Projektgruppe mündete in 12 Empfehlungen**

Die Projektgruppe sichtete alle Lösungsvorschläge, prüfte sie auf Vereinbarkeit mit den strategischen Eckpfeilern und integrierte sie, soweit möglich, in insgesamt 12 Empfehlungen für die Aufnahme in das Psychiatriekonzept. Entsprechend der Prioritäten der ZW wurde der Schwerpunkt auf die beiden Kernaufgaben „Behandlung“ und „Steuerung“ gelegt. Neben zehn Entwicklungsprojekten wurden auch zwei Basisinnovationen skizziert. Sie sollen – unabhängig von der Verwirklichung einzelner Entwicklungsprojekte – entscheidende Voraussetzungen für eine zukunftsweisende Weiterentwicklung des Hilfesystems und eine erfolgreiche Umsetzung der im Psychiatriekonzept skizzierten Entwicklungsprojekte schaffen.

➤ **Die Entwicklungsprojekte wurden einer Nutzwertanalyse unterzogen**

Der Lenkungsausschuss beschloss in seiner Sitzung im Juli 2012 die Kriterien einer Nutzwertanalyse, nach der das Projektteam die einzelnen Entwicklungsprojekte bewerten sollte (Tabelle 3). Die Gewichtung der einzelnen Merkmale für eine Gesamtbeurteilung blieb dem Lenkungsausschuss vorbehalten. Das Projektteam legte dem Lenkungsausschuss im Oktober 2012 drei Modellrechnungen vor, die die Einzelergebnisse nach den Schwerpunkten Qualität, Finanzen bzw. Realisierbarkeit unterschiedlich gewichteten (Tabelle 4). Sie führten jedoch nicht zu nennenswerten Unterschieden in der Rangliste der zehn Entwicklungsprojekte.¹²

¹² Nutzwertanalyse der Projektgruppe für die zehn skizzierten Entwicklungsprojekte (siehe Materialienband)

Tabelle 3: Bewertungskriterien der Nutzwertanalyse und ihre Merkmale

Bewertungskriterium	Merkmal		Ausprägungsgrad			
			1	2	3	4
Konformität mit der Rahmensetzung	inklusive Ansatz		--	-	+	++
	präventiver Ansatz		--	-	+	++
	systematischer Ansatz		--	-	+	++
	pragmatischer Ansatz		--	-	+	++
Aufwand bei Realisierung	organisatorisch	einmalig	++	+	-	--
		laufend	++	+	-	--
	finanziell	einmalig	++	+	-	--
		laufend	++	+	-	--
Nutzen für das Gesamtsystem	qualitative Optimierung		--	-	+	++
	finanzielle Optimierung		--	-	+	++
globale Beurteilung	Attraktivität Vorschlag		--	-	+	++
	Realisierbarkeit Vorschlag		--	-	+	++

Tabelle 4: Ergebnisse der Nutzwertanalyse der Entwicklungsprojekte*

Entwicklungsprojekt (Nr.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ungewichtetes Ergebnis	3,4	3,0	3,3	3,2	3,4	2,7	3,1	3,1	3,2	3,1
gewichtet nach Wirkung	3,6	3,1	3,5	3,3	3,5	3,0	2,8	3,2	3,4	3,3
gewichtet nach Finanzen	3,4	2,9	3,1	3,0	3,4	2,6	3,0	2,9	3,0	2,9
gewichtet nach Realisierbarkeit	3,2	2,8	3,2	3,1	3,2	2,5	2,9	3,0	3,1	2,9
Rang (ungewichtet)	1	9	3	4	1	10	6	8	4	7

*) Durchschnittswert aller 12 Kriterien; es sind maximal 4 Punkte erreichbar.

➤ **Systempartnervertretungen begutachten die 12 Empfehlungen**

Im Oktober 2012 wurde eine weitere eintägige Zukunftswerkstatt zur Begutachtung der zwölf Empfehlungen, die von der Projektgruppe in Auswertung der 103 Lösungsvorschläge erarbeitet worden waren, durchgeführt („Umsetzungs-Workshop“). Vertreten waren die Nutzenden des Hilfesystems, das Land, der Gemeindeverband, die Kostenträger und große Einrichtungsträgerinnen bzw. Einrichtungsträger.¹³ Begutachtet wurden die Empfehlungen nach folgenden Fragestellungen: Was ist unklar? Was findet Zustimmung? Wo sehen Sie Schwierigkeiten? Im Ergebnis gab es für alle Empfehlungen viel Unterstützung.

¹³ Liste der Teilnehmenden der Zukunftswerkstatt zur Umsetzung des Psychiatriekonzepts (siehe Materialienband)

Bei einer in drei Kleingruppen gesondert erstellten Rangliste zur Frage, welche der zehn Entwicklungsprojekte vorrangig umgesetzt werden sollten, gab es auf den ersten drei Plätzen viel Übereinstimmung: Zweimal kam das Projekt „Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene“ auf den ersten Platz, einmal das Projekt „aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe außerhalb normaler Dienstzeiten“. Auf die Plätze zwei und drei wurden die Projekte „sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche“ (3x), „ambulant betreutes Wohnen als Leistung der Integrationshilfe“ (2x) und – aequo loco – die Projekte „Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen“ sowie „integrative Beschäftigungsprogramme“ (1x) gesetzt.

➤ **Die Reihenfolge bei der Umsetzung der Entwicklungsprojekte wurde festgelegt**

Die Mitglieder des Lenkungsausschusses sprachen sich auf ihrer Sitzung im Januar 2013 einstimmig dafür aus, die Basisinnovationen schon vor der Verabschiedung des Psychiatriekonzepts mit dem Ziel ihrer Realisierung weiter zu konkretisieren. Eine weitere Empfehlung betraf die Aufnahme aller zehn skizzierten Entwicklungsprojekte in das Psychiatriekonzept, wobei die ersten sechs Projekte für die Umsetzung in einer Rangliste benannt wurden. Dabei wurden alle vom „Umsetzungs-Workshop“ priorisierten Vorschläge berücksichtigt (zur Reihenfolge siehe Abschnitt 4.3). Die Umsetzung der beiden an die Spitze gesetzten Entwicklungsprojekte soll ab Anfang 2014 vorbereitet werden.

2. Zustand und Perspektiven des Hilfesystems

2.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Nutzung von Hilfen

Das Projektteam verschaffte sich anhand einiger aktueller Studien einen Überblick über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Österreichweite Informationen – allerdings ohne Differenzierungen nach Bundesländern – enthielt die „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ der Salzburger Gebietskrankenkasse in Kooperation mit dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Einen – auch internationalen – Vergleich beinhaltete die Studie „Seelische Gesundheit in Österreich“, beauftragt vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und der Pensionsversicherungsanstalt in Kooperation mit der Pharmafirma Lundbeck und der Integrated Consulting Group. Außerdem wurde für die zusammenfassende Darstellung der Prüfbericht des Landes-Rechnungshofes über die psychiatrische Versorgung in Vorarlberg aus dem Jahr 2011 herangezogen. Exzerpte dieser, durch einzelne Mitglieder des Projektteams vorgenommenen Sichtung, sind im Materialienband abgedruckt.

➤ **10 % der Bevölkerung wird wegen psychischer Leiden medizinisch behandelt**

Etwa 11 % (rund 900.000) der Menschen in Österreich (8,4 Millionen Einw., Stand 1.1.2011) erhielten 2009 wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung, vermutlich 3 % waren psychisch schwer erkrankt, knapp 1 % wurde deshalb stationär behandelt. Die Medikamentenverschreibungen nahmen in einem Zeitraum von zwei Jahren um 17 % zu, bei den stationären Aufenthalten waren es 1,5 %. 840.000 Menschen (10 %) erhielten im Jahre 2009 Psychopharmaka verschrieben, davon waren 34.100 (4 %) unter 20 Jahre und jeweils rund 400.000 (48 %) zwischen 20 und 60 bzw. über 60 Jahre alt. Nicht eingerechnet sind dabei weitere 263.000 Menschen, die sogenannte Antidementiva erhielten. Personen im Pensionsalter erhielten relativ häufiger und eher dauerhaft Psychopharmaka.

➤ **Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit wegen psychiatrischer Diagnosen nimmt zu**

Psychische Erkrankungen sind bei den Krankenständen mit 2,5 % aller Fälle nur eine kleine Gruppe. Sie zeigen aber einen deutlich stärkeren Anstieg als die somatischen Erkrankungen (22 % gegenüber 10 % in einem Zeitraum von zwei Jahren) und dauern auch durchschnittlich länger an (40 gegenüber 11 Tage). 32 % der Neuzugänge in krankheitsbedingte Frühpensionen erfolgte 2009 aus psychischen Gründen; 2005 waren

es dagegen noch 24 %. Bei Arbeitslosen ist der Anteil psychischer Erkrankungen an den Krankenständen viermal so hoch wie bei Angestellten und Arbeiterinnen bzw. Arbeitern.

➤ **Psychische Leiden werden hauptsächlich in der Hausarztmedizin behandelt**

Nur 14 % der Patientinnen und Patienten, die 2009 Psychopharmaka verschrieben bekamen, waren in psychiatrischen Facharztpraxen in Behandlung. Dagegen erfolgten 68 % der Erstverschreibungen von Psychopharmaka in Praxen der Allgemein- bzw. Hausarztmedizin. Die allgemeinmedizinische Praxis als Hauptansprechpartnerin für Menschen mit psychischen Leiden bietet zwar einen niederschweligen Zugang, das Fehlen von fachgerechten Behandlungsmodellen wird jedoch für problematisch gehalten. 2010 waren nach Angaben der Österreichischen Ärztekammer bundesweit 325 psychiatrische Vertragsfachärztinnen und -ärzte der Richtung Psychiatrie und Neurologie tätig (3,9 pro 100.000 Einw.), in Vorarlberg (369.938 Einw., Stand 1.1.2011) waren es 16 (4,3 pro 100.000 Einw.). Nicht eingerechnet sind die (teilweise in Teilzeit tätigen) Wahlärztinnen und Wahlärzte, deren Zahl in Vorarlberg nach Angaben der dortigen Ärztekammer 2010 28 betrug, so dass sich bei insgesamt 44 Fachärztinnen und Fachärzten für dieses Bundesland eine Messziffer von 11,9 pro 100.000 Einw. ergibt. Nach aktueller Recherche bei der Vorarlberger Ärztekammer (November 2013) ergeben sich für Vorarlberg folgende Zahlen: in Vorarlberg (373.849 Einw., Stand 1.1.2013) waren 16 Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzte tätig, die Anzahl der Wahlärzte betrug 33, so dass sich bei insgesamt 49 Fachärztinnen und Fachärzten für dieses Bundesland eine Messziffer von 13,1 pro 100.000 Einw. ergibt. Allerdings ist die Betrachtung der Anzahl der Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzte pro Bevölkerungsanteil für die Beurteilung der Versorgungswirksamkeit allein nicht aussagekräftig. Maßgeblich sind auch die pro Fachärztin bzw. Facharzt durchschnittlich erbrachten Frequenzen und behandelten Fälle im Jahresdurchschnitt und die pro Fachärztin bzw. Facharzt durchschnittlich behandelten unterschiedlichen Patienten und Patientinnen. Auffallend ist, dass die Vorarlberger GKK-Vertragsfachärztinnen und -Vertragsfachärzte für Psychiatrie im Durchschnitt um 35 % weniger Fälle behandeln als im Österreichschnitt.

➤ **Psychotherapie ist weder einheitlich noch ausreichend finanziert**

Österreichweit absolvierten rund 65.000 Menschen, also 7 % derjenigen, die 2009 wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung erhielten, eine Psychotherapie bei Fachleuten, die dafür berufsberechtigt waren. Diese Leistungen sind in Österreich nicht in einem Gesamtvertrag einheitlich geregelt. Es gibt Psychotherapie in Ambulatorien einiger großer Krankenkassen, im Rahmen der in Einzelverträgen mit diversen Institutionen geregelten Sachleistungsversorgung und solche Behandlungen, an deren Finanzierung sich die Krankenversicherung mit einem Kostenzuschuss beteiligt.

Dieser Zuschuss beträgt seit 1992 unverändert 21,80 € pro Stunde. Berufsberechtigt sind ungefähr 7.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (83 pro 100.000 Einw.); nur 30 % von ihnen sind im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätig.

➤ **Stationäre und ambulante Behandlung sind nicht optimal miteinander verzahnt**

Für die vollstationäre Behandlung psychischer Erkrankungen stehen in Österreich 3.380 Betten in öffentlichen Spitälern zur Verfügung. Laut Prüfbericht des Landesrechnungshofs Vorarlberg standen in der Akutpsychiatrie 2009 in Österreich 2.553 Betten (30 pro 100.000 Einw.) zur Verfügung, davon in Vorarlberg 138 (37 pro 100.000 Einw.). Angesichts der immer kürzer werdenden stationären Aufenthalte gilt die erforderliche intensive außerstationäre Nachbetreuung schwer psychisch erkrankter Menschen in Österreich als zu wenig gewährleistet. Die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wird als ein zentrales Problem bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen angesehen.

2.2 Erkenntnisse aus der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung

Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken des psychiatrischen Hilfesystems in Vorarlberg lassen sich mit Hilfe der Ergebnisse zur Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung (Vbg-PBE) und zur Evaluation der Planung von Integrationshilfen (IHP) genauer beschreiben. Auszüge der Jahresberichte 2010 von Vbg-PBE und IHP finden sich im Materialienband. Das Amt der Vorarlberger Landesregierung koordiniert die Datenerhebung, die Auswertung besorgt die Medizinische Hochschule Hannover. Seit dem Berichtsjahr 2008 wird ein jährlicher Auswertungsbericht erstellt. Damit verfügt Vorarlberg über ein System zur kontinuierlichen regionalen Psychiatrieberichterstattung, das in Österreich (und nicht nur dort) einzigartig ist.

➤ **Die Sozialstruktur der Bevölkerung bietet günstige Bedingungen für Teilhabe**

Die Daten zur Sozialstruktur der Bevölkerung weisen auf relativ günstige gesellschaftliche Rahmenbedingungen hin, die die Wirksamkeit psychiatrischer Hilfen verbessern und die soziale Teilhabe der Betroffenen fördern (Werte 2010): Unabhängig von der Siedlungsdichte gibt es gleichmäßig hohe Anteile der Altersgruppen unter 18 Jahren (21-22 %) sowie zwischen 18 und unter 65 Jahren (63-64 %). Der Anteil der Arbeitslosen in der Altersgruppe zwischen 18 und unter 65 Jahren als Indikator für soziale Problemlagen in der Bevölkerung ist insgesamt niedrig (3,7 %) und schwankt je nach Siedlungsdichte zwischen 2,2 % und 4,3 %.

➤ **Vorarlberg verfügt über ein ausgebautes psychiatrisches Hilfesystem**

Die Ergebnisse der Vbg-PBE dokumentieren ein breites Leistungsspektrum bei der ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlung und bei den sozial-psychiatrischen Integrationshilfen (Tabelle 5).

In den Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Suchtmedizin mit ihren Ambulanzen ist Fachpersonal im Umfang von 281 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) beschäftigt (76 VZÄ pro 100.000 Einw.). Im Bereich der ambulanten, teil- und vollstationären Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen sind es mit 270 VZÄ (73 VZÄ pro 100.000 Einw.) etwas weniger.

Tabelle 5: Daten zum psychiatrischen Hilfesystem in Vorarlberg 2010*

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

*) AF = Angebotsform; Db C = Datenblatt C; VZÄ = Vollzeitäquivalente; GQ = Grundqualifikation. Nähere Erläuterungen bietet der Jahresbericht 2010 der Vorarlberger Psychiatrieberichteinstellung, aus dem diese Tabelle entnommen ist.

➤ **Dezentrale extramurale Angebote fördern eine bedarfsgerechte Nutzung der Hilfen**

Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie ist das LKH Rankweil für die stationäre Behandlung zuständig. In allen Bezirken stieg 2010 die Inanspruchnahmeziffer erwartungsgemäß mit der Siedlungsdichte des Wohnorts der Betroffenen an. Eine flächendeckend gleichmäßige Inanspruchnahme gelang 2010 dank dezentraler Vorhaltung entsprechender Angebote an sieben Standorten im Land bei der ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuung im Rahmen der Integrationshilfen in der Allgemein-psychiatrie am besten, ebenfalls mit einem Anstieg nach Siedlungsdichte der Regionen. Eine stationäre Wohnbetreuung nutzen psychisch beeinträchtigte Menschen mit einem vergleichsweise hohen psychosozialen Risiko, ein Hinweis für die Beachtung des Zielgruppenbezugs der Hilfeleistung in den dort zusammengefassten Angeboten. Die Suchthilfen sind in Vorarlberg gut ausgebaut. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich das Angebot in den letzten Jahren verbessert.

➤ **In einigen Bereichen bestehen Verbesserungspotentiale, vermisst wird ein Notfalldienst**

Die Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen vermissen ebenso wie einige wichtige Systempartnerinnen und Systempartner einen immer schnell erreichbaren, interdisziplinär besetzten, auch aufsuchend tätigen psychiatrischen Krisen- und Notfalldienst. Trotz einiger Anstrengungen gelang es bisher nicht, einen solchen Dienst einzurichten. Die gerontopsychiatrische Kompetenz in der Behandlung und Pflege alter Menschen ist ausbaufähig und bedarf angesichts des demografischen Wandels dringend der Förderung, zu Hause und in der Praxis, im Allgemeinkrankenhaus und im Heim. Zu stärken sind bedarfsgerechte Hilfen zur Arbeit und Ausbildung für die zahlreichen psychisch erkrankten Menschen, die den Anforderungen des ersten Arbeitsmarkts noch nicht, nicht mehr oder ohne solche Hilfen langfristig überhaupt nicht gewachsen sind.

➤ **An verschiedenen Stellen gibt es organisatorisch Verbesserungsmöglichkeiten**

Die Angebotsstrukturen zur voll- und teilstationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind optimierungsbedürftig; dem widmet sich ein paralleles Reformprojekt. Die Inanspruchnahme ambulanter Integrationshilfen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist regional ungleichmäßig. Die Definition verschiedener ambulanter Integrationshilfen für Suchtkranke als „sozialpsychiatrisch“ bzw. „psychotherapeutisch“

ist zu schärfen, damit sie dem tatsächlichen Leistungsgeschehen entspricht. Die ambulanten sozialpsychiatrischen Integrationshilfen weisen durchgängig eine hohe Betreuungskontinuität auf, die mit der Höhe des psychosozialen Risikos ihrer Nutzerinnen und Nutzer kaum ansteigt. Sonderauswertungen deuten auf eine, mit dem Alter sinkende, ambulante Betreuung bei psychotisch erkrankten Männern, die besondere Risiken für Therapieabbruch, soziale Desintegration und Heimbetreuung aufweisen. Die Einrichtungen für Wohnungslose, die eine große Zahl chronisch psychisch erkrankter Menschen mit einem hohen psychosozialen Risiko (vor allem männlichen Geschlechts) beherbergen, sind bisher nicht durchgängig mit dem psychiatrischen Versorgungssystem verbunden.

2.3 Merkmale aus den Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner

Zu Beginn des Projekts wurden die Systempartnerinnen und Systempartner mit einem sehr breit angelegten Verteiler eingeladen, Stellungnahmen zur Evaluation und Fortschreibung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002 abzugeben. Diese konnten persönlich oder im Namen einer Institution erstellt werden und zwar jeweils für eine der fünf definierten Kernaufgaben (Vorbeugung, Behandlung, Teilhabe, Beheimatung, Steuerung) gesondert. Ein Formular erläuterte die vier Fragestellungen (Blick zurück, Blick nach vorn, Vorschlag zum Vorgehen, Bereitschaft zur Mitwirkung). Die Umfrage fand mit 95 Stellungnahmen von 54 Systempartnerinnen und Systempartnern eine außergewöhnlich starke Resonanz. Es ist so ein vielfältiges und facettenreiches Mosaikbild entstanden. Die Zusammenfassung der Aussagen füllt 38 Seiten und ist im Materialband abgedruckt. Hier sollen einige Merkmale herausgehoben werden, die sich für die Projektleitung aus den Stellungnahmen ergeben haben. Die nachfolgend notierten Aussagen und Fragestellungen sollten bei der Planung und Evaluation von Entwicklungsprojekten zur Verbesserung des Hilfesystems Beachtung finden.

➤ Einige Einstellungen in der Bevölkerung haben sich verändert

Gestiegen ist der wirtschaftliche Druck, die Sehnsucht der Menschen nach Wohlbefinden und bei Jugendlichen der Konsum von Drogen. Abgenommen hat die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, zugenommen hat die Sensibilität gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Zugenommen hat die Zahl der Alleinlebenden, abgenommen die Kompetenz der Menschen in der Erziehung ihrer Kinder und der Pflege ihrer Angehörigen.

➤ **Viel Fortschritt gab es bei der Gesundheitsförderung und Prävention**

Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über seelische Gesundheit und psychische Erkrankungen wurden verstärkt. Intensiviert wurden Maßnahmen zur Vorbeugung und Früherkennung von psychischen Erkrankungen und schädlichem Suchtmittelkonsum in Risikofamilien, in Kindergärten und Schulen, weniger solche in der Arbeitswelt. Die Selbsthilfe-Aktivitäten wurden gestärkt und das Chancengesetz grenzt sich vom Paradigma der Behinderung ab.

➤ **Die psychiatrischen Dienste stehen vor neuen Herausforderungen**

Psychische Erkrankungen sind häufiger geworden, das Spektrum der Erkrankungen hat sich gewandelt, die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen hat zugenommen. Neue Anforderungen werden an die Helferinnen und Helfer durch Gender Mainstreaming (geschlechtsspezifische Problemlagen) und den demografischen Wandel (psychische Alterserkrankungen) gestellt. Zugenommen haben psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund (Sprachkompetenz und Kultursensibilität). Neue Krankheitsbilder sind aufgetaucht. Bei den Hilfsbedürftigen sind die Problemlagen komplexer geworden.

➤ **Es gibt ein Nebeneinander von Stärken und Schwächen in der Versorgung**

Viele Bereiche der Psychiatrie wurden quantitativ und qualitativ ausgebaut und weiterentwickelt, in anderen Bereichen gibt es bedeutendes Verbesserungspotential. Ein ausgezeichnetes Niveau haben die Hilfen für Menschen mit körperlichem Pflegebedarf und mit geistiger Behinderung, Mängel gibt es bei zusätzlichen psychischen Erlebens- und Verhaltensstörungen. Hilfeleistungen für weniger schwer psychisch erkrankte Menschen binden viele Ressourcen, was die Versorgungsprobleme bei schwer, chronisch und komplex beeinträchtigten Menschen verstärkt. Bei Arbeitsbedingungen haben sich die Anforderungen an die psychiatrischen Fachleute erhöht, neue Kommunikationstechnologien verbessern die Möglichkeiten der Hilfeleistung. Es gibt Fortschritte, aber auch fortbestehende Herausforderungen bei der datengestützten Bestandsanalyse und Angebotsentwicklung, bei der zielorientierten individuellen Hilfeplanung und regionalen Sozialplanung, einschließlich der Definition von Indikatoren für den individuellen und regionalen Bedarf.

➤ **Wie können wir Art und Umfang der Hilfen bedarfsgerecht entwickeln?**

Welche Hilfsangebote brauchen wir für Menschen, deren seelische Gesundheit gefährdet ist oder die bereits psychisch erkrankt sind? Was benötigen wir an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention?

Wie sollen Krisenintervention und Notfallhilfe organisiert werden? Auf welche Weise lassen sich in jedem Einzelfall der erforderliche Mix an Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie zum Einsatz bringen? Was ist bei komplexem Hilfebedarf jeweils an Rehabilitation und Teilhabe in den Bereichen Wohnen, Ausbildung und Arbeit, soziale Beziehungen, kulturelle Teilhabe und materielle Existenzsicherung, Pflege und Langzeitbetreuung nötig? Was kann geschehen, um die Selbstbestimmung der psychisch erkrankten Menschen zu stärken, sie für eine freiwillige Inanspruchnahme notwendiger Hilfen zu gewinnen und Zwangsmaßnahmen so weit wie möglich überflüssig zu machen?

➤ **Welche Hilfeleistungen sind integrativ, welche spezialisiert zu erbringen?**

Welche Hilfen sollen integrativ, dezentral und wohnortnah angeboten werden? Wer soll für wen mit wem in welchem Umfang diese Hilfen wie lange leisten? Wann erfolgt nach welchen Kriterien in welchem Umfang die Einschaltung spezialisierter Hilfe? Brauchen wir Management-Modelle (individuelles Casemanagement, Care-Management, regionales Sprengel-Management), um bedarfsgerechte Hilfen flächendeckend zu gewährleisten und im Einzelfall wirksam zu koordinieren? Welche Hilfen sollen differenziert, spezialisiert und zentral angeboten werden? Welche Kriterien sollen dabei ausschlaggebend sein: die Ursache der Erkrankung oder die klinische Diagnose, Art und Umfang der Beeinträchtigungen oder des erkannten Hilfebedarfs, die Bedürfnisse oder die Wünsche der Beteiligten?

➤ **Wie wollen wir genügend Helferinnen und Helfer gewinnen?**

Welche Initiativen sind erforderlich, um genügend Helferinnen und Helfer für psychisch erkrankte Menschen zu gewinnen? Wir benötigen sie nicht nur unter den Professionellen verschiedener Berufsgruppen in den allgemeinen medizinischen und sozialen Diensten sowie in den spezialisierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten. Mehr als früher müssen wir uns auch bemühen, für eine Mitwirkung bei den Betroffenen und Angehörigen (u. a. in Selbsthilfe-Initiativen) sowie den Laien- und Bürgerhelferinnen und -helfern, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Schlüsselpersonen (unter Einbeziehung von Ehrenamt und Sozialpatenschaften) zu werben.

➤ **Wie wollen wir die Helferinnen und Helfer für ihre anspruchsvollen Aufgaben qualifizieren?**

Wie wollen wir die Personen, die wir für eine Hilfeleistung gewonnen haben, auf ihre Tätigkeit vorbereiten und sie auch im weiteren Verlauf wirksam unterstützen? Dabei geht es nicht nur um Information und Aufklärung, Aus-, Weiter- und Fortbildung. Wir müssen

uns auch um eine Förderung des Meinungs- und Erfahrungsaustauschs, um kollegiale Beratung, Supervision und Qualitätszirkelarbeit bemühen, unter Einbeziehung einer bereichsübergreifenden Reflexion und Evaluation.

➤ **Was ist für die Organisationsentwicklung der Hilfsangebote erforderlich?**

Wie wollen wir die Dienste so organisieren und koordinieren, dass die notwendigen Hilfen nachhaltig wirksam und wirtschaftlich sind? Welche Standards brauchen wir für flächendeckend verfügbare, leicht zugängliche und bedarfsgerecht erbrachte Hilfeleistungen? Wie gewährleisten wir den Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen? Wie erkennen und vermeiden wir Unter-, Über-, Fehlversorgung? Wie können wir ein Gegen- und Nebeneinander bei der Hilfeleistung vermeiden und das Miteinander - im Sinne von Netzwerkarbeit, Kooperation und Koordination statt Konkurrenz - fördern? Was müsste geschehen, um für die erforderlichen Hilfen geeignete gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen?

➤ **Wie können wir die Nutzerorientierung psychiatrischer Hilfen stärken?**

Wie können wir den Umgang der Helfenden mit den Hilfsbedürftigen respektvoll und herzlich, offen und gerecht gestalten? Dabei geht es zunächst um eine Orientierung an Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, Empowerment und Partizipation, um eine Ausrichtung der Hilfen auf Inklusion und Teilhabe. Wichtig sind auch der Schutz der Privatsphäre und die Vermeidung unnötiger Bürokratie, der Gebrauch einer verständlichen Sprache und die Beachtung des Datenschutzes. Darüber hinaus sollte der Dialog zwischen Professionellen, Betroffenen und ihren Angehörigen gefördert sowie unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen eingerichtet werden.

Vergleicht man die zahlreichen Vorschläge, die von den Systempartnerschaften zur Weiterentwicklung des Hilfesystems gemacht wurden, mit den hauptsächlichen Erfordernissen aus Sicht der Projektleitung, wird ein Spannungsverhältnis deutlich. Die Systempartnerinnen und Systempartner fordern vor allem neue Hilfsangebote, um Lücken im Hilfesystem zu schließen, daneben auch mehr Zusammenarbeit zwischen den Handelnden. Hier und da wird der Wunsch nach mehr Steuerung durch das Land geäußert, kaum einmal taucht die Forderung nach einer stärkeren Regionalisierung des Hilfesystems auf. Die Projektgruppe dagegen setzte zunächst auf eine konsequente Regionalisierung und forderte in diesem Zusammenhang auch mehr Koordination und Steuerung auf den Ebenen der Regionen, der Bezirke und des Landes. Daneben hielt sie hier und da eine verbindlichere Zusammenarbeit zwischen den Handelnden für erforderlich und propagierte eine Weiterentwicklung der ambulanten Hilfen zugunsten der

Menschen mit höheren psychosozialen Risiken, vor allem in Richtung eines leichteren Zugangs und einer stärkeren Konzentration auf diese Zielgruppe bei längerfristiger Betreuung.

2.4 Analysen der Zukunftswerkstätten zu einzelnen Teilgebieten

Die Teilnehmenden an den sieben Zukunftswerkstätten (ZW) zu verschiedenen Teilgebieten der Psychiatrie erhielten die strategischen Eckpfeiler des Psychiatriekonzepts und die Zusammenfassung der Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner zur Vorbereitung. In Kleingruppenarbeit analysierten sie zunächst Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken des Hilfesystems im jeweils bearbeiteten Teilgebiet (SWOT-Analyse), bevor sie darauf aufbauend ihre Lösungsvorschläge entwickelten. Die wichtigsten Stichworte bei der Analyse haben die Teilnehmenden durch Vergabe von Punkten herausgehoben (Priorisierung) – mit Ausnahme der ersten ZW zur Regelbehandlung, wo gemeinsam benannte zentrale Herausforderungen notiert wurden. Alle Stichworte bei der Analyse, die mindestens einen Punkt erhielten, sind im Protokoll der jeweiligen ZW, das die daran Teilnehmenden erhalten haben, dokumentiert. Nachfolgend werden zu jeder ZW nur die Stichworte genannt, die mindestens fünf Punkte erhielten. Bei der Vorbereitung einer Umsetzung einzelner Entwicklungsprojekte sollten die Analysen der entsprechenden ZW beachtet werden.

➤ Regelbehandlung

Als zentrale Herausforderungen galten bei der Kernaufgabe Vorbeugung die Thematisierung von seelischer Gesundheit in allen sozialen Kontexten und die Nutzung der Primärnetze sozialer Unterstützung und der Hausarztmedizin. Bei Programmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Aufklärung der Betroffenen (Psychoedukation) sei auf die Gefahr einer ungerechtfertigten Pathologisierung von Erleben und Verhalten zu achten. Bei der Behandlung wurde die hohe Fachärztdichte positiv vermerkt (vgl. aber auch die deutlich unterdurchschnittlichen Fallzahlen pro Fachärztin bzw. pro Facharzt in Punkt 2.1), negativ die Situation ab Freitagmittag, wenn außerhalb des LKH Rankweil keine Anlaufstelle für Hilfe verfügbar sei. Eine Chance bestünde in der Delegation (fach-)ärztlicher Leistungen einerseits an Generalisten, andererseits an nicht-ärztliche Berufsgruppen. Die hohen Belastungen im Arbeitsleben würden psychiatrische Problemfälle schaffen und über entsprechende Diagnosestellung eine Stigmatisierung der Betroffenen bewirken. Zur Förderung der Teilhabe sei die Ermöglichung von Teilkrankenständen dringend nötig, gefährlich die Medikalisierung der Problemlagen und

die sprachlichen bzw. kulturellen Barrieren bei der Hilfeleistung für Betroffene mit Migrationshintergrund.

Vermisst wurden geeignete Hilfen zur Beheimatung schwer erkrankter Menschen, die mit den Helfenden nicht kooperieren; nötig sei eine wirkliche Koordination der in diesem Bereich bereits bestehenden vielfältigen Angebote. Im Hinblick auf die Steuerung der Regelbehandlung wurde der „Selbstbedienungsladen“ kritisiert, der keine richtige Platzierung der Hilfsangebote erlaube. Sinnvoll sei bei der Steuerung der Hilfen eine zielorientierte Koordination, ausgerichtet an ihrer Qualität und Wirksamkeit statt an ihrer Finanzierung.

➤ **Rehabilitation und Integration**

Im Hinblick auf die Kernaufgabe Vorbeugung wurde die mangelnde Beachtung der Probleme von Kindern psychisch erkrankter Eltern kritisiert, riskant sei eine zu starke Bürokratisierung präventiver Aktivitäten mit der Folge einer Qualitätsminderung. Zum Erfolg der Behandlung würde die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für Teilzeitkrankenstände beitragen, als Risiko wurde eine Ausrichtung der Behandelnden am Defizit-Modell psychischer Erkrankung (statt Ressourcenorientierung) angesehen. Bei der Kernaufgabe Teilhabe hob man den verstärkten Ausbau ambulanter Leistungen als Stärke des Hilfesystems hervor. Beklagt wurden bezüglich der Hilfen zur Beheimatung zu lange Wartezeiten und zu wenig Platzkapazitäten, chancenreich wäre hier die Nutzung des Sozialkapitals in den Gemeinden. Bei den für die Steuerung verantwortlichen Stellen registrierte man Orientierungslosigkeit und mangelnde Koordination, für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen auch fehlende Transparenz in der Behandlungsplanung.

➤ **Suchthilfe**

Gelobt wurde das vielschichtige Angebot in der Prävention, kritisiert die mangelnde Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Zusammenhänge. Als sehr aussichtsreich hob man das Projekt „Drugchecking“ hervor. Die Akutbehandlung sei gut aufgestellt, empfehlenswert ein schneller Zugang zur Behandlung mit Erreichbarkeit „rund-um-die-Uhr“. Achten müsse man darauf, dass die Probleme der Angehörigen und Kinder von Suchtkranken nicht vernachlässigt werden. Eine Stärke seien die niederschwellig flächendeckend verfügbaren ambulanten Hilfen zur Teilhabe, beklagt wird die fehlende Kompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte in der Suchtmedizin mit der Folge zu häufiger Verschreibung von Psychopharmaka. Chancen lägen bei der Substitution in der stärkeren Differenzierung, die mehr Klarheit schaffe. Risiken sah man in einer Vernachlässigung des Datenschutzes der betreuten Personen. Eine Einbeziehung der

Familien und des sozialen Umfeldes bei der Beheimatung von Suchtkranken wäre aussichtsreich.

Als Stärke bei der Kernaufgabe der Steuerung im Bereich der Suchthilfe wurden das Interesse daran und die im Land vorhandene hohe Fachkompetenz gesehen; gegen eine Bürokratisierung der Steuerung wurde das Prinzip „Hilfe vor Bürokratie“ gefordert.

➤ **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Gelobt wurde bei der Vorbeugung das Projekt „Frühe Hilfen“, kritisiert seine unzureichenden Ressourcen; als Gefahr wurde der Verlust der Normalität durch Pathologisierung genannt. Bei der Behandlung hob man das vielfältige Angebot positiv hervor, bemängelt wurde das Fehlen eines sozialpsychiatrischen Dienstes für Kinder. Als Chance wäre ein Casemanagement anzusehen, als Risiko der bestehende Fachärztemangel und die Unaufmerksamkeit bezüglich der Probleme von Menschen mit Migrationshintergrund. Was die Teilhabe betrifft, galt das Regelsystem Schule als nicht tragfähig, dort sollten Ganztagesstrukturen aufgebaut werden; eine Überbetreuung wird andererseits als Risiko gesehen. Zur Beheimatung von Minderjährigen werden die Wartezeiten kritisiert; eine Empfehlung betrifft die psychiatrische Begleitung pädagogischer Interventionen; Risiken steckten in einer zu langen stationären Behandlung von Jugendlichen. Die Steuerung profitiere von der praktizierten Beteiligung der betroffenen Personen, sie leide unter ihrer mangelnden Transparenz und einer überbordenden Bürokratisierung der Antragstellung. Statt einer Verwaltung sei wirkliche Steuerung erforderlich, zu vermeiden seien Institutions-spezifische Angebote. Diese Hilfen würden an den Bedarfen der Klientinnen und Klienten vorbei gehen.

➤ **Gerontopsychiatrie**

Als Stärke auf dem Feld der Vorbeugung wird die Arbeit der „Aktion Demenz“ herausgehoben, kritisiert wird die mangelnde Berücksichtigung der pflegenden Angehörigen. Für die Behandlung psychisch kranker alter Menschen fehle es an qualifiziertem Personal; sehr wichtig wäre ein Bekenntnis zur Übergangspflege; ein Risiko stellen der Mangel an Ausbildungsplätzen sowie an Hausärztinnen und Hausärzten dar. Im ambulanten Bereich wurde eine mangelnde Fachlichkeit der Pflegedienste diagnostiziert, deren Beseitigung die Teilhabe der betroffenen Personen fördern würde. Bei der Kernaufgabe der Beheimatung bestünde eine große Schwäche darin, dass bisher keine flächendeckende gerontopsychiatrische und geriatrische Versorgung gewährleistet ist. Für zukunftsweisende Maßnahmen und ihre Steuerung gäbe es gut durchdachte und ausformulierte Konzepte; es fehle aber an einer Finanzierung aus einer Hand und gefährdet sei ihre Umsetzung durch mangelnde finanzielle Ressourcen. Die bereits

bestehenden Konzepte zur Gerontopsychiatrie sollten in das Psychiatriekonzept integriert werden; ein Risiko wäre eine „Top-Down-Steuerung“ in diesem Bereich.

➤ **Psychotherapie in der Psychiatrie**

Bezüglich der Vorbeugung wurde die inzwischen erreichte Sensibilisierung in der Bevölkerung für psychische Befindlichkeiten als positiv vermerkt, die Wartezeiten auf eine Psychotherapie als negativ. Ein Teilkrankenstand würde sich auf die Vorbeugung psychischer Erkrankungen vorteilhaft auswirken, eine frühzeitige Pathologisierung von Befindlichkeitsstörungen als nachteilig. Bei der Behandlung erweise sich der Status der Psychotherapie als integraler Bestandteil der Psychiatrie als Stärke, fehlende finanzielle Mittel für Psychotherapie als Schwäche. Chancen biete in der Behandlung ein individueller Ansatz (im Gegensatz zu standardisierten Therapieprogrammen), bei der Teilhabe Arbeitsprojekte für psychisch erkrankte Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt. Dagegen mache eine lange Absenz die Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt schwierig bis unmöglich. Kontinuierliche soziale Kontakte erleichterten die Arbeit bei der Kernaufgabe Beheimatung, mangelnde Hilfen für Betroffene mit Migrationshintergrund besonders im ländlichen Raum erschwerten sie. Ein Erfolg versprechender Weg sei das Aufdecken eigener Ressourcen im sozialen Kontext, während die Vereinsamung (z.B. bei alten Männern) ein hohes Risiko darstelle. Eine Stärke sei die Möglichkeit der Systempartnerinnen und Systempartner, bei der Teilnahme an Steuerungsprozessen eigene Vorschläge zu machen, eine Schwäche die mangelnde Vernetzung der Anbietenden von Hilfen. Die Einrichtung eines Psychotherapiebeirats würde da Chancen eröffnen, eine zunehmende Bürokratisierung dagegen Risiken mit sich bringen.

➤ **Wohnungslosenhilfe**

Der Vorbeugung diene das vorhandene vielfältige ambulante Beratungsangebot, wobei allerdings Mittel für eine aufsuchende Sozialarbeit fehlten. Sie sei auf diesem Gebiet sehr erfolgversprechend, während eine zunehmende Bürokratisierung ein Risiko darstelle. In der Behandlung von wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen würden sich „neue“ Medikamente positiv auswirken, das mangelnde Wissen der Hausärztinnen und Hausärzte negativ. Mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der psychiatrischen Behandlung wäre eine Chance. Als großes Risiko galt die durch Spezialisierung entstehende Gefahr, dass sich keine und keiner mehr für die Betroffenen zuständig fühle. Bei den Hilfen zur Teilhabe würden sich das Engagement der Wohnungslosenhilfe und die Vernetzung mit den sozialpsychiatrischen Leistungserbringern bereits positiv auswirken. Die Berücksichtigung der Selbstbestimmung der von psychischer Krankheit betroffenen Personen berge große Chancen für ihre Teilhabemöglichkeit. Die ambulante

Wohnbetreuung für schwierige Klientinnen und Klienten helfe bei ihrer Beheimatung, die Einbeziehung der Wohnbaugesellschaften würde weitere Chancen eröffnen. Die Steuerung der Hilfen bringe mehr Fachlichkeit in das System und vernetze die Initiativen miteinander, zusätzliche Chancen biete eine klare Fallführung und ein gezielter Einsatz der Mittel; riskant wäre es, Steuerung als Deckmantel für Einsparungen zu missbrauchen.

Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen ZW bei der SWOT-Analyse des Vorarlberger psychiatrischen Hilfesystems finden sich vor allem bei den Kernaufgaben der Vorbeugung und der Steuerung. Bei der Prävention werden mehrfach als Stärke die vielfältigen Angebote bei den Frühen Hilfen, in der Beratung und Psychotherapie herausgehoben, als Schwäche die mangelnde Berücksichtigung der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Bei der Steuerung des Hilfesystems werden an mehreren Stellen hohe Fachkompetenz, gute Konzepte und viel Interesse positiv vermerkt, während andererseits mangelnde Koordination, Vernetzung und Transparenz beklagt werden. Hoffnungen verbinden sich mit einer Orientierung der Steuerung an Qualität und Wirksamkeit der Hilfen, Sorgen macht man sich bezüglich sachfremder Verwaltung, überbordender Bürokratie und Orientierung an Finanzbudgets. Mehrfach benannt wird auch das bisher nicht verfügbare Instrument des Teilkrankenstands, das große Chancen für Vorbeugung, Behandlung und Teilhabe eröffnen würde.

3. Vision und Strategie für die Weiterentwicklung der Hilfen

Das Land Vorarlberg hat das neue Psychiatriekonzept mit breiter Beteiligung der Systempartnerinnen und Systempartner einschließlich der Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen erstellt. Dieses Konzept soll dem allgemeinen Ziel dienen, die seelische Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung zu fördern und den psychisch erkrankten Menschen bestmögliche Hilfen für Selbstbestimmung und Teilhabe zu bieten. Wirtschaftlich orientiert es sich an den Kriterien der Sparsamkeit und der Nachhaltigkeit. Im Mittelpunkt des Konzepts steht die Skizzierung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Hilfen in Vorarlberg. Dazu wurden zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekte skizziert. In einem mehrstufigen Verfahren beteiligten sich die Systempartnerinnen und Systempartner an der Beurteilung des gegenwärtigen Hilfesystems und entwickelten Lösungsvorschläge für seine Weiterentwicklung. Diese wurden bei der Ausarbeitung der Basisinnovationen und Entwicklungsprojekte berücksichtigt, soweit sie mit den nachfolgenden strategischen Rahmensetzungen des Psychiatriekonzepts, die vom Lenkungsausschuss im April 2012 beschlossen wurden, vereinbar waren.

➤ **Inklusiver Ansatz**

Alle Maßnahmen sollen die Inklusion der betroffenen Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention fördern. Das bedeutet Förderung ihrer Selbstbestimmung und vollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Maßnahmen sollen Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen und das Prinzip „ambulant vor stationär“ beachten. Die Hilfen sind nach ihrer Wirksamkeit und dem individuellen Bedarf auszuwählen und zu befristen. Sie sind auf den Erhalt und die Aktivierung von Ressourcen bei den betroffenen Menschen und in ihrem Lebensumfeld auszurichten.

➤ **Präventiver Ansatz**

Alle Maßnahmen sollen der Förderung seelischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen dienen. Dabei sind primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen zu unterscheiden: Primärpräventiv wirken vorbeugende Hilfen für Zielgruppen in besonders riskanten Lebensphasen und Lebenslagen. Sekundärpräventiv wirken sofort einsetzende kompetente Hilfen zur Bewältigung akuter Krisen mit schneller Abklärung bei Verdacht auf eine ernsthafte, eventuell chronisch verlaufende Erkrankung.

Tertiärpräventiv wirken genau geplante und regelmäßig überprüfte Hilfen zur Rehabilitation und Pflege für Menschen mit Teilhabe-Einschränkungen und besonderen psychosozialen Risiken.

➤ **Systematischer Ansatz 1: Planung und Evaluation**

Alle Maßnahmen sollen Verabredungen beinhalten, die darüber Klarheit schaffen, wer sich welchen Aufgaben bis wann auf welche Weise mit welchem Ziel widmet und wie die Zielerreichung überprüft werden kann. Dazu gehört eine eindeutige Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen politischer Rahmenplanung des Landes und der Gemeinden vor Ort, Versorgungsplanung der Sozialversicherungsträger sowie des Landesgesundheits- und Sozialfonds als Kostenträger, den Leistungserbringenden von Hilfen, ihren Nutzenden und deren Lebensumfeld.

➤ **Systematischer Ansatz 2: Differenzierung und Integration**

Die Etablierung abgestufter Behandlungskonzepte und integrierter Versorgungsmodelle soll erleichtert werden. Dem dienen folgende Unterscheidungen: Hausärztliche, fachärztliche und spezialfachärztliche Behandlungen sind in ihrem jeweils spezifischen Auftrag und Leistungsspektrum bei psychischen Erkrankungen voneinander abzugrenzen. Darauf aufbauend ist eine verzahnte Zusammenarbeit der einzelnen Dienste anzustreben. Dabei sind auch die Funktionen der verschiedenen Spezialgebiete zu bedenken, die sich auf dem Feld der Psychiatrie und Psychotherapie etabliert haben (Tabelle 6).

Tabelle 6: Fachärztliche und spezialfachärztliche Psychiatrie

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

Als Ergänzung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehen bei komplexem Hilfebedarf zusätzlich verschiedene Formen komplementärer Hilfen zur Verfügung (Tabelle 7). Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen und komplementäre Hilfen sollten nach ihrer im Einzelfall voraussichtlich erforderlichen Dauer als kurz-, mittel- oder längerfristige Hilfen gekennzeichnet werden (Tabelle 8).

Tabelle 7: Grundformen medizinischer Behandlung und komplementäre Hilfen

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

Tabelle 8: Definitionsvorschlag für drei Arten befristeter Hilfe

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

➤ Systematischer Ansatz 3: Regionalisierung und Sozialraumorientierung

Eine systematische Unterscheidung zwischen den Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region dient als Grundlage für Verabredungen der regionalen Zuständigkeit der Leistungserbringenden (Tabellen 9 und 10). Sie unterstützt Maßnahmen zur flächen-

deckenden Verfügbarkeit erforderlicher Hilfen und deren verstärkte Orientierung auf den Sozialraum.

Tabelle 9: Drei-Ebenen-Modell für psychiatrische Hilfen in Vorarlberg

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

Tabelle 10: Zuordnung der 19 Regionen zu 16 Sozialräumen in 4 Bezirken

Bezirk	Nr. und Name der Region (ggf. Zentralort), Einwohnerzahl					
1 Bludenz 61.000	105 Walgau mit 102 Großes Walsertal (Thüringen) 26.000		104 Stadt Bludenz mit 101 Arlberg und Klostertal 19.000		103 Montafon (Schruns) 16.000	
2 Bregenz 125.000	204 Leiblachtal (Hörbranz) 14.000	206 Stadt Bregenz 27.000	202 Hofsteig (Wolfurt, Hard) 37.000	205 Rheindelta (Höchst) 12.000	207 Vorderer Bregenzerwald (Lingenau) mit 203 Kleinwalsertal (Mittelberg) 19.000	201 Hinterer Bregenzerwald (Egg / (Bezau) 16.000
3 Dornbirn 81.000	302 Stadt Dornbirn 45.000	301 Marktgemeinde Lustenau 21.000	303 Stadt Hohenems 15.000			
4 Feldkirch 100.000	401 Kummenberg (Götzis) 25.000	402 Stadt Feldkirch 31.000	403 Vorderland (Rankweil) 31.000		404 Walgau (Frastanz) 13.000	

➤ **Pragmatischer Ansatz 1: Abstimmung mit parallelen Reformprozessen**

Fragestellungen, die parallel laufende Reformprozesse betreffen, sollten nicht Gegenstand des Psychatriekonzepts sein, ausgenommen Lösungsansätze zur Behebung von Schnittstellenproblemen. In diesem Zusammenhang wurde auf eine sorgfältige Abstimmung zwischen der Erarbeitung des Vorarlberger Psychatriekonzepts und den Parallelprozessen „Regionaler Strukturplan Gesundheit“, „Masterplan LKH Rankweil“, „Reorganisation der klinischen Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie“, „Umsetzung

Vorarlberger Geriatriekonzept“, „Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung alter Menschen in Vorarlberg“ sowie „Sozialraumorientierung im Kompetenzbereich des Sozialfonds“ geachtet.

➤ **Pragmatischer Ansatz 2: Begrenzung der im Konzept bearbeiteten Felder**

Um das Projekt „Vorarlberger Psychiatriekonzept“ in der vorgesehenen Zeit auch erfolgreich abschließen zu können, sollten in den Zukunftswerkstätten nur solche Maßnahmen bearbeitet werden, die für eine Aufnahme darin geeignet waren. Auf Beschluss des Lenkungsausschusses waren Psychotherapie und Psychosomatik nur insoweit Gegenstand des Psychiatriekonzepts, wie es sich um Schnittstellenprobleme zur Psychiatrie handelte. Dazu gehörten insbesondere die psychiatrische Notfallhilfe und die sozialpsychiatrischen Integrationshilfen sowie der psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst, sowohl in somatischen Kliniken als auch in Alten- und Pflegeheimen. Auch die Entwicklung therapeutischer Fachkonzepte für einzelne Krankheitsbilder sollte nicht zum Gegenstandsbereich des Vorarlberger Psychiatriekonzepts gehören.

Der Text „Zusammenfassung und Auswertung der Zukunftswerkstätten vom 18. bis 28. Juni 2012“ im Materialienband führt im Einzelnen auf, welche Lösungsvorschläge mit Blick auf die Strategie des Psychiatriekonzepts nicht berücksichtigt wurden. Von den insgesamt 35 betroffenen Vorschlägen bezogen sich acht auf parallele Reformprozesse, vier auf Fachkonzepte für einzelne Krankheitsbilder und sechs auf das Gesamtgebiet der Psychotherapie. Ebenfalls je sechs Vorschläge betrafen stationäre Betreuungsangebote (die Strategie setzt auf die Weiterentwicklung ambulanter Hilfen) und Änderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen (die in anderen Kontexten bearbeitet werden müssen). Zwei Vorschläge zu Migranten-gerechten Hilfen sollten nach Überzeugung des Projektteams im Rahmen der bestehenden Angebote des Regelsystems entwickelt werden. Zwei Vorschläge aus der amtsinternen Zukunftswerkstatt betrafen Zuständigkeitsfragen, die auch amtsintern geklärt werden müssen. Ein Lösungsvorschlag schließlich war so allgemein und umfassend, dass er nirgendwo zugeordnet werden konnte.

4. Zwei Basisinnovationen und zehn Entwicklungsprojekte

4.1 Basisinnovationen A und B

Die beiden nachfolgend skizzierten Basisinnovationen bezeugen den Willen, das allgemeine Ziel des Psychiatriekonzepts durch eine systematische Regionalisierung und Koordination des Hilfesystems aktiv zu verfolgen. Inklusive und präventive Ansätze zur Förderung von seelischer Gesundheit und einer auf Lebensqualität ausgerichteten Hilfe für psychisch erkrankte Menschen einschließlich Unterstützung ihrer Angehörigen sind auf eine Sozialraumorientierung der Unterstützungsleistungen angewiesen. Um Hilfen möglichst integrativ im Lebensumfeld der Betroffenen erbringen zu können, sind regionale Anlaufstellen für seelisch-gesundheitliche und soziale Problemlagen notwendig, die eine klare Zuständigkeit haben. Auf der anderen Seite benötigt ein solches Hilfesystem eine zentrale Koordination, um eine flächendeckend bedarfsgerechte Nutzung der Angebote zu gewährleisten, ihre Vernetzung auf Landesebene und kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu betreiben.

A: Landesstelle Psychiatriekoordination

Das Amt der Vorarlberger Landesregierung richtet eine Landesstelle Psychiatriekoordination ein, die für eine (amts-)interne Abstimmung aller Aktivitäten im Bereich seelische Gesundheit und psychische Erkrankung sorgen soll. Darüber hinaus ist je nach Kompetenzzuweisung und Ausbaustufe der Landesstelle die Übernahme insbesondere folgender 12 Aufgaben zu erwägen (1-9: Aufgaben für erste Zwischenlösungen; 10-12: zusätzliche Aufgaben für den weiteren Ausbau):

1. Geschäftsführung des Vorarlberger Psychiatriebeirats, seiner Arbeits- und Projektgruppen;
2. fachliche Koordination der auf Bezirksebene einzurichtenden sozialpsychiatrischen Dienste, die u. a. mit der Geschäftsführung des dort jeweils einzurichtenden Sozialpsychiatrischen Verbunds beauftragt werden sollen (bei weiterem Ausbau der Landesstelle ggf. auch Übernahme der Verantwortung für die Einrichtung und Finanzierung dieser Dienste);
3. Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung;
4. Erstellung bzw. laufende Aktualisierung eines Regionalinventars der Hilfsangebote mit der Möglichkeit aller Systempartnerinnen und Systempartner (einschließlich interessierter Bürgerinnen, Bürger und Kostenträger), sich über Kontaktadressen und freie Platzkapazitäten zu informieren;

5. Koordination der Entwicklungsprojekte zur Umsetzung des Vorarlberger Psychatriekonzepts;
6. Fachliche Beratung der mit der Förderung seelischer Gesundheit und mit Hilfen für psychisch erkrankte Menschen befassten Landesstellen;
7. Erstellung von fachlichen Stellungnahmen im Auftrag des Kostenträgers zur Bewertung von Angeboten für psychiatrische Dienstleistungen;
8. Mitwirkung an der Optimierung eines geeigneten Beschwerdemanagements in der Psychiatrie, unter Einbeziehung bereits bestehender Monitoring-Systeme;
9. Koordination der Öffentlichkeitsarbeit für seelische Gesundheit einschließlich Kampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen;
10. Evaluation und fachliche Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Integrationshilfen in Vorarlberg sowie fachliche Steuerung der Hilfeplanverfahren;
11. Entwicklung innovativer Konzepte zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sowie Unterstützung der psychiatriepolitischen Rahmenplanung und Fachplanung der Kostenträger;
12. Planung, Controlling und Evaluation der, für das Vorarlberger Psychatriekonzept ausgewählten, Maßnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.

B: regionale Anlaufstellen für seelische Gesundheit und soziale Fragen

Das Land will die Sozialraumorientierung der Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und der Hilfen bei psychischen Erkrankungen verstärken und für eine flächendeckende Verfügbarkeit auch im ländlichen Raum sorgen. Dem dient eine Unterscheidung der Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region als Basis einer regionalen Zuständigkeit der Leistungserbringenden. In dieser Richtung sind zur Umsetzung des Geriatriekonzepts für Vorarlberg bereits 17 Planungsregionen – mit drei Subregionen für die Region Bregenzerwald – definiert worden. Um psychiatrische Hilfen präventiv und inklusiv auszurichten, müssen die Netzwerke der Leistungserbringenden auf Bezirksebene mit Anlaufstellen für seelische Gesundheit und soziale Fragen, die in jeder Region einzurichten sind, kooperieren. Zuständig für diese Anlaufstellen sind die in der jeweiligen Region verbundenen Gemeinden; dazu hat das Land eine gemeinsame Initiative mit dem Gemeindeverband gestartet. In einigen Regionen soll modellhaft erkundet werden, welche bereits bestehenden Beratungs- und Hilfsangebote vor Ort Funktionen einer solchen Anlaufstelle haben, wie diese weiterentwickelt, besser aufeinander abgestimmt und ggf. zusammengeführt werden können. Die Anlaufstellen sind in jedem Fall auf eine enge Zusammenarbeit mit den Gemeinden ihrer Region sowie den in der Region lokalisierten Hausarztpraxen und Pflegediensten angewiesen. Folgende drei Funktionen sollten die Anlaufstellen erfüllen:

1. Erstberatung zur seelischen Gesundheit und bei sozialen Fragen für die Bürgerinnen und Bürger der Region, sei es aufgrund eigener Betroffenheit, sei es für Angehörige

- oder andere Personen im Lebensumfeld von betroffenen Menschen, bei Bedarf einschließlich Vermittlung an geeignete Hilfen (z.B. Hausarztpraxis, soziale oder pflegerische Dienste, gegebenenfalls auch psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen);
2. Unterstützung und bei Bedarf Aufbau eines lokalen Netzwerks von Selbst- und Laienhilfe, zur Förderung präventiver und inklusiver Aktivitäten in der jeweiligen Region;
 3. Beteiligung an einem offenen Treffpunkt mit Kaffeehaus-Charakter (Sozial-Café), wo Bürgerinnen und Bürger mit und ohne Handicaps unverbindlich zusammenkommen, Informationen erhalten und an Veranstaltungen teilnehmen können.

4.2 Entwicklungsprojekte 1 bis 10

Die nachfolgend skizzierten Entwicklungsprojekte greifen eine Fülle von Lösungsvorschlägen aus den Zukunftswerkstätten auf und bündeln sie so, dass sie einzeln erprobt und dann gegebenenfalls in das Regelangebot übernommen werden können. Entsprechend der bei den Lösungsvorschlägen überwiegend thematisierten Kernaufgabe „Behandlung“, liegt dort der Schwerpunkt der Entwicklungsprojekte, deren Platzierung als Kreis mit ihrer Nummer in Tabelle 11 gekennzeichnet ist. Die Basisinnovationen A und B dienen vor allem der Steuerung im psychiatrischen Hilfesystem, eine auch in den Lösungsvorschlägen der Zukunftswerkstätten häufig thematisierte Kernaufgabe. Das Spektrum der Entwicklungsprojekte deckt alle Teilgebiete der Psychiatrie ab, für die eigene Zukunftswerkstätten durchgeführt wurden.

Tabelle 11: Verteilung der Lösungsvorschläge und Platzierung der Projekte

Zukunftswerkstatt		1 PR	2 RI	7 WH	3 SH	4 KJP	5 GP	6 PT	8 AI
Kernaufgaben	Vorbeugung: 6	10			2	9	4	8	
	Behandlung: 34	1	6	3	4	2	3	6	4
	Teilhabe: 19	1	6	7	8	2	1		
	Beheimatung: 11			5	4	3	1	3	
	Steuerung: 23	B	6	1	2	3		3	3
andere Themen: 10		1	1	1	3	1	3		A5

1. Sozialpsychiatrischer Dienst auf Bezirksebene

Reorganisation der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen vom Arbeitskreis Sozialmedizin (AKS) bzw. von Pro Mente Vorarlberg (PMV) zu vier Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi; zuständig für je einen Bezirk, falls erforderlich mit Außenstellen) für folgende definierte Aufgaben:

1. niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Menschen, die noch nicht oder nicht mehr von vorrangig zuständigen Diensten betreut werden können, falls erforderlich auch im Rahmen von Integrationshilfen als ambulant betreutes Wohnen, eventuell incl. Casemanagement-Funktion; Beratung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und Unterstützung bei ihrer Suche nach geeigneten Hilfen;
2. Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe, Mitwirkung am ambulanten psychiatrischen Kriseninterventionsdienst außerhalb normaler Dienstzeiten;
3. sozialpsychiatrischer Konsiliar- und Liaison-Dienst, nach Möglichkeit Mitwirkung an der Planung von Einzelfallhilfen, mit festen Ansprechpersonen für die Anlaufstellen für seelisch-gesundheitliche und soziale Probleme in den zugeordneten Regionen des Bezirks (Basisinnovation B);
4. Koordination des Netzwerks der Dienste und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirksebene (Caremanagement-Funktion);
5. Mitwirkung an Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen, insbesondere im Sinne von Gemeinwesenarbeit.

2. Integrierte Suchtberatungsstellen auf Bezirksebene

Reorganisation der bestehenden ambulanten Angebote der Suchthilfe zu einem gemeinsamen Dienstleistungsnetzwerk mit vier Anlaufstellen, die für jeweils einen Bezirk folgende Aufgaben wahrnehmen:

1. niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Menschen mit im Vordergrund stehenden Suchtproblemen, soweit und solange vorrangige Arten der Unterstützung (Selbst- und Laienhilfe, allgemeine soziale, medizinische oder psychiatrische Hilfen) nicht ausreichen, für Menschen mit besonderen Risiken gegebenenfalls auch im Rahmen von Integrationshilfen als ambulant betreutes Wohnen - incl. Casemanagement-Funktion; Beratung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und Unterstützung bei ihrer Suche nach geeigneten Hilfen;
2. Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe bei schweren akuten Suchtproblemen auf Anforderung des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, auch in Konsiliarfunktion für Klinik oder Heim;

3. Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene;
4. Mitwirkung an gemeinsamen Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen, auch im Sinne von Gemeinwesenarbeit.

3. Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche

Erweiterung der jugendpsychiatrischen Ambulanzen von PMV im Ober- und Unterland um kinderpsychiatrische Kompetenzen, unter Einbeziehung der kinderpsychiatrischen Angebote des AKS. Ziel sind zwei multidisziplinär tätige Spezialambulanzen mit Konsiliar- und Liaison-Dienst (ggf. incl. Casemanagement-Funktion) in verbindlicher regionaler Zuständigkeit für sozialpsychiatrische Problemlagen bei Personen unter 18 Jahren. Die Aufgaben sind insbesondere:

1. im Einzelfall kurzfristige Problemklärung und Diagnostik, Einleitung bzw. Übernahme erforderlicher Therapie und Vermittlung weiterer bedarfsgerechter Hilfen nach Zuweisung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst oder die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt, auch in Konsiliarfunktion;
2. im Einzelfall Mitwirkung an der Feststellung des Hilfebedarfs, der Planung und Evaluation von Hilfen auf Anforderung des zuständigen Kostenträgers (Planung von Einzelfallhilfen);
3. Einzelfall-übergreifend kollegiale Beratung und Fortbildung auf Anforderung von Einrichtungen, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche betreuen (Liaison-Funktion);
4. Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene;
5. Mitwirkung an der Planung, Durchführung und Evaluation allgemeiner und selektiver präventiver Aktivitäten, insbesondere auch im Rahmen eines koordinierten und seelische Gesundheit integrierenden Programms „Frühe Hilfen“ (Prävention und Gemeinwesenarbeit; siehe Entwicklungsprojekt Nr. 9).

4. Gerontopsychiatrische Kompetenzteams für jeden Bezirk

Ausbau, Erweiterung und Systematisierung bereits bestehender gerontopsychiatrischer Kompetenzen mit dem Ziel, für jeden Bezirk einen multidisziplinär tätigen Konsiliar- und Liaison-Dienst entsprechend der Empfehlungen des Geriatriekonzepts Vorarlberg und des Zwischenberichts „Dezentrale Unterstützungsstrukturen zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich“ einzurichten. Die Aufgaben sind insbesondere:

1. im Einzelfall kurzfristige Problemklärung und Diagnostik, Einleitung bzw. Übernahme erforderlicher Therapie und Vermittlung weiterer bedarfsgerechter Hilfen im häuslichen Umfeld, im Heim oder in der Klinik nach Zuweisung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst auf Bezirksebene oder die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt, die Leitung des ambulanten Pflegedienstes oder der betreuenden Einrichtung, auch in Konsiliar- und bei Bedarf Casemanagement-Funktion;
2. Einzelfall-übergreifend kollegiale Beratung und Fortbildung auf Anforderung von Einrichtungen, die psychisch kranke alte Menschen betreuen (Liaison-Funktion);
3. Mitwirkung im Netzwerk der Dienste und Einrichtungen im Sozialpsychiatrischen Verbund auf Bezirks- und Landesebene;
4. Fachliche Unterstützung und Mitwirkung an der Qualifizierung ehrenamtlich und professionell geleisteter Betreuung und Pflege alter Menschen mit psychischen Erkrankungen.

5. Ambulant betreutes Wohnen als Leistung der Integrationshilfe

Systematischer Ausbau ambulanter Wohnbetreuung zur Verhinderung bzw. Verkürzung einer Heimbetreuung sowie zur Förderung eigenständiger Selbstversorgung und sozialer Teilhabe der hilfsbedürftigen Menschen, schwerpunktmäßig für erwachsene Personen mit chronischen psychischen Erkrankungen und erheblichen psychosozialen Risiken, z.B. im Anschluss an einen Klinik- oder Heimaufenthalt. Dabei sind folgende Leitlinien zu beachten:

1. Anbietende ambulanter Wohnbetreuung sollen für einen Bezirk oder Teile davon zuständig und in der Lage sein, dem in ihrem Zuständigkeitsbereich auftretenden Hilfebedarf ohne Wartezeit nachzukommen; für die Suchthilfe sind allenfalls eigene Angebote erforderlich.
2. Anbietenden stationärer Wohnbetreuung soll ermöglicht werden, die Verselbständigung ihrer Klientinnen und Klienten in eigener Wohnung bei Bedarf ohne Wechsel der Betreuungsperson für die Dauer von maximal zwei Jahren durch ambulant betreutes Wohnen abzusichern.
3. Alle Anbietenden müssen zur Erfüllung ihrer Aufgaben eng mit den im Sozialpsychiatrischen Verbund des jeweiligen Bezirks engagierten Diensten kooperieren, insbesondere auch mit der Wohnungslosenhilfe und dem sozialem Wohnbau, der Wohnungen bereit stellen soll.

6. Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Aufbau eines mehrstufigen und intern differenzierten diagnostisch-therapeutisch-rehabilitativen Programms für psychisch schwerer erkrankte Menschen zum Erhalt bzw. zur Wiedergewinnung ihrer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, das die Rehabilitationsphasen 1 bis 4 nach WHO für diese Zielgruppe in Vorarlberg zugänglich macht. Dabei sind folgende allgemeine Qualitätskriterien zu beachten:

1. Das Thema Arbeit und Beschäftigung ist frühzeitig und systematisch in alle Maßnahmen psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation zu integrieren, Arbeitsfähigkeit und berufliche Neigungen der betroffenen Personen sind individuell im Rahmen einer integrierten Hilfeplanung abzuklären.
2. Trainingsmaßnahmen müssen für die angestrebte Tätigkeit Relevanz haben. Das Prinzip „First-place-then-train“ hat bei der Arbeitsrehabilitation immer Vorrang vor dem Prinzip „First-train-then-place“. Das bedeutet, dass der Erhalt bzw. die Gewinnung eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt an erster Stelle steht, die im Einzelfall erforderlichen Hilfen möglichst am Arbeitsplatz erbracht und auf dessen Erhalt ausgerichtet werden. In jedem Falle muss der nächste angezielte Schritt auf dem Weg zur gleichberechtigten Teilhabe an Arbeit für die betroffene Person zum erforderlichen Zeitpunkt auch tatsächlich verfügbar sein.
3. Art, Intensität und Dauer sowohl der Arbeitsanforderungen als auch der unterstützenden Hilfen sind je nach aktueller Leistungsfähigkeit flexibel zu gestalten. Eine persönlich kontinuierlich zuständige Fachperson sollte sowohl für die betreute Person als auch für die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber zuverlässig erreichbar sein.

7. Integrative Beschäftigungsprogramme

Auf- und Ausbau inklusiv ausgerichteter Programme zur Förderung der sozialen und kulturellen Teilhabe für chronisch psychisch erkrankte Menschen mit erheblichen psychosozialen Risiken, bei denen eine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch nicht oder nicht mehr in Frage kommt. Ausgangspunkt sollen tages- und wochenstrukturierende Programme der Integrationshilfe sein, lokalisiert an den Beratungsstellen der Allgemeinpsychiatrie und Suchthilfe der Bezirke; sie erkunden für ihre Klientinnen und Klienten Zuverdienstmöglichkeiten bei geringfügiger Arbeit und Beschäftigung, bereiten ihre Klientinnen und Klienten darauf vor und begleiten sie dabei.

Folgende Leitlinien sind zu beachten:

1. Vorrang haben Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb des psychiatrischen Milieus, die den individuellen Fähigkeiten und Interessen der Betroffenen gerecht werden.
2. Unerlässlich ist eine konsequente Einbeziehung und regelmäßige Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement, Ehrenamt und Laienhilfe bei der Gewinnung von Beschäftigungsmöglichkeiten und der Begleitung der betroffenen Klientinnen und Klienten.
3. Wichtig für den Erfolg der Maßnahmen ist eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Anlaufstellen (Basisinnovation B) und dem Netzwerk der Sozialgemeinde, in deren Gebiet die Beschäftigungsmöglichkeiten liegen.

8. Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation

Neuausrichtung der psychotherapeutischen Hilfen, soweit diese durch den Sozialfonds oder über die Transferzahlungen der VGKK ans Land finanziert werden, nach einem Drei-Säulen-Modell. Dabei Konzentration auf kurzfristige Hilfen zur Prävention (Säule 1) sowie längerfristige Hilfen zur Rehabilitation (Säule 3), während bei kurativer Behandlung durch Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (in der Regel mittelfristige Hilfen; Säule 2) aus dem Sozialfonds nur noch Selbstbehalte bei sozialer Bedürftigkeit erstattet werden sollen. Dabei sind folgende Leitlinien zu beachten:

1. niedrigschwelliger Zugang für die hilfsbedürftigen Menschen zu präventiv ausgerichteter Kurzzeit-Psychotherapie zur Krisenbewältigung (maximal fünf Stunden) mit freier Therapeutenwahl ohne Wartezeit (nicht mehr als vier Wochen);
2. sorgfältige Planung und regelmäßige Evaluation längerfristiger Psychotherapie, als Bestandteil von Integrationshilfen für schwer erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf, durch speziell qualifiziertes Personal, das im Sozialpsychiatrischen Verbund integriert ist;
3. regelmäßige, befristete Gruppenangebote (maximal 12 Termine) bei den regionalen Anlaufstellen für soziale und seelisch-gesundheitliche Probleme (Basisinnovation B) zur Informationsvermittlung, zum Erfahrungsaustausch und zur Stärkung der Selbsthilfe-Kompetenz.

9. Seelische Gesundheit für Kinder und Jugendliche

Reorganisation der primärpräventiven Aktivitäten für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren einschließlich ihrer Eltern mit dem Ziel einer systematischen Koordinierung aller Maßnahmen zur Förderung körperlicher und seelischer Gesundheit auf der Grundlage

einer gemeinsamen kritischen Bestandsaufnahme der derzeit laufenden Programme durch die Systempartnerschaften. Anzustreben ist eine Integration verschiedener präventiver Ansätze (z.B. Ernährung, Bewegung, Sexualaufklärung, Suchtprävention, Konfliktbewältigung, gewaltfreie Kommunikation, Inanspruchnahme von Hilfen), wobei gegebenenfalls differenzierte Aktivitäten nach folgenden Kriterien erforderlich sind:

1. Differenzierung nach Altersgruppen: frühe Hilfen und Prävention in Kindertagesstätten (Schwangerschaft, Geburt, Säuglings- und Kleinkindalter) sowie Grundschule und weiterführende Schulen (Latenz, Pubertät und frühe Adoleszenz);
2. Differenzierung nach Merkmalen sozialer Ungleichheit der Familie (Jungen und Mädchen, materielle Armut und Bildungs-Armut, fremde Kultur und Migrationshintergrund);
3. Differenzierung nach individuellen Beeinträchtigungen und Behinderungen der Kinder oder ihrer Eltern (persönliche Notlagen, somatische und psychische Krankheiten, geistige, körperliche, seelische und Sinnes-Behinderungen).

10. Aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe außerhalb normaler Dienstzeiten

Einrichtung eines psychiatrischen Krisen- und Notfalldienstes gesondert für Ober- und Unterland (aufbauend auf dem Vorschlag einer amtsinternen Arbeitsgruppe vom Januar 2010¹⁴), der gemeinsam mit bereits vorhandenen Angeboten und dem zur Realisierung empfohlenen Sozialpsychiatrischen Dienst rund um die Uhr eine flächendeckende, qualifizierte, auch aufsuchend tätige Krisen- und Notfallhilfe sicherstellt. Dabei sind folgende Leitlinien zu beachten:

1. Eignung für eine wirkungsvolle Hilfeleistung auch bei schwierigsten psychosozialen bzw. psychiatrischen Problemlagen mit dem Ziel, Alternativen zur Klinik-einweisung zu eröffnen und bei Bedarf solche Einweisungen qualifiziert durchzuführen;
2. Kooperation mit den (fach-)ärztlichen Praxen, dem LKH Rankweil, den Anbietenden von Integrationshilfen sowie den Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen;
3. Gewährleistung einer Präsenz von nichtärztlichen Fachpersonen im Vordergrund mit der Möglichkeit, bei Bedarf eine (fach-)ärztliche Rufbereitschaft und / oder eine geschulte Person aus dem Selbsthilfebereich der Betroffenen und ihrer Angehörigen zur Krisenbegleitung hinzuzuziehen.

¹⁴ Grobkonzept zur Qualifizierung der Krisen- und Notfallhilfe bei psychisch erkrankten Erwachsenen – Vorschlag Ressort-interne Arbeitsgruppe 13.01.2010 nach Kontakt mit dem Landesstatthalter (siehe Materialienband)

4.3 Grundsätze zur Umsetzung und Evaluation

Die Realisierung der Basisinnovationen soll von Land und Gemeinden gemeinsam erfolgen. Die Entwicklungsprojekte sollen nach den bekannten SMART-Kriterien umgesetzt werden: schrittweise, messbar, anspruchsvoll, relevant, terminiert. Voraussetzung für den Start eines Entwicklungsprojekts ist der erfolgreiche Verlauf der Vorbereitungsphase, in der alle jeweils zu beteiligenden Systempartnerinnen und Systempartner dem gemeinsam ausgearbeiteten Umsetzungsplan zustimmen. Dieser Plan soll auch Verabredungen enthalten, wer sich welchen Aufgaben bis wann auf welche Weise und mit welchem Ziel widmet. Messgrößen und Zielwerte zur Überprüfung sowohl des Projektfortschritts als auch der Erreichung der Projektziele sind vor dem Start der Umsetzung zu verabreden. Die Koordination der Umsetzung der Projekte übernimmt die Landesstelle Psychiatriekoordination (Basisinnovation A). Der Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung soll die Umsetzung des Psychiatriekonzepts beratend begleiten.

Die im Psychiatriekonzept skizzierten Basisinnovationen und Entwicklungsprojekte stellen an die bei der Umsetzung Beteiligten hohe Anforderungen. Auf allen Seiten sind nicht nur guter Wille zu gemeinsam gestalteten Qualitätsverbesserungen erforderlich, sondern je nach Aufgabe auch besondere Fach- und Methoden-Kompetenzen. Hierfür soll unter Mitwirkung des Psychiatriebeirats der Vorarlberger Landesregierung ein Träger- und Berufsgruppen-übergreifendes Fort- und Weiterbildungskonzept erarbeitet werden, das sich auch an interessierte psychisch erkrankte Menschen richtet, z.B. nach dem Konzept von „EXperienced INVOLvement (EX-IN)“. Diesbezüglich vorrangige Ziele sind eine verbesserte interkulturelle Kompetenz der Handelnden und eine Stärkung ihrer Fähigkeiten zur Netzwerkarbeit und regionalen Koordination des Hilfesystems, insbesondere auch im Hinblick auf die Umsetzung der Basisinnovation B.

Die Entwicklungsprojekte sollen entsprechend einer Empfehlung des Lenkungsausschusses in folgender Reihenfolge zur Umsetzung vorbereitet werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste auf Bezirksebene (Nr.1)
2. ambulant betreutes Wohnen als Leistung der Integrationshilfe (Nr. 5)
3. sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche (Nr. 3)
4. aufsuchende Krisen- und Notfallhilfe außerhalb normaler Dienstzeiten (Nr. 10)
5. Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen (Nr. 6)
6. integrative Beschäftigungsprogramme (Nr. 7)

Die Entwicklungsprojekte 2, 4, 8 und 9 fehlen in dieser Liste, da über ihren Start erst nach 2019 entschieden wird. Es sollen möglichst immer zwei Projekte gleichzeitig vorbereitet werden und bei erfolgreichem Abschluss dieser Phase, für die ein Jahr veranschlagt wird, an den Start gehen. In der Vorbereitungsphase ist auch der aktuelle Forschungsstand zum Themenfeld des entsprechenden Entwicklungsprojektes zu berücksichtigen. Bei der Vorbereitung und Durchführung der Entwicklungsprojekte sind die Nutzervertretungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen im Weg des Psychiatriebeirats zu beteiligen. Jedes Projekt soll für eine Laufzeit von fünf Jahren geplant werden, mit einer auf maximal ein Jahr angelegten Dauer der Evaluation nach drei Jahren Laufzeit. So bleibt nach abgeschlossener Evaluation eines Projekts noch ein weiteres Jahr Zeit, um über seine Beendigung, Verlängerung oder Übernahme ins Regelsystem der Hilfen zu beraten und zu entscheiden. Nach dem Start von zwei parallel vorbereiteten Projekten sollte ein Jahr Laufzeit abgewartet werden, bevor die Vorbereitungsphase der nächsten beiden Projekte beginnt. Wenn 2015 die ersten beiden, 2017 die nächsten zwei und 2019 weitere zwei Projekte gestartet sind, sollte eine Zwischenbilanz gezogen werden, um die Reihenfolge der noch ausstehenden Entwicklungsprojekte festzulegen und für die zweite Halbzeit unter Umständen Revisionen bei der Umsetzung des Psychiatriekonzepts vorzunehmen.

Amt der Vorarlberger Landesregierung Landhaus 6901 Bregenz
Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa)
Funktionsbereich Sozialpsychiatrie
Tel: +43 (0) 5574 / 511 - 24123 Fax: +43 (0) 5574 / 511 - 924195
E-Mail: gesellschaft-soziales@vorarlberg.at Internet: www.vorarlberg.at