

Materialienband zum Vorarlberger Psychiatriekonzept 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

Projektteam

Thomas Neubacher (Amt der LReg. IVa), Dr. Günter Winkler (VGKK), Dr. Harald Kraft (Amt der LReg. IVb), Dr. Andreas Mischak (Amt der LReg. IVd), Dr. Wolfgang Weber (Amt der LReg. IVa), Dr. Otmar Müller (Gemeindeverband), Theresia Rümmele (Amt der LReg. IVa), Fabienne Fleischhacker (Amt der LReg. IVa), Mag. Günter Kradischnig MBA (ICG), Mag. Elisabeth Babnik (ICG)

Bregenz, im Jänner 2014

Inhaltsverzeichnis

Dokumente zum Projektmanagement.....	5
Projektauftrag	5
Arbeitspaketplanung	8
Meilensteinplan	9
Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner Verteiler der angeforderten Stellungnahmen	10
Stellungnahme zur Evaluation und Fortschreibung des Vorarlberger Psychiatrie- konzepts von 2002	12
Zusammenfassung der Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner zur Evaluation und Fortschreibung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002	14
Kurzreferate zu den Studien	53
Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, GKK Salzburg (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“	53
Bundesministerium für Gesundheit (2010): Österr. Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010) / Amt der Vorarlberger Landesregierung u.a. (2009): Regionaler Strukturplan Gesundheit Vorarlberg (RSG) - Ambulanter Bereich - Ärztliche Versorgung	56
Forum für Gesundheitswirtschaft (2011): Berliner Manifest 2011 zum Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen mit psycho-sozialen Beeinträchtigungen.....	59
Landes-Rechnungshof Vorarlberg (2011): Prüfbericht über die psychiatrische Versorgung in Vorarlberg.....	61
PVA/Lundbeck/ICG (2012): „Seelische Gesundheit in Österreich“ Struktur, Qualität und Trends der Versorgung in Österreich, Deutschland, Italien, Skandinavien (Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden) und den USA	64
Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung 2009 - 2010.	68
Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Vorarlberger Psychiatriebericht- erstattung für das Jahr 2010.....	71
Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Geriatriekonzept Vorarlberg 2011	75

Informationen zu den Zukunftswerkstätten..... 77

Informationen für die Teilnehmenden der Zukunftswerkstätten im Rahmen des
Projekts „Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025“77

Liste der Teilnehmenden der Zukunftswerkstätten82

Lösungsvorschläge aus den Zukunftswerkstätten.....87

Zusammenfassung und Auswertung der Zukunftswerkstätten vom
18. bis 28. Juni 201291

Weitere Unterlagen..... 111

Expertendiskussion 111

Grobkonzept zur Qualifizierung der Krisen- und Notfallhilfe bei psychisch
kranken Erwachsenen 113

Beschluss Psychiatriebeirat 115

Projektauftrag

Projektname: Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025	
Projektbeginn: 01.10.2011	Projektende: 31.12.2013
Ausgangssituation: <p>Das Vorarlberger Psychiatriekonzept von 2002 ist zu evaluieren und fortzuschreiben, wobei unter breiter Beteiligung die Systempartner sowie die Initiativen der Betroffenen und Angehörigen mit eingebunden werden.</p> <p>Mit dem Psychiatriekonzept 2002 wurde die Situation der psychiatrischen Versorgung erhoben und erste Schritte zur Mängelbeseitigung überlegt. Dieses Konzept wurde von der Landesregierung als zentraler gesundheits- und sozialpolitischer Wegweiser für alle in diesem Bereich Tätigen vorgegeben und war damit ein wichtiger Schritt, die Transparenz der Versorgung psychisch Kranker zu erhöhen und den Dialog zwischen den betroffenen Einrichtungen zu verbessern. Um eine adäquate psychiatrische Versorgung auch für die Zukunft sicherzustellen, ist das Psychiatriekonzept aus dem Jahr 2002 weiterzuentwickeln. Zweckmäßige Strukturen sind mit erforderlichen Kapazitäten zu beschreiben. Klare Ziele, konkrete Maßnahmen und Umsetzungsfristen sind zu definieren. Es bedarf daher einer Anpassung und Konkretisierung dieses Konzepts.</p>	Hauptaufgaben: <p>Evaluation des Psychiatriekonzepts von 2002 und seine Fortschreibung durch Befragung der Systempartner.</p> <p>Entwicklung der strategischen Eckpfeiler auf Basis der Befragungsergebnisse, aktueller Studien und Datengrundlagen und den vorhandenen Vorüberlegungen.</p> <p>Durchführung von Zukunftswerkstätten, Erstellung des Psychiatriekonzeptes.</p>

Projektziele:

Psychiatriekonzept 2015 bis 2025 für das Land Vorarlberg liegt vor mit dem allgemeinen Ziel, die seelische Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung verstärkt zu fördern und den psychisch erkrankten Menschen bestmögliche Hilfen für Selbstbestimmung und Teilhabe zu bieten

Neue politische Rahmenplanung für eine bessere Steuerung des Versorgungssystems

Klarheit hinsichtlich Aufgaben & Verantwortlichkeiten für die Leistungserbringer (Wer macht was für wen mit welcher Befristung) Anm.: ambulant, intramural, im akuten und im rehabilitativen Bereich; Schnittstellenmanagement

Verstärkte Ausrichtung psychiatrischer Hilfen auf Sozialräume und Verankerung im ländlichen Raum

Verstärkte Ausrichtung der Hilfeleistungen auf Wirksamkeit und Befristung mit dem Ziel einer Hilfe zur Selbsthilfe

Schnittstellenmanagement und Kultur der Zusammenarbeit im Amt der Landesregierung (insbesondere Gruppe IV) und zwischen den Kostenträgern

Abstimmung mit parallel laufenden Reformprojekten (Regionaler Strukturplan Gesundheit, Masterplan LKH Rankweil, Kinder-Jugend-Psychiatrie, Sozialpsychiatrische Integrationshilfe, Geriatriekonzept, Sozialfondsprojekt zu Sozialräumen, u.a.)

Transparenz über mittel- bis langfristige finanzielle Auswirkungen mit Berücksichtigung alternativer Finanzierungsmodelle

Weiterentwicklung der Steuerungs- und Controllingprozesse im Psychiatriebereich

Nicht-Projektziele:

Behandlung parallel laufender Reformprojekte

Entwicklung therapeutischer Fachkonzepte für einzelne Krankheitsbilder

Entwicklung eines Psychotherapiekonzeptes

<p>Projektauftraggeber: Landesrat Dr. Rainer Gögele</p>	<p>Projektleiter: Dr. Hermann Elgeti Thomas Neubacher</p>
<p>Projektteam (intern und extern): Dr. Hermann Elgeti Dr. Harald Kraft Dr. Andreas Mischak Dr. Otmar Müller Thomas Neubacher Dr. Wolfgang Weber Theresia Rümmele Fabienne Fleischhacker Ansprechpartner bei Bedarf: Dr. Norbert Kathan (KHBG) Dr. Ulrich Tumler, GKK Verhandlungspartner Wahlarztregelung Dr. Manfred Hellrigl (Zukunftsbüro) Vertreter Gemeindeverband</p>	<p>Lenkungsausschuss: Landesrat Dr. Rainer Gögele (Vorsitz) Dr. Gerald Fleisch (KHBG) Dr. Till Hornung (KHBG) Dr. Christian Bernhard (IVd) Dr. Elfriede Rauch-Eiter (IVa und GF vom Sozialfonds) Dr. Eugen Ludescher (IVb) Vlbg. Gebietskrankenkasse Obmann Manfred Brunner (im Verhinderungsfall Mag. Christoph Metzler/GKK) Bgm. Werner Müller (im Verhinderungsfall Dr. Otmar Müller/Gemeindeverband)</p>
<p>Aufwandsschätzung: <u>Geplante interne Projektkosten:</u> Projektleiter 320h pa, Projektteammitglieder 120h pa, Geschäftsstelle/Projektadministration 0,5 VZÄ <u>Geplante externe Projektkosten:</u> externe Projektleitung Dr. Hermann Elgeti externes Projektmanagement mit Projektbegleitung, insbesondere Konzeption, Vorbereitung, Moderation, Durchführung, Nachbereitung und Protokollierung der neun Zukunftswerkstätten, sowie Moderation, Protokollierung und Begleitung der Projektteamsitzungen durch ICG externe Projekt-Sachkosten: externe Räumlichkeiten, Verpflegung, ...</p>	

Arbeitspaketplanung

Arbeitspaketplanung Psychiatriekonzept 2015 bis 2025

TA1 Projektmanagement	TA2 Projektkommunikation	TA3 Befragung der Systempartner	TA4 Entwicklung der strategischen Eckpfeiler durch das Projektteam	TA5 Durchführung von Zukunftswerkstätten	TA6 Erstellung des Psychiatriekonzeptes
1.1. Kommunikationsstrukturen einrichten	2.1. Ausgewählte Ansprechpartner in Projekt einbinden	3.1. Konzeption Fragebogen	4.1. Studien, Datengrundlagen und Erfahrungswerte sichten	5.1. Inhaltliche Vorbereitung und Konzeption	6.1. Erstellung eines Entwurfs
1.2. Projektorganisation aufsetzen (inkl. Identifikation und Einbindung relevanter Beteiligter)	2.2. Kommunikation des Vorhabens intern & an Projektpartner	3.2. Administration der Befragung	4.2. Entwicklung des strategischen Zielsystems	5.2. Organisation/Administration der Zukunftswerkstätten	6.2. Externe Begutachtung des Entwurfs
1.3. Projektablauf konzipieren	2.3. Laufende Kommunikation im Projektteam	3.3. Auswertung der Fragebögen	4.3. Grundstrategien und Systemgrenzen entwickeln	5.3. Durchführung und Protokollierung	6.3. Vorstellung und Revisionsmöglichkeit
1.4. Projektauftrag und Projektplanung erstellen	2.4. Laufende Kommunikation im Lenkungsausschuss	3.4. Kommunikation der Befragungsergebnisse	4.4. Kommunikation der strategischen Eckpfeiler	5.4. Zusammenfassung und Auswertung der Ergebnisse	6.4. Inhaltliche Erstellung der Endfassung
1.5. Überwachung Projektfortschritt	2.5. Laufende Kommunikation mit Psychiatrieberrat & Forum				6.5. Layout des Endberichts
1.6. Koordination der Tätigkeit der Projektgremien					6.6. Veröffentlichung

Meilensteinplan

AP-Nr.	AP-Bezeichnung	Datum	Status
1.4.	Projektauftrag und Projektplanung erstellen	31. Jän 2012	
3.4.	Kommunikation der Befragungsergebnisse	30. April 2012	
4.2.	Entwicklung des strategischen Zielsystems	15. Mai 2012	
4.3.	Grundstrategien und Systemgrenzen entwickeln	15. Mai 2012	
4.4.	Kommunikation der strategischen Eckpfeiler	15. Mai 2012	
5.4.	Zusammenfassung und Auswertung der Ergebnisse	30. Sep 2012	
6.6.	Veröffentlichung	31. Okt 2013	

Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner

Verteiler der angeforderten Stellungnahmen

Name	Institution
Al-Dubai Zulfokar Dr.	Die Faehre
Allgäuer Stefan Dr.	IfS - Institut für Sozialdienste
Amann Bernhard	Ex & Hopp
Bacher Reinhard Dr.	Maria Ebene
Bachmann Oliver	Therapiestation Carina – Maria Ebene
Bachmann-Heyda Florian Mag.	IfS-Sachwalterschaft
Blecha Wolfgang	Bezirkshauptmannschaft Dornbirn - JWF
Bolter Bertram	Kolpinghaus Bregenz
Brandner Johann Dr.	Do it yourself
Breuss Edith	VLP – Vorarlberger Landesverband Psychotherapie
Brunner Manfred	AK-Vorarlberg
Chromy Monika	Caritas Suchtkrankenhilfe
Dein-Koch Susan	Aqua Mühle Frastanz
Di Pauli Jan Dr.	LKH Rankweil
Fehr Christian Mag.	IfS-Patientenanwaltschaft
Fleisch Gerald	Krankenhausbetriebsgesellschaft
Ganahl Manfred	Stiftung Jupident GLL – Gemeinsam Leben Lernen
Gollner Waltraud	Amt der Landesregierung – IVd
Grabher Werner Dr.	Amt der Landesregierung – IVa
Graninger Philipp	Landesverband Heim- und Pflegeleitungen
Grassl-Riederer Petra	Caritas – Suchtkrankenhilfe
Gruber Andreas Dr.	pro mente V / Ärztekammer
Günther Wolfgang Dr.	LKH Rankweil
Hackspiel Christoph Dr.	Vorarlberger Kinderdorf
Hagen-Canaval Alice	Vorarlberger Kinderdorf
Hagleitner Willi Ing.	Mobile Hilfsdienste
Haller Reinhard Dr.	Maria Ebene
Hämmerle Peter	Amt der Landesregierung – IVa - Soziales
Hebenstreit Martin	Connexia
Hehle Ilga	Bezirkshauptmannschaft Bregenz – JWF
Hornug Till Dr.	KHBG IfS SiB
Jochum Werner	Beratungsstelle Clean Bludenz
Juffinger Sabine Dr.	SOS-Kinderdorf
Kaufmann Ursula Dr.	Fachärztin für Psychiatrie Krankenhausbetriebsgesellschaft
Köhlmeier Christine	SUPRO Kolpinghaus Götzis
Kuster Peter	Bezirkshauptmannschaft Bludenz - JWF
Lang Johann	Bezirkshauptmannschaft Feldkirch – JWF
Laschat-Schweigkofer Margarete	Pro mente V
Lindermayr Monika Mag.	Amt der Landesregierung - Frauenreferat
Lingg Albert Dr.	LKH Rankweil
Lipburger Michael Mag.	Clean Bregenz
Löffler Hubert Dr.	IfS-Familienarbeit
Ludescher Eugen	Amt der Landesregierung - Gesundheit
Menz Wolfgang Dr.	Carina
Metzger Wolfram	Pro mente V

Mika Bernhard	Team Mika
Mlakar Robert	Aqua Mühle Frastanz
Müller Thomas MAS	Amt der Landesregierung – IVa
Müller Werner	Gemeinde Klaus
Nardelli Carmen Mag.	Amt der Landesregierung – IVa
Natter Michael	Caritas
Nocker Maria	Carina
Nopp Regina	Caritas
	Omnibus
Oswald Hans-Peter Dr.	Ärztekammer
Penz Dietmar	Caritas – Wohnungslosenhilfe
Prenn Andreas Mag.	Maria Ebene
Rauch Johannes Mag.	Therapiestation Carina – Maria Ebene
Reinthal Andrea	LKH Rankweil
Riedl Franz Dr.	Facharzt für Psychiatrie
Roppele Rainer	Ex & Hopp
Rünzler Beat Dr.	aks Gesundheit GmbH
Schlocker Harald Dr.	Arzt für Allgemeinmedizin – Ärztekammer
Schneider Hubert Dr.	LKH Rankweil
Selner Ivo	Caritas – Suchtfachstelle
	Sozialpsychiatrie Bregenz
Spieß Herbert Dr.	IfS-Bewohnervertreter
	Starke Süchtige
Steuerer Konrad	Die Faehre
Strini Anton	AMS
Struber Thomas	aKS Gesundheit GmbH
Valentin Monika Mag.	Taktisch Klug
Veraar Maria Dr.	LKH Rankweil
Vogel Thomas	aqual mühle
Vonach Gerhard	Vonach Unternehmensberatung
	VSG – Verein für seelische Gesundheit
Wäger Christof	Aqua Mühle
Weiskopf Elmar Dr.	Facharzt für Psychiatrie – pro mente V
Weiskopf Ruth	Sozialdienste Götzis
Wieser Peter Mag.	Caritas Café
Wohlgenannt Inge Mag.	Projekt Gemeinsam Leben Lernen
Wölfle Roland Dr.	Lukasfeld - Maria Ebene

Adressfeld Absender

Gegenstand der Stellungnahme
(Themenfeld/Kernaufgabe bitte ankreuzen)

- 1 Gesundheitsförderung und Prävention
- 2 Regelversorgung und Notfallhilfe
- 3 Rehabilitation und Integration
- 4 Pflege und Langzeitbetreuung
- 5 Koordination und Planung

Für Rückfragen:

Ansprechperson:

Tel.:

E-Mail:

Stellungnahme bis spätestens 15. März 2012 retournieren an:

Frau Fabienne Fleischhacker
Amt der Vorarlberger Landesregierung
Abteilung IVa
Landhaus
6900 Bregenz
Mail: fabienne.fleischhacker@vorarlberg.at
Tel. 05574/511-24106

Datum:

**Stellungnahme zur Evaluation und Fortschreibung des
Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002**

Blick zurück: Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren in dem Themenbereich getan und welche Erfolge sind erreicht worden?

Blick nach vorn: Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in dem Themenbereich in den kommenden zehn Jahren?

Vorschlag zum Vorgehen: Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?

Bereitschaft zur Mitwirkung: Was wollen wir dazu beitragen, damit die Bemühungen für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Vorarlberger Psychiatrie in diesem Themenbereich erfolgreich verlaufen?

Zusammenfassung der Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner zur Evaluation und Fortschreibung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002

Autor: Dr. Hermann Elgeti

Vorbemerkungen

Die nachfolgenden Ausführungen sind ein Versuch, die vom Land erbetenen Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner zusammenfassend und möglichst unverfälscht wiederzugeben. Sie wurden daher ohne Rücksicht auf die Meinungsbildung im Projektteam und im Lenkungsausschuss formuliert. Sie können auch nicht den Anspruch erheben, ein vollständiges Bild vom gegenwärtigen Stand und von den künftigen Herausforderungen der Vorarlberger Psychiatrie zu zeichnen. Die nachfolgende Zusammenfassung bezieht sich auf insgesamt 95 Stellungnahmen von 54 Systempartnern, die bei der Geschäftsstelle des Projekts „Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 – 2025“ eingegangen sind (Tabelle 1). Die Stellungnahmen von Herrn Dr. Daniel Kaufmann (Nr. 7) und vom Netzwerk Autismus (Nr. 42) bezogen sich ausschließlich auf Vorschläge zur besseren Versorgung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen bzw. Autismus-Spektrum-Störungen und konnten keiner der fünf vorgegebenen Kernaufgaben (1 = Vorbeugung, 2 = Behandlung, 3 = Teilhabe, 4 = Beheimatung, 5 = Steuerung) zugeordnet werden. Sie werden in einem sechsten Abschnitt „Allgemeine Aussagen“ erwähnt, genauso wie die Aussagen von zehn weiteren Stellungnahmen (Nr. 27, 32-34, 37-40, 44, 48-49), die sich nicht eindeutig einer oder mehreren der fünf vorgegebenen Kernaufgaben zuordnen ließen. Dieser Abschnitt enthält außerdem einzelne allgemein gehaltene Bemerkungen aus anderen Stellungnahmen.

Verschiedene Bereiche einiger großer Einrichtungsträger gaben mehrere Stellungnahmen ab: Der Arbeitskreis für Sozialmedizin (aks) lieferte 13 Stellungnahmen von acht Autorinnen und Autoren, das Institut für Sozialdienste (IfS) acht Stellungnahmen von vier Autoren. Von der Trägerin Caritas kamen sechs Stellungnahmen von zwei Autoren, von Pro Mente Vorarlberg (pmv), do it yourself und Die Faehre jeweils fünf Stellungnahmen, vom LKH Rankweil (LKH) vier Stellungnahmen von vier Autorinnen bzw. Autoren. Bei einigen Stellungnahmen wurde die Zuordnung zur Kernaufgabe korrigiert, wenn dies nach dem Inhalt offensichtlich sinnvoll erschien.

Einige Stellungnahmen beziehen sich direkt oder verweisen ausdrücklich auf parallel laufende Reformprozesse im Rahmen des Masterplans für das LKH Rankweil (insbesondere in 8, 11, 17) sowie der Reorganisation der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (insbesondere in 50, 52). Neben den Empfehlungen des Betreuungs- und Pflegenetzwerks Vorarlberg aus dem Geriatriekonzept Vorarlberg von 2011 und dem 2010 vorgelegten Zwischenbericht „Dezentrale Unterstützungsstrukturen zur

Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich“ (54) wurden diesbezüglich weitere Materialien (insbesondere für die Zukunftswerkstatt Gerontopsychiatrie) zur Verfügung gestellt.

Die vierte Frage in dem Formular zur Stellungnahme, die sich auf eine Bereitschaft zur Mitwirkung an der Umsetzung des Psychatriekonzepts bezog, lautete: „Was wollen wir dazu beitragen, damit die Bemühungen für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Vorarlberger Psychiatrie in diesem Themenbereich erfolgreich verlaufen?“ Diese Frage wurde in der Regel in dem Sinne beantwortet, dass die Bereitschaft besteht, eigenes fachliches, personelles bzw. organisatorisches Know-how zur Verfügung zu stellen und neue Angebote aufzubauen. Daher werden diese Frage und die entsprechenden Antworten in dieser Zusammenfassung nicht aufgeführt.

Tab. 1: Liste der Autorinnen und Autoren bzw. Einrichtungen mit Stellungnahmen

Nr.	Einrichtung	Autorin / Autor	Kernaufgaben als Bezug der Stellungnahme					andere Bezüge
			1	2	3	4	5	
1-54	alle		15	21	19	14	13	13
1	aks	Geiger	1					
2	aks	Klien H		1				
3	aks	Oswald		1				
4	aks	Kiesel	1	1	1	1	1	
5	aks	Bacher		1				
6	aks	Kaufmann U			1			
7	LKH-R	Kaufmann D						1*
8	LKH-R	Lingg 1		1				
9	SD	D'hondt				1		
10	aks	Klien C	1		1			
11	LKH-R	Di Pauli		1				
12	Kinderdorf	Kremmel-B.	1	1				
13	Kolping Breg	Bolter ua			1			
14	Pfl Dornbirn	Winder				1		
15	Land JWF	Hämmerle ua	1					
16	IfS-Bew.-V.	Spiess				1		
17	LKH-R	Reinthalder		1				
18	aks	Isopp			1			
19	Aqua Mühle	Vogel			1			
20	pmv		1	1	1	1	1	

21	LV Heim-Ltg	Graninger				1		
22	IfS-Pat.-A.	Fehr	1	1	1	1	1	
23	VSG	Günther				1		
24	SozPsy Bregenz	Rigo			1			
25	Koje	Valentin	1				1	
26	ME Carina	Rauch		1				
27	Caritas	Kramer						1
28	Land	Mischak					1	
29	Supro	Prenn	1				1	
30	ME Cl. Bregenz	Lipburger			1			
31	GLL	Lerbscher		1				
32	Land	Nardelli						1
33	Femail	Kessler						1
34	VGKK	Metzler						1
35	Kolping Götzis	Brunner		1	1		1	
36	Bonetti	Matt			1			
37	HPE	Winder						1
38	Land	Lindermayr						1
39	LV PT	Breuss						1
40	Omnibus	Hagleitner S						1
41	Kinderdorf	Hagen-C.		1				
42	N Autismus	connexia						1*
43	Ex & Hopp	Amann			1			
44	IfS-Sachw.	Bachmayr-H.						1
45	Die Faehre	Steurer	1	1	1	1	1	
46	Caritas	Grassl-R.	1	1	1	1	1	
47	Do it yourself	Orgonyi	1	1	1	1	1	
48	IfS	Allgäuer						1
49	Ärzttekammer	Gruber ua						1
50	LKH-R	Veraar	1	1	1		1	
51	Maria Ebene	Habedank		1				
52	Carina	Menz	1	1	1	1	1	
53	ME TS Luk.	Wölfle	1	1	1	1	1	
54	Betr.-Pfl.-N.	Hebenstreit				1		

*) Der Inhalt bezieht sich ausschließlich auf ein störungsbezogenes Fachkonzept.

Die Bitte des Landes an die Systempartnerinnen und Systempartner zu den aufgeworfenen Fragen Stellung zu nehmen, hat eine außergewöhnlich starke Resonanz gefunden und es ist ein vielfältiges und facettenreiches Mosaikbild entstanden. Das ist ein eindrucksvoller Beleg für die breite Kompetenz und das große Engagement der Menschen und Initiativen, Dienste und Einrichtungen, die sich in Vorarlberg um die seelische Gesundheit der Bevölkerung sorgen und psychiatrische Hilfen leisten.

Das zusammengetragene Material bietet eine gute Grundlage für die acht eintägigen Zukunftswerkstätten zu verschiedenen Teilbereichen der Psychiatrie. Diese Zukunftswerkstätten sollen in der Zeit vom 18. bis 29. Juni 2012 die Versorgungssituation kritisch bilanzieren und Vorschläge zur Weiterentwicklung machen. Eine neunte Zukunftswerkstatt zur Umsetzung der priorisierten Vorschläge ist für den 4. Oktober 2012 vorgesehen. Die nur an der Thematik einzelner Kernaufgaben interessierten Leserinnen und Leser sollten dennoch die ganze Zusammenfassung lesen, da die von den Autorinnen und Autoren getroffene Zuordnung ihrer Aussagen in der Regel auch dann beibehalten wurde, wenn eine andere Platzierung angemessener erschien.

1. Vorbeugung: Gesundheitsförderung und Prävention

Blick zurück: *Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren in dem Themenbereich getan und welche Erfolge sind erreicht worden?*

Die Krankheitsbilder haben sich gewandelt, der Einfluss unterschiedlichster biopsychosozialer Risikofaktoren hat zugenommen. (1) Kinder psychisch kranker Eltern sind eine transgenerationale Hochrisikogruppe, trotzdem waren Eltern in der sozialen und klinischen Psychiatrie lange eine nicht beachtete Gruppe; ein erster Anstoß kam in Vorarlberg vor zehn Jahren durch das Projekt Kiesel. (20, 50, 52) Forschungsprojekte zur Früherkennung von Risikofamilien durch Hebammen und Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte sind in allen vier Bezirken eingeführt worden, Überweisungen der Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte an den fachärztlichen Bereich sind häufig und werden vorrangig berücksichtigt, die Ressourcen für Interventionsansätze zu frühen Hilfen sind aber noch sehr begrenzt. (20, 50) Ein Strukturmodell zur Suchtprävention wurde entwickelt und mit einer breiten Palette an Maßnahmen umgesetzt (z.B. SUPRO, GWA, Eventbegleitung, Bildungs- und Schulungsveranstaltungen). (29, 45, 46, 47, 50, 52, 53) Ein Kooperationsvertrag zwischen Jugendwohlfahrt (JWF) und Drogenhilfe wurde geschlossen; die Vernetzung Oberland gibt es nicht mehr. (47)

Durch intensive Öffentlichkeitsarbeit, Netzwerkarbeit und neu etablierte Präventionsangebote sind psychische Erkrankungen in der Bevölkerung besser bekannt geworden. (4) Trotz entsprechender Aktivitäten auch im Hinblick auf psychische Belastungen im Arbeitsleben sind die Betriebe bisher noch sehr zurückhaltend, was wirksame Vorbeugungsmaßnahmen angeht. (10, 20) *Screening*-Ansätze in Kindergärten mit der Möglichkeit zur Abklärung etwaiger Entwicklungsdefizite an den Förderstellen des aks haben sich bewährt, seit 2002 laufende Schulprojekte wurden ausgeweitet und sind jetzt fixer Bestandteil der trialogischen Zusammenarbeit. (20)

In der Erziehungsberatung stoßen psychotherapeutische Themen auf nur geringes Interesse. An den Schulen herrscht viel „schwarze Pädagogik“, Lehrerinnen und Lehrer wissen wenig über Entwicklungspsychologie und sind kaum ansprechbar für Angebote zur Supervision. Maßnahmen zur spezifischen Prävention im Hinblick auf Drogenkonsum für 16-Jährige kommen zu spät. Negative Erfahrungen gibt es in der Zusammenarbeit mit dem aks auf der Ebene einer HAK/HASCH, beim Thema „Rauchen“ behindert Konkurrenzdenken mögliche Fortschritte. (53)

Die Hilfsangebote für gefährdete und psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche wurden ausgebaut, die Zusammenarbeit der Netzwerkpartnerinnen bzw. Netzwerkpartner in diesem Bereich hat sich gut entwickelt, weitere Qualifizierungsmaßnahmen sind erforderlich. (12, 15, 20, 25, 45) Die Jugendpsychiatrie war lange Stiefkind der Versorgung und die rehabilitative Psychiatrie im Kindesalter weist nicht die fachlichen Standards der Jugendpsychiatrie auf. (20) Aus dem Blickwinkel der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es in den letzten zehn Jahren keine spezifischen Programme, die ihren Ansprüchen in Bezug auf eine Primärprävention entsprochen hätten. (52)

Blick nach vorn: *Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in dem Themenbereich in den kommenden zehn Jahren?*

In der Bevölkerung steigen die Sehnsucht nach Wohlbefinden und diesbezügliche Erwartungen an die Politik; wirkliche Gesundheitsförderung setzt allerdings gesellschaftspolitische Veränderungen voraus. (4) Der Konsum von (legalen und illegalen) Drogen unter Jugendlichen nimmt zu, Maßnahmen zur Sensibilisierung der Gesellschaft für das Thema Sucht und Psychose sind nötig. (25) Die Anbietenden von Hilfen sollten an der Entwicklung neuer Konzepte beteiligt werden. (45) Jugendliche haben aus verschiedensten Gründen vermehrt Probleme, einen Job zu finden; hier werden vermutlich zukünftig mehr professionelle Hilfen erforderlich sein. (22) Notwendig ist eine stärkere Öffentlichkeitsarbeit im Sinne einer Aufklärung über Einflussfaktoren bei psychischer Überlastung und über geeignete Vorbeugungsmaßnahmen. (10) Hierzu

gehören auch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Suchtprävention für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bzw. zuständige Berufsgruppen, z.B. in Kindergarten und Schule; auch Ärztinnen und Ärzte sollten in die Prävention eingebunden werden. (29, 46)

Auf flächendeckend verfügbare und bedarfsgerechte Hilfen mit Erstellung verbindlicher Standards zur regionalen bzw. sozialräumlichen Vernetzung und Zusammenarbeit ist zu achten. (15, 20) Die vorhandenen Ressourcen der Suchtprävention im Oberland sind durch Zusammenarbeit der vorhandenen Stellen vermehrt zu nutzen, für Cannabis braucht es eine Legalisierungskampagne, im Bereich Sucht sollte ein Dialog aufgebaut werden. (47) Die Beanspruchung fachpsychiatrischer Ressourcen durch Menschen mit Befindlichkeitsstörungen und evt. auch IV-Pensionsbegehren wird zunehmen, mit negativen Folgen für die Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen. (4)

Wichtig ist eine gezielte, ggf. familiengerichtlich flankierte, erforderlichenfalls längerfristige Unterstützung für Familien in belastenden Lebenslagen, z.B. bei psychisch erkrankten Eltern – Stichwort: „Frühe Hilfen“. (1, 12, 20) Mit der Errichtung weiterer Betreuungsangebote für Kleinkinder und Schulkinder vor allem aus sozial schwierigen Familienverhältnissen ließen sich präventive Wirkungen erzielen. (52) Eventuell kann die Einrichtung einer anonymisierten *online*-Plattform für die Erfassung von High-Risk-Familien nach dem Modell der Kinderärztinnen und Kinderärzte im Saarland hilfreich sein. (20) Ebenso notwendig sind geeignete Hilfen für Kinder und Jugendliche, die den Schulbesuch und die Inanspruchnahme stationärer Angebote verweigern. (12) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte Spezialambulanzen zur Früherkennung psychotischer Erkrankungen aufbauen. (50)

Vorschlag zum Vorgehen: *Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?*

Das Land soll die Richtung, in die es gehen soll, klar definieren. (29, 46) Die Politik setzt einen gesellschaftlichen Diskurs in Gang, die Leistungserbringenden vernetzen sich zwecks flächendeckender Angebote zur Gesundheitsförderung. (4, 15, 20, 29, 46) Die Gebietskrankenkasse ermöglicht Präventionsangebote mit Sprechstunden für Menschen in psychoreaktiven Krisen, die Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern werden ausgebaut und in die ärztliche Fortbildung aufgenommen. (4, 15, 20) Eine spezielle Einrichtung für psychisch belastete Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern wird aufgebaut. (12) Maßnahmen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung mit kontinuierlicher Zusammenarbeit der diesbezüglichen Systempartnerinnen und Systempartner werden ausgeweitet. (1) Eltern sollten verstärkt über einen

angemessenen Umgang mit schwierigen Kindern aufgeklärt werden. Beratungslehrerinnen bzw. Beratungslehrer und Schulsozialarbeiterinnen bzw. Schulsozialarbeiter sollten für präventive Aufgaben im Bereich der psychischen Gesundheit (z.B. Durchführung von Anti-Aggressions-Gruppen) eingesetzt werden. (52)

Tragfähige, transparente und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen für Kinder, Jugendliche und deren Eltern sind aufzubauen. Die Kinderdienste des aks sind umzustrukturieren, das Angebot der Beratungsstelle von pmv auf ältere und schwerer betroffene Schulkinder auszuweiten, eine ambulante Jugendpsychiatrie im Oberland aufzubauen, stationäre und ambulante Spitalsangebote zusammenzuführen, eine Informations- und Koordinationsstelle einzurichten. (29) Die Jugendwohlfahrt sollte eine Arbeitsgruppe einberufen, die ein tragfähiges Konzept mit Kooperationsvereinbarung entwirft, um Eltern unter den psychiatrisch betreuten Menschen zu entlasten. (20)

Die Prävention bei der Altersgruppe der 10- bis 16-Jährigen muss verstärkt werden („In der Hauptschule sind alle am Kiffen und Rauchen.“), viele junge Menschen sind ganz schlecht informiert. (53) Die Vernetzung der Suchthilfe im Oberland ist wieder zu installieren; die Drogenkoordination beim Land könnte die Drogenhilfe im Hinblick auf die Legalisierung von Cannabis stärker unterstützen; die Aufklärung der Bevölkerung ist zu intensivieren. (47) Gemeinsame Fortbildungen und Austauschtreffen erheben den Bedarf an geeigneten Präventionsmaßnahmen im Bereich der Suchthilfe und Psychiatrie, die Planung von Projekten erfolgt unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen. (25) Vertretungen von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden verabreden zusammen mit den dafür zuständigen Fachleuten geeignete Programme für die Förderung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. (10)

2. Behandlung: Regelversorgung und Notfallhilfe

Blick zurück: *Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren in dem Themenbereich getan und welche Erfolge sind erreicht worden?*

Die Stigmatisierung psychiatrisch behandelter Menschen hat abgenommen. (26) Vorarlberg hat ein dichtes Netz ambulanter Einrichtungen. (11) Bei der Therapie und Rehabilitation psychotischer Erkrankungen gab es Fortschritte. (8, 22) Krisen- und Notfalltelefone sind weggefallen. (47) Ein Pilotversuch für ein landesweites Krisentelefon scheiterte. (4, 8, 20) Es fehlt ein aufsuchender psychiatrischer Krisen- und Notfalldienst rund um die Uhr und es gibt qualitative Mängel bei Einweisungen nach dem 2010 novellierten Unterbringungsgesetz. (22) Durch die neuen Kommunikationstechnologien (Handy, Email, Homepage) hat sich die Erreichbarkeit der Dienste und der dort

zuständigen Ansprechperson wesentlich verbessert, so dass man auf Krisen rascher reagieren und Notfälle oftmals verhindern kann. (20) Im Suchtbereich wurde eine *online*-Beratung aufgebaut, *streetwork* ausgebaut, die Kooperation zwischen Politik, Exekutive und Leistungserbringenden gepflegt. (46) Möglich sind jetzt niederschwellige Substitutionsabgaben (Ex & Hopp, Suchtfachstelle der Caritas), in Selbstverwaltung der Besucherinnen und Besucher öffnet eine Beratungsstelle auch am Samstag (do it yourself). (47)

Die fachärztliche Versorgungslage hat sich verbessert. (26) Die Facharzt-Praxen werden zunehmend mit Anliegen von Menschen, die unter Befindlichkeits- und Anpassungsstörungen leiden, in Anspruch genommen; dadurch sinken die Ressourcen zur Therapie der schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten. (2, 31) Für diese sind die Wartezeiten in den Praxen noch länger geworden; gleiches gilt in Bezug auf die sozialpsychiatrischen Wohngemeinschaften, so kam es auch zu Fehlplatzierungen in Obdachlosen- und Pflegeheimen. (8, 11, 22) „Unspezifische“ Behandlungsangebote im ambulanten und stationären Bereich wurden reduziert bzw. die entsprechenden Ressourcen hin zu spezialisierten Diensten verschoben; Angebote in der stationären Suchthilfe (u.a. Therapiestation Lukasfeld) sind verstärkt worden. (35, 46, 47)

Im LKH Rankweil werden die Aufenthalte immer kürzer, vermehrt kommen psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund in stationäre Behandlung. (22) Sogenannte *Heavy User* (Patientinnen und Patienten mit langer Verweildauer und häufigen Wiederaufnahmen) belegen fast 50% der Bettenkapazität. Es fehlen eigenständige tagesklinische Funktionsbereiche. Schwellenängste der Betroffenen und Informationsverluste zwischen stationärer und ambulanter Behandlung vergrößern das Risiko einer Chronifizierung bei entsprechend gefährdeten Patienten. (51)

Die Gerätschaft im LKH Rankweil wurde erneuert bzw. erweitert (MRT, EKT, TMS), die Diagnostik von Autismus und ADHS im Erwachsenenalter sichergestellt. (11) Eine forensische Ambulanz sowie eine ambulante und stationäre Jugendpsychiatrie wurden eingerichtet. (22, 41) Außerdem wurde eine Abteilung für Psychosomatik etabliert. (17, 41) Für Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen gibt es eine Sprechstunde der Caritas, es finden Kooperationstreffen mit extramuralen Institutionen statt, durch Spezialisierung der Stationen konnte das Gruppenangebot erweitert werden. (11, 17) Die Zusammenarbeit mit den extramuralen Diensten der Suchthilfe hat sich stark verbessert, es gibt eine eigene Entzugsstation, Teilentzüge sind möglich. (45, 47) Die klinischen Kapazitäten werden vermehrt durch Kurzaufenthalte berauschter bzw. aggressiv verhaltensauffälliger Jugendlichen in Anspruch genommen. (8)

In der Suchtkrankenhilfe gelang innerhalb der Stiftung Maria Ebene eine Aufgabenteilung zwischen den Therapiestationen Carina und Lukasfeld. Letztere hat ihre Therapiezeiten

flexibilisiert. Ein früher betriebenes Drogen-Nottelefon wurde mangels konkreter ambulanter Hilfsangebote im Krisenfall wieder abgegeben, eine Entgiftungsstation wird 2012 eröffnet. (53)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich die fachärztliche Versorgung verbessert, muss aber weiter ausgebaut werden (3, 8, 11, 41, 52). Zwischen der KJP-Ambulanz des Zentrums Carina und der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des LKH Feldkirch gibt es eine enge Zusammenarbeit, in Bregenz wurde eine KJP-Tagesklinik aufgebaut, im LKH Rankweil eine jugendpsychiatrische Abteilung. (50, 52) Bei den Heilpädagogischen Sprechtagen ist die Mitwirkung von Fachärztinnen und Fachärzten bisher nur sporadisch (3). Ein gestiegener Bedarf zeigt sich u. a. auch in den zum Teil sehr langen Wartezeiten für Kinder und Jugendliche bei Notwendigkeit stationärer psychiatrischer bzw. psychosomatischer Behandlung. (12, 41)

Aufgrund des demografischen Wandels sind Demenz-Erkrankungen eine große Herausforderung geworden, der sich bereits einige neu eingerichtete Hilfsangebote widmen. (5, 8) Die Behandlungsbedingungen in der Gerontopsychiatrie wurden verbessert, insbesondere in der Akutpsychiatrie gibt es dagegen dringlichen Modernisierungsbedarf. (22)

Ein Psychiatriebeirat wurde etabliert und brachte einige positive Ergebnisse, aber in verschiedenen Bereichen sind die Zuständigkeiten nicht ausreichend geklärt. (8) Durch die Einführung einer Berichterstattung und Evaluierung psychiatrischer Hilfen hat sich die Transparenz in der Versorgung verbessert, wobei die psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen jedoch noch außen vor blieben. (8, 11) Sozialpsychiatrische Angebote wurden erweitert (u. a. schrittweise Ausbau der Tageszentren) und ermöglichen eine bedarfsgerechte Betreuung. (20, 31)

Blick nach vorn: *Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in dem Themenbereich in den kommenden zehn Jahren?*

Im Krisenfall sollte Hilfe für Kranke und Angehörige schnell und unbürokratisch zur Verfügung stehen. Das bezieht sich auf kurzfristige stationäre Kriseninterventionen im Krankenhaus, aber auch auf die sofortige Erreichbarkeit ambulanter Betreuung und fachärztlicher Behandlung z.B. am Freitagnachmittag. (35) Es braucht eine rund um die Uhr erreichbare Kriseninterventionsstelle, die auch aufsuchend arbeitet, wobei vorhandene Kompetenzen genutzt und zusammengeführt werden könnten. (47) Der klinische und ärztliche Blick sollte nicht mehr abschätzig auf die ambulante Arbeit und die nicht-ärztlichen Fachleute herabsehen; statt Hierarchie brauchen wir Kooperation „auf

Augenhöhe“, auch regional bezogen zwischen den Fachärztinnen und Fachärzten und den anderen sozialen Diensten vor Ort. (35)

Die größte Herausforderung wird der sich bereits abzeichnende Fachkräftemangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich sein. (8, 20, 22, 46) Der drohende Fachärztemangel macht die Verwirklichung einer ambulanten Notfallversorgung unwahrscheinlich. (4) Durch die hohe Anzahl zu betreuender Personen schwinden die zeitlichen und personellen Ressourcen, für eine notwendige Ausweitung der Angebote fehlt wahrscheinlich die Finanzierung, durch Verschiebung der Mittel auf Kosten sinnvoller Betreuungsintensität ist eine Zunahme von Krisen und Notfällen zu befürchten. (20) Extra- und intramuraler Bereich sollten unter einer Leitung zusammengeführt werden, um Ressourcen zu gewinnen und die Notfallversorgung vor Ort außerhalb der normalen Dienstzeiten zu verbessern. (17)

Menschen mit grob störendem Verhalten werden vermutlich von der Pädagogik und Exekutive in Zukunft noch häufiger in die darauf nicht vorbereitete psychiatrische Klinik abgeschoben werden. Entlassungen aus der Klinik werden sich durch überlange Wartezeiten bei den ambulanten Diensten, Wohngemeinschaften und Heimen weiter verzögern. (8) Das Casemanagement-Prinzip ist für die Psychiatrie einzuführen, eine Vertretung der Akutpsychiatrie gehört in den Psychiatriebeirat. (17) Das LKH Rankweil wird baulich und organisatorisch modernisiert, wobei der Aufbau von Tageskliniken und Ambulanzen für „heavy user“ neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, den Aufnahmedruck mildern und eventuell längerfristig auch Betten einsparen wird. (8, 11, 17, 51) Psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund benötigen psychiatrisches und psychotherapeutisches Fachpersonal mit Kenntnis der fremden Sprache und Kultur, damit die häufig zu beobachtende Übermedikation in dieser Patientengruppe aufhört. (41)

Zu erwarten ist die Zunahme behandlungsbedürftiger (sowohl jüngerer als auch älterer) Menschen mit organischen und komplexen Krankheitsbildern. (22) In den nervenärztlichen Praxen droht eine Überschwemmung durch leichtere Leidenszustände, wenn dagegen auch zukünftig keine wirksame Abgrenzung gelingt. (2) Die Anzahl der Kassenstellen für psychiatrische Praxen sollte erhöht und deren Zugänglichkeit erleichtert werden. (8) Behandlungsangebote für Menschen mit schweren Persönlichkeits- und Entwicklungsstörungen sowie solche mit drogeninduzierten Psychosen müssten differenziert und ausgebaut werden, insbesondere für Jugendliche und junge Erwachsene. (26) Es fehlen teilstationäre Behandlungsangebote mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. (31) Die Versorgung von „Brennpunkten“ (z. B. Männerheime und Sozialzentren) mit einem hohen Anteil psychisch erkrankter Menschen

ist zu verbessern. (8) Die ambulante Nachsorge einschließlich der Hilfen zum Wohnen ist den Veränderungen im Krankheitsspektrum anzupassen und auf die schwierig zu betreuenden Menschen auszurichten. (17)

Die Erstkonsumierenden von Alkohol und Drogen werden immer jünger. Es wird in Zukunft immer mehr Verhaltenssuchte, kombinierte Abhängigkeiten (Sucht mit Psychose, psychosomatischen Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen) und ältere Menschen mit Drogenabhängigkeit geben. (53) In Bezug auf Suchtmittelkonsum sollten Möglichkeiten für die Überprüfung von Substanzen (*check it*) geschaffen werden, Substitutionsärztinnen und Substitutionsärzte sollten eine Ausbildung erhalten, Ärztinnen und Ärzte generell Fortbildung zur Änderung ihres Verordnungsverhaltens (wahllose Abgabe durch Hausärztinnen und Hausärzte, alte Psychopharmaka mit hohem Suchtpotential) erhalten. (46) Wichtig ist es, die Wartezeiten bei stationären Aufnahmen verträglich zu halten, bei Notaufnahmen von Drogenkonsumierenden psychosoziale Kriseninterventionen und eine Ein- bzw. Umstellung von Substitutionsmitteln zu ermöglichen. Stationäre Therapien sollten bedarfsgerecht und nicht nach einem begrenzten Budgetrahmen finanziert werden, Hindernisse im Antragswesen (Mehrfachanträge) sind wegzuräumen. (45, 46) In Bludenz sollte eine Möglichkeit zur niederschweligen Substitution geschaffen werden. (47)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind der Ausbau weiterer (teil-)stationärer Kapazitäten sowie die Erstellung übergreifender Konzepte zu Hilfestellungen für kaum mehr erreichbare junge Menschen erforderlich. (12, 17, 41) Eine Krankenhausabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie die alle Altersgruppen und alle Intensitätsgrade psychischer Störungen behandeln kann, ist erforderlich. (50) Es gibt Gespräche zu einer möglichen Zusammenlegung der KJPP Carina und der Jugendpsychiatrie im LKH Rankweil. (52)

Wünschenswert wäre auch eine nachgehende fachärztliche Behandlung unter Hinzuziehung von Personal der öffentlichen und privaten Jugendwohlfahrt. (41) Die Kinder-Jugend-Psychiatrie muss neu geordnet werden und man muss aufpassen, dass pädagogische Herausforderungen nicht leichtfertig „psychiatrisiert“ werden. (8) Sowohl dort als auch in der Gerontopsychiatrie sind neue Angebote sinnvoll zur Vorbeugung, Krankheitsfrüherkennung und Gruppenarbeit, zur Netzwerkarbeit und Beratung von Bezugspersonen. (3, 5, 12) Notwendig wäre eine Mutter-Kind-Station im psychiatrischen Krankenhaus. (4)

Vorschlag zum Vorgehen: *Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?*

Zur weiteren Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist auf eine gute Vernetzung und Zusammenarbeit aller beteiligten Einrichtungen unter Einbeziehung der Selbsthilfeinitiativen HPE und Omnibus zu achten. Das beinhaltet auch eine frühzeitige Kontaktaufnahme in Krisensituationen. Bei der Organisation von Notfallinterventionen, die ggf. auch die Einleitung von Zwangsmaßnahmen erfordern, ist eine ärztliche Abklärung durch die zuständigen Gemeinde- oder Amtsärztinnen und -Ärzte zwingend. Außerdem stellt sich in solchen Fällen die Frage, ob die Anwesenheit der zuständigen Betreuungsperson nicht die Vertrauensbeziehung zur bzw. zum Betroffenen nachhaltig beschädigt. (20) Eine Kriseninterventionsstelle sollte in Zusammenarbeit mit den vorhandenen Kompetenzen in den Bezirken geschaffen werden, wobei die personellen Ressourcen von den vorhandenen Stellen bereitgestellt werden (im Oberland: do it yourself, aks, Suchtfachstelle Caritas, Clean Bludenz). (47)

Fachärztliche Gruppenpraxen mit erweiterten Öffnungszeiten sind wünschenswert. (22) Es müssten Strukturen für eine funktionsfähige nichtärztliche Psychotherapie geschaffen werden, an die niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte künftig Patientinnen und Patienten weitervermitteln können. (12) Die Fachärztinnen und Fachärzte von aks, pro mente und LKH Rankweil sollten beauftragt werden, ein wirkungsvolles Krisentelefon zu organisieren. (4) Erforderlich ist ein nachgehender professionell besetzter Krisen- und Notfalldienst in den Nachtstunden und am Wochenende zumindest für das Rheintal und den Walgau. (22) Die Ansprechzeiten der ambulanten Dienste sind massiv auszuweiten, eine aufsuchende Behandlung ist zu etablieren, die Zusammenarbeit zwischen Haus- und psychiatrischen Fachärztinnen bzw. -Ärzten zu stärken. (35) Kooperationen sind auch nötig

- in der Arbeitsrehabilitation zwischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Diensten und AMS (2),
- bei den Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung zwischen ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuung und stationärer Pflege – bei einem Wechsel sowohl in die eine als auch in die andere Richtung (35),
- in der Kinder-Jugend-Psychiatrie zwischen Fachdiensten und Kinderdorf (12) sowie Kinder- bzw. Allgemeinärztinnen bzw. -Ärzten (3),
- in der Gerontopsychiatrie zwischen Spezialistinnen und Spezialisten und dem häuslichen Umfeld der betroffenen Patientinnen und Patienten (5).

Das Land soll die Richtung, in die es gehen soll, klar definieren. Die Leistungserbringenden vernetzen sich unter Nutzung bestehender Gremien zwecks Konzeption flächendeckender Angebote, durchlässig und orientiert am individuellen Bedarf. (46) Das neue Vorarlberger Psychiatriekonzept ist mit der Reorganisation der Erwachsenenpsychiatrie im LKH Rankweil und der stationären Kinder-Jugend-Psychiatrie abzustimmen; zu achten ist dabei besonders auf verbindliche Absprachen zum Versorgungsauftrag und auf Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen. (8, 11, 17, 22, 52) Die mit der Konzeptionierung beauftragten Arbeitsgruppen sollten transparent besetzt werden und sowohl über ihr Beratungsergebnis als auch über die Umsetzungsplanung verbindlich informieren. (50)

Das LKH Rankweil sollte die Bettenzahl reduzieren und zwei Tageskliniken mit Ambulanz aufbauen (8, 51), Hometreatment ermöglichen (22), Spezialambulanzen eröffnen, die Stationen sektorisieren (11) und eine Mutter-Kind-Station einrichten (4). Als Tagesklinik-Standorte eignen sich zwecks vielfältiger Kombinationsmöglichkeiten mit weiteren innovativen Hilfsangeboten somatische Kliniken in Ballungszentren, eine enge Kooperation mit extramuralen Diensten ist erforderlich. (11) Tagesklinische Behandlungsmöglichkeiten für „Doppeldiagnose“-Patientinnen und - Patienten sind auszubauen. (26) Für diese Patientengruppe sollte eine Behandlungskette (ambulant, akut, Reha und Nachsorge) mit psychiatrischer und suchtttherapeutischer Kompetenz „aus einer Hand“ ausgebaut werden. (53)

Die klinische Suchtkrankenversorgung ist verstärkt im Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene zu konzentrieren. (11) Die dort vorgegebene Einschränkung auf Patientinnen und Patienten mit psychischen und Verhaltens-Störungen durch psychotrope Substanzen (F1 nach ICD-10) ist angesichts der vorhandenen Kompetenz auch für kombinierte Störungen und bestimmte psychosomatische Krankheitsbilder schwer nachvollziehbar. Alkohol- und Drogenabhängige im Alter zwischen 10 und 16 Jahren brauchen eigene Beratungs- und Therapieangebote (ähnlich wie *clean-kick* in Ravensburg). (53)

Von Seiten des Landes ist mehr Budgetflexibilität erforderlich, zur personellen Abdeckung von Kriseninterventionen (auch am Wochenende) müsste die ambulante Suchthilfe verstärkt werden. Das stationär tätige medizinische Personal benötigt Schulungen im Hinblick auf die Anforderungen des ambulanten Bereichs, das Antragswesen in der Suchthilfe ist weiterzuentwickeln („*Onestopshop*“) und das professionelle Aufnahme-procedere bei stationären Maßnahmen sollte verbessert werden. (45)

Sowohl niederschwellige als auch tagesstrukturierende Angebote sollten ausgebaut werden, um sozialer Isolation und sozialem Rückzug der Betroffenen zu begegnen. (20)

Multiprofessionell ausgestattete Gedächtnisambulanzen sollten in allen vier Bezirken aufgebaut werden; sie hätten mit ganzjähriger Ansprechbarkeit tagsüber und in Verbindung mit Tagesstätten für eine gemeindenahere Versorgung der an Demenz erkrankten Menschen zu sorgen. (5) Regionale sozialpsychiatrische (Pflege-) Stützpunkte fehlen in Bregenz, Dornbirn, Rankweil, Bludenz, Bezau und Schruns, sie könnten kostensparend an stationäre Angebote „angehängt“ werden. (35)

Der Zugang zum Medizinstudium sollte erleichtert, die Zahl der Plätze für die Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt aufgestockt, dort bestehende bürokratische Hemmnisse beseitigt, der eigene Ausbildungsgang in der Pflege erhalten werden. Psychiatrie wird ein Mangelfach! (8)

3. Teilhabe: Rehabilitation und Integration

Blick zurück: *Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren in dem Themenbereich getan und welche Erfolge sind erreicht worden?*

In diesem Bereich hat die Vorarlberger Psychiatrie die größten Fortschritte in Richtung einer Bedarfsorientierung gemacht. (4, 6) Es gibt eine Psychiatrieberichterstattung mit Transparenz der Anbietenden, Hilfebedarfsplanung und Vergleichszahlen, Psychiatriebeirat und -forum als Gremien für den gemeinsamen Diskurs sind vorhanden. (18, 24, 35) Notwendig wäre aber auch eine stärker auf der strukturellen Ebene wirksame Koordination und Planung, z.B. mit verpflichtender Teilnahme am Psychiatrieforum und in Qualitätszirkeln. (35)

Der Bereich der Suchthilfe erscheint überproportional ausgebaut und für Personen mit hohen psychosozialen Risiken gibt es zu wenig Angebote. (19) Die suchttherapeutischen abstinenzorientierten Wohngemeinschaften konnten erhalten werden, die Sozialarbeit hat sich professionalisiert. (53) Niederschwellige Substitutionsabgaben (Ex & Hopp, Suchtfachstelle) wurden eingerichtet, an der Schnittstelle zum LKH Rankweil eine Vernetzung geschaffen, ein Kulturpass sowie Arbeitsprojekte auf Tagelöhnerbasis in Feldkirch und Bludenz (für Jugendliche: Startbahn) eingeführt. (47) Es besteht ein gutes Netzwerk sich ergänzender Einrichtungen (von der Theorie her), eine „flächendeckende“ Substitution, die Substitutionsverordnung schafft Rechtssicherheit, für Substitutionsärztinnen und Substitutionsärzte gibt es eine Fortbildungsverordnung. (45, 46) Das AMS-Angebot und Hilfen zur Tagesstrukturierung (Aqua Alltag) wurden – bei Verkürzung der Dauer der Maßnahmen – ausgebaut, ebenso das ambulant betreute Wohnen. Durch EU-Förderungen und Kostenverlagerung hat sich die Finanzierungslage geändert, durch Produktkatalog und Psychiatrieberichterstattung die Sprache;

insgesamt gibt es eine Tendenz zur Bürokratisierung. Die Invaliditätspensionen haben zugenommen, die Mindestsicherung wurde eingeführt. (46)

Dem Bereich Sucht kam im Psychatriekonzept von 2002 nur eine marginale Rolle zu. Die in den letzten Jahren geforderte und durchgeführte Datenerhebung hat zu Datenfriedhöfen geführt und ging auf Kosten der Zeit für die betroffenen Menschen. Das war eine „Therapie“ für die Volksvertreterinnen und Volksvertreter, deren politische Entscheidungen durch ein transparenteres Leistungsgeschehen begründbar und nachvollziehbar gemacht werden sollen. Das Schlagwort „Therapie sofort!“ blieb Worthülse, da das Angebot qualifizierter, individuell bedarfsgerechter stationärer Hilfe eine entsprechende Vorlaufzeit braucht. Das Land ist klein, das hält die Vielfalt des Therapieangebots in Grenzen und führt zu Wartezeiten von bis zu einem halben Jahr. Das Gros stationärer Patientinnen und Patienten sind inzwischen Auflagenklientinnen und Auflagenklienten. Im ambulanten Bereich gibt es „von oben“ keinerlei Innovationen bzw. Weiterentwicklungen, notwendige Drogengebrauchsräume und kontrollierte Heroinabgabe fehlen; die Devise „Methadon zuerst!“ ist falsch. Ob die neue Entzugsstation im Lukasfeld tatsächlich eine Qualitätssteigerung bringt, bleibt abzuwarten. (43)

Rehabilitative und integrierende Leistungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden vor allem vom aks und von pro mente angeboten. Daneben sind auch das Sonderpädagogische Institut am Jagdberg, die Stiftung Jupident und das IfS sowie andere Anbietende mit Sonderpädagogischen Wohngruppen aktiv. Das Zentrum Carina betreibt Erziehungsstellen für Kinder, die ein Familienumfeld haben und gleichzeitig professionelle Betreuung benötigen. (50, 52)

Die Hilfen für geistig behinderte und psychisch erkrankte Menschen wurden voneinander getrennt, erfolgreich arbeitende Angebote zur beruflichen Integration sind geschaffen worden – wenn auch noch in zu geringem Umfang. (19) Dezentrale multiprofessionell tätige Beratungsstellen mit breitem Leistungsspektrum sichern eine flächendeckende Versorgung, Umstrukturierungen wurden vorgenommen. (4, 6, 18, 22) Inhaltlich gab es keine maßgeblichen Weiterentwicklungen; die Vorgaben des Landes zur Veränderung in der Betreuungslandschaft erscheinen nicht fair austariert zwischen aks (für ländliche Gebiete) und pmv (für Städte), u. a. erhalten nur „Städter“ Zugang zu institutioneller Psychotherapie. (18) Die Selbsthilfe-Beratungsstelle Omnibus wurde etabliert, Betroffene werden zunehmend in die Therapie einbezogen (Stichworte: Psychoedukation, *Empowerment*, *Recovery*). (22) Der Dialog mit Initiativen der Selbsthilfe (Omnibus, HPE) wird gepflegt, die Öffentlichkeitsarbeit wurde verstärkt. (6, 19)

Die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist größer geworden und damit die Zahl der ambulant betreuten Patientinnen und Patienten, wobei der Anteil depressiv bzw. psychoreaktiv gestörter Menschen und solcher mit einem Migrationshintergrund gestiegen ist; Psychotherapie wird zunehmend nachgefragt. (20) Schwierigkeiten bestehen bei ambulanten Hilfeleistungen im ländlichen Raum, teilweise auch bei der Kontinuität der Betreuung. Unzureichend entwickelt sind die Arbeitsrehabilitation sowie psychologische und psychotherapeutische Angebote. (6, 20) In der Wohnungslosenhilfe haben die psychisch erkrankten Klientinnen und Klienten (darunter Drehtür-Klientinnen und - Klienten und solche mit Doppeldiagnosen) zugenommen, hier mangelt es an Hilfen zur Tagesstrukturierung. (36)

Es besteht inzwischen ein Personalmangel aufgrund der Zunahme leichterer Fälle mit höherem *Turnover* und mehr Verwaltungsaufwand; der Zugang zu fachärztlicher Krisenintervention ist ungenügend, die Angehörigenarbeit sollte intensiver sein. (20) Psychisch erkrankte Menschen sind oft arbeitslos. In den Betrieben gibt es ihnen gegenüber viel Unsicherheit, man drängt sie lieber in die Invaliditätspension, anstatt die Arbeitsbedingungen ihrem Bedarf entsprechend zu gestalten. (10) Die Nachfrage nach Beschäftigungsplätzen übersteigt das Angebot, den Arbeitsprojekten fehlt ein Auftrag zur Qualifizierung der Nutzenden, die Arbeitsakquirierung und die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist schwieriger geworden. (20) Es fehlt eine therapeutische Begleitung psychisch erkrankter Menschen bei der beruflichen Rehabilitation. (18, 35)

Die komplementären Hilfsangebote sind differenzierter, genauer voneinander abgegrenzt und besser untereinander koordiniert; der bürokratische Aufwand für ihre Beantragung ist gestiegen, der Zugang wird vom Vorliegen definierter Krankheitsdiagnosen abhängig gemacht. (19) Bei den Wohnangeboten, deren Reha-Charakter deutlich zugenommen hat, kommen eher betreutes Einzelwohnen und kleine Wohngemeinschaften zum Zuge; es werden mehr jüngere Menschen betreut, das Krankheitsspektrum hat sich von schizophrenen Psychosen zu Persönlichkeitsstörungen hin verschoben. (20) Die Kapazität intensiv betreuter Wohngemeinschaften bzw. Wohnheime ist unzureichend, entsprechend hilfsbedürftige Menschen werden in Wohnungsloseneinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen fehlplatziert. (22) Inhaltlich haben sich die Reha-Wohngemeinschaften nicht verändert, das Casemanagement wird kaum umgesetzt. (18)

Bei chronifizierten Krankheitsverläufen gibt es einen Trend zur Neu-Hospitalisierung in Kolpinghäusern, für die Älteren und (noch) nicht Pflegebedürftigen unter ihnen gibt es keine Betreuungslösung. (20, 22) Die Kolpinghäuser in Bregenz und Götzis wurden umgebaut, die neu eingerichtete Sozialpsychiatrische Intensivbetreuung (SIB) des IfS übernimmt sehr schwierig zu betreuende Menschen. (22) Wohnungslosenhilfe und

Psychiatrie haben die besondere Herausforderung durch häufig vorkommende psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in den letzten Jahren stärker wahrgenommen, entsprechend wurde die Betreuung der Betroffenen und die Kooperation der Systempartnerinnen und Systempartner intensiviert. (14)

Blick nach vorn: *Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in dem Themenbereich in den kommenden zehn Jahren?*

Das Alltagsleben wird komplexer, die Rollenerwartungen und Arbeitsanforderungen steigen, die „Privatkompetenzen“ in der Erziehung und Pflege sowie im Umgang mit Krisen sind eher rückläufig; psychische Krisen bzw. Krankheiten häufen sich und führen zu steigender Inanspruchnahme professioneller Hilfeleistungen. (19) Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten für bildungsferne und einkommensschwache Schichten sowie Personen mit einem Migrationshintergrund besser zugänglich gemacht werden, weitere Kassenstellen für psychiatrische Praxen sind zu schaffen, eine sofortige stationäre Aufnahme bei Krisen und eine suchtspezifische Behandlung sollte gewährleistet sein, Haus- und Fachärztinnen und -Ärzte müssen besser zusammenarbeiten. (19) Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sollte zum Arbeitsauftrag der nächsten Jahre werden. (22)

Die (Re-) Integration psychisch kranker bzw. suchtkranker Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist unter Einbeziehung der Arbeitsmedizin durch betriebliche Aufklärung, Anpassung der Belastungsniveaus und fachkundige Begleitung bei der Wiedereingliederung zu fördern. (10) Die Vermittlungsarbeit in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist zu stärken, Qualifizierungsangebote sollten in die Arbeitsprojekte integriert werden. (20, 24, 30) Der Verlust von Arbeit führt auch zu Verlusten von Selbstwertgefühl und sozialen Kontakten; deshalb müssen (auch niederschwellige) Beschäftigungsprojekte und Dauerarbeitsplätze auf- und ausgebaut werden. (4, 18, 19, 20, 24, 30) Konzepte für die Versorgung ehemals forensisch-psychiatrisch betreuter Menschen sind zu entwickeln. (24)

In der ambulanten Arbeit sollte ein niederschwelliger Zugang weiterhin gesichert werden; für den Ausbau von Psychotherapie (einschl. Gruppentherapie, Psychoedukation) und Angehörigenarbeit, für eine verstärkt aufsuchende Arbeit, ambulant betreutes Wohnen und Krisenintervention (eventuell Kriseninterventionszentrum) ist eine personelle Aufstockung erforderlich; bei den Tageszentren sollten die Angebote differenziert werden. (18, 20, 22, 36, 46)

Für Suchtkranke sind durchlässige, flexible, bedarfsorientierte Wohnmöglichkeiten zu schaffen, darüber hinaus fließende Übergänge von der Entgiftung zur Therapie und Nachbetreuung, auch unter Berücksichtigung von Menschen mit Mehrfacherkrankungen (Komorbidität). Durch Vernetzung mit bestehenden Angeboten lassen sich Synergien nutzen, eine Teilhabe an Kultur ließe sich z.B. mit Hilfe von Ehrenamt und Sozialpatenschaften ermöglichen. (46) Angemessene Spezialangebote braucht es für psychotisch erkrankte Menschen mit gleichzeitig bestehender Suchterkrankung (notwendige Vernetzung mit Suchthilfe), für Menschen mit Migrationshintergrund (häufig somatoforme Störungen, Sprachproblematik), für Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeits- bzw. Borderline-Störungen. (20)

Für schwierige Persönlichkeiten sollten mehr Wohnungen mit Begleitung durch eine Fachperson zur Verfügung gestellt werden. Im Raum Bludenz sind Arbeitsprojekte auf Tagelöhnerbasis auszubauen, die Mitgabe von Substitutionsmitteln darf nicht von laufender Arbeitstätigkeit abhängig gemacht werden. Die Palette der Substitutionsmittel ist zu verbreitern, die Abgabe von Originalstoffen in Vorarlberg einzuführen, Konsumräume, ein Wohnhaus für Substanz konsumierende Menschen (ähnlich Mentelvilla in Innsbruck) und eine Notschlafstelle für jugendliche Ausreißer (zehn Plätze für das ganze Land) zu schaffen. (47)

In der Drogenhilfe dürfen die therapeutisch-rehabilitativen Bemühungen nicht vor dem 50. Lebensjahr aufgegeben werden. Angesichts des hohen Vorkommens von sexuellem Missbrauch und körperlicher Gewalt in der Vorgeschichte der Betroffenen gibt es hier einen großen Bedarf an Traumatherapie. Die Angebote der ambulanten Beratungsstellen einschließlich Substitutionstherapie, der Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und Tagesstrukturierung müssen entsprechend den individuellen Erfordernissen differenziert werden. Die Netzwerkstruktur ist in ergänzende – und nicht in konkurrierende – Aufgabenbereiche praktisch weiterzuentwickeln. (45)

Im Suchtbereich ist eine Entbürokratisierung anzustreben, die Sucht nach Daten auf Metaebene gehört minimiert. „Therapie statt Strafe“ ist ein Zwangsinstrument und gehört abgeschafft. Es fehlen Tagesstrukturen, Drogengebrauchsräume und eine kontrollierte Heroinabgabe im Rahmen eines diversifizierten Substitutionsprogramms. Für Aktivitäten zur Liberalisierung drogenpolitischer Entscheidungen auf Bundes- und EU-Ebene ist eine landesübergreifende Kommunikationsplattform zu ermöglichen. (43)

Der Bedarf an rehabilitativer Wohnbetreuung steigt. Die steigenden Lebenshaltungskosten erfordern eine bessere finanzielle Absicherung. (4) Eine Erweiterung der Betreuungsmöglichkeiten in Reha-Wohngemeinschaften für spezielle

Zielgruppen ist nötig. (18, 36) Für Menschen mit einer „Doppeldiagnose“ und ältere Menschen mit chronifizierten Krankheitsverläufen sollte betreutes Wohnen (z. B. kleine Wohngemeinschaften) angeboten werden, bei höherem Pflege- bzw. Betreuungsbedarf ein geeignetes Pflegeheim. (20, 30) Bisher besteht eine Diskrepanz zwischen optimaler Betreuung und realer Finanzierung, wünschenswert wäre eine Schwerpunktverlagerung von einer „instrumentellen“ zu einer personalintensiveren „ressourcenorientierten“ Heilung. (19) Die Betroffenen sollten einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation erhalten; ein Reha-Stufenmodell unter Einbeziehung aller Kostenträger kann dem wachsenden Bedarf sinnvoll begegnen, ein zentrales Casemanagement zusätzliche Verbesserungen bringen. (19, 20)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die Schwerpunktsetzung auf den Ausbau der ambulanten Betreuung den Bedarf an stationären Hilfen anscheinend nicht wirklich vermindert – eher im Gegenteil: Für Kinder und Jugendliche, die nicht mehr zu Hause leben können, gibt es vermehrt Anfragen für Langzeitunterbringungen. Überall dort, wo in Familien das Kindeswohl gefährdet ist, bedarf es eines guten Angebots an Fremdbetreuungen. (52) Die Diskussion um eine „geschlossene Unterbringung“ für besonders beeinträchtigte und verhaltensauffällige Jugendliche muss wiederaufgenommen werden. (50)

Der Bedarf an gerontopsychiatrischen Leistungen wird steigen. Angebote zur demenzspezifischen ambulanten Pflege sind auszubauen, Pflegepersonal auch in sozialpsychiatrische Wohneinrichtungen einzubinden, um dort Wohnen bis ins hohe Alter zu ermöglichen. (19) Nachdem durch Hilfeplan-Verfahren mehr Transparenz in das Leistungsgeschehen gekommen ist, wird es in den nächsten Jahren darauf ankommen, die begrenzten Ressourcen zielgerichtet einzusetzen und die Vernetzung der Hilfen voranzutreiben. (6)

Das Streben nach klarer Zuständigkeit eines Hilfsangebotes und nach einer Vermeidung von „Doppelbetreuungen“ führt bei Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf oft zu Lücken zwischen den „Sparten“ mit negativen Kompetenzstreit, z.B. zwischen Psychiatrie und Suchthilfe bzw. zwischen Diensten für geistig und für seelisch behinderte Menschen. Im Spannungsverhältnis „Spezialisierung – Generalisierung“ sollten mehr integrierte Hilfen möglich sein, Integrationshilfe und Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung in den Bereichen Wohnen und Tagesstruktur, Beschäftigung und Arbeit zusammenwachsen. Dafür ist bei den Gemeinden bzw. Bezirkshauptmannschaften ein regionales „Sprengelmanagement“ einzuführen, bei den Leistungserbringenden ein die einzelnen Hilfsangebote übergreifendes Casemanagement, beim Land eine stärkere Sicht auf den

Hilfebedarf statt auf die (vermeintliche) Herkunft des Problems in einer Krankheit oder Behinderung. (35)

Das Integrationshilfegesetz des Landes Vorarlberg steht im Widerspruch zu verschiedenen Behindertengesetzen des Bundes, die Behinderung noch mit einem Stigma versehen, besonders auch für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Wie wird sich Selbsthilfe und Gemeinwesenarbeit in der (sozial-) psychiatrischen Versorgung entwickeln? Welche Auswirkungen hat die Umsetzung der geplanten „Gesundheitsstraße“ auf die berufliche und soziale Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen? Es gibt ein Spannungsverhältnis zwischen einem koordinierten und vernetzten Arbeiten im Sozial- bzw. Gesundheitsbereich (Casemanagement) auf der einen Seite und dem Datenschutz bzw. Verpflichtungen zur Verschwiegenheit der Betreuerinnen oder Betreuer auf der anderen Seite. (30)

Große Herausforderungen gibt es bei der Dezentralisierung und bedarfsgerechten Anpassung der Hilfsangebote, der Kooperation mit Nervenärztinnen und Nervenärzten und anderen Fachdiensten. Das gilt sowohl für das LKH Rankweil und die extramuralen Einrichtungen als auch für die Wohnungslosenhilfe, die in das sozialpsychiatrische Netzwerk integriert werden sollte. (14, 19) Hilfsangebote sollten an die regionale Wirtschafts-, Bevölkerungs- und Infrastruktur angepasst werden, eine an die Kommune oder Bezirkshauptmannschaft angeschlossene zentrale Stelle für Krisenintervention, Bedarfserhebung und Weitervermittlung von Hilfen mit behördlichen Rechten könnte die Erkennung von Notlagen und eine zielgerichtete Unterstützung der Betroffenen verbessern. (19)

Vorschlag zum Vorgehen: *Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?*

Das Land soll die Richtung, in die es gehen soll, klar definieren. Die Leistungserbringenden vernetzen sich unter Nutzung bestehender Gremien zwecks Konzeption flächendeckender Angebote, durchlässig und orientiert am individuellen Bedarf. (46) Bund und Land sollten mehr Mittel für aufsuchende Arbeit, ambulant und stationär betreutes (Langzeit-)Wohnen sowie für neue Formen unterstützter Beschäftigung zur Verfügung stellen. Alle in der Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter Menschen aktiven Einrichtungen gehören unter Einbeziehung der Wohnungslosenhilfe in ein „gemeinsames Boot“, orten Synergien und ordnen ihre Angebote zu einem transparenten und sich ergänzenden Gesamtangebot. (14) Die Politik sollte den Willen zur Steuerung aufbringen, um unter Verzicht auf unnötige Strukturen die notwendigen Angebote finanziell und personell wirkungsvoll auszustatten. (19)

Insgesamt ist es notwendig, die von einem *Handicap* betroffenen Menschen in den Weiterentwicklungsprozess einzubeziehen. Wenn Menschen aus dem Bereich der Soziokultur, die selbst mit psychischer Krankheit Erfahrung haben, zur Mitarbeit gewonnen werden, können wir uns allmählich vom ausschließlich defizitorientierten Denken und Handeln verabschieden und in Richtung Chancenorientierung bewegen. (43) Die Beratungsstellen müssen zukünftig regelmäßig nachgehend tätig werden. Auszubauen sind niederschwellige Angebote (Treffpunkte, Cafés, Mittagstische) mit sozialpsychiatrischer Begleitung. Gleiches gilt für Wohnformen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität, auch für Menschen mit Alkoholabhängigkeit, um lange Wartezeiten und Fehlbelegungen in Alten- und Pflegeheimen zu verhindern. (22)

Die sozialpolitisch Verantwortlichen im Land sollten die Suchthilfe mit der Erarbeitung eines Konzepts zur Weiterentwicklung der Versorgung beauftragen, darunter auch eine Erweiterung in Richtung Traumatherapie. (45) Für die „ganz jungen“ Drogenpatientinnen und Drogenpatienten, die in den üblichen Angeboten / Wohngruppen (wegen dortiger Restriktionen in Bezug auf Drogen und nicht dafür ausgebildeten dort tätigen Personals) nicht unterkommen, braucht es spezielle Nachbetreuungsangebote (z.B. betreutes Wohnen, für abstinenzorientierte Drogenabhängige auch Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten. (53) Für Drogenabhängige, die auf intravenösen Konsum nicht verzichten können, sollte Methadon ohne Sirup abgegeben werden. (47)

Für die künftig erforderlichen Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedarf es zunächst einer Bestandsaufnahme der hier tätigen Einrichtungen, unter Einschluss des Bereichs der Jugendwohlfahrt. (52)

Psychisch Kranke sollten vermehrt Hilfen zur Eingliederung in den regulären Arbeitsmarkt und attraktive Arbeits- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten erhalten (modernisierte Arbeitstherapie, Werkstätten). (22) Das Prinzip „Reha vor Rente“ sollte durch eine breit angelegte Initiative (Arbeitnehmende, Arbeitgebende, Führungspersonal, Arbeitsmedizin, psychosoziales Fachpersonal) gefördert werden. Zwischen den Arbeitsmärkten für Gesunde und Behinderte sollte ein dritter Förderbereich etabliert werden. Idealerweise kann das als fachliche Begleitung bei einer Integration aller drei Bereiche, unter Einbeziehung von Wiedereingliederungsmaßnahmen bei Teilzeitkrankenständen (Beispiel Schweiz) und des Präventionsmanagements Vorarlberg erfolgen. (10)

Der Bund sollte eine Einstellungspflicht für behinderte Menschen einführen, diesbezügliche Strafzahlungen drastisch erhöhen oder ganz unmöglich machen. (19) Das Bundessozialamt, AMS und das Land schaffen Beschäftigungsprojekte und

Dauerarbeitsplätze für psychisch erkrankte Menschen, die noch nicht oder nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zurechtkommen. (4, 47) Arbeitsmarkt-Firmen sollten als Gemeinschaftsprojekt von Bund und Land, Gemeinden und Hilfeanbietenden gegründet werden. (18) Im Hinblick auf Beschäftigungsaufträge ist für alle Sozialanbietenden ein Pool anzulegen. (18)

Land und VGKK sollten neue Richtlinien für die Kostenübernahme von Psychotherapie in niedergelassener Praxis erarbeiten, um allgemein den Zugang zu erleichtern und insbesondere Geringverdienenden die Inanspruchnahme zu ermöglichen. (19) Die Weitervermittlung von Psychotherapieplätzen durch Nervenärztinnen und Nervenärzte ist zu verbessern. (4) Im Krisenfall sind ein direkter Zugang zum Krisenarzt bzw. zur Krisenärztin (rund um die Uhr?) und eine schnellere Aufnahme im LKH Rankweil zu gewährleisten, bei Entlassungen von dort mehr Informationen an die nachsorgende Einrichtung zu geben. (36)

Das Land erhöht seine Leistungen für das Reha-Wohnen. (4) Multiprofessionell organisierte Hilfen zum Wohnen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen sollten verfügbar sein, für psychiatrische Langzeit-Patientinnen und -Patienten auch hochstrukturierte Wohneinrichtungen, die ein Training in Richtung soziale Integration und Teilhabe ermöglichen. (24) Gemeinnützige Wohnbauträgerschaften sollen Wohnungen zur Verfügung stellen, z.B. für ambulant betreute Wohngemeinschaften. (36) Ambulant betreutes Wohnen, Beschäftigungswerkstätten und Tageszentren sind auszubauen. Psychiatrische Hauskrankenpflege ist einzuführen, evt. unter Beteiligung der GKK. (18) Freie Trägerschaften sollten ihre Angebote so gestalten, dass dort bei Bedarf sowohl psychiatrische Betreuung als auch körperliche Pflege möglich ist. (19)

Themen der Zukunft sind die Auseinandersetzung mit alternativen Modellen der Finanzierung, das „qualifizierte Ehrenamt“, eine stärkere Bezugnahme von Hilfsangeboten auf Betroffene mit hohen psychosozialen Risiken und die Anpassung von Wohn- und Arbeitshilfen auf den absehbar steigenden Bedarf. (6) Das Land sollte Heizungskosten aus der Pflichtleistung bedarfsorientierter Mindestsicherung herausnehmen und bei BMS-Bezug wieder Heizkostenzuschuss gewähren. (4)

4. Beheimatung: Pflege und Langzeitbetreuung

Blick zurück: *Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren in dem Themenbereich getan und welche Erfolge sind erreicht worden?*

Es ist in der Vergangenheit schon vieles in die richtige Richtung auf den Weg gebracht worden. (9) In der ambulanten Versorgung und im Akutbereich wurde einiges vorangetrieben, auch im Bereich der Langzeitpflege sind Unterstützungen erkennbar. (21) Ein Wohnheim (WH Alge des aks) ist für die Langzeitbetreuung chronisch und schwer psychisch erkrankter Menschen hergerichtet worden. (4) Eine Wohngemeinschaft für Alkoholabhängige (WG „Herberge“ der Caritas) ist geschlossen worden, mit der Folge von Fehlplatzierungen von Menschen mit fortgeschrittener Alkoholerkrankung in Alters- und Pflegeheimen, die auch sonst vermehrt mit betreuungsintensiven Bewohnerinnen und Bewohnern zu tun haben. (22) Wichtig war, dass die Therapiestation Lukasfeld den Krankenhausstatus mit diplomiertem Pflegepersonal behielt. (53) Für schwer behinderte Kinder und Jugendliche mit zusätzlichen psychiatrischen Auffälligkeiten bestehen verschiedene Möglichkeiten der Pflege- und Langzeitbetreuung, z.B. im Schulheim Mäder und in der Stiftung Jupident. (52)

Das Diagnosespektrum der in Heimen betreuten Menschen hat sich verändert, wodurch sich auch das Betreuungsprofil geändert hat, mehr fachliche Unterstützung nachgefragt und in Anspruch genommen wird. (20) Die Belastung der pflegenden Angehörigen hat zugenommen; alle Heime sind derzeit voll belegt – ausgelöst durch Gesetzesänderung? (20) Im Pflegeheim sind gerontopsychiatrische Erkrankungen häufiger geworden, die Arbeitsbelastung ist sehr groß. (14) Freiheitsbeschränkungen wie mechanische Maßnahmen oder Beruhigungsmittel betreffen vor allem Demenzkranke. Einzelne Heime und somatische Krankenhäuser machen gute Erfahrungen mit (geronto-) psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondiensten. (16, 22)

Gerade im Langzeitbereich fehlt eine permanente professionelle Begleitung; das Projekt „Gerontopsychiatrie im Pflegeheim“ muss flächendeckend spürbar werden. (21) Die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten und Seniorenheimen läuft noch nicht optimal. (9) Das Pflegepersonal wird mit seinen Problemanzeigen bei auffälligen Bewohnerinnen und Bewohnern nicht genügend ernst genommen; Hausärztinnen und Hausärzte geben zu wenig Unterstützung; Fachärztinnen und Fachärzte werden zu selten hinzugezogen und haben für Hausbesuche gelegentlich auch keine Zeit; die Finanzierung ist ungeklärt. (9, 14) Das LKH Rankweil entließ eine Patientin nach kurzer Zeit wieder ins Heim mit der Begründung, die Therapie hätte keinen Erfolg gehabt. (9)

Zur Information über Demenz-Erkrankungen gab es vermehrt Veranstaltungen sowohl allgemein für die Bevölkerung als auch speziell für betreuende Angehörige und Pflegefachkräfte. (14, 20) Ein Demenzprogramm mit Angehörigenarbeit wurde installiert. (4) Ein Psychiatriebeirat wurde eingesetzt und die Evaluation der Hilfen verbessert. (23) Es braucht Heimhilfen, die geschult sind im Umgang mit psychisch kranken bzw. suchtkranken Bewohnerinnen und Bewohnern und entsprechend entlohnt werden. (47)

Blick nach vorn: *Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in dem Themenbereich in den kommenden zehn Jahren?*

Die gesellschaftliche Entwicklung führt in der Zukunft zu mehr *Single*-Haushalten. (20) Immer mehr Menschen werden in Zukunft von altersbedingter Demenz betroffen sein, die Bewältigung der Versorgung im Lebensumfeld der Betroffenen wird abnehmen, die Arbeitsbelastung in den Heimen weiter zunehmen. (4, 14, 16, 21, 22) Chronisch psychisch erkrankte Menschen benötigen im Alter eine andere Umgebung und Betreuungsstruktur als „normal“ alt gewordene Menschen, z.B. jung hirngeschädigte und alt gewordene suchtkranke Personen. (20) Beschäftigungsmöglichkeiten zur Tagesstrukturierung in Einrichtungen mit einem hohen Anteil an psychisch Kranken (z.B. Kolpinghäuser) sind erforderlich, außerdem eine spezielle Einrichtung zur Betreuung von chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholkranken (CMA). (23, 45, 46)

Sucht im Alter wird eine zunehmende Herausforderung für das ganze Land werden. Es werden Altenheime gebraucht, die mit Suchterkrankungen bzw. psychischen Erkrankungen vertraut sind, auch ein Altenwohnheim für konsumierende chronisch Suchtkranke. In Altenheimen sollte es möglich sein, Substitutionsmittel abzugeben, diese bei eigenständig wohnenden Abhängigen mit Mobilitätseinschränkungen auch nach Hause zu bringen oder für längere Zeit mitzugeben. (47)

Mehr Pflegepersonal wird gebraucht; neue wohnortnahe Versorgungsmodelle sind auch eine Chance für den Arbeitsmarkt. (20) Es braucht Anreize zur häuslichen Pflege, die Tagesbetreuung ist auszubauen und zu evaluieren, die Verwendung des Pflegegeldes mit Zweckbindung sollte kontrolliert werden. (20) Mangel an qualifiziertem Personal und begrenzte finanzielle Spielräume erfordern vermehrte Anstrengungen für eine gute Arbeitsteilung zwischen pflegerischen und ärztlichen Fachkräften. (16) Den Pflegekräften in Heim und Klinik sollte eine Team- und Fall-Supervision angeboten, in den Krankenhäusern die Möglichkeit des *Rooming-In* geschaffen werden. (20) Das Personal in Altersheimen ist im Umgang mit problematischen Bewohnerinnen und Bewohnern zu schulen. Nötig sind Wohnangebote für substituierte Personen und für ältere

Abhängigkeitskranke mit Pflegebedarf. (46) Für psychiatrische Notfälle im Pflegeheim muss gewährleistet sein, dass Fachärztinnen und Fachärzte ins Haus kommen, das spart auch entbehrliche Klinikaufnahmen und Transportkosten. (9, 20)

Vorschlag zum Vorgehen: *Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?*

Das Land soll die Richtung, in die es gehen soll, klar definieren. Die Leistungserbringenden vernetzen sich unter Nutzung bestehender Gremien zwecks Konzeption flächendeckender Angebote, durchlässig und orientiert am individuellen Bedarf. (46) Der Psychiatrieplan sollte verbesserte Tagesstrukturhilfen in Wohnungslosenheimen und den Aufbau einer Einrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke vorsehen. (23) Die Suchthilfe ist von den sozialpolitisch Verantwortlichen mit der Umsetzung zu beauftragen. (45) Vorhandene Ressourcen sind zusammenzuführen, Fachpersonal und Hilfskräfte im Umgang mit psychischen Krankheiten und Suchtproblemen zu schulen, MOHI-Angebote auszubauen. (47) Für pflege- und langzeitbetreuungspflichtige psychisch kranke Kinder und Jugendliche sollte es eine verlässliche Versorgungsmöglichkeit geben; eine Bestandsaufnahme mit den dort tätigen Einrichtungen sollte klären, ob es hier zusätzlichen Bedarf gibt. (52) Im gerontopsychiatrischen Bereich sollten Tageskliniken aufgebaut und abgestufte ambulante Angebote ausgebaut bzw. besser koordiniert werden. (4)

Vor allem im Unterland ist für eine ausreichende Anzahl von Wohngemeinschaftsplätzen für abstinenzorientierte Drogenabhängige zu sorgen. Ältere und nicht mehr entwöhnbare Alkohol- und Drogenabhängige, die substituiert werden oder fallweise Suchtmittel konsumieren, benötigen Orte für ein menschenwürdiges Leben, an denen sie womöglich auch eine kleine Arbeit haben. Für „High User“ braucht es eine intensiviertere und ggf. auch aufsuchende ambulante Betreuung („Intensive Care“) mit einem multidisziplinären *Casemanagement*, insbesondere für „Doppeldiagnose“-Patientinnen und -Patienten. (53)

2009 wurde im Vorarlberger Landtag ein Antrag „Dementielle Erkrankungen: Aktuelle Maßnahmen fortsetzen und verstärken“ einstimmig angenommen. Er beschreibt die Herausforderungen, die durch den Anstieg von Demenzerkrankungen im Rahmen des demografischen Wandels auf das Gesundheits- und Sozialsystem zukommen. Sechs Initiativen werden dort aufgezählt, für die die Vorarlberger Landesregierung Sorge tragen soll. Eine davon wird 2010 in dem Zwischenbericht „Dezentrale Unterstützungsstrukturen zur Weiterentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich“ aufgegriffen und konkretisiert. Das Geriatriekonzept Vorarlberg 2011 empfiehlt dann die Fortsetzung der Initiative „Aktion Demenz“ und macht

zahlreiche weitere konkrete Vorschläge, wie die Hilfen für psychisch Alterskranke ausgebaut und verbessert werden können. Diese mit breiter Beteiligung der relevanten Systempartnerinnen und Systempartner entwickelten Vorschläge werden von Mitgliedern des Betreuungs- und Pflegenetzes in der Zukunftswerkstatt „Gerontopsychiatrie“ näher erläutert. (54)

Demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sind in geeigneten kleinen Stationen zu betreuen, der dafür erforderliche Aufwand ist bei der Personalbesetzung zu berücksichtigen. Das Projekt eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes sollte schnell starten und flächendeckend ausgebaut werden, seine Finanzierung muss durch das Land abgeklärt werden und darf nicht zu Lasten des Heimbetreibenden gehen. (14, 22) Einen gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst brauchen auch größere Krankenanstalten mit einem hohen Anteil geriatrischer Patientinnen und Patienten, um die Verordnung sedierender Psychopharmaka wirkungsvoll auf das notwendige Mindestmaß zu beschränken. Fortbildungen in Pflegeheimen und Krankenhäusern zum Thema „medikamentöse Freiheitsbeschränkungen“ wären sinnvoll. (16)

Die Pensionsversicherung sollte eine Zweckbindung des Pflegegeldes fordern und kontrollieren. Betagte Mitbürgerinnen und Mitbürger (60+) sollten über Hilfsangebote für Seniorinnen und Senioren besser angesprochen und laufend informiert werden, sozialpsychiatrische Einrichtungen sollten eine aufsuchende Standortbestimmung und ein *Screening* anbieten. Die Pflegeausbildungen müssen attraktiver, der bisherige Wildwuchs an Diplomen und Befähigungsnachweisen vereinheitlicht werden. Fachpersonal aller Berufsgruppen braucht Anreize, im geriatrischen Bereich tätig zu werden. Patientenanzwertschaft und Heimbewohnervertretung sollen weiterhin unabhängig arbeiten können. Eine Rationierung der Hilfen für diejenigen, die sich am wenigsten wehren können (Demenzranke, psychisch erkrankte und behinderte Menschen), verschlechtert die Behandlungs- bzw. Betreuungsmöglichkeiten und ist zu verhindern. (20)

5. Steuerung: Koordination und Planung

Blick zurück: *Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren in dem Themenbereich getan und welche Erfolge sind erreicht worden?*

Die Erklärungskonzepte für verschiedene Krankheitsbilder haben sich zu einem multikausalen Ansatz unter Einbeziehung psychischer Gründe entwickelt, die Aufmerksamkeit für psychische Störungen in der Bevölkerung hat sich erhöht. Die

Psychiatrie hat eine Aufspaltung in unterschiedliche Teilbereiche durchgemacht; bei Früherkennung und „früher Hilfe“ sind Fortschritte zu verzeichnen. Trotz aller Verbesserungen bei der Pharmakotherapie und in der extramuralen Versorgung bleiben Defizite, besonders bei suchtmittelabhängigen und wohnungslosen Menschen, bestehen. (28)

In den letzten zehn Jahren hat eine deutliche Stärkung der Selbsthilfe stattgefunden, das neue Chancengesetz grenzt sich vom Paradigma der Behinderung ab und verfolgt das Ziel Integration. Das Land gewährleistet Kontinuität in der Finanzierung, Planung sowie Begleitung von Hilfeleistungen und ist sehr aktiv im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, wobei der Bereich psychischer Beeinträchtigungen allerdings etwas zu kurz kommt. (20, 25) Ein Strukturmodell zur Suchtprävention wurde entwickelt, eine Kooperationsvereinbarung zwischen Suchtberatungsstellen und Jugendwohlfahrt für die Zielgruppe „Kinder aus Suchtfamilien“ geschlossen und umgesetzt. (29, 46)

Durch die Einführung des Psychiatriebeirats wurde die Kommunikation zwischen den Handelnden gefördert und die Diskussion anhand quantitativer Daten ermöglicht. (20) Allerdings arbeiten die Leistungserbringenden untereinander noch nicht respektvoll und transparent zusammen, weder im ambulanten noch im stationären Bereich. (4) Im Rahmen der Psychiatrieberaterstattung erfolgt ein ausführliches und fundiertes Feedback an die Leistungserbringenden. Das Land hat aufgrund von Bedarfserhebungen das Angebot an Hilfen erweitert (z. B. bei Aqua Mühle, in der Jugendpsychiatrie, bei IfS, SIB). (20)

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich die Zahl der Hilfsorganisationen und Beraterinnen und Berater erhöht, nicht die Zahl der Störungsbilder selbst – Mehrfachbetreuungen scheinen heutzutage eher die Regel zu sein. (52) Fortschritte gab es bei der Vernetzung der stationären und ambulanten jugendpsychiatrischen Strukturen unter Einschluss der Jugendwohlfahrt bzw. der Abteilung Soziales im Amt der Vorarlberger Landesregierung. Der Bericht des Landesrechnungshofs 2011 gab den Startschuss für die Erstellung eines Konzepts „Vollabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. (50)

Die Hilfeplankonferenz stärkt das Casemanagement, die systematische Planung und Evaluation der Hilfen. (20) Dokumentationssysteme wurden eingeführt, die Kooperation mit der ARGE-Wohnungslosenhilfe hat sich verbessert, Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen wurden in die Koordination und Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten einbezogen (Trialog). (4)

Blick nach vorn: *Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in dem Themenbereich in den kommenden zehn Jahren?*

Gesundheitsziele sollten definiert, entsprechende Aktionspläne entwickelt und mit klaren Arbeitsaufträgen für die Anbietenden verbunden werden. (29) Psychische Beeinträchtigungen sind ein Aspekt von Normalität und keine Behinderung, ihr Bild in der Öffentlichkeit ist weiter zu entwickeln. Allgemeine Kampagnen der Integrationshilfe sollten bereits in der Planungsphase die Sozialpsychiatrie einbeziehen, um auch die diesbezüglichen Zielgruppen besser zu erreichen. Aktionen zur Entstigmatisierung und die Schulung im Umgang mit Betroffenen (z. B. Aktion Demenz, Schulprojekt) sind verstärkt fortzuführen. Alle Einrichtungen sollten die von ihnen betreuten Menschen im Sinne des *Empowerment* fördern, das Prinzip Inklusion muss die Zielsetzung und die Leistungserbringung prägen, die Zusammenarbeit mit Öffentlichkeit, Wirtschaft, Schulen usw. verstärkt werden. (20)

Die Verantwortlichen sollten in Richtung Differenzierung der Angebote, Zusammenarbeit und Casemanagement steuern; statt nur Neues zu entwickeln, sind Zugänge zu Bestehendem zu schaffen. In der Ausbildung der diversen Berufsgruppen ist der Vernetzungsgedanke und die Ressourcenorientierung zu verankern. (46) Koordination und Leitung in der psychiatrischen Versorgung müssen intensiviert werden, zu einzelnen Themenstellungen ist ein Austausch aller beteiligten Einrichtungen mit klaren Kompetenzen wichtig. (25, 46) Verbesserungen sind erforderlich

- bei der gesellschaftlichen Akzeptanz psychischer Erkrankungen, bei der Gesundheitsförderung und Prävention (u. a. bei Kindern und Jugendlichen sowie durch betriebliches Gesundheitsmanagement),
- bei der Einbindung aller Handelnden in einen gemeinsamen Rahmen der Versorgungsstruktur,
- bei der Notfallversorgung durch klare Strukturierung (z.B. bei § 8 UbG-Untersuchungen),
- bei den extramuralen Angeboten zur wohnortnahen Versorgung durch erweiterte Öffnungszeiten,
- bei der Dokumentation zur Anhebung des Niveaus der derzeit völlig unzureichenden Datengrundlagen. (28)

Die Macht des Landes als Kostenträger steigt, geförderte Einrichtungen werden abhängig und sozialpolitisch stumm – „Schweigegeld statt Subvention“. Durch reduzierte finanzielle Mittel ist die Bedarfsorientierung der Angebote nicht mehr gewährleistet, der Konkurrenzkampf der Einrichtungen und deren je eigene Lobbyarbeit beim Land werden sich verstärken, wodurch die Koordination der Hilfen noch schwieriger wird. (4) Die

Verbindlichkeit der Planungen muss erhöht werden, dazu gehört eine breite Beteiligung und Offenheit in den Gremien; es darf nicht der Eindruck einer „closed party“ entstehen. (35)

In einem so kleinen Land wie Vorarlberg sollte zunächst ein grundsätzlicher gesundheits- und sozialpolitischer Plan gemacht werden; anschließend wäre zu fragen, was durch wen bereits abgedeckt wird und wo man zusätzliche Maßnahmen benötigt. Eine gewisse Vielfalt ist wünschenswert, ihre Einschränkung aus Kostengründen zu empfehlen; auch hier bedürfte es einer Arbeitsgruppe, die vor der weiteren Planung die entsprechenden Fakten zusammenträgt und bewertet. (52)

Die Angebote der ambulanten Beratungsstellen einschließlich Substitutionstherapie, der Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und Tagesstrukturierung müssen entsprechend den individuellen Erfordernissen differenziert werden. Die Netzwerkstruktur ist in ergänzende – und nicht in konkurrierende – Aufgabenbereiche praktisch weiterzuentwickeln. Die Frage der Fallführung ist zu klären, es sollte ein Sucht-Fachgremium mit Beratungskompetenz für die Verantwortungstragenden beim Land geschaffen werden (z.B. durch Erweiterung der Kompetenz des Forums Vorarlberger Drogenhilfe). (45, 47) Intransparenz und Parallelstrukturen gehören abgeschafft, dagegen braucht es Standards für die Vernetzung der Leistungserbringenden und für die Therapie von Kindern mit Entwicklungsstörungen und Bedarf an Psychotherapie. (50)

Man muss individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen, deren Selbstwirksamkeit fördern und dem eigenen humanistischen Menschenbild treu bleiben. Respektvolle transparente Kooperation mit den Betroffenen und deren Datenschutzrechte dürfen nicht durch irgendwelche Verträge, die Menschen in Notsituationen unterschreiben „müssen“, ausgehöhlt werden. Initiativen zur Entkriminalisierung des Konsums illegaler Substanzen würden entstigmatisierend wirken, die Entstehung von Selbsthilfegruppen hat eine Stärkung und Ermächtigung von Angehörigen und Betroffenen zur Voraussetzung. (47)

Vorschlag zum Vorgehen: *Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?*

Das Land soll die Richtung, in die es gehen soll, klar definieren. Die Leistungserbringenden vernetzen sich unter Nutzung bestehender Gremien zwecks Konzeption flächendeckender Angebote, durchlässig und orientiert am individuellen Bedarf. (46) Das Land sollte seine Sozialplanung verstärken, einfache Bedarfsindikatoren einrichten und fachbereichsübergreifend auf deren Anzeigen reagieren. (35) Es sollte klare und objektiv

nachvollziehbare Ziele definieren, wer mit welchen Mitteln was zu tun hat. Halbjährliche Koordinationsgespräche der ambulanten und stationären Anbietenden können die respektvolle und transparente Kooperation der Leistungserbringenden fördern. (4, 25, 28, 29)

In der Suchtkrankenversorgung brauchen wir zwischen den Bundesländern eine bessere Kooperation und Koordination. Für Drogenabhängige ist nicht selten ein Milieuwechsel in ein anderes Bundesland nötig, um aus der Szene herauszukommen, es gibt da aber viele bürokratische Hürden. (53) Spezialisten der Drogenarbeit sollten in den Medien und in der Öffentlichkeit verstärkt Präsenz zeigen, der Stigmatisierung entgegenwirken, die Bevölkerung aufklären und dadurch mehr Druck auf die Politik ausüben. Niederschwellige Angebote der Drogenhilfe sollten aus den IHV-Anträgen herausgenommen werden. Für die Netzwerkarbeit müssen finanzielle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, Selbsthilfegruppen brauchen Bereitstellung von Räumlichkeiten und *Knowhow*, in der Anlaufphase ggf. auch Hilfe von Fachleuten. (47)

Planung: Wie mit der Hilfeplankonferenz zum Teil bereits umgesetzt, sollte ein umfassendes *Clearing* Ausgangspunkt der Planung auf individueller Ebene sein. Die Planung und Koordination hat gemeinsam mit der betroffenen Person zu erfolgen, unter dem Aspekt von *Empowerment* und Eigenverantwortung, einschließlich Informationen über Selbsthilfe und flankierende Angebote. Die Institutionen sollten den gegenwärtigen Bedarf im Sinne eines *Care-Managements* erfassen und bei der Entwicklung ihrer Angebote berücksichtigen. Bei der Gestaltung der politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen psychiatrischer Hilfen sind fachliche und regionale Aspekte mit zu berücksichtigen. (20)

Umsetzung: Wesentlich für einen guten Ablauf der Betreuung ist die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Einrichtungen, insbesondere im Hinblick auf das Schnittstellen-Management; ein *Clinical Casemanagement* ist hier entscheidend. (20) Das beginnt mit einer guten Informationsübergabe zwischen ambulanten und stationären Diensten, der Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie und Nachsorgeplanung und der Durchführung von Helferkonferenzen bei komplexen und komplizierten Problemstellungen. (22)

Qualitätssicherung: Eine Qualitätskontrolle im Sinne einer Evaluierung der Hilfen im Einzelfall gibt es bereits im Rahmen der Hilfeplankonferenz. Weitere institutionsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Dokumentation und Fallbesprechungen, Intervision und Supervision. Alle sollten ein Augenmerk darauf richten, dass die betreuten Personen laufend ausreichend informiert sind und die Gelegenheit zu kritischer

Rückmeldung haben. Neben einem internen Rückmeldesystem (z.B. ein Kummerkasten) sollte es zwischen den Einrichtungen eine Vergleichsmöglichkeit zu diesen Qualitätskriterien geben und im Land eine unabhängige Anlaufstelle mit sozialpsychiatrischer Kompetenz. (20)

6. Allgemeine Aussagen

Blick zurück: *Was hat sich in der Vorarlberger Psychiatrie in den letzten zehn Jahren getan und welche Erfolge sind erreicht worden?*

In der Gesellschaft hat eine gewisse (ausbaufähige!) Sensibilisierung für psychische Erkrankungen stattgefunden; das Vorarlberger Chancengesetz wurde beschlossen. (40) Die Psychiatrie hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht: sowohl in der Pharmakotherapie als auch bei der psychosozialen Versorgung, beim Ausbau extramuraler Betreuungsdienste und bei einem durchgängig von allen Einrichtungen geteilten biopsychosozialen Krankheitsverständnis. (6, 27) Die Institutionen kooperieren mehr miteinander, Betroffene und Angehörige haben die Möglichkeit sich einzubringen; es gibt mehr Öffentlichkeitsarbeit, auch in Richtung Entstigmatisierung. (37, 40) Die Peer-Beratungsstelle „Omnibus“ wird ermöglicht und ist in dieser Form einzigartig in Österreich; es gibt auch eine wachsende Anzahl verschiedenster regionaler Angebote, tagesstrukturierende Wohnformen und Beschäftigungsmöglichkeiten. (40)

Die Anzahl psychiatrischer Behandlungsfälle sind bei den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten von 2002 (22.625) bis 2010 (30.891) um 36% und im stationären Bereich im selben Zeitraum (Aufnahmen 2002: 2.121, 2010: 2.962) um 40% gestiegen. Das Diagnosespektrum hat sich geändert, die Bürokratie vor allem beim Zugang zu finanzieller und therapeutischer Unterstützung hat zugenommen, trotz Ausbau der Tageszentren können nicht alle Erkrankten bedarfsgerecht versorgt werden; insbesondere für Schwerkranke reichen die Ressourcen nicht aus. (49)

Die Arbeitsbedingungen für ärztliche Tätigkeit verschlechtern sich, immer mehr Ärztinnen und Ärzte wandern ins Ausland ab, die Arbeitsüberfrachtung macht den Beruf als Mediziner zunehmend unattraktiv, immer weniger Maturantinnen und Maturanten entscheiden sich für ein Medizinstudium. Die von verschiedenen Stellen geforderten fachärztlichen Bestätigungen blockieren die Ressourcen der Kassenpraxen für kurative Tätigkeit, dafür sollten die Auftraggebenden eigene Kontrollstrukturen schaffen. Wünschenswert wäre auch eine abgestufte Versorgung mit entsprechender Lenkung in der Kassenmedizin, die die Hausarztfunktion stärkt und den Zugang zum Facharzt bzw. zur Fachärztin von haus- oder klinikärztlicher Zuweisung abhängig macht. (49)

Besonders positiv war die Entwicklung im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung. Die Altersheime wurden zu Pflegeheimen umstrukturiert, baulich und pflegerisch sind die Standorte auf einem ausgezeichneten Niveau. (44, 49) Ähnlich positiv haben sich die ambulanten und stationären Angebote für Menschen mit einer geistigen Behinderung entwickelt (Wohnhäuser und -gruppen, Werkstätten, Assistenzangebote). Nicht mithalten konnten die Angebote für psychisch erkrankte Menschen, insbesondere solche mit einem komplexen Hilfebedarf. Bei Hilfen zum Wohnen und zur Tagesstrukturierung ist es eher schwieriger geworden, einen Platz zu finden. Auch die Versorgung in Krisensituationen macht zunehmend Probleme: Die Amts- und Gemeindeärzte ziehen sich immer mehr aus ihrer Verantwortung zurück, ambulante Dienste bestehen auf Freiwilligkeit und bieten vorwiegend Komm-Strukturen an; alternative Konzepte fehlen bzw. werden nicht umgesetzt. (44)

Einerseits wurden ambulante Hilfsangebote und Arbeitsprojekte, Programme für Jugendliche und junge Erwachsene, Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und massiven Persönlichkeitsstörungen aufgebaut. Auch Menschen mit Autismus-Störungen erhalten Unterstützung. Andererseits werden immer mehr psychisch kranke Menschen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Wohnungslosenhilfe abgeschoben und ausgebaute professionelle Dienste zur beruflichen Integration zerschlagen. Bemerkenswerte Fortschritte gibt es in den Bereichen Prävention, Kinder- und Jugendpsychiatrie und sozialpsychiatrische Integrationshilfen. (48) Wegen der interdisziplinären Behandlungsnotwendigkeit können schwerkranke multimorbide Patientinnen und Patienten mit Delirien und intensivmedizinischer Überwachungspflicht (nach Verletzungen, Intoxikationen oder Suizidhandlungen) am Standort Rankweil nicht optimal versorgt werden. (49)

Ein wesentliches und dringend zu behebendes Versäumnis in der psychiatrischen Versorgung sind fehlende Konzepte zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen. (7) Soziale und gesundheitliche Dienstleistungen sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen für Menschen mit Migrationshintergrund zielgruppengerecht ausgestaltet werden; es gibt bisher nur unzureichende Informationen über den speziellen Bedarf dieser Zielgruppe, aber eine Reihe von Beispielen guter Praxis, auch in Vorarlberg. (32) Ein beträchtlicher Teil der Patientinnen und Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sind weniger an erfolgreicher Therapie interessiert als an der Bescheinigung von Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit. (2) Man muss zwischen einem Krisendienst als Bestandteil der Regelbehandlung und einer – zwingend fachärztliche Kompetenz erfordernde – Notfallhilfe unterscheiden. (20)

Blick nach vorn: *Vor welchen Herausforderungen steht die Vorarlberger Psychiatrie in den kommenden zehn Jahren?*

Entscheidend für eine gesunde psychische Entwicklung sind die ersten 18 Lebensmonate, hier sind primärpräventive Interventionen wirkungsvoll. (20) Eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen resultiert überwiegend aus den jeweiligen erzieherischen Rahmenbedingungen und einem gesellschaftlich fördernden Umfeld (20); entsprechende Gefährdungsfaktoren haben sich ebenso in Richtung psychosozialer Probleme verändert wie die diesbezüglichen Krankheitsbilder. (1, 40) Um erkennbare psychische Beeinträchtigungen bzw. Suchtgefährdungen abzuwenden bzw. ein günstiges Ersatzmilieu zu schaffen, sind sekundär- und tertiärpräventive Ansätze (Früherkennung, Frühintervention) geeignet; sie wollen durch pädagogische und therapeutische Hilfen Traumatisierungen verhindern und Resilienz stärken – ohne Jugendhilfe ist psychiatrische Hilfe oft nicht zielführend anzuwenden. (20, 27) Wenn schon „Gesundheitsförderung und Prävention“ als Teilgebiet der Psychiatrie angesehen wird, besteht die Gefahr, Probleme der Pubertät und des Jugendalters zu pathologisieren. (48)

Zunehmend sind Jugendliche und junge Erwachsene von psychischen Erkrankungen betroffen. (40, 48) Je früher erkrankte Menschen effektiv behandelt werden, desto geringer sind die Folge- und Langzeitschäden, wodurch die Volkswirtschaft entlastet wird. Die psychische Gesundheitsversorgung ist ganzheitlich zu betrachten, alle daran teilnehmenden Berufsgruppen einschließlich der psychotherapeutisch tätigen Fachleute sollten interdisziplinär zusammenarbeiten. Zur Verdeutlichung dieser Sichtweise wäre der Psychiatriebeirat umzubenennen (z.B. in „Beirat für seelische Gesundheit“) und um eine Vertretung der Psychotherapie zu erweitern. (39)

Psychische Erkrankungen (insbesondere Depressionen) werden weiter zunehmen; man muss sich der Frage stellen, was unter einer zeitgemäßen Psychiatrie zu verstehen ist und welche Qualitätsstandards dazu erforderlich sind. (22, 27, 40, 48) Das stationäre Angebot muss modernisiert werden; persönliche Assistenz, individualisierte Betreuung, Inklusion, Reduktion des hierarchischen Gefälles zwischen Helfersystem und Nutzenden, Prävention und Aufklärung sind weitere wichtige Stichworte zur Ausrichtung der reformerischen Anstrengungen. (40)

Die Situation für Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen wird immer schwieriger, insbesondere dann, wenn sie Probleme mit der Akzeptanz von angebotenen Hilfen haben. (44) Steigende Krankheitszahlen und zunehmender wirtschaftlicher Druck sind große Herausforderungen in den nächsten Jahren. Notwendig sind ein Krisendienst unter Mitwirkung der niedergelassenen Fachärztinnen und

Fachärzte, eine psychiatrische Ambulanz in Bregenz, individuell betreutes Wohnen in Gemeindenähe, die Schaffung von Arbeitsplätzen und ein Ausbau der Projekte für ein selbstbestimmtes Leben. (37)

Ergänzend zur Arbeitsweise der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte in Einzelpraxis sollten Gemeinschafts- und Gruppenpraxen ermöglicht werden. Für die Patientinnen und Patienten bringt das längere Öffnungszeiten und unkomplizierte Abwesenheitsvertretungen mit sich, für die Praxen bessere wirtschaftliche Bedingungen durch gemeinsame Nutzung von Räumen, Geräten und Personal. Während der Ausbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt sollte jeder Assistenzarzt bzw. jede Assistenzärztin zumindest 12 Monate in einer Lehrpraxis arbeiten. (49)

Der Zugang zu den vom LKH Rankweil angedachten Tageskliniken in Bregenz und Feldkirch muss klar geregelt werden, um Doppelgleisigkeiten und zusätzliche Belastungen auf Seiten der niedergelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte zu vermeiden. Das Erfordernis von Spezialambulanzen ist im Einzelfall auf Fachgruppenebene zu prüfen. Am LKH Feldkirch sollte eine interdisziplinäre ICU (*Intensive-Care Unit*) eingerichtet werden, wobei eine bestimmte Anzahl von Betten (4?) unter psychiatrischer Leitung stehen sollte, damit hier auch das Unterbringungsgesetz angewendet werden kann. Gemeinsam mit der geplanten Tagesklinik in Feldkirch und zusätzlich erwünschten Krisenbetten würde eine solche Einheit die Auflösung des psychiatrischen Teils der Station O1 am LKH Rankweil ermöglichen. (49)

Angesichts des gestiegenen Anteils von Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund mit ihren teils spezifischen Krankheitsbildern und der absehbaren demografischen Entwicklung sind geeignete Behandlungsmethoden für eine bedarfsgerechte Versorgung vorzuhalten; für eine bessere Zugänglichkeit und kultursensible Ausgestaltung der Hilfen sind auch entsprechende Fort- und Weiterbildungen des Personals durchzuführen. (32, 33, 44, 48) In analoger Weise ist die psychiatrische Versorgung in der Angebotsgestaltung, psychosozialen Betreuung und Medikation stärker auf die Erfordernisse eines geschlechtersensiblen Vorgehens auszurichten. (33, 38)

Klientinnen und Klienten mit komplexen Problemstellungen und Mehrfachdiagnosen werden allgemein zunehmen, insbesondere auch psychiatrische Krankheitsbilder in Krankenhäusern und Pflegeheimen. (48) Die Zahl älterer Menschen wird zunehmen, der Ausbau gerontopsychiatrischer Angebote ist eine große Herausforderung. (27, 44, 48) Durch die Einführung des Additivfacharztes bzw. der Additivfachärztin für Geriatrie wird sich – sofern die Leistungen auch finanziert werden – die altersadäquate Versorgung

verbessern. (49) Gleiches gilt im Hinblick auf den Betreuungsbedarf für Menschen mit Mehrfachdiagnosen und organischen psychischen Störungen (OPS) bei neurologischen Erkrankungen, chronischer Suchtmittelabhängigkeit oder nach Unfällen. (44) Nötig sind weiterhin bedarfsorientierte Betreuungsformen in der Wohnungslosenhilfe sowie bei einer Kombination von Sucht und Psychose, außerdem psychiatrische Konsiliardienste für kombiniert psychisch, physisch bzw. geistig behinderte Menschen. (27) Für 2012 ist ein jugendpsychiatrischer Dienst im Oberland geplant. (49)

Erforderlich sind darüber hinaus eine bessere Vernetzung aller bestehenden Systeme und ein besseres Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Disziplinen und Aufgabenfeldern. (27, 48, 49) Hausärztinnen und Hausärzte sollten psychisch gefährdete Personen aufmerksam begleiten, Langzeithilfen sind erforderlich für Familien mit besonderen Belastungen durch betreuungsbedürftige Angehörige. (27) Die derzeitigen Systeme der Kooperation und Steuerung haben die hier bestehenden Defizite nicht beseitigen können, eine Koordination zwischen den Hilfen nach verschiedenen Kostenträgern und gesetzlichen Grundlagen ist bisher kaum möglich. Seit Jahren wird die unzureichende Versorgung von Menschen in sozialpsychiatrisch aufzufangenden Krisen ohne Ergebnis thematisiert. (44) Dezentrale Angebote vor Ort werden in Zukunft immer mehr gefragt sein, man sollte Ausstiege aus stationärer Betreuung suchen und finden. Wichtig ist die Kontinuität der persönlichen Betreuung auch bei Übergängen zwischen Betreuungssettings, z.B. zwischen Akutstation und Langzeit-Wohneinrichtung. (48)

Vorschlag zum Vorgehen: *Wer sollte was tun, um diesen Herausforderungen erfolgversprechend zu begegnen?*

Für Krankheitsbilder, die in der Psychiatrie vermehrt vorkommen, sollten präventive Strategien entwickelt werden. Auch generell wäre eine gemeinsam in Partnerschaft zwischen allen involvierten Personen und Institutionen erarbeitete Konzeption empfehlenswert, z.B. im geplanten Psychiatriekonzept. Wichtig ist die Vernetzung und interdisziplinäre Kooperation zwischen den Anbietenden (ein System dafür einwickeln) und eine überlappende Zusammenarbeit ohne Konkurrenzdenken. Eine regelmäßige Reflexion und Evaluierung sollte auch bereichsübergreifend organisiert werden. In verschiedenen Bereichen sind neue Angebote bzw. Folgeeinrichtungen zu schaffen:

- Flexible, erweiterte Öffnungszeiten bei niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, verstärkte psychiatrische Konsiliardienste in Allgemeinkrankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, nachgehender sozialpsychiatrischer Not- und Krisendienst in Nachtstunden und am Wochenende;
- Weiterentwicklung einer zeitgemäßen stationären Akutpsychiatrie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, klinische Akutbehandlung als *Hometreatment*,

Erweiterung flexibler Aufnahmekapazitäten auf der Jugendpsychiatrie, um Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie zu vermeiden und Schaffung von Krisenplätzen für Jugendliche aus Nachfolgeeinrichtungen;

- Ausbau ambulanter, niederschwelliger und Lebensraum-naher Hilfen mit präventiver Funktion (z.B. Treffpunkte, Cafés, Mittagstische mit der Möglichkeit einer sozialpsychiatrischer Begleitung und Betreuung), die nicht in vollem Ausmaß mit der notwendigen Nachsorge der psychiatrischen Angebote überfrachtet werden dürfen;
- Ausbau von Wohnformen unterschiedlichster Betreuungsintensität, auch für chronisch kranke Menschen mit organisch psychischen Störungen (z.B. mit Komorbidität, bei Demenz und nach Unfällen) und Suchtmittelerkrankungen, die nicht in einem Alters- oder Pflegeheim betreut werden müssten;
- Entwicklung eines attraktiven Systems von Arbeitsplätzen für psychisch beeinträchtigte Menschen und Verstärkung individueller Hilfen zur (Re-) Integration in den Arbeitsprozess und in Form einer persönlichen Assistenz im Arbeitsleben. (48)

Die besonderen Bedarfe von Frauen bzw. Frauen mit Kindern sind in allen Teilgebieten der Psychiatrie empirisch zu erfassen und zu berücksichtigen; dazu gehören nicht zuletzt geschlechtsspezifische Angebote. Eine differenzierte Pharmakotherapie in Kenntnis der Wechselwirkungen zwischen Medikament und Geschlecht ist sicherzustellen. Bei den unterschiedlichen Berufsgruppen, die in der Psychiatrie tätig sind, ist die Geschlechterverteilung bezogen auf die einzelnen Hierarchiestufen zu erfassen (Genderanalyse). (33, 38) Die Gleichstellung von Frauen und Männern sollte in der Umsetzung der Maßnahmen implementiert werden. Mit der Psychiatrieberichterstattung wären Fortschritte hinsichtlich der gesetzten Gleichstellungsziele zu überprüfen, der Regierungsvorlage ist eine Expertise zu Genderfragen beizulegen. (38) Hebammen-Stützpunkte in den Bezirken mit leichtem Zugang für Schwangere in psychosozialen Risikolagen sind ein wichtiger Bestandteil „früher Hilfen“ zur Erkennung psychosozialer Belastungsfaktoren, zur Vorbeugung und Früherkennung entsprechender Gefährdungen. (33)

Die Zugangs- und Behandlungsschwernisse bei Sprachproblemen und fremden kulturellen Gewohnheiten sind zu erfassen und möglichst zu minimieren. (33) Die Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems auch für die spezifische Zielgruppe psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund ist bei allen Planungen zu berücksichtigen. (32) Fachärztinnen und Fachärzte müssten halbjährlich konsiliarisch in Einrichtungen für behinderte und suchtkranke Menschen tätig sein und das dortige Personal unterstützen; ihnen sollte ein honoriertes Zeitfenster für Konsiliardienste

freistehen; fachärztliche Sprechtage für Angehörige und Betroffene auf regionaler oder kommunaler Ebene sind einzurichten. (27)

Spezielle Einrichtungen für Menschen mit OPS-Erkrankungen und für alt gewordene chronisch psychisch kranke Menschen sollten geschaffen werden. Auszubauen sind sozialpsychiatrische Hilfen zum Wohnen und zur Tagesstrukturierung, zur nachgehenden ambulanten Betreuung auch bei mangelnder Krankheitseinsicht. Für Personen, die in diesem Zusammenhang Betreuungsangebote ablehnen, sollte auf Helferkonferenzen eine etwaig erforderliche nachgehende psychosoziale Arbeit im Rahmen von Casemanagement-Konzepten geplant werden. Nötig ist die Einrichtung dezentraler außerklinischer Behandlungsstrukturen (Ambulanz, Tagesklinik, Hometreatment) und eines aufsuchenden Krisendienstes, der bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung eine gesetzeskonforme Unterbringung sicherstellt. (44)

Die ambulante und stationäre Betreuung von Suchtpatientinnen und -Patienten sollte vorwiegend durch die dafür geschaffenen Einrichtungen erfolgen. Eine Kooperationsvereinbarung für den Bereich nicht legaler Süchte würde die Versorgung optimieren und das LKH Rankweil entlasten. Die Anmeldung zum Entzug wäre über die jeweiligen suchtspezifischen Dienste (Hiob, Clean, Fähre etc.) zu leiten, sofern dort die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind; komplexe Entzüge würden weiterhin im LKH Rankweil behandelt. (49)

Zur Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind effiziente Strukturen zur Planung und Steuerung über Systemgrenzen hinweg erforderlich. (44) Die Politik muss geeignete Maßnahmen zur Steuerung der Patientenströme finden. (49) Ziel der Koordination und Planung ist die Bereitstellung der im Einzelfall notwendigen Betreuungsleistungen in guter Qualität durch eine geeignete Einrichtung; Voraussetzung dafür ist die Sicherstellung der erforderlichen politischen, gesellschaftlichen und finanziellen Rahmenbedingungen, u. a. Gemeindewohnungen, sinnvolle Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. (20) Bei teilstationären Angeboten (auch in Bezug auf die geplanten Tageskliniken) ist in jedem Falle eine Hilfeplankonferenz abzuhalten, relevante Kennzahlen zur Betreuung sind von allen an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen offenzulegen. (49)

In der österreichischen Sozialversicherung wird derzeit an der Entwicklung eines Konzepts zum Thema psychische Gesundheit gearbeitet; bei der Ausarbeitung des Vorarlberger Psychatriekonzepts sollte die VGKK mit einbezogen werden. (34) Ins österreichische System ist der Status einer Teilzeiterkrankung einzuführen, ein fallführendes Casemanagement ist aufzubauen, die Vernetzungsarbeit zu verbessern.

(27, 40) Man sollte die Arbeitsmedizin in die Überlegungen zur Verbesserung der seelischen Gesundheit in der Vorarlberger Bevölkerung mit einbeziehen. (10) Die „kontrollärztlichen Tätigkeiten“ sind im niedergelassenen Bereich abzuschaffen und auf ggf. neu geschaffene Kontrollarztstellen zu verlagern. Für die Ausbildungsrotation in die Kassenarztpraxis müssen die Inhalte definiert und die Finanzierung geklärt werden, für das Additivfach Geriatrie ist ein Honorarkatalog auszuarbeiten. (49)

Land und Krankenkassen sollten Psychotherapie für alle finanziell möglich machen, und die Firmen müssen Druck und Stress auf die Arbeitenden abbauen. (37, 39) Wenn die VGKK eine psychotherapeutische Grundversorgung finanziell absichert, könnte das Land sein finanzielles Engagement in der Psychotherapie für Prävention einsetzen. (39) Die Lage von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen muss verbessert werden. (42) Wichtig ist die Abstimmung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts mit den Vorhaben zur Reorganisation des LKH Rankweil. (8, 11, 49) Dort geht es u. a. um räumliche und konzeptionelle Verbesserungen, einen besseren Personalschlüssel für „sanftere“ Methoden in der Akutversorgung (Soteria-Modelle) und Hometreatment. (40, 49) Eine Ombudsstelle ist einzurichten. Bei Helferkonferenzen sind die Betroffenen selbst und bei Gesetzesänderungen in Bund und Land Vertretungen der Betroffenen einzubeziehen, bei Hilfen zum Wohnen und zur Arbeit sind sozialpsychiatrische „Inseln“ zu vermeiden, sondern Inklusion als Recht und Auftrag zu verstehen. (40)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, GKK Salzburg (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“

Autorin: Mag. Elisabeth Babnik

Vorbemerkung zum Gegenstand der Studie

Aufgabenstellung für den vorliegenden Bericht zur psychischen Gesundheit war es, eine Ist-Analyse zu erstellen, die auf den eigenen SV-Daten basiert. Im Zentrum dieser Ist-Analyse stehen Ausmaß und Art der Problemlage sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen.

Psychiatrische Diagnosen sind in Österreich im Vergleich zu somatischen Diagnosen mit einer höheren Steigerungsrate und längeren Dauer der Arbeitsunfähigkeit verbunden. Im Jahre 2009 erhielten in diesem Land 900.000 Menschen Leistungen der Krankenversicherung wegen psychischer Leiden, für 840.000 wurden Psychopharmaka verordnet, 78.000 waren im Krankenstand und 70.000 wurden stationär-psychiatrisch behandelt. Die Gesamtkosten psychisch erkrankter Menschen beliefen sich auf rund 250 Mio. EUR für Psychopharmaka, 63 Mio. EUR für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin, 31 Mio. EUR für die psychiatrische Behandlung, 100 bis 150 Mio. EUR für alle weiteren ärztlichen Leistungen sowie 5,4 Mio. EUR für psychologische Diagnostik.

Laut ÖÄK 2010 hat Vorarlberg 16 Vertragsfachärztinnen bzw. Vertragsfachärzte der Richtung Psychiatrie und Neurologie (Gesamtösterreich: 325)

1. Stärken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Durch den hohen Anteil der Patientinnen und Patienten, die den Allgemeinmediziner als Hauptansprechperson aufgrund psychischer Beschwerden beanspruchen (90%), ist der Zugang zur Behandlung sehr niederschwellig.

2. Schwächen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Der Kostenzuschuss der Psychotherapie wurde seit 1992 nicht erhöht, da die Priorität der Krankenversicherungsträger im Auf- und Ausbau der Psychotherapie „auf Krankenschein“ – also auf Sachleistungsversorgung – liegt.

Immer kürzer werdende Aufenthalte auf den Stationen bedingen eine intensive außerstationäre Nachbetreuung, die derzeit zu wenig gewährleistet ist. Es fehlen verbindlich durchzuführende Betreuungspläne sowie eine entsprechende Vernetzungsstruktur im außerstationären Bereich. Der Schnittstellenbereich zwischen stationärer und außerstationärer Versorgung stellt ein zentrales Problem bei der Versorgung psychisch Kranker dar.

In Vorarlberg gibt es keinen Psychosozialen Not-/Krisendienst.

In Vorarlberg wird keine tagesklinische psychiatrische Behandlung angeboten.

Der Anteil der sehr langfristigen (inklusive Dauer-)Medikationen liegt zwischen 50% und 60%. Gleichzeitig endet aber bei Neuverschreibungen jede zweite innerhalb von drei Monaten, was auffällig ist, da bei den meist verwendeten Antidepressiva eine darüber hinausgehende Verschreibedauer erforderlich ist, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Auf Basis der vorhandenen Zahlen kann die Frage nicht beantwortet werden, inwieweit die Ursache für den hohen Anteil an sehr kurzen Verschreibungen in mangelnder Compliance der Patientinnen und Patienten oder in einer zu hinterfragenden Verschreibepaxis liegt.

3. Chancen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Grundsätzlich muss für die letzten Jahre ein außergewöhnlicher Anstieg bei psychischen Erkrankungen festgestellt werden. Es dürfte sich allerdings zu einem überwiegenden Teil um einen Anstieg bei leichteren Erkrankungen gehandelt haben: Während die stationären Aufenthalte um 1,5% mehr wurden, stieg die Medikamentenverschreibung um 17% in einem Zeitraum von zwei Jahren. Die insgesamt verordneten Medikamente stiegen im gleichen Zeitraum von 2007 bis 2009 auf 6,3%.

Knapp mehr als die Hälfte aller Betroffenen ist älter als 60 Jahre. Es besteht tatsächlich ein Zusammenhang zwischen Bezirken mit älterer Durchschnittsbevölkerung und Menge der psychisch Erkrankten.

4. Risiken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

840.000 Menschen waren 2009 bei einem Arzt oder einer Ärztin und erhielten Psychopharmaka verschrieben. Ca. 120.000 waren bei einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie.

Die durchschnittliche Dauer der psychischen Krankenstände ist mit etwa 40 Tagen erheblich höher als jene mit körperlichen Diagnosen, die durchschnittlich 11 Tage dauern.

Sehr deutlich zeigt sich, dass bei den Arbeitslosen der Anteil der Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen besonders hoch ist. Arbeitslose sind viermal so häufig betroffen wie Angestellte oder Arbeiterinnen oder Arbeiter.

Der Allgemeinmediziner und die Allgemeinmedizinerin erhält im Rahmen des Studiums kaum eine Ausbildung über die Versorgung psychisch kranker Patientinnen und Patienten.

Die Zuweisungen zu den jeweiligen Versorgungs-/ Betreuungseinrichtungen hängen von den regionalen / lokalen Gegebenheiten ab.

**Bundesministerium für Gesundheit (2010): Österreichischer
Strukturplan Gesundheit 2010 (ÖSG 2010)**
**Amt der Vorarlberger Landesregierung u.a. (2009): Regionaler
Strukturplan Gesundheit Vorarlberg (RSG) - Ambulanter Bereich -
Ärztliche Versorgung**
Autor: Thomas Neubacher

Vorbemerkungen zum Gegenstand der Studie

Der ÖSG ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur entsprechend der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene – insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) – dar (siehe auch RSG-Monitoring). Der ÖSG 2010 wurde am 26.11.2010 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen.

Im ÖSG 2010 wurden erstmals Rahmenplanungen für die ambulante Versorgung (Kapitel 2.2.3) sowie für die Rehabilitation (Kapitel 3) ergänzt. Spezielle Versorgungsbereiche wie z.B. die onkologische Versorgung wurden zeitgemäß modifiziert (Kapitel 2.5.7). Hospiz- und Palliativversorgung wurde entsprechend langjährigen Forderungen erstmals umfassend definiert (Kapitel 2.6.4). Die Grundlagen für eine verstärkte Ausrichtung des Gesamtsystems in Richtung der Prozess- und Ergebnisqualität wurden gelegt (Kapitel 5 und 6).

Wegweisend sind außerdem die im ÖSG 2010 erstmals festgelegten, sowohl patientenorientierten als auch effizienzfördernden Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientiert funktionierender Organisations- und Betriebsformen (Kapitel 2.3.2 bis 2.3.4).

In struktureller Hinsicht geht der ÖSG 2010 in Richtung konkreter Festlegungen für abgestufte Versorgungsstrukturen: Eine überregionale, d.h. Bundesländergrenzen übergreifende Planung zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote (Referenzzentren) wurde im ÖSG 2010 konzipiert (Kapitel 2.8) und wird bis zur nächsten Revision des ÖSG realisiert werden. Die Qualitätskriterien für Referenzzentren sind im ÖSG bereits definiert (Kapitel 2.5). Am anderen Ende der Versorgungsstufen sollen Standardspitäler mit kleinen Einzugsgebieten in Zukunft unter bestimmten

Voraussetzungen eine wohnortnahe, mit Qualitätskriterien abgesicherte Grundversorgung gewährleisten (Kapitel 2.3.1). Die Vision ist, dass sich in solchen Grundversorgungseinrichtungen mittelfristig ergänzende Angebote etablieren, die über die herkömmliche Standard-Akutversorgung hinausgehen und sich damit integrierte Strukturen einer umfassenden Grundversorgung entwickeln (Kapitel 2.3.4).

1. Stärken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Der ÖSG beinhaltet Planungsgrundlagen und Qualitätskriterien für Psychiatrie (PSY; inkl. Abhängigkeitserkrankungen), Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sowie die psychosomatische Versorgung (PSO – Erwachsene, PSO – Säuglinge, Kinder und Jugendliche). Positiv zu bewerten sind die Verbindlichkeit (Art. 15a B-VG), die Interdisziplinarität (Nahtstellen- und Prozessmanagement) sowie die Überregionalität der Versorgungsplanung.

Der RSG zielt auf die Sicherung der wohnortnahen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung ab. In die Planung wurden die Kriterien Demographie, Wegstrecken, Inanspruchnahme der Bevölkerung und Belastung der Leistungsanbietenden einbezogen.

2. Schwächen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Der ÖSG umfasst Festlegungen zu 22 ausgewählten Fachbereichen, zu 12 Referenzzentren und zu 6 speziellen Versorgungsbereichen. Aufgrund der Fülle der Themen werden einzelne Bereiche nur randständig behandelt, so z.B. der psychiatrische Teil.

Der RSG konzentriert sich auf 11 Fachgruppen. Nicht einbezogen sind bestehende Strukturen für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin.

3. Chancen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Der ÖSG wird zu einem überregionalen Planungsinstrument, welches dazu beiträgt, gemeinsame Standards in der österreichischen psychiatrischen Versorgung zu schaffen. Im Bericht sind konkrete Planungsgrundlagen enthalten. Nahtstellen thematisch eng liegender Bereiche sollen stärker berücksichtigt werden (z.B. von Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter).

4. Risiken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Die im ÖSG enthaltenen verbindlichen Vorgaben können ein Hemmnis für flexibles Gestalten sein. Es ist zwar von Gestaltungsmöglichkeiten auf Länderebene die Rede, konkrete Angaben fehlen allerdings dazu.

Für die Umsetzung der Planungsschritte besteht der Bedarf nach ausreichend Fachärztinnen und Fachärzten und DGKP. Der aktuelle Mangel an Fachpersonal ist auch im Hinblick auf die Planungen im ÖSG kritisch zu sehen.

Einheitliche Planungen für die Länder bezüglich Infrastruktur und Ressourcen sind auch aufgrund der Fläche und Dichte von Vorarlberg in Relation zu anderen Bundesländern kritisch zu sehen.

Im RSG fehlen planerische Aussagen für die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin.

**Forum für Gesundheitswirtschaft (2011): Berliner Manifest 2011
zum Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems für
psychisch kranke Menschen mit psychosozialen
Beeinträchtigungen.**

Autor: Dr. Wolfgang Weber

Vorbemerkungen zum Gegenstand der Studie

In der Sitzung vom 10. April 2012 hielt der Lenkungsausschuss fest, dass die vorliegende Studie keine direkte Relevanz zu Vorarlberg hat, sie aber im Hinblick auf die vier Erkenntnis leitenden Parameter der Literaturanalyse kommentiert werden soll.

Das Berliner Manifest als Ergebnis der Fachtagung Psychiatrie 2011 versteht sich nach eigener Aussage als Meilenstein der psychiatrischen Versorgung, deren gegenwärtige Struktur es grundlegend ändern will. Behandlung und Rehabilitation – und ergo die Inklusion – sollen an Bedarfen orientiert und innerhalb einer Region in Netzwerken zur Verfügung gestellt werden. Dadurch wird Selbsthilfe und ambulante Versorgung auf Kosten stationärer Lösungen forciert.

1. Stärken des Manifestes für Vorarlberg

Die Leitgedanken des Manifestes – aus einer Hand, in einem Auftrag, mit prospektiven Jahresbudget, in beratender Koordination – entsprechen den Grundsätzen der gegenwärtigen und künftigen Vorarlberger Psychiatrieversorgung.

Weiters entspricht die im Manifest geforderte „personenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlung“ des einzelnen Menschen dem Gedanken des Casemanagement und ermöglicht die koordinierte Steuerung und Planung von Hilfsmaßnahmen ebenso wie von Finanzbedarfen. Sie ermöglicht die Kooperation mit anderen benachbarten Caremanagementfeldern etwa den gegenwärtig zu schaffenden 19 Pflegeregionen.

Das für Behandlung und Rehabilitation formulierte Ziel der Nachhaltigkeit deckt sich mit dem Leitsatz der Nachhaltigkeit der modernen Vorarlberger Landesverwaltung.

2. Schwächen des Manifestes für Vorarlberg

Integrierte Versorgung, wie sie im Manifest gefordert wird, deckt sich mit der Praxis der Gesundheitsversorgung in Vorarlberg. Schwächen sind daher keine zu konstatieren.

3. Chancen des Manifestes für Vorarlberg

Der im Manifest geforderte Grundsatz des regionalen Vernetzens und Zur-Verfügung-Stellens von Hilfsmaßnahmen ergänzt den in allen sozialpolitischen Bereichen gepflegten Leitsatz des „Ambulant vor Stationär“ und macht ihn im Falle einer Implementierung zu einem Leitsatz der Gesundheitsversorgung.

Die Fragmentierung und Zerstückelung der gegenwärtigen therapeutischen und rehabilitativen Leistungsangebote wird durch die Implementierung der Berliner Manifestgrundsätze zu Gunsten eines an den tatsächlichen Bedürfnissen des einzelnen Klienten und der einzelnen Klientin orientierten Hilfesystems aufgehoben. Ein populationsorientiertes Sektoren übergreifendes Versorgungssystem wird dadurch möglich.

Bestehende ambulante Leistungen der Krankenhäuser können in das gesamte Leistungskonzept regionaler und individueller Versorgung mit eingebaut werden.

4. Risiken des Manifestes für Vorarlberg

Das gegenwärtige System von monopolistischen Anbieterinnen und Anbietern von Teilleistungen, welche ihre Produkte ausschließlich an Eigeninteressen und nicht an fachlichen und ökonomischen Kriterien ausrichten, wird fortgeschrieben, wenn nicht Versorgungsregionen geschaffen werden, die sich an sozialräumlichen Indikatoren der Leistungsanbietung orientieren. Der gegenwärtige Status quo ist ökonomisch und fachlich nicht zielführend.

Die im Manifest vorgeschlagenen Managementgesellschaften zur Leistungserbringung im Zuge der Pflichtversorgung bergen die Gefahr einer zentralistischen Bürokratisierung in sich. Die Öffentliche Hand als bedeutendste Finanzgeberin der Gesundheitsversorgung verliert durch ein solches Outsourcen die Möglichkeit der Steuerung und Planung.

Landes-Rechnungshof Vorarlberg (2011): Prüfbericht über die psychiatrische Versorgung in Vorarlberg.

Autor: Dr. Wolfgang Weber

Vorbemerkungen zum Gegenstand der Studie

Der Landes-Rechnungshof prüfte von Februar bis Mai 2011 die intramurale psychiatrische Versorgung in Vorarlberg, besonders die psychiatrischen Abteilungen im Landeskrankenhaus Rankweil und in der Carina GmbH. Die extramurale Versorgung wurde nur dort betrachtet, wo Schnittstellen vorlagen. Von der Prüfung ausgeschlossen war die Psychosomatik und die Behandlung und Betreuung von Suchtkranken im Krankenhaus der Stiftung Maria Ebene.

1. Stärken der Vorarlberger Psychiatrie

Dreiviertel der Mittel für die psychiatrische Versorgung in Vorarlberg fließen in die intramurale Versorgung. Diese steht Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen niederschwellig zur Verfügung. Die Kosten für die Akutpsychiatrie liegen deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt.

Die stationäre Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ist ausreichend, bei den Kindern und Jugendlichen sowohl ambulant wie stationär zeitgemäß und kindgerecht.

Das sozialpsychiatrische Angebot ist hinsichtlich Leistungen und Finanzierung ausreichend.

2. Schwächen der Vorarlberger Psychiatrie

Die baulichen Voraussetzungen für die Erwachsenenpsychiatrie entsprechen nicht mehr den fachlichen Standards und müssen verbessert werden. Sie ist organisatorisch zu stark auf das Zentrum ausgerichtet und muss regionalisiert werden.

Die Personalausstattung ist gering, was zum einen die Kosten senkt, zum anderen jedoch auch Mängel in der Ausbildungssituation, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit sich bringt.

Die Verweildauer in der Erwachsenen- wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist lange, diese wäre durch den Aufbau von tagesklinischen Strukturen zu optimieren. Dazu bedarf

es des Aufbaues von zwei geografisch definierten Versorgungsregionen (Nord-Süd) sowie eines ambulanten Stützpunktes des intramuralen „Mutterhauses“.

Strukturklärungen sind in der Ausbildung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der organisatorischen Verankerung der Gerontopsychiatrie und der Wachkomastation notwendig.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigt personelle und strukturelle Aufwertungen (Aufbau Tagesklinik, Verbesserung Raumsituation in Rankweil etc.). In der Folge muss sie als Vollversorgungsabteilung mit Managementverantwortung an einem zentralen Standort etabliert werden.

Die Schnittstellen und die Vernetzung von extra- und intramuraler Versorgung werden derzeit nicht korrekt abgebildet und müssen organisatorisch verbessert werden, insbesondere bei der Regionalisierung.

3. Chancen für die Vorarlberger Psychiatrie

Die Psychiatrieberichterstattung ist gut entwickelt und kann Partnerin bei der notwendigen inhaltlichen Weiterentwicklung auf Basis des Konzeptes 2002 sein.

Die Vernetzung von extra- und intramuraler Versorgung muss verbessert werden, dann ist die künftige adäquate Versorgung von psychisch kranken Menschen gesichert. Dazu wird aber die Finanzierung aller Leistungen aus einer Hand notwendig sein.

Organisatorisch müssen Akutbetten zu Gunsten des Ausbaues der tagesklinischen Versorgung abgebaut werden. So wird die notwendige Entlastung des stationären Bereichs ermöglicht und die Versorgung in Erwachsenenpsychiatrie zeitgemäß.

4. Risiken für die Vorarlberger Psychiatrie

Finanzierung aus einer Hand ist gegenwärtig nicht in Sicht, das kann zu Konflikten an den Schnittstellen zwischen intra- und extramuraler Versorgung führen.

Die rechtliche Grundlage der psychiatrischen Versorgung ist ein komplexes Geflecht aus Bundes- und Landesrecht, welches den Spielraum der einzelnen Handelnden einschränkt. Hier besteht hoher Abstimmungsbedarf, der ein offenes Gesprächsklima ohne Partikularinteressen erfordert.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie besteht die Gefahr der Schaffung eines „weißen Flecks“, wenn nicht rasch die räumliche Unterbringung (= Zusammenführung in einer Versorgungsstation) und die Ausbildungssituation geklärt wird. Damit wäre eine zeitgemäße Versorgung nicht mehr gesichert.

Detto ist in der Gerontopsychiatrie sowie in der Wachkoma- und Langzeitstation keine organisatorische Lösung (Schaffung eines eigenen Departments oder Zuordnung zu einem existierenden) in Sicht.

**PVA/Lundbeck/ICG (2012): „Seelische Gesundheit in Österreich“
Struktur, Qualität und Trends der Versorgung in Österreich,
Deutschland, Italien, Skandinavien (Dänemark, Finnland,
Norwegen, Schweden) und den USA**

Autorin: Mag. Elisabeth Babnik

Vorbemerkung zum Gegenstand der Studie

Die Studie vergleicht die Situation in Österreich mit derjenigen einiger ausgewählter anderer Länder (siehe oben) und enthält keine differenzierten Aussagen zu Vorarlberg im Vergleich zu den anderen österreichischen Bundesländern.

Psychiatrische Diagnosen sind in Österreich im Vergleich zu somatischen Diagnosen mit einer höheren Steigerungsrate und längeren Dauer der Arbeitsunfähigkeit verbunden. Im Jahre 2009 erhielten in diesem Land 900.000 Menschen Leistungen der Krankenversicherung wegen psychischer Leiden, für 840.000 wurden Psychopharmaka verordnet, 78.000 waren im Krankenstand und 70.000 wurden stationär-psychiatrisch behandelt. Die Gesamtkosten psychischer erkrankter Menschen beliefen sich auf rund 250 Mio. EUR für Psychopharmaka, 63 Mio. EUR für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin, 31 Mio. EUR für die psychiatrische Behandlung, 100 bis 150 Mio. EUR für alle weiteren ärztlichen Leistungen sowie 5,4 Mio. EUR für psychologische Diagnostik.

Laut ÖÄK 2010 hat Vorarlberg 16 Vertragsfachärztinnen und Vertragsfachärzte der Richtung Psychiatrie und Neurologie (Gesamtösterreich: 325)

1. Stärken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Ziel aller zu vergleichenden Länder sind Dezentralisierung und Gemeindenähe im Hinblick auf die Versorgung psychisch kranker Menschen.

Die stationären Versorgungsstrukturen werden tendenziell rückgebaut.

In den Vergleichsländern weist die Ausbildung eine stärkere Spezialisierung auf.

International findet sich eine stärkere Einbindung der psychiatrischen Versorgung in das Allgemeinkrankenhaus (auch ambulant oder teilstationär).

2. Schwächen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Versorgungslücken in Ö gibt es bei der ambulant-aufsuchenden Notfallhilfe und der kontinuierlichen multidisziplinären Betreuung von Personen in besonderen psychosozialen Risikolagen, auch in der Kinder-Jugend-Psychiatrie sowie Konsiliar-Liaison-Psychiatrie in somatischen Kliniken.

Die Versorgungsstruktur in Österreich ist generell zersplittert (große Anzahl an Leistungsanbietenden unterschiedlichster Größe) ohne ausgeprägte Planung und Steuerung bzw. Koordination und Abstimmung.

In Vorarlberg gibt es keinen Psychosozialen Not-/Krisendienst.

In Vorarlberg wird keine tagesklinische psychiatrische Behandlung angeboten.

3. Chancen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Regionale/lokale multiprofessionelle Teams (unterschiedlich ausdifferenziert) sollen den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten besser gerecht werden.

Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin spielen in der Grundversorgung in allen Ländern eine große Rolle, sie tragen die Hauptlast in Bezug auf Erstkontakte.

Der Anteil der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in der Versorgung psychisch Kranker ist in Österreich im Vergleich zu den anderen Ländern am höchsten.

4. Risiken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Psychische Diagnosen steigen massiv an und verursachen hohe Kosten.

Zentrale Indikatoren zum Thema psychische Gesundheit stellen Ö schlechter als die Vergleichsländer dar (zb Mental Health Index der OECD).

Österreich hat im Ländervergleich die geringste Dichte an Fachärztinnen und Fachärzten. Stärkere Unterschiede finden sich in der Ausbildung bei im Gesundheitsbereich tätigen Psychologinnen bzw. Psychologen und bei Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten.

Die Zuweisungen zu den jeweiligen Versorgungs-/ Betreuungseinrichtungen hängen von den regionalen / lokalen Gegebenheiten ab.

Weitere für Vorarlberg relevante Informationen:

Vertragsfachärzte nach Bundesländern lt. Standesmeldung der ÖÄK zum 1. Jänner 2010

Fachgebiet	Ö	Wien	NÖ	Bglid	OÖ	Stmk	Ktn	Sbg	Tirol	Vbg
Psychiatrie	37	12	3	0	7	1	4	3	6	1
Psychiatrie/Neurologie	125	35	14	4	13	19	10	12	9	9
Neurologie/Psychiatrie	134	47	15	3	19	25	4	7	8	6
Neurologie	29	6	1	0	5	5	2	4	6	0

Quelle: ÖÄK

Tabelle 15: Fachärzte - Gliederung nach Fachrichtung und Art der Berufsausübung

Fachrichtung	Angestellter Arzt (Dienstgeberadresse)	davon in KA	In KA und niedergelassen	In KA und niedergelassener Vertragsarzt	Niedergelassener Arzt (Ordinationsadresse)	davon Vertragsarzt	davon Wahlarzt	Wohnsitzarzt (Wohnungsadresse)	Gesamt
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6	5			2		2	1	9
Neurologie	313	91	72	1	120	12	108	2	352
Neurologie und Psychiatrie	283	248	118	18	276	114	167	17	438
Psychiatrie	349	269	68	6	178	24	154	4	421
Psychiatrie und Neurologie	416	329	154	17	409	108	306	23	645
Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin	20	16	3		11	3	9		26
Gesamtergebnis	1.387	1.158	415	42	996	261	746	47	1.891

Quelle: Quelle: GÖG/ÖBIG Ärzteliste 2009

Gesamtaufwand laut Ärztekostenstatistik für Neurologie und Psychiatrie in Mio. €

Jahr	Ö	Wien	NÖ	Bglid	OÖ	Stmk	Ktn	Sbg	Tirol	Vbg
2007	50.707.805	13.052.296	6.852.626	2.183.204	5.683.269	7.964.617	2.811.792	4.475.880	4.343.156	2.841.025
2008	53.053.722	14.008.934	6.706.806	2.206.129	6.030.927	8.020.176	3.211.047	4.586.390	5.157.805	3.045.682
2009	53.959.918	14.233.040	7.018.999	2.224.527	6.419.044	8.093.579	2.603.571	4.609.349	5.295.558	3.462.251

Quelle: HVB

Psychosoziale Beratung - Österreichische Versorgungssituation 2007

Versorgungssituation 2007	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Einrichtungen	9	19	23	28	7	38	14	16	36	190
Betreute Personen	3.690	3.090	5.332	11.446	3.764	11.577	1.454	3.721		44.074
Personal (VZÄ)										
Ärzte	8,8	0,3	19,1		2	10,3	2,7	2,4		45,6
Sozialarbeiter	11,3	3,5	50,1		3,7	19,5	21	20,7		129,6
DGKP	4,7	5,8	1,5		5,5	5,5	42,5	5,8		71,3
PT/Psychologen	8	18,3	0,3		18,7	68,4	20,8	5,7		140,1
Sonstige	6	2,8	6		1,7	38,3	3,6	4,3		62,7
VZÄ gesamt	38,8	30,7	76,9		31,6	141,8	90,6	38,9		449,2

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung und Berechnungen

Psychosoziale Not- und Krisendienste - Österreichische Versorgungssituation 2007

Versorgungssituation 2007	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Einrichtungen	1	2		6	2				1	12
Betreute Personen		189		7948	amb.:586 tel.: 7.580					8137
Personal (VZÄ)										
Ärzte										
Sozialarbeiter										
DGKP										
PT/Psychologen		2,25			3,2					5,45
Sonstige		0			0,9					0,9
VZÄ gesamt		2,25			4,1					6,35

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung und Berechnungen

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Qualitätsentwicklung durch individuelle Hilfeplanung 2009 - 2010.

Autor: Dr. Hermann Elgeti

Vorbemerkungen zum Gegenstand der Studie

Nach einem 2008 entwickelten Konzept hat das Amt der Vorarlberger Landesregierung 2009 ein Verfahren zur individuellen Planung von Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen eingeführt. Das Verfahren wurde zu Beginn nur bei der Planung und Fortschreibung stationärer Hilfen eingesetzt und 2011 auf teilstationäre Hilfen ausgedehnt. Es soll später auch bei komplexen ambulanten Hilfen zur Anwendung kommen. Die Evaluation der Hilfeplanung unterstützt die Medizinische Hochschule Hannover. Die untersuchte Studie beschreibt zunächst die Grundlagen einer Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen im regionalen Verbund und die Prinzipien der Planung und Durchführung solcher Hilfen im Einzelfall. Ausgehend von einer Analyse wichtiger Einflussfaktoren und Schwachstellen im Hinblick auf die Prozessqualität der Hilfeplanung wird dann das Konzept für die Planung der Integrationshilfen in Vorarlberg erläutert. Schließlich werden erste Ergebnisse für den Zeitraum Juli 2009 bis Dezember 2010 sowie die Erfahrungen der Beteiligten mit dem neuen Verfahren zusammengefasst.

1. Stärken der Vorarlberger Psychiatrie

Mit dem 2009 eingeführten Verfahren zur individuellen Hilfeplanung (IHP) verfügt das Land über ein fachlich überzeugendes und in der Praxis bereits bewährtes Konzept zur Planung und Evaluation psychiatrischer Leistungen bei komplexem Hilfebedarf. Unter Federführung einer bzw. eines vom Land beauftragten Sachverständigen erfolgt die Planung im partnerschaftlichen Dialog mit dem im Einzelfall betroffenen Menschen und seinen Helferinnen und Helfern bzw. Vertrauenspersonen auf einer Hilfeplankonferenz. Nach Überwindung einiger Probleme beim Start läuft das Verfahren weitgehend reibungslos, auch dank des großen Engagements und der sehr guten Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Die bei der IHP erhobenen Daten sind nach ersten Auswertungen für den stationären Bereich geeignet, die Prüfung der geplanten Hilfen auf ihre Plausibilität bei den Nutzergruppen der Hilfsangebote auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen. Ein EDV-Programm ermöglicht eine zeitsparende Eingabe und automatisierte Auswertung dazu erforderlicher Angaben zu Risikolagen und funktionellen Beeinträchtigungen der Betroffenen, zu geplanten Leistungen und Kerndaten des Planungsverfahrens. Die

Auswertungsergebnisse werden den Leistungserbringenden auf einer Versammlung vorgestellt, in einem Jahresbericht zusammengefasst und bieten so Anregungen für eine Optimierung der Hilfsangebote.

2. Schwächen der Vorarlberger Psychiatrie

Die Definition der Integrationshilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen hat sich im Zuge der Einführung der IHP als revisionsbedürftig erwiesen. Die Beschreibung des Leistungsspektrums entspricht nicht immer dem tatsächlichen Hilfsangebot. Angebote innerhalb einer Produktgruppe verfügen nicht immer über ein vergleichbares Leistungsspektrum und Angebote verschiedener Produktgruppen scheinen nicht immer ausreichend voneinander abgegrenzt zu sein. Es fehlt an intensiven (auch nachgehenden) ambulanten und teilstationären Integrationshilfen, die vermutlich in vielen Fällen eine stationäre Wohnbetreuung verhindern oder verkürzen könnten.

3. Chancen für die Vorarlberger Psychiatrie

Nach Ausweitung auf teilstationäre und komplexe ambulante Integrationshilfen kann die IHP in Kombination mit der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung in vielfacher Hinsicht eine systematische Qualitätsentwicklung der Hilfen unterstützen. Dabei geht es um ein *Benchmarking* der Integrationshilfeprodukte bzw. Hilfsangebote für kooperativ gestaltetes „Lernen vom Besten“ (Qualitätszirkelarbeit) und eine Ausrichtung der Angebotsstrukturen am Hilfebedarf der Betroffenen. Das Land als Kostenträger erhält wesentliche Informationen, die ihm die Koordination und Steuerung, Weiterentwicklung und Evaluation der Integrationshilfen nach den Kriterien der Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ermöglichen.

4. Risiken für die Vorarlberger Psychiatrie

Für einen breiteren und systematischen Einsatz der IHP sind beim Land entsprechende zusätzliche Ressourcen erforderlich – qualitativ und quantitativ. Die vom Land mit der Federführung beauftragten unabhängigen Sachverständigen müssen mit den individuellen Problemlagen und dem Hilfesystem vertraut und immer in der Lage sein, die Anträge kurzfristig zu bearbeiten und dabei die vom Verfahren gesetzten hohen Anforderungen zu erfüllen. Auch für die zuverlässige Eingabe und Auswertung der Daten, für die Qualitätszirkelarbeit der Leistungserbringenden, die Planung und Steuerung des Versorgungsangebots braucht das Land ein Team entsprechend qualifizierter Fachleute. Schließlich müssen die Systempartnerinnen und Systempartner

bei allen Prozessen zur Qualitätsentwicklung der Hilfen kontinuierlich einbezogen werden. Alle hier kurz beschriebenen Anforderungen haben sich in anderen Zusammenhängen immer wieder als sehr störanfällig erwiesen. Sind die damit beauftragten Mitarbeitenden an einer Stelle wegen Zeitnot oder mangelnder Qualifikation überfordert, steht schnell der gesamte Nutzen in Frage. Unter Umständen wird die IHP dann vom Land nicht mehr ernst genommen und von den Systempartnerinnen und Systempartnern als bürokratisches Kontrollinstrument bekämpft.

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2010.

Autor: Dr. Hermann Elgeti

Vorbemerkungen zum Gegenstand der Studie

Der Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung hat im Jahre 2005 den Aufbau einer regionalen Psychiatrieberichterstattung beschlossen. Dabei wurde ein Konzept, das sich seit 1998 bereits in der Region Hannover bewährt hat, umgesetzt. Das Amt der Vorarlberger Landesregierung koordiniert die Datenerhebung, die Auswertung besorgt die Medizinische Hochschule Hannover. Die teilnehmenden Leistungserbringenden werden in einer jährlichen Versammlung und auf Wunsch einzelner Einrichtungsträger auch in gesonderten Sitzungen über die Ergebnisse informiert. Seit dem Berichtsjahr 2008 wird ein jährlicher Auswertungsbericht erstellt. Damit verfügt Vorarlberg über ein System psychiatrischer Berichterstattung, das in Österreich und darüber hinaus beispiellos sein dürfte.

1. Stärken der Vorarlberger Psychiatrie

Konzeption und Verfahren der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung (Vbg-PBE) hat bei den Systempartnerinnen und Systempartnern im Land eine große Akzeptanz gefunden. Die jährliche Erhebung und Auswertung einiger wesentlicher Merkmale in Form statistischer Jahresberichte auf Grundlage einheitlicher Datenblätter machen das Leistungsgeschehen transparent und erlauben Vergleiche im Längs- und Querschnitt. Die Daten für Hilfsangebote und ihre Nutzenden werden mit Angaben zur Sozialstruktur der Vorarlberger Regionen verknüpft und erlauben so auch Analysen zu Unterschieden in der regionalen Inanspruchnahme der psychiatrischen Hilfen.

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 von 2010):

- gleichmäßig hoher Anteil der Altersgruppen unter 18 Jahren sowohl in gering besiedelten und ländlichen als auch in städtischen Regionen (21-22%),
- gleichmäßig hoher Anteil der Altersgruppe zwischen 18 und unter 65 Jahren unabhängig von der Siedlungsdichte (63-64%),
- niedriger Anteil der Arbeitslosen an der Altersgruppe zwischen 18 und unter 65 Jahren (3,7%; je nach Siedlungsdichte zwischen 2,2 und 4,3%).

Die Ergebnisse der Vbg-PBE dokumentieren ein breites Leistungsspektrum bei der ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlung und bei den

sozialpsychiatrischen Integrationshilfen. Im Bereich der psychiatrischen Behandlung gewährleistet das LKH Rankweil eine regional gleichmäßige stationäre Versorgung: Die Inanspruchnahmeziffer steigt erwartungsgemäß mit der Siedlungsdichte des Wohnorts der Betroffenen an, und zwar in allen vier Bezirken in ähnlicher Weise. Dank dezentraler Vorhaltung entsprechender Angebote gelingt das auch bei der ambulanten sozialpsychiatrischen Betreuung im Rahmen der Integrationshilfen in der Allgemeinpsychiatrie.

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, und auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich das Angebot in den letzten Jahren verbessert.

2. Schwächen der Vorarlberger Psychiatrie

Die psychiatrischen Facharzt- und Psychotherapie-Praxen in Vorarlberg sowie einige Leistungserbringenden in der komplementären Versorgung nehmen noch nicht an der Vgb-PBE teil. Die Qualität der Datensätze zur anonymisierten patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ist bei einzelnen Leistungserbringenden auch vier Jahre nach seiner Einführung weiterhin stark verbesserungsbedürftig. Das Amt der Vorarlberger Landesregierung ist noch nicht in der Lage, die von ihnen gesammelten Daten zu den Kosten und dem Personaleinsatz ambulanter Integrationshilfen in einer für die Vbg-PBE nutzbaren Form zur Verfügung zu stellen. Bei der Definition und gegenseitigen Abgrenzung einiger Hilfsangebote gibt es Optimierungsbedarf.

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 unzureichend und bedarf angesichts des demografischen Wandels dringend der Förderung, zu Hause und in der Praxis, im Allgemeinkrankenhaus und im Heim. Mangelhaft entwickelt 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.

Die Angebotsstrukturen zur voll- und teilstationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind optimierungsbedürftig; dem widmet sich ein paralleles Reformprojekt. Die Inanspruchnahme ambulanter Integrationshilfen sowohl in der Kinder- als auch in der Jugendpsychiatrie ist aufgrund mangelnder Dezentralisierung der Angebote regional ungleichmäßig. Die Definition verschiedener ambulanter Integrationshilfen für Suchtkranke als „sozialpsychiatrisch“ bzw. „psychotherapeutisch“ entspricht nicht dem tatsächlichen Leistungsgeschehen. 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.

3. Chancen für die Vorarlberger Psychiatrie

Die quantitativen Daten der Vbg-PBE eignen sich, die Bemühungen um eine Qualitätsentwicklung psychiatrischer Hilfen in Vorarlberg nach Art des sogenannten PDCA-Zirkels (*Plan, Do, Check, Act*) wirksam zu unterstützen. Das gilt sowohl für die Planung und Evaluation geeigneter Maßnahmen auf Landesebene durch einen Kostenträger oder den Psychiatriebeirat als auch für das interne Controlling und die Organisationsentwicklung einzelner Angebotstragenden. Die Konzeption der Vbg-PBE ermöglicht die problemlose Integration weiterer Dienste und Einrichtungen in die Datenerhebung. In Verbindung mit der ähnlich konzipierten Evaluation der Planung von Integrationshilfen lässt sich die Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit psychiatrischer Hilfen auf der individuellen, institutionellen und regionalen Ebene vergleichend überprüfen.

Die bei der Vbg-PBE erhobenen Daten ermöglichen insbesondere die Überprüfung der fachlich erwünschten stärkeren Konzentration längerfristig gewährter sozialpsychiatrischer Integrationshilfen auf erkrankte Menschen mit erhöhtem psychosozialen Risiko. Sie können auch eine fachbezogene Qualitätszirkelarbeit innerhalb von Einrichtungen, in einem regionalen Netzwerk oder auf Landesebene unterstützen.

4. Risiken für die Vorarlberger Psychiatrie

Die Vbg-PBE wird zu einem zeitraubenden und nutzlosen Instrument bürokratischer Kontrolle, wenn es nicht gelingt, die daran Beteiligten von ihrer positiven Wirkung bei der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zu überzeugen. Überzeugt sein müssen Fachpersonal und Leitungen der Einrichtungsträger, aber auch die Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie die Verantwortlichen in der Politik und bei den Kostenträgern. Sie alle werden sich von der Vbg-PBE abwenden, wenn die erhobenen Daten unvollständig bzw. fehlerhaft und die Auswertungen unzuverlässig bzw. ohne Einfluss auf die durch sie aufgezeigten Tendenzen zur Unter-, Über- oder Fehlversorgung sind.

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2011): Geriatriekonzept Vorarlberg 2011

Autor: Dr. Andreas Mischak

1. Stärken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Das Geriatriekonzept 2011 ist eine Fortschreibung und Weiterentwicklung des Geriatriekonzeptes 1992, die bestehenden Leitbilder werden angepasst, auf neue Entwicklungen Bedacht genommen und Geriatrie fächerübergreifend und interdisziplinär beleuchtet. Die Multidisziplinarität unter Einbeziehung der Psychiatrie als ein Teilbereich in der geriatrischen Versorgung (hier speziell Gerontopsychiatrie) ist abgebildet und als ein Teil des Konzeptes verankert.

Im Konzept finden sich gemeinsam formulierte Strategien mit unterschiedlichen Handlungsfeldern wie Gesundheitsförderung und Prävention, ambulante Versorgung, stationäre Akutversorgung, stationäre Langzeitversorgung, Nachsorge und Rehabilitation, soziale Arbeit und Betreuung sowie ein Teilbereich Personal und Ressourcen, die die breite Gesamtheit der Versorgung widerspiegeln.

Es handelt sich um einen politisch abgestimmten Rahmen, der unter Einbeziehung vieler Handelnder formuliert wurde. Im Konzept wurden Rahmenempfehlungen in allen oben angegebenen Handlungsfeldern angeführt, das Konzept sollte als Handlungsgrundlage Verwendung finden.

2. Schwächen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Insgesamt finden sich nur breit gefächerte Empfehlungen in den Handlungsfeldern, von genauen Zieldefinitionen oder Priorisierungen wurde abgesehen.

Das Fachgebiet Psychiatrie ist, aufgrund des multidisziplinären Ansatzes, nur als ein Teilbereich in den Handlungsfeldern angegeben. Die Fokussierung des Konzeptes liegt im Bereich soziales Umfeld, Sozialarbeit und Sozialbetreuung unter Einbeziehung der anderen Versorgungsstrukturen.

3. Chancen im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Eine große Chance besteht darin, dass es sich um eine bereits politisch abgestimmte Strategie und Rahmenbedingung handelt, in der sich die Aktivitäten eigentlich frei entfalten können, da die Rahmen - Empfehlungen so breit und umfassend gehalten sind. Zusätzlich wurden auch wichtige Teilbereiche wie Gesundheitsförderung, ambulante

Versorgung oder auch soziale Arbeit und Betreuung als gleichwertig mit der Akutversorgung genannt, eine breitere Sicht der Versorgung wurde definiert.

4. Risiken im Hinblick auf die Vorarlberger Psychiatrie

Fehlend sind sicherlich die genauen Zieldefinitionen, es handelt sich um „nur“ allgemein formulierte Empfehlungen, die in vielfältige Richtung interpretierbar sind, zusätzlich wäre – aufgrund der Menge der Einzelempfehlungen - eine Priorisierung hilfreich.

Informationen für die Teilnehmenden der Zukunftswerkstätten im Rahmen des Projekts „Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 - 2025“

Beschluss des Lenkungsausschusses am 10.04.2012

Das Land Vorarlberg will mit breiter Beteiligung der Systempartnerinnen und Systempartner sowie der Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen bis zum Ende des Jahres 2013 ein neues Psychatriekonzept erstellen. 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.

In Abstimmung mit dem Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung hat das Land ein Projekt zur Erstellung eines solchen Psychatriekonzepts beschlossen und dazu einen Fahrplan festgelegt. Ein Projektteam unter der Leitung von Dr. Hermann Elgeti und Thomas Neubacher ist für die Durchführung der einzelnen Schritte zur Erstellung des Konzepts verantwortlich. Ein Lenkungsausschuss tritt alle drei Monate zusammen, um den aktuellen Sachstand auf Grundlage eines Berichtes der Projektleitung zu erörtern und erforderliche Weichenstellungen vorzunehmen.

Im Mittelpunkt des Konzepts wird die Skizzierung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Hilfen in Vorarlberg stehen. Zu diesem Zweck lädt das Projektteam für einzelne Teilbereiche der Versorgung zu einer eintägigen Zukunftswerkstatt unter externer Moderation ein und zwar jeweils etwa 15 Vertretungen von Systempartnerinnen und Systempartnern, die auf diesem Gebiet engagiert sind. Auf der Basis einer Bewertung des Ist-Zustands nach Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken sollen ein bis zwei vorrangige Problemkreise ausgewählt werden, für die dann ein Lösungsansatz in Form einer regionalen Zielvereinbarung entworfen wird.

Zur Vorbereitung der Zukunftswerkstätten hat das Projektteam die Systempartnerinnen und Systempartner zur Abgabe von Stellungnahmen aufgefordert, getrennt für die fünf Kernaufgaben der Psychiatrie: Vorbeugung, Behandlung, Teilhabe, Beheimatung und Steuerung. Es wurde gefragt, wie die Entwicklung der letzten zehn Jahre seit Erstellung des Psychatriekonzepts von 2002 zu bewerten ist und vor welchen Herausforderungen die Psychiatrie in den nächsten zehn Jahren steht. Darauf aufbauend wurden Vorschläge

für Maßnahmen zur Begegnung dieser Herausforderungen erbeten und eine Äußerung, inwieweit es eine Bereitschaft zur Mitwirkung gibt.

Parallel zu dieser Befragung hat das Projektteam eine Reihe aktueller Studien zur Analyse der gegenwärtigen psychiatrischen Versorgung gesichtet und im Hinblick auf ihre Relevanz für die Bewertung der Verhältnisse in Vorarlberg untersucht. Alle, die an einer der insgesamt acht Zukunftswerkstätten teilnehmen, erhalten vorher eine Zusammenfassung sowohl der Stellungnahmen der Systempartnerinnen und Systempartner als auch der Untersuchungsergebnisse des Projektteams. Um eine Zielorientierung der Arbeit in den Zukunftswerkstätten zu unterstützen, hat der Lenkungsausschuss folgende vier strategische Eckpfeiler für die Erstellung des Psychiatriekonzepts beschlossen:

Inklusiver Ansatz:

Alle Maßnahmen sollen die Inklusion der betroffenen Menschen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention fördern. Sie sollen Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen,

- ausgewählt und befristet nach ihrer Wirksamkeit und ihrem Bedarf,
- ausgerichtet auf den Erhalt und die Aktivierung von Ressourcen bei den betroffenen Menschen und in ihrem Lebensumfeld,
- durchgeführt nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“.

Präventiver Ansatz:

Alle Maßnahmen sollen der Förderung seelischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen dienen. Dabei sind folgende Unterscheidungen zu beachten:

- 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:

Alle Maßnahmen sollen Verabredungen beinhalten, die darüber Klarheit schaffen, wer was für wen mit welchem Ziel in welchem Zeitraum tut 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 Landesgesundheitsfonds

und des Sozialfonds als Kostenträger, den Leistungserbringenden von Hilfen, ihren Nutzenden und deren Lebensumfeld. Die Etablierung abgestufter Behandlungskonzepte und integrierter Versorgungsmodelle soll erleichtert werden. Dem dient eine Unterscheidung zwischen

- hausärztlicher, fachärztlicher und spezialfachärztlicher Behandlung mit ihrem jeweiligen Leistungsspektrum,
- verschiedenen Spezialgebieten der Psychiatrie und Psychotherapie,
- verschiedenen Formen komplementärer Hilfen mit ihrem jeweiligen Leistungsspektrum,
- kurz-, mittel- und längerfristigen Angeboten zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bzw. komplementären Hilfe (siehe Tabelle 1 im Anhang),
- den Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region als Basis einer regionalen Zuständigkeit der Leistungserbringenden für eine verstärkte Orientierung der Hilfen auf den Sozialraum und deren flächendeckende Verfügbarkeit (siehe Tabellen 2 und 3 im Anhang).

Pragmatischer Ansatz:

Damit das Projekt „Vorarlberger Psychiatriekonzept“ in der vorgesehenen Zeit auch erfolgreich abgeschlossen werden kann, sollen in den Zukunftswerkstätten nur solche Maßnahmen bearbeitet werden, die für eine Aufnahme darin geeignet sind. Grundsätzlich nicht geeignet sind Fragestellungen, die parallel laufende Reformprozesse betreffen, ausgenommen Lösungsansätze zur Behebung von Schnittstellenproblemen. In diesem Zusammenhang ist auf eine sorgfältige fortlaufende Abstimmung zwischen dem Prozess zur Erstellung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts und den Parallelprozessen „Regionaler Strukturplan Gesundheit“, „Masterplan LKH Rankweil“, „Reorganisation der klinischen Angebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie zur Umsetzung des Vorarlberger Geriatriekonzepts zu achten. Der Lenkungsausschuss hat ebenfalls beschlossen, dass die Psychotherapie und die Psychosomatik nur insoweit Gegenstand des Psychiatriekonzepts sein sollen, wie es sich um Schnittstellenprobleme zur Psychiatrie handelt. Das gilt insbesondere für die psychiatrische Notfallhilfe und die sozialpsychiatrischen Integrationshilfen sowie den psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst, sowohl in somatischen Kliniken als auch in Alten- und Pflegeheimen. Auch die Entwicklung therapeutischer Fachkonzepte für einzelne Krankheitsbilder gehört nicht zu den Projektzielen bei der Erstellung des Vorarlberger Psychiatriekonzepts 2015 – 2025.

Anhang:

Tabelle 1: 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

Tabelle 2: Basisstrukturmodell für wohnortnahe Hilfen im ländlichen Raum*

Versorgungsebene mit Einwohnerzahl	räumliche Gliederung	organisatorische Zuordnung	verfügbare Hilfsangebote
1. Versorgungsebene für ~20.000 Einw.	20 ¹ Regionen in 16 Sozialräumen	Netzwerk der Sozialgemeinde	die wichtigsten Dienste
2. Versorgungsebene für ~100.000 Einw.	die vier Bezirke Bludenz, Feldkirch, Dornbirn, Bregenz	Sozialpsychiatrischer Verbund	Tagesklinik und stat. Wohnbetreuung
3. Versorgungsebene für ~500.000 Einw.	Land Vorarlberg	zentrale Koordination	psychiatrische Klinik spezielle Hilfen zur Arbeit

*) in Anlehnung an Steinhart I, Speck A (2011): Zugänge barrierefrei gestalten! – Ausgestaltung psychiatrischer Hilfen im ländlichen Raum am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.) (2011): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 25-30

¹ Tatsächlich sind es 19 Regionen (statt 20)

Tabelle 3: Zuordnung der 20² 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 Kleinwalser- tal (Mittelberg) 19.000	201 Hinterer Bregenzer- wald (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

² Tatsächlich sind es 19 Regionen (statt 20)

Liste der Teilnehmenden der Zukunftswerkstätten

Zukunftswerkstätte zur Regelbehandlung am 18.06.2012

Leistungserbringende:

Dr. Jan Di Pauli	LKH Rankweil, Vertreter Krankenhausbetriebsgesellschaft
Andrea Reinthaler	LKH Rankweil
Dr. Elmar Weiskopf	Promente
Dr. Barbara Rehberger	AKS gesundheit GmbH
Dr. Andreas Gruber	Vertreter Ärztekammer
Dr. Katharina Bannmüller-Truppe	Vertreterin Ärztekammer
Edith Breuss	Vlb. Landesverband der Psychotherapeuten
Dr. Hubert Schneider	LKH Rankweil

Kostenträger:

Dr. Andreas Mischak	Landesgesundheitsfonds
---------------------	------------------------

Verantwortungsträger (Land/Gemeinde):

Mag. Sabine Kessler	Frauen - Land
Norbert Schnetzer	Gemeindeverband

Nutzervertretung:

Stefan Hagleitner	Omnibus
Maria Winder	HPE

Zukunftswerkstätte zur Rehabilitation und Integration am 19.06.2012

Leistungserbringende:

Dr. Christine Klien	AKS gesundheit GmbH, Arbeitsmedizinerin
Dr. Barbara Rehberger	AKS gesundheit GmbH
Renate Vogel	AKS gesundheit GmbH
Christof Wäger	Aqua Mühle
Dr. Elmar Weiskopf	Promente
Mag. Elisabeth Kern	IfS-Assistenz
Bertram Bolter	Kolpinghaus Bregenz
Dr. Zulfokar Al-Dubai	Sozialpsychiatrie Bregenz
Karlheinz Frick	Verein seelische Gesundheit

Kostenträger:

Mag. Margot Prax	Pensionsversicherungsanstalt
------------------	------------------------------

Verantwortungsträger (Land/Gemeinde):

Bgm. Gottfried Brändle	Gemeindeverband
------------------------	-----------------

Nutzervertretung:

Mag. Florian Bachmann-Heyda	IfS-Sachwalterschaft
Maria Winder	HPE
Stefan Hagleitner	Omnibus
Petra Girardi	Netzwerk Eltern-Autismus

Zukunftswerkstätte zur Suchtkrankenhilfe am 21.06.2012

Leistungserbringende:

Dr. Roland Wölfle	Maria Ebene
Dr. Johanna Rohrer	Maria Ebene
Mag. Johannes Rauch	Maria Ebene
Mag. Petra Grassl-Riederer	Caritas
Monika Chromy	Caritas
Rainer Roppele	Ex & Hopp
Konrad Steuerer	Faehre
Brigitte Aberer	Do it yourself
Dr. Franz Riedl	Facharzt/Vertreter Ärztekammer
Regina Sams	KOJE

Kostenträger:

Dr. Andreas Mischak	Landesgesundheitsfonds
Mag. Christina Klocker	Sozialfonds

Nutzerververtretung:

Manfred Neururer	Friends of Maria Ebene
Elin Magnúsdóttir	Anonyme Alkoholiker
Carola Kratky	Angehörigenvertretung

Zukunftswerkstätte zur Kinder- und Jugendpsychiatrie am 22.06.2012

Leistungserbringende:

Dr. Sabine Hartmann	KJPP Stiftung Carina
Dr. Hans-Peter Oswald	Niedergelassener Facharzt, Vertreter Ärztekammer
Dr. Maria Veraar	LKH Rankweil
Dr. Jan Di Pauli	LKH Rankweil
Dr. Wolfram Metzger	Promente
Mag. Martina Gasser	IfS
Dr. Anneli Kremmel-Bohle	Vorarlberger Kinderdorf
Dr. Harald Geiger	FA für Kinder- und Jugendheilkunde
Kerstin Mündle	Aqua Mühle

Kostenträger:

Herbert Sparr	Sozialfonds
Dr. Andreas Mischak	Landesgesundheitsfonds
Carmen Nardelli	Koordinationsstelle für Integrationsangelegenheiten - Land

Verantwortungsträger (Land/Gemeinde):

Jürgen Hartmann	Land – IVa - Jugendwohlfahrt
Fabienne Fleischhacker	Projektteam

Nutzerververtretung:

Michael Rauch	Kinder- und Jugendanwalt
Mag. Barbara Hinterholzer	Omnibus

Zukunftswerkstätte zur Gerontopsychiatrie am 25.06.2012

Leistungserbringende:

Dr. Barbara Rehberger	AKS gesundheit GmbH
Dr. Elmar Weiskopf	Promente
Dr. Reinhard Bacher	AKS gesundheit GmbH - Bacher
Mag. Philipp Graninger	Landesverband Heim- und Pflegeleitung
Mag. Martin Hebenstreit	Connexia
Susanne Luisi-Schmid	Connexia
Andrea Plut-Sauer	Connexia
Dr. Eva Mann	Vertreterin Ärztekammer
Andrea Winder	Pflegeheim Dornbirn
Mag. Elisabeth Kern	IfS-Assistenz

Kostenträger:

Mag. Erich Gruber	Sozialfonds
-------------------	-------------

Verantwortungsträger (Land/Gemeinde):

Dipl.Pflegew. Gabriela Jansen	Sanitätsangelegenheiten – Land
-------------------------------	--------------------------------

Nutzervertretung:

Dr. Herbert Spies	IfS-Bewohnervertreter
-------------------	-----------------------

Zukunftswerkstätte zur Psychotherapie und Psychosomatik am 26.06.2012

Leistungserbringende:

Mag. Andrea Burtscher	IfS
Dr. Joachim Warnecke	Promente
Mag. Ferdinand Lerbscher	Gemeinsam Leben Lernen
Dr. Georg Weinländer	Station Psychosomatik Hohenems
Dr. Hans-Peter Oswald	Niedergelassener Facharzt
Sepp Gröfler	Telefonseelsorge
Dr. Harald Schlocker	Vertreter Ärztekammer
Edith Breuss	Vlbg. Landesverband der Psychotherapeuten
Manfred Buchacher	Vlbg. Landesverband der Psychotherapeuten
Dr. Hubert Schneider	LKH Rankweil

Kostenträger:

Dr. Judith Fischer	Sozialfonds
--------------------	-------------

Nutzervertretung:

Stefan Hagleitner	Omnibus
Maria Winder	HPE

Zukunftswerkstätte zur Wohnungslosenhilfe am 28.06.2012

Leistungserbringende:

Eva Sperger	Promente
Peter Brunner	Kolpinghaus Götzis
Mag. Arno Noventa	Kolpinghaus Bregenz
Siegfried Matt	Kaplan Bonetti
Mag. Petra Grassl-Riederer	Caritas
Rosa Völkel	Aqua Mühle
Thomas Struber	AKS gesundheit GmbH
Mag. Wolfgang Meier	Caritas Wohnungslosenhilfe
Mario Knaus	Dowas
Monika Lutz	LKH Rankweil
Dr. Martina Gasser	IfS

Kostenträger:

Judith Fischer	Sozialfonds
----------------	-------------

Verantwortungsträger (Land/Gemeinde):

Johann Tschann	Sachverständiger Land
Martin Mähr	BH Feldkirch
Theresia Rümmele	Projektteam

Nutzervertretung:

Doris Schreiber	IfS-Sachwalterschaft
Andreas Summer	Kolpinghausbewohner

Amtsinterne Zukunftswerkstätte am 27.06.2012

Dr. Elfriede Rauch-Eiter	IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration
Dr. Harald Kraft	IVb – Gesundheit und Sport
Dipl.Ing. Gerd Platzer	IVb – Gesundheit und Sport
Dr. Andreas Mischak	IVb – Gesundheit und Sport
Dr. Nicole Lutz	IVd - Sanitätsangelegenheiten
Thomas Neubacher	IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration
Dr. Wolfgang Weber	IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration
Theresia Rümmele	IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration

Zukunftswerkstätte / Umsetzungsworkshop am 04.10.2012

Dr. Andreas Gruber
Dr. Andreas Mischak
Mag. (FH) Bernd Klisch
Dr. Johanna Rohrer
Dr. Till Hornung
Dr. Wolfgang Weber
Dr. Elmar Weiskopf
Fabienne Fleischhacker
Dr. Günter Winkler
Dr. Hans-Peter Oswald
Dr. Hubert Schneider
Dr. Margot Prax
Maria Winder
Peter Klinger
Dr. Stefan Allgäuer
Stefan Hagleitner
Theresia Rümmele
Dr. Wolfgang Menz
Thomas Vogel
Dr. Hermann Elgeti
Thomas Neubacher

Ärztchammer Vorarlberg
Vorarlberger Gesundheitsfonds
AKS gesundheit GmbH
Stiftung Maria Ebene
Krankenhaus Betriebsgesellschaft
Land – IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration
Promente
Land – IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration
VGKK
Promente, Ärztekammter
LKH Rankweil
Pensionsversicherungsanstalt
HPE
Caritas
IfS
Omnibus
Land – IVa – Gesellschaft, Soziales und Integration
Carina
Aqua Mühle
Projektleitung
Projektleitung

Lösungsvorschläge aus den Zukunftswerkstätten

Zukunftswerkstätte 1 – Zur Regelbehandlung am 18.06.2012:

Kern-aufgabe	Lösungsvorschläge	Punkte-bewertung	Entwicklungs-projekt
2	<i>Auflösung Einzelverträge / Schaffung von Gruppenpraxen</i>	-	-
5	Koordinationsstelle zur Erfassung und Beschickung freier Plätze (TS, WG)	1	1
5	Weiterentwicklung der regionalen PBE, Einführung IHP ambulante Hilfen	1	A
3	Alternative Lebensgewohnheiten (niederschwelliger Zugang Wohnen und Tagesbetreuung)	-	B
2	Psychoedukation: Information, Beratung, Aufklärung (BS, Psychotherapeuten, Psychiater)	1	9
2	<i>Umsetzung des Psychotherapie-Gesetzes / PT als Sachleistung</i>	1	-
2	Psychotherapie für psychiatrische Patienten / freie Therapeutenwahl	1	8
5	Verlässliche Daten aus niedergelassenen Praxen	1	A
5	Versorgungsverbund auf Bezirksebene (Versorgungspflicht, Koordination?)	1	1
2	<i>Erhöhung Ressourcen für notwendige Angebote: § 2-Kassenstellen, TK, Spezialambulanzen, -ordinationen, Nachkontrolle-Ambulanz)</i>	2	-
5	Vernetzung, Versorgung auf Gemeindeebene / Erhöhung der sozialarbeiterischen Kompetenz	2	B
	<i>Ermöglichung Teilkrankenstand, -pension, -pflegeurlaub</i>	4	-
2	<i>Mobiles privates Team (FA in Bereitschaft)</i>	4	1
5	Sammlung – Sichtung – Zusammenfassung von Angeboten (Info-Blätter, -Point, Hotline)	-	A

Zukunftswerkstätte 2 – Zur Rehabilitation und Integration am 19.06.2012:

Kern-aufgabe	Lösungsvorschläge	Punkte-bewertung	Entwicklungs-projekt
2	<i>Autismus-Kompetenz-Zentrum</i>	5	-
5	<i>Gemeindenahes Case Management (im Sozialzentrum verortet)</i>	4	B
3	Sozial-Café (Veranstaltung, Essen und Trinken, Ausflüge, Beschäftigung, Treffpunkt für Dialog)	3	B
3	<i>Reha-WG-Plätze für Adoleszente (berufliche Reha) u. forensische Patienten</i>	2	-
2	Psychotherapie und Arbeit (Sozialkompetenz der Therapeuten)	2	8
3	<i>Wohnen, Ausbildung u. Arbeit für Autismus-Spektrums-Störungs-Patienten</i>	2	-
3	Ambulant betreutes Wohnen mit Wohngruppen von Gemeinden / Land (Ziel: 50 Wohnungen / 10.000 Ew.)	2	5
3	<i>Beschäftigung / Arbeit / Ausbildung für ASS-Patienten</i>	3	-
	<i>Teilkrankenstand, -invalidität, -BV</i>	1	-
2	Nachgehende Arbeit und Krisendienst für Patienten ohne / mit wenig Krankheitseinsicht	1	1, 10
3	Ambulant betreutes Wohnen und Tagesstruktur für chronifizierte Patienten	-	5, 7
3	Ausbildung / Arbeit statt Beschäftigung (AMS, Aqua Mühle, lokale Wirtschaft, Gemeinden)	-	6, 7

Kernaufgabe: 1-Vorbeugung (Gesundheitsförderung und Prävention); 2-Behandlung (Regelversorgung und Notfallhilfe); 3-Teilhabe (Rehabilitation und Integration); 4-Beheimatung (Pflege und Langzeitbetreuung); 5-Steuerung (Koordination und Planung); Leere Felder bezeichnen Lösungsvorschläge zu Themen, die keiner Kernaufgabe zuzuordnen waren.

Kursiv geschriebene Lösungsvorschläge konnten auf Grund diverser Ausschlusskriterien (wie zB parallele Reformprozesse uam.) keine Berücksichtigung finden. In roter Schrift dargestellt wurden die in der jeweiligen Zukunftswerkstätte priorisierten Lösungsvorschläge.

Zukunftswerkstätte 3 – Zur Suchtkrankenhilfe am 21.06.2012:

Kernaufgabe	Lösungsvorschläge	Punktebewertung	Entwicklungsprojekt
	<i>Datenschutz nach dem Hamburger Modell (im Sinne von Anonymisierung)</i>	3	-
4	Diversifiziertes Wohnen (z.B. für „alte“ Suchtkranke) für Menschen mit und ohne Abstinenz-Motivation	3	5
3	Beschäftigung / Arbeit / Tagesstruktur	2	6, 7
5	Unabhängiges Fachgremium für die Landesregierung	2	A
	<i>Migranten-gerechte Hilfen (von Prävention bis Nachbetreuung)</i>	1	-
1	Drugchecking	9	-
5	Von der Fachaufsicht zum Casemanagement	2	1, 2, 3, 4
5	Kluft verkleinern zwischen stationärer Therapie und Nachsorge	1	1, 2, 3, 4
4	Niederschwellige Angebote und Dauerwohnräume für ein würdevolles Leben	2	5
3	Arbeitsmarkt und sinnvolle Beschäftigung	1	6, 7
2	Substitution (niederschwellige Angebote / Ausstiegsangebote)	1	2
1	Schulung der Exekutive, Vernetzung, Sensibilisierung	-	9
4	<i>Wohnprojekt für Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung</i>	-	-
	<i>Hilfen zum Überleben (von „check it“ über Notschlafstelle bis Entkriminalisierung)</i>	-	-
2	nachgehend / aufsuchende Begleitung (Casemanagement) flächendeckend, bis an richtige Stelle vermittelt und dort angekommen	-	1, 2, 3, 4

Zukunftswerkstätte 4 – Zur Kinder- und Jugendpsychiatrie am 22.06.2012:

Kernaufgabe	Lösungsvorschläge	Punktebewertung	Entwicklungsprojekt
2	<i>Stationäre Versorgung der KJP</i>	5	-
2	Sozialpsychiatrie für Kinder (analog ambulante Jugendpsychiatrie)	4	3
3	Lehrwerkstätten	3	6
1	Interdisziplinäre SQUAT-Teams	2	9
1	Selektive Prävention bei erkanntem Bedarf mit praktischer Intervention	2	9
2	Sozialpsychiatrie des Kindesalters	2	3
4	<i>Mehr Unterbringungsplätze zur Nachsorge / Schaffung günstiger Ersatzmilieus</i>	1	-
1	„Frühe Hilfen“ generalpräventiv und selektive Prävention	1	9
2	<i>Akutversorgung für Kinder unter 13 Jahren</i>	-	-
2	<i>KJP Gesamtklinik an gemeinsamem Standort 365 Tage 24 Stunden</i>	-	-
2	<i>Jugend – Drogen: Liaison-Dienst und Interregio-Klinik</i>	-	-
	„Frühe Hilfen“ Schnittstelle JWF (Strategieprozess bis zum regionalen Netzwerk)	-	9
1	„Frühe Hilfen“ Early Excellence Centre (Prävention und Behandlung / vermehrte Eltern-Kind-Therapie-Angebote)	-	9

Kernaufgabe: 1-Vorbeugung (Gesundheitsförderung und Prävention); 2-Behandlung (Regelversorgung und Notfallhilfe); 3-Teilhabe (Rehabilitation und Integration); 4-Beheimatung (Pflege und Langzeitbetreuung); 5-Steuerung (Koordination und Planung); Leere Felder bezeichnen Lösungsvorschläge zu Themen, die keiner Kernaufgabe zuzuordnen waren.

Kursiv geschriebene Lösungsvorschläge konnten auf Grund diverser Ausschlusskriterien (wie zB parallele Reformprozesse uam.) keine Berücksichtigung finden. In roter Schrift dargestellt wurden die in der jeweiligen Zukunftswerkstätte priorisierten Lösungsvorschläge.

Zukunftswerkstätte 5 – Zur Gerontopsychiatrie am 25.06.2012:

Kernaufgabe	Lösungsvorschläge	Punktebewertung	Entwicklungsprojekt
2	<i>Geriatric-Stationen an jedem Krankenhaus!</i>	4	-
	<i>Ausbildung Pflegekräfte</i>	4	4
4	<i>Stationäre und ambulante Übergangspflege nach Akutbehandlung in Klinik</i>	3	-
2	<i>Stationäre Akut-Geriatric in Allgemeinkrankenhäusern</i>	3	-
5	Steuerung der Umsetzung von Maßnahmen des Psychatriekonzepts	2	A
2	Heimarzt: präsent, fachkundig – und fürs Heim – kostenlos	1	4
5	Case- und Caremanagement flächendeckend als zentrale Anlaufstelle	1	1
4	<i>Ausdifferenzierung der Angebote in Pflegeheimen (nach Alter, Versorgungsbedarf und Leistungsprofil)</i>	1	-
4	Gerontopsychiatrische Versorgung in den Pflegeheimen (Fallbesprechungen, Kurvenvisite, Angehörigengespräche)	1	4
	<i>Zusammenlegung und Vereinfachung der Finanzierungs- und Leistungslogik (Bundes- und Landesregierung)</i>	-	-
5	Entlassungsmanagement bei gerontopsychiatrischen Patienten aus Akutklinik in Pflegeheim oder häusliche Betreuung (Helferkonferenz)	-	4
	Gerontopsychiatrische Ausbildung der Ärzte, Pflegekräfte und Hilfsdienste	-	4
2	<i>Räumliche und personelle Strukturen in Akutkliniken für gerontopsychiatrische Patienten optimieren</i>	-	-

Zukunftswerkstätte 6 – Zur Psychotherapie und Psychosomatik am 26.06.2012:

Kernaufgabe	Lösungsvorschläge	Punktebewertung	Entwicklungsprojekt
2	<i>Gruppentherapien zur Krisenintervention in Kooperation sämtlicher Anbieter (störungsspezifisch / Peergruppen / am Übergang stationär – ambulant)</i>	4	8
2	<i>Psychotherapeutische Gruppenangebote an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Dienste (inkl. Vernetzung zwischen Betroffenen)</i>	4	8
5	<i>Gründung eines Landespsychiatrie-Beirates zur Steuerung der landesfinanzierten PT-Angebote</i>	3	-
2	24-Stunden-Kriseninterventionsdienst aufsuchend mit Krisenzentrum als vernetztes Angebot mit Ressourcen bestehender Anbieter	3	1, 10
2	Psychotherapeutische Krisenintervention über Ambulanz / Clearingstelle	2	8, 10
5	<i>Freien Zugang zu Psychotherapie erhalten, unabhängig von Maßnahmen / „Programmen“</i>	1	-
2	<i>Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung</i>	1	-
2	<i>Zeitnahe ambulante PT-Weiterbetreuung diagnostisch abgeklärter Patienten nach stat. Therapie in Psychosomatik</i>	1	-
2	Ambulante Kinder-Sozialpsychiatrie für schwere Störungen (6-14Jährige) – wie Jugendpsychiatrie	1	3
2	Aufsuchende psychotherapeutische Krisenintervention in akuten Krisen (Bereitschaftsdienst)	-	1, 10
5	Prüfung der Finanzierung in Gesundheits- und Sozial-politik (Analyse, Bedarfsprüfung, Umschichtung, gezielter Mitteleinsatz nach Wirksamkeit)	-	A
2	<i>Weiterführung der Psychotherapie auch bei stationärer Behandlung</i>	-	-

Kernaufgabe: 1-Vorbeugung (Gesundheitsförderung und Prävention); 2-Behandlung (Regelversorgung und Notfallhilfe); 3-Teilhabe (Rehabilitation und Integration); 4-Beheimatung (Pflege und Langzeitbetreuung); 5-Steuerung (Koordination und Planung); Leere Felder bezeichnen Lösungsvorschläge zu Themen, die keiner Kernaufgabe zuzuordnen waren.

Kursiv geschriebene Lösungsvorschläge konnten auf Grund diverser Ausschlusskriterien (wie zB parallele Reformprozesse uam.) keine Berücksichtigung finden. In roter Schrift dargestellt wurden die in der jeweiligen Zukunftswerkstätte priorisierten Lösungsvorschläge.

Zukunftswerkstätte 7 – Zur Wohnungslosenhilfe am 28.06.2012:

Kernaufgabe	Lösungsvorschläge	Punktebewertung	Entwicklungsprojekt
3	Tagesstruktur – bedarfsgerecht, zeitlich und örtlich angepasst (kein Abstellgleis! Anforderungen niedrig bis hoch)	5	7
2	Krisenintervention – vor Eskalation!	3	10
4	„Housing first“ – eigenständiges Wohnen, aber nicht um jeden Preis	2	5
3	Integrative Tagesstruktur: für Teilzeitkrankenstand, gegen Verdammnis zum „Nichts-Tun“ (beachte Zuverdienstgrenzen bei IV-Pension)	2	7
3	„Spagat für alle!“ – Jobcoaching mit einfachen Zugängen zu Beschäftigung	2	6
3	Geeignete Wohnformen für verschiedenste Zielgruppen (inkl. Zugang zu sozialem Wohnbau), zB betreutes Wohnen bei psychisch Erkrankten	2	5
4	(betreute) Wohnmöglichkeit für Haftentlassene und ältere chronifiziert erkrankte Patienten	-	5
3	Längerfristige tagesstrukturierende (Beschäftigungs-) Angebote	2	7
4	Begleitetes Wohnen für Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf (bei Bedarf über 5 Std./Wo. /fachübergreifend)	2	5
3	<i>Niederschwellige Wohnungslosenhilfe für Jugendliche unter 18 Jahren (offenes Jugendschlafhaus)</i>	1	-
4	Gewährleistung des Zugangs zu Wohnraum und Sicherung der Betreuung	1	5
	<i>Angemessene Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei Hilfen für Migranten und Frauen</i>	1	-
5	Engere Vernetzung der Systempartner in Wohnungslosenhilfe und Psychiatrie	1	5
2	Nachgehende psychiatrische Versorgung mit Hausbesuchen und 24-Stunden-Nottelefon	1	1, 10
2	<i>Eindämmung des Medikamenten-„Waldes“</i>	-	-
3	<i>Spezielle Angebote für wohnungslose Frauen (besondere Wohnform)</i>	-	-
5	Personenzentriertes Casemanagement als Integration in bestehende Dienste (durch Steuerungsgruppe beim Land)	-	1, 2, 3, 4
3	Integrative Tagesstruktur (tages- und wochenstrukturierend, Ausbau alternativer Möglichkeiten wie Bauernhof und Tiere)	-	7
2	Ambulante fachärztliche Betreuung: schnellerer Zugang zu Fachärzten, Ausbau Tagesklinik, Vernetzung	1	1, 2, 3

Zukunftswerkstätte 8 – Amtsintern am 27.06.2012:

Kernaufgabe	Lösungsvorschläge	Punktebewertung	Entwicklungsprojekt
5	Abgestimmte Strategien der Abteilungen IVa, IVb und IVd, gemeinsame Fachplanung mit Sozialversicherungen	1	A
5	Pilotprojekt Landesstelle Psychiatriekoordination	2	A
5	Entwicklung einer internen Kommunikationsstruktur in Gruppe IV des Amtes der Vbg. LR	1	A
5	Rechtsgutachten zur Abgrenzung der Aufgaben von Land und Sozialversicherungen	-	-
5	Geschäftseinteilung der Gruppe IV des Amtes der Vbg. LR	-	-

Kernaufgabe: 1-Vorbeugung (Gesundheitsförderung und Prävention); 2-Behandlung (Regelversorgung und Notfallhilfe); 3-Teilhabe (Rehabilitation und Integration); 4-Beheimatung (Pflege und Langzeitbetreuung); 5-Steuerung (Koordination und Planung); Leere Felder bezeichnen Lösungsvorschläge zu Themen, die keiner Kernaufgabe zuzuordnen waren.

Kursiv geschriebene Lösungsvorschläge konnten auf Grund diverser Ausschlusskriterien (wie zB parallele Reformprozesse uam.) keine Berücksichtigung finden. In roter Schrift dargestellt wurden die in der jeweiligen Zukunftswerkstätte priorisierten Lösungsvorschläge.

Zusammenfassung und Auswertung der Zukunftswerkstätten vom 18. bis 28. Juni 2012

**(Bericht der Projektgruppe für die Sitzung des
Lenkungsausschusses am 02.10.2012)**

1. Die Zukunftswerkstätten wurden systematisch vorbereitet

Zur Evaluation des Psychiatriekonzepts von 2002 und seiner Fortschreibung wurde am 04.10.2011 in einer Besprechung des prospektiven Lenkungsausschusses im Büro des Landesstatthalters Mag. Markus Wallner die Durchführung eines Projekts verabredet. Als Grundlage diente eine Projektskizze, die auch den Vorschlag enthielt, zunächst die Systempartnerinnen und Systempartner dazu einzuladen, Stellungnahmen nach einer vorgegebenen Struktur zu verfassen. Am 10.01.2012 verabschiedete der Lenkungsausschuss den amtsintern ausgearbeiteten Projektauftrag und am 15.03.2012 beschloss das Kuratorium des Sozialfonds das Projekt Fortschreibung und Evaluierung des Psychiatriekonzepts 2002 für den Zeitraum 2015 – 2025.

Allgemeines Ziel des Projekts ist es, die seelische Gesundheit der Vorarlberger Bevölkerung verstärkt zu fördern und psychisch erkrankten Menschen bestmögliche Hilfen für Selbstbestimmung und Teilhabe zu bieten. Als Hauptaufgaben der Projektgruppe bei der Evaluation des Psychiatriekonzepts von 2002 und seiner Fortschreibung wurden festgelegt: die Befragung der Systempartnerinnen und Systempartner, die Entwicklung strategischer Eckpfeiler für das Projekt, die Durchführung von Zukunftswerkstätten und die Konzepterstellung.

Das Projektteam besteht aus Dr. Hermann Elgeti und Thomas Neubacher (Projektleitung), Dr. Günther 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). Mit dem Projektmanagement wurden Mag. Günther Kradschnig und Mag. Elisabeth Babnik (Integrated Consulting Group) beauftragt.

Den Vorsitz des Lenkungsausschusses hat der Landesrat für Gesundheit übernommen (Dr. Rainer Gögele bzw. ab Juni 2012 Dr. Christian Bernhard). Weiter wirken dort mit: Die Geschäftsführer der KHBG (Dr. Gerald Fleisch und Dr. Till Hornung), die Leitungen der Abteilungen Gesellschaft, Soziales und Integration (Dr. Elfriede Rauch-Eiter), Sanitätsangelegenheiten (Dr. Christian Bernhard bzw. ab Juli 2012 Dr. Wolfgang Grabher) und Gesundheit und Sport (Dr. Eugen Ludescher) sowie Vertretungen der VGKK

(Manfred Brunner), PVA (Dr. Werner Bischof) und des Gemeindeverbands (Bürgermeister Werner Müller). An den Sitzungen nehmen außerdem die Projektleitung und das Projektmanagement teil.

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. 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 erläutert 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.

Parallel erarbeitete das Projektteam einen Entwurf zu den strategischen Eckpfeilern für die Ausarbeitung des künftigen Psychiatriekonzepts. Der Lenkungsausschuss beschloss den Entwurf mit einigen Ergänzungen in seiner Sitzung am 10.04.2012 und der Text wurde den Teilnehmenden an den Zukunftswerkstätten gemeinsam mit der Zusammenfassung der Stellungnahmen zur Vorbereitung zugesandt.

2. Wertvoll waren verlässliche Struktur und vielfältige Perspektiven

Insgesamt acht ganztägige Zukunftswerkstätten (ZW) wurden in der Zeit vom 18. bis zum 28.06.2012 durchgeführt, gesondert für folgende Teilgebiete der Psychiatrie:

1. PR: Psychiatrische Regelbehandlung (inkl. Krisenintervention und Notfallhilfe),
2. RI: berufliche Rehabilitation und Integrationshilfen,
3. SH: Suchtkrankenhilfe,
4. KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie,
5. GP Gerontopsychiatrie,
6. PT: Psychotherapie in der Psychiatrie,
7. WH: Wohnungslosenhilfe,

ergänzt um eine

8. AI: amtsinterne ZW der Gruppe IV im Amt der Vorarlberger Landesregierung.

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

In den ZW 1-7 sollten sowohl eine Vielfalt von Leistungserbringenden (6-10 Personen) und von Interessengruppen der Nutzenden (1-4 Personen) als auch 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 summieren sich die Teilnahmen auf 108. Zusätzlich nahmen an allen ZW die Projektleitung und teilweise weitere Mitglieder des Projektteams teil. Die Moderation erfolgte durch die ICG.

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.

3. Die Teilnehmenden erarbeiteten zahlreiche Lösungsvorschläge

Die Teilnehmenden der acht ZW formulierten insgesamt 103 Lösungsvorschläge. Diese konnten zumeist einer der fünf definierten Kernaufgaben der Psychiatrie zugeordnet werden: Sechs 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 zehn Vorschläge gemacht, die sich meist auf die gesetzliche Rahmenbedingungen der Versorgung, auf Fortbildung von Fachpersonal und auf den 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. Die Tabelle 2 zeigt, wie viele Lösungsvorschläge aus den verschiedenen ZW den einzelnen Kernaufgaben der Psychiatrie zugeordnet wurden.

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

*) nach dem Schrägstrich: davon priorisierte Lösungsvorschläge

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“.

4. Die Auswertung mündete in 12 Empfehlungen der Projektgruppe

Das Projektteam hatte nun die Aufgabe, alle Lösungsvorschläge zu sichten und auszuwerten. Die Ergebnisse sollten für den Lenkungsausschuss so aufbereitet werden, dass eine fundierte Entscheidung darüber getroffen werden kann, welche Entwicklungsprojekte in das Vorarlberger Psychiatriekonzept für die Jahre 2015 – 2025 aufgenommen werden sollen. Dabei wurden nur solche Lösungsvorschläge berücksichtigt, die den in den strategischen Eckpfeilern formulierten Kriterien entsprachen. Auch vor dem Hintergrund der Prioritäten der ZW wurde der Schwerpunkt auf die beiden Kernaufgaben „Behandlung“ und „Steuerung“ gelegt.

Die zwei Basis-Innovationen und zehn Entwicklungsprojekte als Ergebnis der Auswertung werden weiter unten (Abschnitte 6 und 7) skizziert. In ihnen konnten 66% aller in den Zukunftswerkstätten erarbeiteten Lösungsvorschläge (68 von 103) mit 68% aller von den Teilnehmenden vergebenen Punkte (105 von 154) integriert werden, darunter 12 von 17 priorisierten Vorschlägen (71%). Unabhängig von der Verwirklichung einzelner Entwicklungsprojekte müssten nach Überzeugung des Projektteams vom Land bzw. von den Gemeinden die beiden Basis-Innovationen realisiert werden. Sie schaffen entscheidende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung des neuen Psychiatriekonzepts.

Die Tabelle 3 zeigt, wie viele Lösungsvorschläge aus den Zukunftswerkstätten – differenziert nach ihrer thematischen Zuordnung – bei den Basis-Innovationen und den Entwicklungsprojekten berücksichtigt wurden. Im Anhang zu diesem Bericht findet sich eine Liste aller berücksichtigten Lösungsvorschläge mit Zuordnung zur ZW (1-8), zum Entwicklungsprojekt (1-10) bzw. zur Basis-Innovation (A / B) und den dafür vergebenen Punkten sowie einer Markierung bei Priorisierung. Eine Reihe von Vorschlägen wurde in mehreren Entwicklungsprojekten berücksichtigt.

Tabelle 3: berücksichtigte Lösungsvorschläge nach Thema*

thematische Zuordnung		Basis-I.		Entwicklungsprojekte									
		A	B	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kernaufgaben	Prävention (6/0)											6/0	
	Behandlung (19/5)			8/1	3/0	5/1	2/0				5/2	1/0	6/1
	Teilhabe (14/1)		2/0						3/0	5/0	8/1		
	Beheimatung (7/1)						1/0	6/1					
	Steuerung (19/4)	9/3	2/1	6/0	3/0	3/0	4/0	1/0					
andere Themen (3/1)							2/1					1/0	
vergebene Punkte (105)		10	9	18	5	11	9	15	8	12	13	8	10

*) nach dem Schrägstrich: davon priorisierte Vorschläge; Mehrfachnennungen möglich

Im Ergebnis werden also 35 Lösungsvorschläge – davon fünf priorisierte – nicht berücksichtigt. Acht von ihnen beziehen sich auf parallel laufende Reformprozesse, also auf den Masterplan für das Landeskrankenhaus Rankweil (LKH), auf die Zusammenführung der Klinik für Kinderpsychiatrie der Stiftung Carina mit der Abteilung für Jugendpsychiatrie des LKH Rankweil (KJP) und auf die Umsetzung des Geriatriekonzepts (GK). Zehn weitere Lösungsvorschläge thematisieren Fragestellungen, die der Lenkungsausschuss aus pragmatischen Gründen nicht in das neue Psychiatriekonzept aufnehmen will. Hier geht es um Diagnose-spezifische Lösungsvorschläge zu Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) bzw. drogenabhängigen Jugendlichen (DAJ) sowie um solche zum Gesamtbereich der Psychotherapie (PT).

Weitere 17 Lösungsvorschläge – davon zwei priorisierte – wurden aus verschiedenen anderen Gründen nicht in ein Entwicklungsprojekt integriert. Je sechs von ihnen beziehen sich auf den Auf- bzw. Ausbau stationärer Betreuungsformen (SB) und auf Änderungen bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen (GR). Je zwei Lösungsvorschläge formulieren Forderungen zur Hilfeleistung für psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund (MI) und zu amtsinternen Aktivitäten (AA). Ein Lösungsvorschlag schließlich ließ sich nicht zuzuordnen; hier werden „Hilfen zum Überleben, von *check-it* über Notschlafstelle bis Entkriminalisierung“ gefordert. Die Tabelle 4 führt diese nicht berücksichtigten Lösungsvorschläge zusammenfassend auf.

Tabelle 4: nicht berücksichtigte Lösungsvorschläge nach Thema*

thematische Zuordnung		parallele Reformprozesse			pragmatischer Ausschluss			andere unberücksichtigte Lösungsvorschläge				
		LKH	KJP	GK	ASS	DAJ	PT	SB	MI	GR	AA	HÜ
Kernaufgaben	Prävention (0)											
	Behandlung (15/3)	1/0	3/1	3/1	1/1	1/0	4/0			2/0		
	Teilhabe (5/0)				2/0			3/0				
	Beheimatung (4/0)			1/0				3/0				
	Steuerung (4/0)						2/0				2/0	
andere Themen (7/2)									2/0	4/2		1/0
vergebene Punkte (49)		2	5	10	10	0	7	5	2	8	0	0

*) nach dem Schrägstrich: davon priorisierte Lösungsvorschläge

5. Die Nicht-Berücksichtigung von Vorschlägen ist begründet

In diesem Abschnitt wird erläutert, warum das Projektteam bei ihrer Auswertung einzelne Lösungsvorschläge aus den Zukunftswerkstätten nicht in ein Entwicklungsprojekt aufgenommen hat.

5.1 Parallele Reformprozesse sind nicht Teil des Konzepts, aber auch wichtig

Bezogen auf parallele Reformprozesse wurde in den strategischen Eckpfeilern festgelegt, dass nur die Bearbeitung von Schnittstellen zur übrigen psychiatrischen Versorgung in das neue Psychatriekonzept aufgenommen werden könnten. Gleichwohl sollte nicht unerwähnt bleiben, dass diesen Reformprozessen von den Teilnehmenden der ZW eine hohe Bedeutung zugemessen wurde. Vorgeschlagen wurde in diesem Zusammenhang:

- bezogen auf den Masterplan des LKH Rankweil eine Erhöhung der Ressourcen für notwendige Angebote: § 2-Kassenstellen, Tageskliniken, Spezialambulanzen, Spezialordinationen, Nachkontroll-Ambulanz;
- bezogen auf die Zusammenführung der stationären Behandlungsangebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: stationäre Versorgung der KJP zusammenführen (*priorisiert*), Akutversorgung für Kinder unter 13 Jahren, KJP Gesamtklinik an gemeinsamem Standort 365 Tage 24 Stunden;
- bezogen auf das Geriatriekonzept: Geriatrie-Stationen an jedem Krankenhaus! (*priorisiert*), stationäre und ambulante Übergangspflege nach Akutbehandlung in der Klinik, stationäre Akut-Geriatrie in Allgemeinkrankenhäusern, räumliche und personelle Strukturen in Akutkliniken für gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten optimieren.

5.2 Diagnose-spezifische Vorschläge sind an anderer Stelle zu prüfen

Bei zwei Zukunftswerkstätten warben Mitglieder des Netzwerks Autismus engagiert für ihre Vorschläge zu bedarfsgerechteren Hilfen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Gefordert wurde ein Autismus-Kompetenz-Zentrum (*priorisiert*) sowie spezielle Angebote zu Wohnen, Ausbildung und Arbeit für Patientinnen und Patienten mit ASS (zwei Vorschläge). Hier empfiehlt das Projektteam den zuständigen Kostenträgern, unabhängig vom neuen Psychatriekonzept mit Vertretenden des Netzwerk Autismus zu beraten, wie unter Nutzung bereits bestehender Ressourcen eine Spezialambulanz für ASS einzurichten wäre. Diese Ambulanz sollte ein Konsiliar- und Liaisondienst für Regeleinrichtungen zur Behandlung, Teilhabe und Beheimatung psychisch erkrankter und – bei frühkindlichem Autismus – auch mental behinderter Menschen sein. Neben spezieller (Früh-) Diagnostik könnten so auch therapeutische Empfehlungen gegeben und Beratungen für Angehörige und das Fachpersonal von Diensten der Regelversorgung

angeboten werden. Im Sinne einer inklusiv ausgerichteten Psychiatrie wird der Aufbau von Sondereinrichtungen für diese Zielgruppe zunächst nicht empfohlen. Ein weiterer Vorschlag bezog sich auf die Versorgung von drogenabhängigen Jugendlichen: Gefordert wurde ein spezieller Liaison-Dienst und eine länderübergreifend nutzbare „Interegio-Klinik“ der Bodensee-Anrainerinnen bzw. Anrainer. Hier empfiehlt das Projektteam, die bestehenden Netzwerke in der Suchthilfe mit der Prüfung des Vorschlags zu befassen, ohne ihn in ein Entwicklungsprojekt zu integrieren.

5.3 Eine Gesamtreform der Psychotherapie überfordert das Psychiatriekonzept

Der Lenkungsausschuss hatte in den strategischen Eckpfeilern beschlossen, dass „die Psychotherapie und die Psychosomatik nur insoweit Gegenstand des Psychiatriekonzepts sein sollen, wie es sich um Schnittstellenprobleme zur Psychiatrie handelt. Das gilt insbesondere für die psychiatrische Notfallhilfe und die sozialpsychiatrischen Integrationshilfen sowie den psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst, sowohl in somatischen Kliniken als auch in Alten- und Pflegeheimen.“ Trotzdem wurden – hauptsächlich in der ZW 6 – eine Reihe Psychotherapie-spezifischer Lösungsvorschläge erarbeitet, die nicht in Entwicklungsprojekte zu integrieren waren:

- Umsetzung des Psychotherapie-Gesetzes / Psychotherapie als Sachleistung;
- Gründung eines Landespsychotherapie-Beirates zur Steuerung der landesfinanzierten Psychotherapie-Angebote;
- freien Zugang zu Psychotherapie erhalten, unabhängig von Maßnahmen / "Programmen";
- Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung;
- zeitnahe ambulante Psychotherapie-Weiterbetreuung diagnostisch abgeklärter Patientinnen und Patienten nach stationärer Therapie in der Psychosomatik;
- Weiterführung der Psychotherapie auch bei stationärer Behandlung.

5.4 Ambulante Hilfen gegenüber stationärer Betreuung vorrangig entwickeln

Vorschläge zum Auf- bzw. Ausbau stationärer Hilfen bezogen sich auf folgende Themen:

- Reha-WG-Plätze für Adoleszente (berufliche Reha) und forensische Patientinnen und Patienten;
- Wohnprojekt für Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung;
- mehr Unterbringungsplätze zur Nachsorge / Schaffung günstiger Ersatzmilieus;
- Ausdifferenzierung der Angebote in Pflegeheimen (nach Alter, Versorgungsbedarf und Leistungsprofil);
- niederschwellige Wohnungslosenhilfe für Jugendliche unter 18 Jahren (offenes Jugendschlafhaus);
- spezielle Angebote für wohnungslose Frauen (besondere Wohnform).

Hier empfiehlt das Projektteam, im Sinne des inklusiven Ansatzes zunächst ambulante Hilfen mit dem Ziel einer Reduktion stationären Hilfebedarfs weiterzuentwickeln. Während der ersten drei Jahre Projektlaufzeit sollte aufmerksam verfolgt werden, ob und ggf. wo bestehende stationäre Hilfsangebote weniger genutzt werden und so auf bisher unterversorgte Zielgruppen neu ausgerichtet werden könnten. Falls dazu gesonderte Entwicklungsprojekte erforderlich sind, sollten diese nach einer Zwischenbilanz für die zweite Phase des Psychiatriekonzepts ab 2020 in Erwägung gezogen werden.

5.5 Gesetzliche Rahmenbedingungen in anderen Kontexten bearbeiten

Änderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen wurden in sechs weiteren Lösungsvorschlägen gefordert, von denen zwei priorisiert wurden:

- Auflösung Einzelverträge / Schaffung von Gruppenpraxen;
- Ermöglichung Teilkrankenstand, Teilpension, Teilpflegeurlaub – *priorisiert*;
- Teilkrankenstand, Teilinvalidität, Teil-BV;
- Datenschutz nach dem Hamburger Modell (im Sinne von Anonymisierung) – *priorisiert*;
- Zusammenlegung und Vereinfachung der Finanzierungs- und Leistungslogik (Bundes- und Landesregierung);
- Eindämmung des Medikamenten-"Waldes".

Hier empfiehlt das Projektteam, dass der Lenkungsausschuss prüft, welche Forderungen für sinnvoll gehalten und ggf. von seinen Mitgliedern in anderen Kontexten unterstützt werden sollen.

5.6 Migrantengerechte Hilfen im Regelsystem organisieren

Zwei Lösungsvorschläge bezogen sich auf noch bestehende Defizite beim Umgang mit psychisch erkrankten Menschen mit Migrationshintergrund:

- Migrantinnen und Migrantengerechte Hilfen (von Prävention bis Nachbetreuung);
- angemessene Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse bei Hilfen für Migrantinnen bzw. Migranten und Frauen.

Nach Überzeugung des Projektteams sollte die Psychiatrie genauso wie alle Dienste des Gesundheits- und Sozialwesens den besonderen Anforderungen hilfsbedürftiger Menschen mit Migrationshintergrund besser gerecht werden. Im Sinne der Inklusion sollte man sich dieser Herausforderung aber innerhalb der Regelangebote stellen. Die dabei erforderlichen Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung (z.B. kultursensible Grundhaltung des Fachpersonals, Dolmetscherdienste, Vernetzung mit Migranten-Organisationen) eignen sich nicht für ein Entwicklungsprojekt.

5.7 Fragen zur Zuständigkeit für psychiatrische Hilfen amtsintern klären

Zwei Lösungsvorschläge aus der amtsinternen Zukunftswerkstatt beziehen sich auf wichtige Fragen, die jedoch nur amtsintern einer Beantwortung zugeführt werden können. Der eine Vorschlag betrifft ein Rechtsgutachten zur Abgrenzung der Aufgaben von Land und Sozialversicherungen. Der andere Vorschlag regt eine Überprüfung der Geschäftseinteilung für psychiatrische Fragestellungen innerhalb der Gruppe IV des Amtes der Vorarlberger Landesregierung an.

6. Zwei Basisinnovationen werden empfohlen

6.1 Schaffung einer Landesstelle Psychiatriekoordination:

Bei der Evaluation des Vorarlberger Psychiatriekonzepts von 2002 ist ein Mangel an übergreifender Koordination und Steuerung in der psychiatrischen Versorgung deutlich geworden. In den strategischen Eckpfeilern wurde festgelegt, dass die Hilfen für psychisch beeinträchtigte Menschen systematisch und pragmatisch in Richtung Prävention und Inklusion weiterentwickelt werden sollen. Das erfordert nach Überzeugung des Projektteams die Einrichtung einer Landesstelle Psychiatriekoordination, für die hier ein Katalog von 12 Aufgaben beschrieben wird:

1. Geschäftsführung des Vorarlberger Psychiatriebeirats, seiner Arbeits- und Projektgruppen;
2. Koordination der auf Bezirksebene einzurichtenden sozialpsychiatrischen Dienste, die u. a. mit der Geschäftsführung des dort jeweils einzurichtenden Sozialpsychiatrischen Verbunds beauftragt werden sollen;
3. Verantwortung für die Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung;
4. Erstellung bzw. laufende Aktualisierung eines Regionalinventars der Hilfsangebote mit der Möglichkeit, sich über Kontaktadressen und freie Platzkapazitäten zu informieren;
5. Verantwortung für die Evaluation und fachliche Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Integrationshilfen in Vorarlberg sowie fachliche Steuerung der Hilfeplanverfahren;
6. Entwicklung innovativer Konzepte zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung;
7. Erstellung und Fortschreibung des Vorarlberger Psychiatriekonzeptes;
8. Planung, Controlling und Evaluation der für das Vorarlberger Psychiatriekonzept ausgewählten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung;

9. Fachliche Beratung der mit der Förderung seelischer Gesundheit und mit Hilfen für psychisch erkrankte Menschen befassten Landesstellen;
10. Erstellung von fachlichen Stellungnahmen im Auftrag des Kostenträgers zur Bewertung von Angeboten für psychiatrische Dienstleistungen;
11. Mitwirkung am Aufbau und Betrieb eines geeigneten Beschwerdemanagements in der Psychiatrie;
12. Koordination der Öffentlichkeitsarbeit für seelische Gesundheit einschließlich Kampagnen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

6.2 Aufbau regionaler Anlaufstellen für gesundheitliche und soziale Probleme

In seinen strategischen Eckpfeilern fordert der Lenkungsausschuss eine verstärkte Orientierung der Hilfen auf den Sozialraum und eine flächendeckende Verfügbarkeit von Hilfen auch im ländlichen Raum. Dem soll eine Unterscheidung der Versorgungsebenen Land, Bezirk und Region als Basis einer regionalen Zuständigkeit der Leistungserbringenden dienen. 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 Leistungserbringer auf Bezirksebene mit Anlaufstellen für gesundheitliche und soziale Problemlagen, die in jeder Region einzurichten sind, kooperieren. Zuständig für diese Anlaufstellen sind die in der jeweiligen Region verbundenen Gemeinden und dazu empfiehlt das Projektteam eine gemeinsame Initiative der Landesregierung und des Gemeindeverbandes. Die in diese Richtung gehenden Lösungsvorschläge aus den Zukunftswerkstätten hatten folgende Titel:

- alternative Lebensgewohnheiten (niederschwelliger Zugang Wohnen und Tagesbetreuung)
- Vernetzung der Versorgung auf Gemeindeebene / Erhöhung der sozialarbeiterischen Kompetenz
- gemeindenahes Casemanagement (im Sozialzentrum verortet) – *priorisiert*
- Sozial-Café (Veranstaltungen, Essen und Trinken, Ausflüge, Beschäftigung, Treffpunkt für Dialog).

7. Zehn Entwicklungsprojekte werden zur Auswahl gestellt

7.1 Sozialpsychiatrischer Dienst auf Bezirksebene

Reorganisation der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen von AKS und Pro Mente Vorarlberg, um vier Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi; zuständig für je einen Bezirk, ggf. mit Außenstellen) für definierte Aufgaben zu entwickeln:

1. niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Menschen, die noch nicht oder nicht mehr von vorrangig zuständigen Diensten betreut werden können, ggf. auch im Rahmen von Integrationshilfen als ambulant betreutes Wohnen, ggf. inkl. Casemanagement-Funktion;
2. Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe, ggf. Mitwirkung am ambulanten psychiatrischen Kriseninterventionsdienst außerhalb normaler Dienstzeiten;
3. sozialpsychiatrischer Konsiliar- und Liaison-Dienst, ggf. Mitwirkung an der Planung von Einzelfallhilfen, mit festen Ansprechpersonen für die Anlaufstellen für gesundheitliche und soziale Probleme in den zugeordneten Regionen des Bezirks;
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.

7.2 Integrierte Suchtberatungsstellen auf Bezirksebene

Reorganisation der bestehenden ambulanten Angebote der Suchthilfe zu einem gemeinsamen Dienstleistungsnetzwerk mit vier Anlaufstellen, die für jeweils einen Bezirk insbesondere 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 ggf. auch im Rahmen von Integrationshilfen als ambulant betreutes Wohnen, ggf. inkl. Casemanagement-Funktion;
2. Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe bei schweren akuten Suchtproblemen auf Anforderung des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes, auch in Konsilfunktion 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.

7.3 Sozialpsychiatrische Ambulanzen für Kinder und Jugendliche

Erweiterung der jugendpsychiatrischen Ambulanzen von Pro Mente 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. inkl. Casemanagement) 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 behandelnden Ärztin bzw. Arzt, auch in Konsilfunktion;
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. Beteiligung an der Kooperation und Koordination im regionalen Verbund (Netzwerkarbeit);
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).

7.4 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 Pflegedienstes oder der betreuenden Einrichtung, auch in Konsilfunktion und ggf. inkl. Casemanagement;
2. Einzelfall-übergreifend kollegiale Beratung und Fortbildung auf Anforderung von Einrichtungen, die psychisch kranke alte Menschen betreuen (Liaison-Funktion);
 3. Beteiligung an der Kooperation und Koordination im regionalen Verbund (Netzwerkarbeit);
 4. Fachliche Unterstützung und Mitwirkung an der Qualifizierung ehrenamtlich und professionell geleisteter Betreuung und Pflege alter Menschen mit psychischen Erkrankungen.

7.5 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, schwerpunktmäßig für erwachsene Menschen 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 ggf. eigene Angebote erforderlich.
2. Anbietende stationärer Wohnbetreuung soll ermöglicht werden, die Verselbständigung ihrer Klientinnen und Klienten in eigener Wohnung bei Bedarf mit Hilfe einer Kontinuität 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 Wohnungslosenhilfe und sozialem Wohnbau, der Wohnungen bereit stellen soll.

7.6 Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen

Aufbau eines mehrstufigen und intern differenzierten diagnostisch-therapeutisch-rehabilitativen Programms für psychisch schwerer erkrankter Menschen zum Erhalt bzw. zur Wiedergewinnung ihrer Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, das die Rehabilitationsstufen 2 bis 4 für diese Zielgruppe in Vorarlberg zugänglich macht und in das bestehende Netzwerk psychiatrischer Dienste bzw. Einrichtungen einbettet. Es soll folgende Bestandteile enthalten:

1. stationäre Rehabilitation (Stufe 2) zu frühzeitiger Arbeitsdiagnostik und Belastungserprobung bei noch bestehender Notwendigkeit eines klinischen Settings zur Überwindung einer stationär behandlungsbedürftigen schweren psychischen Krise;
2. teilstationäre Rehabilitation (Stufe 3) mit verringertem klinischen Aufwand und intensiverer Belastungserprobung, Heranführung an den alten bzw. neuen Arbeitsplatz, für Jugendliche ggf. in Form einer Lehrwerkstatt, für Menschen mit längerfristig stärkeren Beeinträchtigungen ggf. inkl. Vermittlung in Beschäftigungsprogramme der Integrationshilfe;
3. ambulante Rehabilitation (Stufe 4) bei mittelfristig erforderlicher Vorbereitung auf einen (Wieder-) Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. eine Berufsausbildung, ggf. auch Jobcoaching (nach Modell „Spagat“ für Jugendliche mit mentalen Behinderungen).

7.7 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. Unersetzlich 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 und dem Netzwerk der Sozialgemeinde, in deren Gebiet die Beschäftigungsmöglichkeiten liegen.

7.8 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 und Ärzte und Psychotherapeutinnen und 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 5 Stunden) mit freier Therapeutenwahl ohne Wartezeit (nicht mehr als 4 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 gesundheitliche Probleme zur Informationsvermittlung, zum Erfahrungsaustausch und zur Stärkung der Selbsthilfe-Kompetenz.

7.9 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 Systempartnerinnen und Systempartner. Anzustreben ist eine Integration verschiedener präventiver Ansätze (z.B. Ernährung, Bewegung, Sexualaufklärung, Suchtprävention, Konfliktbewältigung, gewaltfreie Kommunikation, Inanspruchnahme von Hilfen), wobei ggf. 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 Handicaps der Kinder oder ihrer Eltern (persönliche Notlagen, somatische und psychische Krankheiten, geistige, körperliche, seelische und Sinnes-Behinderungen).

7.10 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 2010), der gemeinsam mit bereits vorhandenen Angeboten und dem zur Realisierung empfohlenen Sozialpsychiatrischen Dienst rund um die Uhr eine flächendeckende, wohnortnahe, 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, wohnortnahe Alternativen zur Klinikeinweisung zu eröffnen und bei Bedarf solche Einweisungen qualifiziert durchzuführen;
2. kooperative Leistungserbringung mit Beteiligung der fachärztlichen Praxen, des LKH Rankweil, der Anbietenden von Integrationshilfen sowie der Selbsthilfe-Initiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen;
3. Gewährleistung einer Präsenz von zwei nichtärztlichen Fachpersonen im Vordergrund mit der Möglichkeit, bei Bedarf eine fachärztliche Rufbereitschaft und / oder eine geschulte Person aus dem Selbsthilfebereich zur Krisenbegleitung hinzuzuziehen.

8. Bewertungskriterien für die Entwicklungsprojekte

Der Lenkungsausschuss hat in seiner Sitzung am 03.07.2012 eine Methode beschlossen, nach der das Projektteam die einzelnen Entwicklungsprojekte bewerten soll. Eine Übersicht gibt die Tabelle 5. Die Gewichtung der einzelnen Merkmale für eine Gesamtbeurteilung bleibt dem Lenkungsausschuss vorbehalten. Das Projektmanagement wird auf der Sitzung am 02.10.2012 drei Modellrechnungen vorlegen, bei denen die Einzelergebnisse nach den Schwerpunkten Qualität, Finanzen bzw. Realisierbarkeit gewichtet werden.

Tabelle 5: Bewertungskriterien und ihre Merkmale

Bewertungs-kriterium	Merkmal		Ausprägungsgrad				Gewichtung
			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		--	-	+	++	

Zu den einzelnen Merkmalen des Kriteriums Konformität mit der Rahmensetzung gibt die Ausformulierung der strategischen Eckpfeiler des Lenkungsausschusses nähere Auskunft. Bei dem Merkmal „systematischer Ansatz“ ist auch die Beachtung des Aspekts „effizientes Schnittstellen-Management“ in die Bewertung mit einzubeziehen.

Beim Kriterium Aufwand bei Realisierung wird zwischen einem organisatorischen und finanziellen Aufwand unterschieden. Bei beiden Merkmalen soll gesondert bewertet werden, wie hoch dieser „einmalig“ während der Umsetzung ist oder „laufend“ entsteht als Folge der Realisierung. Bei der Schätzung des einmaligen bzw. laufenden finanziellen Aufwands bei Realisierung des beschriebenen Entwicklungsprojekts bedeutet ein geringer Aufwand (4) jährlich unter 100.000,- €, ein eher geringer Aufwand (3) ab 100.000,- € bis unter 500.000,- €, ein eher hoher Aufwand (2) ab 500.000,- € bis unter 1,0 Mio. € und ein hoher Aufwand (1) ab 1,0 Mio. €.

Beim Kriterium Nutzen für das Gesamtsystem schließt das Merkmal „qualitative Optimierung“ das innovative Potential der Maßnahme und die Förderung des Einsatzes von Hilfen nach ihrer Notwendigkeit und nachhaltigen Wirksamkeit ein. Das Merkmal „finanzielle Optimierung“ bei diesem Kriterium bezieht sich auch auf die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der zum Einsatz kommenden Hilfen.

Beim Kriterium globale Beurteilung eröffnen die Merkmale „Attraktivität des Vorschlags“ und „Realisierbarkeit des Vorschlags“ die Möglichkeit, einen Lösungsvorschlag unabhängig von einzelnen Kriterien nach persönlicher Sympathie (Attraktivität) und nach seiner Chance auf Verwirklichung (Realisierbarkeit) zu beurteilen. Das Merkmal „Realisierbarkeit“ schließt die vermutete Akzeptanz des Lösungsvorschlags bei den Systempartnerinnen und Systempartnern (Nutzenden, Leistungserbringenden und Kostenträger, Gemeinden und Land als Repräsentanz des Gemeinwohls) mit ein.

Expertendiskussion

Zur Lenkungsausschusssitzung am 10. Juni 2013, waren die beiden Experten

PD Dr. med. Holger Hoffmann, Bern und **Prof. Dr. med. Michael von Cranach**, München eingeladen eine Stellungnahme zum vorliegenden Psychatriekonzept abzugeben und dieses mit den Mitgliedern des Lenkungsausschusses zu diskutieren

Zusammenfassung:

Beide Experten finden den Prozess des Psychatriekonzeptes für den Zeitraum 2015 bis 2025 beeindruckend aufgrund der Transparenz und der breiten Einbindung der Systempartnerinnen und Systempartner, der guten Analyse der Ist-Situation und der Besetzung des Lenkungsausschusses mit Vertretungen der Kostenträger. Die Gesundheit der Bevölkerung steht in diesem Psychatriekonzept eindeutig im Zentrum. Dem gesamten Konzept wird ein hoher innovativer Ansatz zuerkannt. Mit der angestrebten Regionalisierung, den versorgungsverpflichtenden Leistungsträgern, der Basisinnovation B samt Einbindung der Gemeinden wird die Botschaft „Wir wollen etwas bewegen“ transportiert. Die im Psychatriekonzept beschriebene strategische Stoßrichtung mit dem inklusiven Ansatz und der Regionalisierung werden positiv gewürdigt.

Kritisiert wird die **mangelhafte Einbindung der stationären Versorgung**. Sie ist ein wesentlicher Teil im Versorgungssystem und kann in einem Psychatriekonzept nicht ausgeklammert werden. Nach dem heutigen Forschungsstand sollte die Psychiatrie in ein Allgemeinkrankenhaus integriert sein, das könnte in Vorarlberg mit der Angliederung an zwei bestehende Standorte umgesetzt werden.

Der stationäre Bereich wurde im Projektauftrag explizit ausgeklammert, um die laufende Masterplanung des LKH Rankweil nicht zu verzögern. Dies ist in das **Vorwort aufzunehmen** und zu erläutern.

Entwicklungsprojekt 6 **„Arbeitsrehabilitation für psychisch erkrankte Menschen“**: Der sich international durchsetzende Trend verfolgt den Ansatz „supported employment: First place, then train“. Hier braucht es Kooperationen mit Firmen in der freien Wirtschaft anstatt Dauerarbeitsplätzen in Integrationsfirmen oder Wiedereingliederungsmaßnahmen in geschützten Werkstätten. Dieses Entwicklungsprojekt wird entsprechend nachgeschärft und umformuliert.

Die Einbeziehung von **Angehörigen psychisch erkrankter Menschen** bei der Umsetzung des Konzepts wird betont. Angehörige sind eine wichtige Ressource, welche auch aufgrund des Leidendrucks eng einbezogen werden sollten.

Psychisch kranke Menschen mit **Migrationshintergrund** nehmen zahlenmäßig zu. Hier sind nicht eigene Angebote für Migranten zu schaffen, sondern die bestehenden Angebote zu befähigen, diese Zielgruppe passgenau zu betreuen, z.B. durch die Vermittlung von interkultureller Kompetenz bei einrichtungsübergreifenden Fortbildungen.

Ein Träger- und Berufsgruppen-übergreifendes **Fort- und Weiterbildungskonzept** sind im Psychatriekonzept zu berücksichtigen. Diesbezüglich vorrangige Ziele sind eine verbesserte **interkulturelle Kompetenz** der Handelnden, eine Stärkung ihrer Fähigkeiten zur Netzwerkarbeit und die Berücksichtigung von „EXperienced INvolved (EX-IN) Konzepten“.

In der Vorbereitungsphase der Entwicklungsprojekte ist der aktuelle **Forschungsstand** zum Themenfeld zu berücksichtigen. Dies wird im Rohentwurf entsprechend angepasst.

Die **Basisinnovation B** (regionale Anlaufstellen für seelisch-gesundheitliche und soziale Probleme) wird umbenannt in „regionale Anlaufstellen für seelische Gesundheit und soziale Fragen“, um klar zu stellen, dass es sich um keine psychiatrische Fachstelle handelt. Die Umsetzung soll im Rahmen des gestarteten Projekts „Sozialraumorientierung“ erfolgen.

Grobkonzept zur Qualifizierung der Krisen- und Notfallhilfe bei psychisch kranken Erwachsenen

Vorschlag Ressort-interne Arbeitsgruppe 13.01.2010 nach Kontakt mit dem Landesstatthalter

Vorbemerkungen

Die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken ist im Bereich der Krisen- und Notfallversorgung noch nicht erreicht. Während in der somatischen Medizin Notärzte und Notärztinnen und Rettungsdienste in Komm- und Gehstruktur Rund-um-die-Uhr zum Standard auch in Vorarlberg gehören, fehlen in der Psychiatrie weithin die entsprechenden Dienste. Gerade im Hinblick auf die ggf. erforderliche Einleitung von Zwangsmaßnahmen ist hier eine fachspezifisch qualifizierte Intervention zu fordern. Dagegen steht die eingeschränkte Finanzierbarkeit eines entsprechenden Dienstes.

Grundsätze

Möglichst ist der zu schaffende Dienst folgendermaßen zu gestalten:

- rund um die Uhr einsatzbereit,
- aufsuchend,
- interdisziplinär zusammengesetzt und fachlich qualifiziert,
- alle derzeitigen psychiatrischen Dienste und Einrichtungen einbeziehend und so in die Pflicht nehmend,
- umsetzbar und für alle Beteiligten leistbar,
- günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis,
- von den schwierigsten Problemlagen ausgehend und für die davon Betroffenen wohnortnahe Alternativen zur Krankenhausbehandlung eröffnend.

Synergie-Perspektiven

Für das LKH Rankweil besteht aktuell die Notwendigkeit einer baulichen Umgestaltung, die eine Realisierung bereits angedachter zeitgemäßer konzeptueller Veränderungen erleichtern könnte. Dazu gehört die beabsichtigte Renovierung der Psychiatrie I mit der dafür nötigen Bettenauslagerung, die derzeit beabsichtigte Verlagerung der Psychosomatik in das Krankenhaus Hohenems und die wünschenswerte Errichtung einer dezentralen Tagesklinik an einem im Rheintal gelegenen Allgemeinkrankenhaus. Eine gemeinsame Lokalisierung von Psychosomatik und psychiatrischer Tagesklinik in Hohenems würde sich anbieten und zusätzlich die Möglichkeit eröffnen, dort Synergien im therapeutischen Programm zu realisieren und bei Erfordernis kostengünstig auch psychiatrische Krisenbetten zu betreiben.

Umsetzungsvorschlag

Für das Oberland und die Seitentäler wird zunächst eine Beibehaltung der bisherigen Struktur über das LKH Rankweil mit seiner ausschließlichen alleinigen „Kommstruktur“ in der psychiatrischen Krisen- und Notfallhilfe empfohlen. Der nachfolgende Umsetzungsvorschlag bezieht sich nur auf das bevölkerungsreiche Rheintal einschließlich Leiblachtal. Die Koordination und Verwaltung des psychiatrischen Krisen- und Notfalldienstes erfolgt durch das LKH Rankweil.

1) Tagdienst an Wochentagen von 8 bis 16 Uhr in der oben vorgeschlagenen psychiatrischen Tagesklinik des LKH Rankweil in Hohenems durch zwei nicht-ärztliche Mitarbeitende, die in das tagesklinische Behandlungsteam integriert sind. Für den Fall, dass sich die Tagesklinik in der beschriebenen Weise nicht realisieren lässt, ist auch die Integration des nicht-ärztlichen Bereitschaftsdienstes in einer sozialpsychiatrischer Einrichtung (AKS oder PGD) denkbar. Die fachärztliche Hintergrund-Bereitschaft ist von den psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten in niedergelassener Praxis zu stellen, z.B. in Form eines langfristig planbaren „administrativen Tages“.

2) Nachtdienst an Wochentagen von 16 bis 8 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen im 24-Stunden-Dienst durch zwei nicht-ärztliche Mitarbeitende aus einem mindestens 65 Personen umfassenden Pool, der sich aus dem Fachpersonal der sozialpsychiatrischen Einrichtungen und des LKH Rankweil rekrutiert. Die fachärztliche Hintergrund-Bereitschaft wird durch die Fachärztinnen und Fachärzte des LKH Rankweil gestellt, eventuell unter Einbeziehung niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte.

Beschluss Psychiatriebeirat

Der Psychiatriebeirat der Vorarlberger Landesregierung

hat in seiner

36. Sitzung am 12.06.2013

das vorgelegte Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 bis 2025 befürwortet und erklärt sich bereit, dessen Umsetzung aktiv zu begleiten.

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