



Rechnungshof  
Österreich

Unabhängig und objektiv für Sie.

# Bericht des Rechnungshofes

## Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark

III–261 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe BUND 2019/9

Reihe SALZBURG 2019/1

Reihe STEIERMARK 2019/2



## Vorbemerkungen

### Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz und den Landtagen der Länder Salzburg und Steiermark gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungüberprüfung getroffen hat.

### Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.

#### IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof  
1031 Wien,  
Dampfschiffstraße 2  
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof  
Herausgegeben: Wien, im März 2019

#### AUSKÜNFTE

Rechnungshof  
Telefon (+43 1) 711 71 – 8876  
Fax (+43 1) 712 94 25  
E-Mail [presse@rechnungshof.gv.at](mailto:presse@rechnungshof.gv.at)

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)  
Twitter: @RHSprecher

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	5
<b>Kurzfassung</b>	7
<b>Kenndaten</b>	11
<b>Prüfungsablauf und –gegenstand</b>	12
<b>Relevanz des Themas und Ausgangslage</b>	14
<b>Übergeordnete Strategie und Gesundheitsplanung</b>	18
<b>Psychosoziale Versorgung in Salzburg</b>	22
Allgemeines	22
Planung	23
Psychosozialer Dienst des Landes Salzburg	25
Psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe	30
Vertragsmanagement und Controllingprozess	36
Aufbau neuer Versorgungsstrukturen	38
<b>Psychosoziale Versorgung in der Steiermark</b>	40
Allgemeines	40
Planung	44
Psychosoziale Beratung und Betreuung	49
Psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe	54
Förderung der psychosozialen Versorgung durch den Gesundheitsfonds Steiermark	60
Aufbau neuer Versorgungsstrukturen	72

# Bericht des Rechnungshofes

Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark



---

<b>Gegenüberstellung der psychosozialen Angebote</b> _____	75
Psychosoziale Beratung und Betreuung _____	75
Psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe _____	78
<b>Schlussempfehlungen</b> _____	81

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anstieg von psychischen Erkrankungen: mögliche Ursachen und Maßnahmen dagegen _____	14
Tabelle 2:	Aufwand des Landes Salzburg für die psychosoziale Versorgung 2012 bis 2016 _____	23
Tabelle 3:	Kosten des Referats Psychosozialer Dienst 2012 bis 2016 im Detail _____	28
Tabelle 4:	Psychosoziale Versorgungsstruktur der Behindertenhilfe (Überblick) _____	31
Tabelle 5:	System der psychosozialen Versorgung in der Steiermark _____	40
Tabelle 6:	Gesamtaufwand für die psychosoziale Versorgung in der Steiermark in den Jahren 2012 bis 2016 _____	41
Tabelle 7:	Bewilligte Kapazitäten für die psychosozialen Leistungsarten gemäß Leistungs- und Entgeltverordnung zum Steiermärkischen Behindertengesetz zum 31. Dezember 2016 im Vergleich zum Bestand 2013 _____	54
Tabelle 8:	Aufwand des Sozialressorts für die psychosozialen Leistungsarten der Behindertenhilfe 2012 bis 2016 _____	55
Tabelle 9:	Förderungsnehmer des Gesundheitsfonds Steiermark, Leistungsangebot, Anzahl Verträge im Jahr 2016 _____	65
Tabelle 10:	Förderungen der Sozialabteilung für die psychosoziale Versorgung 2012 bis 2016 _____	70
Tabelle 11:	Fachpersonal der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg und der Steiermark _____	76
Tabelle 12:	Leistungen der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg und der Steiermark _____	77
Tabelle 13:	Erfordernisse für den Zugang zu psychosozialen Angeboten in Salzburg und der Steiermark _____	78

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Standorte der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg 2017 _____	26
Abbildung 2:	Standorte der psychosozialen Beratungsstellen in der Steiermark 2017 _____	50
Abbildung 3:	Prozess der Förderungsvergabe durch den Gesundheitsfonds Steiermark _____	67
Abbildung 4:	Standorte der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg und der Steiermark _____	75

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministeriengesetz 1986
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EUR	Euro
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GZ	Geschäftszahl
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
LGBl.	Landesgesetzblatt
mbH	mit beschränkter Haftung
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VBÄ	Vollbeschäftigungsäquivalent(e)
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

# Bericht des Rechnungshofes

Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark

---





## Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Konsumentenschutz

Land Salzburg

Land Steiermark

## Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark

### Kurzfassung

Der RH prüfte von Mai bis Oktober 2017 die psychosozialen Angebote in Salzburg und der Steiermark. Ziel war, die Organisation und Planung jener Versorgungsangebote in den beiden Ländern zu beurteilen, die auf die Bedeutung sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit ausgerichtet waren. Dazu zählten insbesondere die niederschwellige psychosoziale Beratung und Betreuung in wohnortnahen Anlaufstellen sowie psychosoziale Wohnangebote mit unterschiedlicher Betreuungsdensität. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2012 bis 2016. (TZ 1)

Weiters prüfte der RH auch die „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ sowie die „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“, worüber der RH jeweils gesonderte Berichte (Reihe Bund 2019/5 und Reihe Bund 2018/57) erstellte. (TZ 1)

Psychische Erkrankungen stellten für die Bevölkerung ebenso wie für das Gesundheits- und das Sozialsystem eine erhebliche und wachsende Herausforderung dar. Laut Weltgesundheitsorganisation WHO werden 2030 drei der fünf schwerwiegendsten Erkrankungen in Industriestaaten diese Krankheitsgruppe betreffen, rund die Hälfte der Bevölkerung wird zumindest einmal im Leben betroffen sein. Die Zahl der Krankentage aus psychischen Gründen stieg bei Erwerbstätigen im Zeitraum 2007 bis 2016 um 94 % (rd. 1,80 Mio. Tage), was im Jahr 2016 einen Mehraufwand beim Krankengeld von mindestens rd. 35,18 Mio. EUR ausmachte. Insgesamt betrugen die Mehraufwendungen für Krankheitsfolgen aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2016 rd. 300 Mio. EUR. Ein hoher Teil der Krankheitsfolgen war von der Pensionsversicherung mit den Invaliditätspensionen und dem Rehabilitationsgeld

zu tragen, die Krankenbehandlung im niedergelassenen Bereich dagegen von den Krankenversicherungsträgern und die Abgangsdeckung der Spitäler von den Ländern. (TZ 2)

Die Zuständigkeit für die Bereitstellung der psychosozialen Angebote war unterschiedlich geregelt. In Salzburg war die Sozialabteilung im Amt der Landesregierung zuständig, in der Steiermark waren es drei Stellen: der Gesundheitsfonds Steiermark sowie das Sozial- und das Gesundheitsressort der Landesregierung. Eine Abgrenzung war nicht gegeben. Dies insofern, als die Verantwortung für die Implementierung neuer zusätzlicher Versorgungsangebote nicht klar zugeordnet war. Weiters förderten der Gesundheitsfonds Steiermark und das Sozialressort sowie unter dem Titel der Gesundheitsförderung auch das Gesundheitsressort die psychosozialen Versorgungsangebote privater Träger. (TZ 5, TZ 18)

Um ungeachtet der geteilten Zuständigkeit eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden, hatte das Land Steiermark eine Psychiatriekoordinationsstelle eingerichtet. Aber auch damit war in der Praxis die Koordination zwischen den Verantwortungsträgern nicht sichergestellt, weil die zuständigen Fachabteilungen die Koordinationsstelle nicht durchgehend über Veränderungen der psychosozialen Versorgungsstrukturen informierten. (TZ 18)

Der Regionale Strukturplan Gesundheit war als zentrales Planungsdokument für die integrative, regionale Versorgungsplanung auf Länderebene konzipiert. Dennoch verfügte das Land Salzburg über keinen aktuellen Regionalen Strukturplan Gesundheit. Der zuletzt im Jahr 2017 aktualisierte Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark enthielt Planungsaussagen für psychosoziale Beratungsstellen und Ambulatorien, nicht jedoch für weitere Versorgungsangebote wie etwa die mobile Betreuung oder Wohnangebote. (TZ 4)

In Salzburg führte das Sozialressort von 2011 bis 2013 das Projekt „Psychosoziale Versorgung – Planung neu“ durch, um das psychosoziale Versorgungssystem weiterzuentwickeln. Die wesentlichen Ergebnisse waren bereits umgesetzt – wie der Aufbau eines Psychosozialen Versorgungs- und Beratungszentrums für Kinder und Jugendliche sowie die Durchführung eines Projekts zur integrierten Versorgung. (TZ 16, TZ 17)

In der Steiermark führte die Verteilung der Zuständigkeit auf drei Stellen ungeachtet der Einrichtung der Psychiatriekoordinationsstelle zu einer segmentierten Angebotsplanung. So erfolgte die Planung des Sozial- und des Gesundheitsressorts in drei zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorgelegten und nicht hinreichend aufeinander abgestimmten Bedarfs- und Entwicklungsplänen. Keiner davon enthielt Aussagen zur bedarfsorientierten Wohnversorgung, obwohl der Mangel an Wohnangeboten

als mögliche Ursache für Fehlplatzierungen psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen bekannt war. (TZ 20)

Positiv wertete der RH das Versorgungskonzept ambulante Psychiatrie des Gesundheitsfonds Steiermark aus dem Jahr 2014. Die darin vorgesehenen Verbesserungen der psychosozialen Versorgung wie der mobile Krisendienst oder eine ambulante Hilfeplanung waren bislang aber noch nicht umgesetzt. Ein Verfahren zur Bewilligung der ebenfalls im Konzept enthaltenen psychosozialen Ambulatorien war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung anhängig. (TZ 19, TZ 32)

Die überprüften Länder verfolgten unterschiedliche Herangehensweisen bei der Sicherstellung der psychosozialen Beratung und Betreuung. Das Land Salzburg setzte auf eigene Einrichtungen mit Landespersonal (Referat Psychosozialer Dienst und Psychosoziales Versorgungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche). Das Land Steiermark hingegen förderte private Vereine, die Träger der psychosozialen Beratungsstellen waren. Grundsätzlich als zweckmäßig sah der RH an, dass die Steiermark Qualitätsstandards definiert hatte. Für einen klaren, für eine effektive Steuerung unabdingbaren Versorgungsauftrag reichten diese aufgrund von Widersprüchlichkeiten aber nicht aus. (TZ 7, TZ 21)

Die jährlichen Förderungsverträge, die der Gesundheitsfonds Steiermark mit diesen Trägern schloss, legten keine Indikatoren zur Beurteilung der Realisierung des Förderungsgegenstands fest. Damit stand die finanzielle Unterstützung der Trägervereine im Vordergrund, wohingegen leistungsvertragliche Elemente weitgehend fehlten. (TZ 27)

Im Vergleich dazu legte die Sozialabteilung des Landes Salzburg allen Verträgen klar definierte Produkte zugrunde, in denen Grundsätze, Ziele, Zielgruppen, Leistungsumfang sowie der Leistungszugang fixiert waren. (TZ 15)

Hinsichtlich der Rolle der psychosozialen Beratungsstellen setzten die Länder unterschiedliche Schwerpunkte. In Salzburg standen die Drehscheibenfunktion zur Vermittlung und Koordinierung von Angeboten sowie die begleitende Betreuung in der Wartezeit bis zu einer Inanspruchnahme dieser Angebote im Vordergrund. In der Steiermark waren vom Versorgungsauftrag der Beratungsstellen auch therapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlungen (auch Ergo-, Sozio-, Kunst- oder Tanztherapie) sowie die Gesundheitsförderung umfasst. Der Versorgungsauftrag sollte durch die Integration von Ambulatorien um eine fachärztliche Behandlung erweitert werden. (TZ 33)

Die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote der Behindertenhilfe erforderte in Salzburg im Unterschied zur Steiermark – mit Ausnahme der Wohnversorgung –

kein behördliches Verfahren samt Bescheid; zur Steuerung und Koordinierung nutzte Salzburg die Drehscheibenfunktion des Psychosozialen Dienstes, der auch immer einen aktuellen Überblick über die Wartezeiten hatte. In der Steiermark fehlte ein vergleichbarer Überblick über die Wartezeiten, die laut Meldungen der Träger in der mobilen psychosozialen Betreuung teilweise bis zu sechs Monate betragen, obwohl dieses Angebot grundsätzlich nicht kontingentiert war. Dennoch kam das Land Steiermark bei einer Evaluierung zum Ergebnis, dass keine größeren Versorgungslücken bestanden. (TZ 34)

Im Unterschied zu Salzburg war die Versorgung psychisch erkrankter Personen in Pflegeheimen in der Steiermark Teil des regulären Systems, weil das Land dies mit einem sogenannten Psychiatriezuschlag für die Heimbetreiber finanzierte. Dies obwohl die Qualitätsanforderungen an Pflegeheime im Vergleich zu psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe deutlich niedriger waren und die betroffenen Personen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zum Aufwandsersatz aus ihrem Vermögen verpflichtet werden konnten. Aus Sicht des RH war die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pflegeheimen nur dann zweckmäßig, wenn der Pflegebedarf gegenüber der psychischen Beeinträchtigung im Vordergrund stand. Seine Erhebungen zeigten jedoch, dass mehr als die Hälfte der Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner (190 Personen) mit Psychiatriezuschlag unter 60 Jahre alt war und lediglich über Pflegestufe eins bis drei verfügte, also potenziell fehlversorgt war. (TZ 24)

## Empfehlungen

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sollte insbesondere gemeinsam mit den Ländern eine sektorenübergreifende Strategie zur psychischen Gesundheit entwickeln.
- Das Land Salzburg sollte auf die zeitnahe Erstellung eines neuen Regionalen Strukturplans Gesundheit hinwirken.
- Das Land Steiermark und der Gesundheitsfonds Steiermark sollten die Koordination zwischen den Verantwortlichen sicherstellen, um eine patienten- und bedarfsorientierte Entwicklung der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten und Versorgungslücken zu vermeiden, sowie die bisherigen Regelungen für den Zugang zu den psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe kritisch beleuchten und auf einen für den gesamten Wirkungsbereich des Landes einheitlichen und patientenorientierten Angebotszugang hinwirken.

- Das Land Steiermark sollte die Umsetzung des mobilen Krisendienstes und der ambulanten Hilfeplanung in Angriff nehmen sowie im Zuge der bedarfsorientierten Weiterentwicklung des psychosozialen Leistungsangebots eine Alternative zur Unterbringung von psychisch beeinträchtigten Menschen in Pflegeheimen schaffen. (TZ 35)

## Kenndaten

Psychosoziale Angebote	
<b>Rechtsgrundlagen</b>	<p><b>Land Salzburg</b> Salzburger Behindertengesetz, LGBl. 93/1981 i.d.g.F. Salzburger Sozialhilfegesetz, LGBl. 19/1975 i.d.g.F.</p>
	<p><b>Land Steiermark</b> Gesetz vom 10. Februar 2004 über Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung (Steiermärkisches Behindertengesetz), LGBl. 26/2004 i.d.g.F. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 18. Dezember 2014 über die Festlegung von Leistungen und Leistungsentgelten sowie Kostenzuschüssen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz (Leistungs- und Entgeltverordnung zum Behindertengesetz), LGBl. 2/2015 i.d.g.F. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 28. April 2016 über die Festsetzung der Beiträge zu den Kosten von Hilfeleistungen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz, LGBl. 53/2016 Steiermärkisches Sozialhilfegesetz, LGBl. 29/1998 i.d.g.F. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 20. Februar 2017 über die Festlegung von Leistungen, Leistungsentgelten, Ab- und Verrechnungsmodalitäten und sonstigen Rahmenbedingungen für Pflegeheime nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (Leistungs- und Entgeltverordnung zum Sozialhilfegesetz), LGBl. 22/2017 i.d.g.F. Steiermärkisches Pflegeheimgesetz, LGBl. 77/2003 i.d.g.F. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 27. April 2009 über die Personalausstattung in Pflegeheimen, LGBl. 139/2009 Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz 2017, LGBl. 2/2018</p>

Gebarung	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	in Mio. EUR					in %
<b>Salzburg</b>						
Psychosozialer Dienst	2,38	2,50	2,68	2,40	2,64	11
psychosozialer Versorgungsbereich der Behindertenhilfe	13,00	13,70	14,60	15,50	17,00	31
<b>Summe Salzburg</b>	<b>15,38</b>	<b>16,20</b>	<b>17,28</b>	<b>17,90</b>	<b>19,64</b>	<b>28</b>
<b>Steiermark</b>						
psychosoziale Beratungsstellen – Förderung durch Gesundheitsfonds Steiermark	13,43	13,98	14,67	15,16	16,05	20
psychosoziale Beratungsstellen – Förderung durch Gesundheitsabteilung <sup>1</sup>	0,13	–	–	–	–	–
psychosoziale Beratungsstellen – Förderung durch Sozialabteilung <sup>2</sup>	0,21	0,35	0,46	0,40	0,38	86
Leistungen der Behindertenhilfe	20,18	22,45	24,45	28,28	31,90	58
<b>Summe Steiermark</b>	<b>33,95</b>	<b>36,78</b>	<b>39,58</b>	<b>43,84</b>	<b>48,33</b>	<b>42</b>
Förderungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen <sup>3</sup> – Salzburg	0,11	0,11	0,06	0,05	0,05	-54
Förderungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen <sup>3</sup> – Steiermark	0,10	0,15	0,12	0,12	0,12	23

Rundungsdifferenzen möglich

<sup>1</sup> Die Gesundheitsabteilung vergab auch nach dem Jahr 2012 Fördermittel an Trägervereine psychosozialer Beratungsstellen, ordnete diese Mittel jedoch dem Bereich der Gesundheitsförderung zu.

<sup>2</sup> Die Angaben der Sozialabteilung standen zum Teil im Widerspruch zu Daten in den Rechnungsabschlüssen von Förderungsnehmern und konnten vom RH nicht nachvollzogen werden.

<sup>3</sup> Förderungen für Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch gemäß § 15 Suchtmittelgesetz, BGBl. 112/1997 i.d.g.F.

Quellen: Sozialabteilung des Landes Salzburg; Gesundheitsfonds Steiermark; Gesundheitsabteilung des Landes Steiermark; Sozialabteilung des Landes Steiermark

## Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Mai bis Oktober 2017 die psychosozialen Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark. Überprüfte Stellen waren die zuständigen Abteilungen der beiden Ämter der Landesregierungen, der Gesundheitsfonds Steiermark (**Gesundheitsfonds**) und das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2012 bis 2016.

(2) Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG–Novelle 2017<sup>1</sup> ressortieren diese Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**).

<sup>1</sup> BGBl. I 64/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

(3) Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, Versorgungsangebote von Ländern, die auf die Bedeutung sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit ausgerichtet waren, darzustellen und deren Organisation und Planung zu beurteilen. Zu diesem Zweck wählte der RH mit Salzburg und der Steiermark zwei Bundesländer, in denen sich die psychosozialen Angebote – insbesondere die niederschwellige psychosoziale Beratung und Betreuung in wohnortnahen Anlaufstellen sowie psychosoziale Wohnangebote – historisch unterschiedlich entwickelt hatten und zu verschiedenen Systemen führten.

Das Land Salzburg verfügte schon seit Jahrzehnten über einen landeseigenen Psychosozialen Dienst, der vier Beratungsstellen sowie eine Außenstelle betrieb und bspw. im Jahr 2016 für 2.515 Personen (rd. 0,5 % der Gesamtbevölkerung von 549.263 Personen) durchschnittlich 8,9 Leistungen bzw. Kontakte je behandelter Person erbrachte (TZ 5, TZ 33). In der Steiermark hatten sich die psychosozialen Versorgungsangebote ab den späten 1970er Jahren entwickelt. Trägerorganisationen, welche bereits vor Ort in sozialen Bereichen tätig waren, erweiterten ihren Tätigkeitsbereich auf die psychosoziale Versorgung von chronisch psychisch Kranken und wurden dafür vom Land Steiermark gefördert. Dies erfolgte über viele Jahre ohne konkrete Planungsgrundlage, bis 1996 ein Psychiatriekonzept erstmals Strukturen festlegte. 2012 wurde die Planung für den Gesundheitsbereich mit dem Konzept zur ambulanten psychiatrischen Versorgung der Steiermark aktualisiert. So entstanden insgesamt 22 Beratungsstellen sowie sechs Außenstellen, die vornehmlich der Gesundheitsfonds aus seinen Mitteln finanzierte (TZ 18). Im Jahr 2016 wurden dort insgesamt 16.774 Personen (rd. 1,4 % der Gesamtbevölkerung von 1.237.298 Personen) mit durchschnittlich je zwölf Leistungen bzw. Kontakten versorgt (TZ 33).

(4) Weiters prüfte der RH auch die „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ sowie die „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“, worüber der RH gesonderte Berichte (Reihe Bund 2019/5 und Reihe Bund 2018/57) erstellte. Das Ziel dieser Prüfungen war, die Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung (Salzburger und Steiermärkische Gebietskrankenkasse sowie Pensionsversicherungsanstalt) bzw. die stationäre Versorgung psychisch Erkrankter zu beurteilen.

(5) Zu dem im Mai 2018 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Land Salzburg im Juli 2018, das Ministerium und der Gesundheitsfonds im August 2018 sowie das Land Steiermark im September 2018 Stellung. Der RH übermittelte seine Gegenäußerungen im Februar 2019.

(6) Der Gesundheitsfonds teilte in seiner Stellungnahme mit, er sehe die vergleichende Beurteilung der psychosozialen Angebote als wichtigen Hinweis und positive Kritik sowie als Grundlage für zahlreiche Maßnahmen, die zu einer Weiter-

entwicklung des steirischen Versorgungssystems in Organisation und Planung führen sollen. Er erachte auch alle auf Bundesebene ausgesprochenen Empfehlungen des RH als sinnvoll und begrüße diese.

## Relevanz des Themas und Ausgangslage

**2.1** (1) Psychische Erkrankungen stellten für das Gesundheitssystem eine Herausforderung mit wachsender Bedeutung dar. Dies galt sowohl aus Sicht der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung als auch wegen der finanziellen Belastung der Sozialversicherungssysteme: Die „verlorenen Lebensjahre“ durch psychische Erkrankungen nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) stiegen zwischen 1990 und 2010 um fast 40 %. Bis 2030 werden laut WHO in Industriestaaten drei der fünf schwerwiegendsten Erkrankungen psychische Krankheiten sein (Depression, Alzheimer und Demenz) und das Lebenszeit-Erkrankungsrisiko wird über 50 % liegen.

(2) Für die Ursachen dieses Anstiegs gab es unterschiedliche Erklärungen:

**Tabelle 1: Anstieg von psychischen Erkrankungen: mögliche Ursachen und Maßnahmen dagegen**

mögliche Ursache	Erläuterung	mögliche Maßnahme
häufigeres Auftreten von Erkrankungen		Ausbau der Versicherungsleistungen
Entstigmatisierung	gestiegene Bereitschaft, psychische Erkrankungen behandeln zu lassen	Ausbau der Versicherungsleistungen
Ausweitung der Diagnosen	Gesundheitszustände, die keine Krankheiten im Sinn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes darstellen, werden diagnostiziert und behandelt	keine zusätzlichen Versicherungsleistungen
schwierigere soziale Umstände	Früher im Berufsleben akzeptierte Personen können aufgrund steigender Anforderungen bei gleichem Gesundheitszustand nicht mehr eingesetzt werden und gehen daher in Krankenstand oder Invaliditätspension.	soziale Maßnahmen (z.B. erweiterter Arbeitsmarkt), Prävention, Aus- und Weiterbildung

Quelle: RH

(3) Psychische Erkrankungen führten zu hohen Aufwendungen für die Krankheitsfolgen im Vergleich zur Behandlung: Die Aufwendungen für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld wegen psychischer Erkrankungen lagen im Jahr 2016 bei knapp 1 Mrd. EUR. Da sie seit 2007 rund dreimal so stark gestiegen waren wie die Inflation, entsprach dies im Jahr 2016 einem Mehraufwand von rd. 258,82 Mio. EUR (**TZ 3**). Die Zahl der Krankenstandstage aus psychischen Gründen stieg bei Erwerbstätigen im Zeitraum 2007 bis 2016 um 94 % bzw. rd. 1,80 Mio. Tage, was im Jahr 2016 einen Mehraufwand beim Krankengeld von mindestens rd. 35,18 Mio. EUR



ausmachte. Somit betragen die Mehraufwendungen für Krankheitsfolgen im Jahr 2016 insgesamt rd. 300 Mio. EUR. Ein hoher Teil der Krankheitsfolgen (Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld) war von der Pensionsversicherung zu tragen, die Krankenbehandlung dagegen von den Krankenversicherungsträgern (im niedergelassenen Bereich) bzw. den Ländern (Abgangsdeckung der Spitäler).

## 2.2

Der RH verwies auf die mit rd. 1 Mrd. EUR (2016) allein für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld hohen und stark steigenden Folgekosten von psychischen Erkrankungen. Er war der Ansicht, dass zwei Faktoren eine angemessene Reaktion darauf erschweren: die unterschiedlichen Ursachen für diese Entwicklung und die Trennung der finanziellen Verantwortung von Behandlung und Krankheitsfolgen (Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld).

Je nach Erklärung für die Entwicklung waren unterschiedliche Maßnahmen der öffentlichen Hand von einer Fortschreibung des bestehenden Systems über einen Ausbau der Versicherungsleistungen bis hin zu sozialen Maßnahmen (z.B. erweiterter Arbeitsmarkt) möglich.

Der RH hielt fest, dass eine sektorenübergreifende Strategie mit klaren Zielen und Maßnahmen erforderlich ist, die auf der Identifikation der maßgeblichen Wirkmechanismen (d.h. welche Faktoren für welche Zielgruppe welche Wirkung haben) und einer gemeinsamen Berücksichtigung von Behandlungsaufwand und Krankheitsfolgen basiert.

Der RH empfahl dem Ministerium daher, gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und Ländern eine sektorenübergreifende Strategie zur psychischen Gesundheit zu entwickeln, dieser klare Wirkmechanismen zugrunde zu legen und sowohl die Behandlungsaufwendungen als auch die Krankheitsfolgen zu berücksichtigen.

## 2.3

Das Ministerium bestätigte in seiner Stellungnahme, dass die Zunahme bei den Diagnosen psychischer Erkrankungen eine Herausforderung für das Gesundheitssystem sei. Daher habe der im Ministerium eingerichtete Beirat für psychische Gesundheit eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (in zweiter Auflage aus dem Jahr 2013) ausgearbeitet und ein Positionspapier zur Spezifität und Behandlung psychischer Erkrankungen für die Bundeszielsteuerung Gesundheit verfasst. Der aktuelle Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 führe deshalb die psychische Gesundheit als integralen Bestandteil von Gesundheit explizit an. Dies sei mit dem Auftrag verbunden, bei der Einführung neuer Strategien und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Kranken- und Langzeitversorgung sowie bei der Umsetzung der Zielsteuerung insbesondere auch die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu beachten.

Das Ministerium nehme die Anregung, eine sektorenübergreifende Strategie gemeinsam mit Sozialversicherungsträgern und Ländern zu entwickeln, gern zur Kenntnis. In gewissem Maße würden die Arbeiten bzw. die Ergebnisse rund um das österreichische Gesundheitsziel neun (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) die Aufgaben und Ziele einer solchen Strategie bereits erfüllen, weil hier unter Beachtung eines Health in all Policies–Ansatzes über 40 unterschiedlichste Organisationen bzw. Institutionen eingebunden seien.

**2.4** Der RH entgegnete dem Ministerium, dass er die genannten und im Bericht dargestellten Grundlagen (Strategie, Gesundheitsziele und Zielsteuerungsvertrag) als nicht umsetzungsnah genug bzw. als zu wenig wirkungsorientiert beurteilte. Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine Ausführungen in **TZ 4**.

**3.1** Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es zu psychischen Erkrankungen kaum epidemiologische Daten<sup>2</sup> über die Verbreitung psychischer Erkrankungen. Standardisierte Diagnosen bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung lagen lediglich bei Spitalsaufenthalten und bei Krankenständen vor; die Datenlage über die Inanspruchnahme von Leistungen war eingeschränkt. Ebenso fehlten Daten über die Wirkung der Behandlungen. Es gab auch keine zentrale Stelle, die alle verfügbaren Daten sektorenübergreifend zu regelmäßigen Berichten zusammenzufassen (z.B. hinsichtlich der Überschneidung von Angeboten der Länder und der Gebietskrankenkassen) sowie zu analysieren (z.B. Angebotsdichte) und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten hatte.

**3.2** Der RH kritisierte, dass die Ausgangslage (Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung), die Inanspruchnahme von Leistungen und die Wirkung der Behandlung nicht vollständig in den verfügbaren Daten abgebildet waren.

Er merkte an, dass er seit 2008 wiederholt die standardisierte Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich empfohlen hatte.<sup>3</sup> Angesichts der Dynamik der Entwicklung der psychischen Erkrankungen (**TZ 2**) hielt der RH gerade in diesem Bereich solide Datengrundlagen für entscheidend.

<sup>2</sup> Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeitete die Medizinische Universität Wien an einer drittmittel-finanzierten Studie zur psychischen Gesundheit in Österreich.

<sup>3</sup> „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2), TZ 6; zuletzt „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3), TZ 7

Der RH empfahl dem Ministerium, gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern gesicherte Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, in Anspruch genommene Leistungen, Wirkung der Behandlung) zur psychischen Gesundheit in Österreich zu schaffen und eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und aus einer Analyse Handlungsempfehlungen ableitet.

### 3.3

Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass auch ihm die Schaffung einer gesicherten Datengrundlage zur psychischen Gesundheit in Österreich gemeinsam mit Sozialversicherungsträgern und den Ländern ein großes Anliegen sei. Auch eine elektronische Erfassung und Vernetzung der Daten zur psychischen Gesundheit durch die betroffenen Einrichtungen erachte das Ministerium grundsätzlich für sinnvoll. Datenschutzrechtliche, technische und somit auch finanzielle Herausforderungen würden derzeit aber große Hürden für eine Umsetzung darstellen.

Bei der Schaffung zusätzlicher Datengrundlagen sei immer zwischen Aufwand und Nutzen abzuwägen. Für die geforderte Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich leiste das Ministerium seit Jahren Überzeugungsarbeit. Die leistungserbringenden Personen seien jedoch dazu derzeit nicht bereit. Eine Verordnung von Amts wegen ohne Einvernehmen mit den Betroffenen erachte das Ministerium nicht als zweckmäßig, weil dann die Datenqualität erfahrungsgemäß sehr niedrig sei. Es werde sich jedoch mit allen verfügbaren Mitteln dafür einsetzen, dass eine Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich in absehbarer Zeit realisiert werden könne.

Schließlich habe das Ministerium bereits in den vergangenen Jahren – mangels eigener finanzieller Ressourcen jedoch erfolglos – versucht, eine epidemiologische Studie zur psychischen Gesundheit in Österreich durchzuführen. Auf Grundlage von Drittmitteln habe das Vorhaben nun doch realisiert und mittlerweile abgeschlossen werden können. Nach Vorliegen der Abschlussergebnisse werde sich auch das Ministerium bei Planungsaufgaben auf diese Daten stützen.

### 3.4

Der RH nahm gegenüber dem Ministerium die Umsetzungshindernisse und die bei den Leistungserbringenden erforderliche Überzeugungsarbeit zur Kenntnis. Im Hinblick auf eine gezielte Mittelverwendung hielt er jedoch die Kenntnis der Erkrankungshäufigkeit, der Behandlungsschritte und ihrer Erfolge für erforderlich und blieb daher bei seiner Empfehlung.

Der RH wies außerdem darauf hin, dass die Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich eine ärztliche Berufspflicht darstellte und deshalb für die Leistungserbringenden verbindlich war. Allerdings fehlte ein österreichweiter Standard für die elektronische Erfassung der Dokumentation bzw. für eine Datenschnittstelle, wofür der RH Handlungsbedarf sah.

## Übergeordnete Strategie und Gesundheitsplanung

### 4.1

(1) Die WHO arbeitete seit 2005 an Strategien zum Umgang mit psychischen Erkrankungen. Ein Schwerpunkt war – neben Themen wie Entstigmatisierung, Entdiskriminierung und Eingliederung in das Arbeitsleben – die Verbesserung der Versorgung im niedergelassenen Bereich. Auf Basis eines WHO–Aktionsplans entstand in Österreich eine vom Ministerium veröffentlichte Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (in zweiter Auflage aus dem Jahr 2013). Diese umfasste im Rahmen von zehn strategischen Zielen u.a. die Forderung nach zuverlässigen Daten über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und die Versorgung, eine sektorenübergreifende Versorgung, eine Koordination des Gesundheits– und des Sozialbereichs und eine Orientierung an der Versorgungswirksamkeit und der Ergebnisqualität.

(2) Im Jahr 2012 beschloss der Ministerrat als Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2032 zehn Gesundheitsziele für Österreich. Ein Gesundheitsziel betraf die Förderung der psychosozialen Gesundheit. Dabei wurde ein Handlungsbedarf im Hinblick auf die derzeitige Versorgungslage identifiziert und besonderes Augenmerk auf Kinder und alte Menschen, eine Entstigmatisierung und eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung gelegt. Eine Arbeitsgruppe aus über 40 Institutionen sollte bis Ende 2017 konkrete Strategie– und Maßnahmenkonzepte erarbeiten. Im Sommer 2017 lag ein vorläufiger Endbericht vor, der Wirkungsziele und Indikatoren für drei Handlungsfelder<sup>4</sup> definierte und auch Angaben zu insgesamt 29 Umsetzungsmaßnahmen<sup>5</sup> enthielt.

(3) Im Rahmen der mit der Gesundheitsreform 2013 eingeführten Zielsteuerung Gesundheit wurde die Förderung der psychosozialen Gesundheit auf Bundesebene erstmals im Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 thematisiert; der Ausbau des Versorgungsangebots sollte insbesondere die Etablierung multiprofessioneller niederschwelliger Angebote für Kinder und Jugendliche umfassen. Auf Landesebene hatten sowohl Salzburg (**TZ 16**) als auch die Steiermark (**TZ 19**) bereits in der vorangegangenen Zielsteuerungsperiode 2013 bis 2016 entsprechende Maßnahmen gesetzt.

(4) Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2017<sup>6</sup>, der den verbindlichen Rahmen sowohl für die österreichweite Planung der Versorgungsstrukturen als

<sup>4</sup> Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung; Versorgung, Rehabilitation und Ausbildung; Gesellschaft und Entstigmatisierung

<sup>5</sup> Einige davon betrafen auch psychosoziale Angebote in der Steiermark, nämlich ein bundeslandweites Projekt zur Suizidprävention, ein Konzept zur mobilen psychosozialen Hilfe im Alter sowie ein in Schulen und Ausbildungsstätten angebotenes Programm zur Förderung der seelischen Gesundheit bei Jugendlichen.

<sup>6</sup> Den ÖSG 2017 hatten Bund, alle Bundesländer und die Sozialversicherungsträger in der Bundeszielsteuerungskommission einvernehmlich festgelegt und beschlossen. Er war seit 30. Juni 2017 in Kraft.

auch für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) auf Länderebene bildete, betonte (wie bereits der ÖSG 2012) bei der Versorgung von psychisch Erkrankten einen integrativen Ansatz und maß den Wechselwirkungen zwischen den Sektoren besondere Bedeutung zu. Neben Qualitätskriterien, etwa dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorrangig in multiprofessionellen, niederschweligen Ambulatorien erfolgen sollte, enthielt er auch die Vorgabe, in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und den gesetzlich vorgegebenen Zuständigkeiten weitere psychosoziale Angebote wie etwa Beratungsstellen, Tagesstrukturen oder Wohnangebote vorzusehen.

(5) Der aus dem Jahr 2005 stammende RSG Salzburg war nicht aktuell, obwohl er als zentrales Planungsdokument auf Länderebene für die integrative, regionale Versorgungsplanung konzipiert war.

Der RSG Steiermark 2025 hatte insbesondere die Etablierung einer alterspsychiatrischen Versorgung sowie den bereits begonnenen Aufbau einer ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zum Gegenstand. Aussagen zur zukünftigen Struktur der psychosozialen Versorgung beschränkten sich im Wesentlichen auf Beratungsstellen bzw. auf Ambulatorien als Versorgungstypen, deren Funktionen und Dislozierung. Weitergehende Planungsaussagen zur psychosozialen Versorgung, etwa für die mobile Betreuung oder für psychosoziale Wohnangebote, fehlten hingegen.

## 4.2

(1) Der RH anerkannte, dass der Ministerrat (in den Gesundheitszielen) bzw. das Ministerium (in der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit) die Herausforderung der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen erkannt hatte und strategische Festlegungen getroffen hatte.

(2) Der RH kritisierte jedoch, dass nur für Teilbereiche, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie, konkrete Pläne vorlagen. Weder die Zielsteuerungsverträge noch der ÖSG bzw. die RSG Salzburg und Steiermark konkretisierten jedoch wichtige strategische Ziele. Diesbezügliches Verbesserungspotenzial ortete der RH in der Steiermark bspw. hinsichtlich der Datenlage über die Versorgung mit psychosozialen Angeboten (**TZ 22**) sowie hinsichtlich der Koordination zwischen dem Gesundheits- und Sozialbereich (**TZ 18**). Eine auf die strategischen Ziele ausgerichtete konkrete Angebotsplanung erfolgte nicht. Die zentralen Instrumente der Steuerung der österreichischen Gesundheitsplanung enthielten daher keine angemessene Reaktion auf die wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen.

Der RH verwies darauf, dass eine Überprüfung, ob die vom Ministerrat beschlossenen Gesundheitsziele in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und den RSG berücksichtigt waren, nicht vorgesehen war. Auch eine Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten war nicht sichergestellt.

Der RH empfahl dem Ministerium, gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern der psychischen Gesundheit in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und den RSG eine größere Bedeutung zuzuordnen. Dabei wären die strategischen Ziele umsetzungsnäher und wirkungsorientiert zu gestalten und systematisch zu überprüfen, ob die Gesundheitsplanung (Zielsteuerungsverträge, ÖSG, RSG) diesen Zielen entspricht.

(2) Der RH kritisierte, dass das Land Salzburg über keinen aktuellen RSG verfügte. Hinsichtlich des RSG Steiermark hielt er fest, dass das Land darin Planungsaussagen nur für psychosoziale Beratungsstellen bzw. Ambulatorien, nicht aber für weitere Versorgungsangebote – wie etwa die mobile Betreuung oder psychosoziale Wohnangebote – getroffen hatte.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, auf die zeitnahe Erstellung eines neuen RSG hinzuwirken. Dem Gesundheitsfonds empfahl er, bei der Weiterentwicklung des RSG auch die anderen psychosozialen Versorgungsangebote zu berücksichtigen. Dabei sollten die Planungen der unterschiedlichen Aufgabenträger aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Behindertenhilfe in einen integrativen Ansatz einfließen.

## 4.3

(1) Das Ministerium beschrieb in seiner Stellungnahme zunächst ergänzend zur Darstellung des RH seine Bemühungen um eine Neuorientierung der psychischen Versorgung seit den 1990er Jahren (Abkehr von den großen psychiatrischen Krankenhäusern und Schaffung von psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern, Psychiatriepläne in den Bundesländern, Aufnahme in den Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021). Das Ministerium werde sich dafür einsetzen, dass der psychischen Gesundheit in Zukunft in den Zielsteuerungsverträgen, im ÖSG und in den RSG eine noch größere Bedeutung zukommt. Es merkte weiters an, dass die Ursachen psychischer Erkrankungen häufig außerhalb des Gesundheitssystems liegen würden und daher ein Health in all Policies–Ansatz erforderlich sei, wie er im Rahmen der Arbeiten zum Ziel neun der Gesundheitsziele für Österreich verfolgt werde.

Das Ministerium führte weiters aus, es könne die Kritik des RH – wonach eine Überprüfung, ob die Gesundheitsziele für Österreich in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und dem RSG berücksichtigt waren, nicht vorgesehen sei – nicht nachvollziehen. Die Gesundheitsziele würden allen Aktivitäten des Ministeriums im Gesundheitsbereich als Basis dienen. Es sei daher ausgeschlossen, dass die Ziele des Zielsteuerungsvertrags oder die Gesundheitsplanung von diesen Gesundheitszielen abweichen würden.

(2) Das Land Salzburg teilte in seiner Stellungnahme mit, die Arbeiten am neuen RSG seien bereits intensiv im Gang und sollten, wie im Landeszielsteuerungs-Übereinkommen vorgesehen, im November 2018 abgeschlossen sein. Weiters habe die Salzburger Gesundheitsplattform ein Gesundheitsziel zur psychosozialen Gesundheit beschlossen. Aus diesem Grund sei die Förderung der psychosozialen Gesundheit eine Maßnahme der Gesundheitsförderung.

(3) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds würden der ÖSG und die RSG – beschränkt auf die Aufgaben des Gesundheitsressorts – bereits eine integrative Betrachtung des stationären und ambulanten Behandlungs- und Betreuungsbereichs vorgeben. Um die Planungen der unterschiedlichen Aufgabenträger aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Behindertenhilfe in einen integrativen Ansatz einfließen zu lassen, schlage der Gesundheitsfonds vor,

- ein Steuerungsgremium bestehend aus Entscheidungsträgern der zuständigen Abteilungen und des Gesundheitsfonds einzurichten, um zu garantieren, dass Planungsunterlagen in Kooperation erarbeitet bzw. abgestimmt würden,
- einen wechselseitigen Konsultationsmechanismus zu Anträgen bzw. Projekten zu reaktivieren, der eine kontinuierliche und gleichmäßige Information aller involvierten Abteilungen garantieren soll und
- ein gemeinsames, übergeordnetes Planungsdokument für den psychosozialen Versorgungsbereich zu gestalten, das für alle Abteilungen wirksam sei und dessen entsprechende Teile in den RSG bzw. den Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie einfließen würden.

#### 4.4

Der RH nahm gegenüber dem Ministerium zur Kenntnis, dass es sich in allen Aktivitäten an den Gesundheitszielen orientiert. Er wies aber darauf hin, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission und die Zielsteuerungsverträge maßgeblich von den Finanzierern des Gesundheitssystems, insbesondere den Sozialversicherungsträgern und den Ländern, bestimmt waren. Wesentlich war daher, ob die auch von den Ländern und Sozialversicherungsträgern vereinbarten und finanzierten Maßnahmen ausreichen, diese Ziele zu erreichen.

Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung, die strategischen Ziele umsetzungsnäher und wirkungsorientiert zu gestalten, die Planungsinstrumente (Zielsteuerungsverträge, ÖSG und RSG) stärker auf diese Ziele auszurichten und zu überprüfen, ob die Gesundheitsplanung diesen Zielen entspricht.

## Psychosoziale Versorgung in Salzburg

### Allgemeines

#### 5.1

(1) Die Zuständigkeit für die psychosoziale Versorgung ergab sich aus der Geschäftsordnung der Salzburger Landesregierung<sup>7</sup> sowie der Geschäftseinteilung des Amtes der Landesregierung<sup>8</sup>. Laut Geschäftseinteilung umfasste der Geschäftsbereich der Sozialabteilung u.a. sowohl die ganzheitliche extramurale Betreuung und Beratung psychisch Kranker und deren Angehöriger als auch die Angelegenheiten der Behindertenhilfe und der sonstigen psychosozialen Versorgung. Gemäß der Geschäftsordnung waren die genannten Angelegenheiten dem Sozialressort zugeordnet.

(2) Das psychosoziale Versorgungsangebot in Salzburg umfasste

- die vom Referat Psychosozialer Dienst der Sozialabteilung durchgeführte niederschwellige Abklärung, Beratung und Betreuung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen in psychosozialen Beratungsstellen,<sup>9</sup>
- die vom Referat Behindertenhilfe und Inklusion der Sozialabteilung geplanten und gesteuerten Leistungen der Behindertenhilfe gemäß dem Salzburger Behindertengesetz<sup>10</sup>, soweit sie für psychisch beeinträchtigte Menschen erbracht wurden, etwa Wohn- und Beschäftigungsangebote oder die Betreuung der Klientinnen und Klienten im eigenen Wohnbereich oder Lebensumfeld durch mobile Dienste sowie
- einen ambulanten, vom Land Salzburg aus dem Bereich der Behindertenhilfe finanzierten Not- und Krisendienst, den ein privater Verein mit einer landesweiten, rund um die Uhr erreichbaren Telefonhotline betrieb (TZ 14).

Ein psychosoziales Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche, vergleichbar mit dem landeseigenen Psychosozialen Dienst, war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Aufbau (TZ 16).

(3) Der Aufwand des Landes Salzburg für die psychosoziale Versorgung umfasste die Personal- und Sachkosten des Referats Psychosozialer Dienst (TZ 10) sowie die an

<sup>7</sup> LGBl. 43/2004 i.d.g.F.

<sup>8</sup> LGBl. 81/2014 i.d.g.F.

<sup>9</sup> Für die Beratung Drogenabhängiger sah die Geschäftseinteilung des Amtes der Salzburger Landesregierung eigene Drogenberatungsstellen vor.

<sup>10</sup> LGBl. 93/1981 i.d.g.F.



die Träger der Behindertenhilfe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entrichteten Leistungsentgelte.<sup>11</sup> Die folgende Tabelle gibt darüber einen Überblick:

**Tabelle 2: Aufwand des Landes Salzburg für die psychosoziale Versorgung 2012 bis 2016**

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	in Mio. EUR					in %
Psychosozialer Dienst	2,38	2,50	2,68	2,40	2,64	11
psychosozialer Versorgungsbereich der Behindertenhilfe	13,00	13,70	14,60	15,50	17,00	31
<i>davon</i>						
<i>Leistungsentgelte/Subventionen an/für Einrichtungen der Behinder- tenhilfe</i>	8,23	8,58	9,06	9,80	10,33	26
<b>Summe</b>	<b>15,38</b>	<b>16,20</b>	<b>17,28</b>	<b>17,90</b>	<b>19,64</b>	<b>28</b>

Quelle: Sozialabteilung des Landes Salzburg

**5.2** Der RH erachtete es als zweckmäßig, dass die Angelegenheiten der extramuralen psychosozialen Versorgung im Bundesland Salzburg einem Verantwortungs- und Aufgabenbereich zugeordnet waren.

## Planung

**6.1** (1) Das Sozialressort führte in den Jahren 2011 bis 2013 das Projekt „Psychosoziale Versorgung – Planung neu“ mit dem Ziel der Weiterentwicklung des psychosozialen Versorgungssystems durch. Der Fokus lag auf den von der Sozialabteilung finanzierten Versorgungsangeboten und deren Vernetzung und umfasste auch angrenzende Leistungsbereiche sowie Nahtstellen zum Sozialbereich. Die im August 2012 präsentierten Projektergebnisse mit Maßnahmen und Konzepten sollten den „Bedarfs- und Entwicklungsplan – Leistungen für psychisch kranke Menschen“ aus dem Jahr 2002 als Planungsinstrument ersetzen.

Zu den aus dem Projekt abgeleiteten Maßnahmen zählten der Aufbau eines Psychosozialen Versorgungs- und Beratungszentrums für Kinder und Jugendliche (**TZ 16**), die Durchführung eines Projekts zur integrierten Versorgung (**TZ 17**), der Ausbau intensiv betreuter Wohneinheiten (**TZ 13**) sowie die Verbesserung des Wartelistenmanagements im Bereich Wohnen (**TZ 8**).

<sup>11</sup> Gemäß § 2 Salzburger Behindertengesetz sind Menschen mit Behinderung Personen mit wesentlichen Beeinträchtigungen ihrer körperlichen Funktionen, Sinnesfunktionen, kognitiven Fähigkeiten oder psychischen Gesundheit, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben maßgeblich benachteiligen. Die Beeinträchtigung musste mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauern.

(2) Ausgehend von den Projektergebnissen gestaltete das Sozialressort den laufenden Prozess der Versorgungsplanung neu. Die Bedarfsermittlung basierte dabei auf den Rückmeldungen der Bezirksverwaltungsbehörden sowie auf Daten des Wartelistenmanagements des Referats Psychosozialer Dienst. Die Umsetzungsplanung erfolgte in Arbeitsgruppen mit den relevanten Akteuren, bspw. im Rahmen sogenannter Planungstage unter Einbeziehung von Trägern der Behindertenhilfe und des Referats Behindertenhilfe und Inklusion. Die von den Arbeitsgruppen erarbeiteten sogenannten Produktbeschreibungen definierten für jede Leistung insbesondere Ziele, Leistungsumfang, Zielgruppen, Kosten und Tarife, Qualitätsaspekte, personelle Anforderungen und Zugangsvoraussetzungen. Sie waren integrierter Bestandteil der vom Land Salzburg mit den Leistungserbringern geschlossenen Verträge (TZ 12).

(3) Im Verantwortungsbereich des Sozialressorts war ein interdisziplinärer und multiprofessioneller Beirat für psychosoziale Gesundheit als unabhängiges Beratungsgremium eingerichtet, der Empfehlungen und Resolutionen erarbeitete, beschloss und der Landesregierung, dem Landtag oder anderen Adressaten übermittelte. Beschlüsse des Beirats aus den Jahren 2014 bis 2016 betrafen etwa die Einführung von Peer-Arbeit in der psychosozialen Versorgung, die Planung integrierter Versorgungsmodelle oder die Umsetzung eines Modells zur ambulanten medizinisch-therapeutischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Der aus fünfzehn Mitgliedern bestehende Beirat umfasste zumindest je eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der Sozialabteilung und der Gesundheitsabteilung des Landes, eine selbst betroffene Person (Peer) sowie eine Angehörige bzw. einen Angehörigen. Ohne dies schriftlich festgelegt zu haben, gehörten dem Beirat auch Vertreterinnen und Vertreter der Krankenanstalten, der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte sowie des psychosozialen Bereichs an. Die Arbeitsvereinbarung sah sektorenübergreifende Koordinationsaufgaben jedoch nicht explizit vor.

## 6.2

(1) Der RH vertrat die Ansicht, dass die Ergebnisse des Projekts „Psychosoziale Versorgung – Planung Neu“ eine geeignete Basis zur Weiterentwicklung des integrierten psychosozialen Versorgungssystems darstellen konnten. Er erachtete auch den Prozess der Umsetzungsplanung als zweckmäßig und sah in der Einbindung der Trägerorganisationen und des Referats Behindertenhilfe und Inklusion in die weitere Entwicklung des psychosozialen Versorgungssystems einen Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsorientierten Versorgung. Die in den Verträgen zwischen dem Land Salzburg und den Leistungserbringern enthaltenen Produktbeschreibungen hob der RH positiv hervor (TZ 15).

(2) Die Einrichtung eines Beirats für psychosoziale Gesundheit als unabhängiges Empfehlungs- und Beratungsgremium erachtete der RH nicht zuletzt wegen der Einbindung sowohl von Betroffenen (Peers) als auch von deren Angehörigen als

zweckmäßig. Auch die von ihm wahrgenommenen Aufgaben stufte er im Hinblick auf eine wirksame psychosoziale Versorgung als sinnvoll ein.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, eine Ergänzung des Aufgabenprofils des Beirats für psychosoziale Gesundheit um Angelegenheiten der sektorenübergreifenden Koordination sowie die verbindliche Bestellung von Vertreterinnen und Vertretern der Krankenanstalten sowie der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte in den Beirat zu prüfen.

## 6.3

Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, ein vom zuständigen Regierungsmitglied einberufenes Forum wähle die Mitglieder des freiwilligen, beratenden Beirats für psychosoziale Gesundheit im Abstand von drei Jahren. Bei Neuwahlen werde das Land Salzburg ein besonderes Augenmerk darauf legen, dass auch künftig facheinschlägige Vertreterinnen und Vertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenanstalten im Beirat vertreten sind. Der Beirat unterstütze die sektorenübergreifende Koordination durch Beratung, die Verantwortung für die Planung und Steuerung der Psychosozialen Versorgung liege jedoch beim Land Salzburg.

## Psychosozialer Dienst des Landes Salzburg

### Überblick über das Versorgungsangebot

#### 7.1

(1) Dem Referat Psychosozialer Dienst oblagen insbesondere die Beratung und Betreuung von Erwachsenen<sup>12</sup> mit psychischen Erkrankungen einschließlich Abhängigkeitserkrankungen, die zu Hause lebten und nicht (oder nicht mehr) in Einrichtungen versorgt wurden. Daneben hatte das Referat wichtige Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben. Seine Bediensteten nahmen etwa Kontakt mit stationär behandelten Personen auf, um deren Entlassung zu begleiten, und führten Vernetzungsgespräche mit niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten oder mit den Kriseninterventionsteams. Der Psychosoziale Dienst fungierte damit auch als Drehscheibe für die anderen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebote.<sup>13</sup>

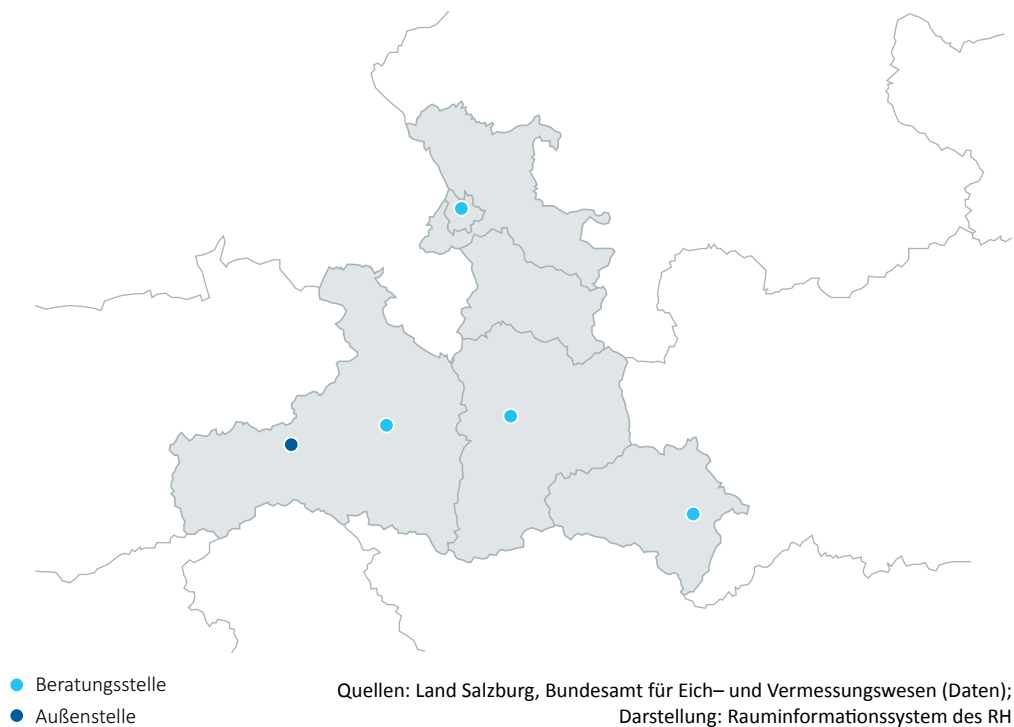
(2) Das Versorgungsangebot des Psychosozialen Dienstes bestand an insgesamt fünf Standorten. Aufgrund der guten Erreichbarkeit versorgten die in der Stadt Salzburg angesiedelten Regionalteams auch die Bezirke Salzburg-Umgebung und Hallein. In den übrigen Bezirken Salzburgs (St. Johann im Pongau, Tamsweg, Zell am

<sup>12</sup> Als Altersgrenze galten 18 Jahre, nach oben hin gab es grundsätzlich keine Begrenzung. Das Angebot des Psychosozialen Dienstes konnte grundsätzlich auch von den Angehörigen der Erkrankten in Anspruch genommen werden.

<sup>13</sup> Beispielsweise nahm der Psychosoziale Dienst Lungau Kontakt mit Klientinnen und Klienten im Krankenhaus Tamsweg auf oder führte der Psychosoziale Dienst Pinzgau Vernetzungsgespräche mit niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten oder mit dem Team der Krisenintervention durch.

See) war jeweils eine Beratungsstelle sowie im Bezirk Zell am See zusätzlich noch eine Außenstelle in Mittersill vorhanden, wie die folgende Abbildung zeigt:

**Abbildung 1: Standorte der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg 2017**



## 7.2

Der RH hielt fest, dass das Versorgungsangebot des Psychosozialen Dienstes das gesamte Landesgebiet Salzburgs abdeckte. Die Mitversorgung der Bezirke Salzburg-Umgebung und Hallein durch die in der Stadt Salzburg angesiedelten Regionalteams erachtete der RH wegen der guten Erreichbarkeit als zweckmäßig. Das ausschließlich an Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr gerichtete Versorgungsangebot sah der RH im Lichte der im Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 vereinbarten Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kritisch. Er anerkannte jedoch die Bemühungen des Landes Salzburg, mit dem Psychosozialen Versorgungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche eine eigene Struktur für diese Klientel aufzubauen, und verwies auf seine diesbezüglichen Feststellungen in [TZ 16](#).

## Drehscheibenfunktion und Wartelistenmanagement

### 8.1

(1) In seiner Drehscheibenfunktion war der Psychosoziale Dienst auch an der Steuerung des Zugangs zu anderen psychosozialen Versorgungsangeboten beteiligt. So beriet er bspw. die Klientinnen und Klienten vor der Beantragung von Leistungen, wenn hierfür ein behördliches Verfahren erforderlich war, und stellte danach ihre Anmeldung bei einer geeigneten Wohneinrichtung und damit ihre Aufnahme in die Warteliste sicher.

(2) Durch das von ihm wahrgenommene Wartelistenmanagement versuchte der Psychosoziale Dienst, die Versorgung mit psychosozialen Wohn- oder Rehabilitationsangeboten zu optimieren. Er stimmte die Wartelisten laufend mit den Einrichtungen ab bzw. aktualisierte sie, wodurch nicht zuletzt Mehrfachanmeldungen und unzutreffende Bedarfseinschätzungen verhindert werden sollten.

## 8.2

Der RH hielt fest, dass der Psychosoziale Dienst aufgrund seiner Drehscheibenfunktion und des regelmäßigen Informationsaustauschs mit Behörden und Leistungsanbietern auch bei der Steuerung des Zugangs zu anderen psychosozialen Versorgungsangeboten eine wesentliche Rolle spielte. Diese – auch durch sein Wartelistenmanagement geförderte – Vernetzung erachtete der RH als wesentlichen Beitrag zur Qualitätsverbesserung des psychosozialen Versorgungssystems.

## Personal

### 9.1

(1) Das Referat Psychosozialer Dienst bestand aus insgesamt fünf regional organisierten Teams, wobei das Team Stadt und Tennengau sowie das Team Flachgau in der Stadt Salzburg angesiedelt waren. Die operativ tätigen, d.h. unmittelbar mit der Betreuung von Klientinnen und Klienten befassten Teams waren multiprofessionell ausgerichtet und bestanden unter anderem aus Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Die ebenfalls in der Stadt Salzburg angesiedelte Referatsleitung bestand aus dem fachärztlichen Leiter und seiner Assistentin. Darüber hinaus waren ihr auch der Sucht- und Drogenkoordinator sowie zwei Fachärztinnen (mit je 0,5 Vollbeschäftigungsäquivalenten – VBÄ) zugeordnet, denen die fachärztliche Betreuung der Klientinnen und Klienten im gesamten Bundesland oblag. Insgesamt kamen 25,49 VBÄ zum Einsatz, die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen war mit 14,86 VBÄ am stärksten vertreten.

(2) Die im Psychosozialen Dienst tätigen Psychotherapeutinnen erbrachten ihre Leistungen aufgrund eines Kooperationsmodells mit der Salzburger Gebietskrankenkasse. Diese übernahm ihre Personalkosten, während im Gegenzug der Psychosoziale Dienst des Landes in den Regionen Lungau und Pinzgau kostenlose Psychotherapie für Versicherte anbot.

### 9.2

Der RH hielt fest, dass die Salzburger Gebietskrankenkasse im Rahmen einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit die Personalkosten für die beim Psychosozialen Dienst des Landes angestellten Psychotherapeutinnen übernahm. Nach seiner Ansicht war diese Maßnahme geeignet, die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen im Lungau und im Pinzgau zu verbessern.

## Kosten des Psychosozialen Dienstes

**10.1** (1) Die Gesamtkosten des Referats Psychosozialer Dienst stiegen von rd. 2,38 Mio. EUR im Jahr 2012 auf rd. 2,64 Mio. EUR im Jahr 2016. Die Steigerungsrate von rd. 11 % in diesem Zeitraum entsprach in etwa jener der Personalkosten, wie die folgende Tabelle zeigt:

**Tabelle 3: Kosten des Referats Psychosozialer Dienst 2012 bis 2016 im Detail**

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	in EUR					in %
Personalkosten	1.693.849	1.754.188	1.906.254	1.687.184	1.880.924	11
Verwaltungsgemeinkosten gemäß Erlass 3.22	338.770	350.838	381.251	337.437	376.185	11
Sachkosten gemäß Erlass 3.22	248.859	276.691	280.948	259.034	259.291	4
Sachkosten freie Dienstverträge und Werkverträge	50.968	49.635	32.811	6.506	5.986	-88
Reisekosten	17.156	17.934	18.266	25.659	26.402	54
Supervision	2.240	1.988	3.375	3.446	3.574	60
Fortbildung	3.580	3.031	4.375	7.972	9.886	176
Miete Zell am See (ab 1. Juli 2012)	19.080	35.942	35.942	35.942	35.942	–
Betriebskosten Zell am See (ab 1. Juli 2012)	2.713	5.425	4.740	4.867	5.624	–
Miete St. Johann im Pongau (ab 1. September 2014)	0	0	9.244	25.212	25.487	–
Betriebskosten St. Johann im Pongau (ab 1. September 2014)	0	0	1.738	5.124	7.166	–
<b>Summe</b>	<b>2.377.214</b>	<b>2.495.673</b>	<b>2.678.945</b>	<b>2.398.383</b>	<b>2.636.468</b>	<b>11</b>

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Sozialabteilung des Landes Salzburg

Die in der Tabelle dargestellten Werte waren zum Teil Ist-Werte<sup>14</sup> und zum Teil kalkulatorische Werte<sup>15</sup> und daher als Näherungswerte zu qualifizieren: Die Verwaltungsgemeinkosten wurden mit 20 % der Bruttopersonalkosten berechnet, für die Bemessung der Sachkosten galt ein jährlich indexierter Pro-Kopf-Wert.<sup>16</sup> Der Rück-

<sup>14</sup> Personalkosten, Sachkosten für freie Dienstverträge und Werkverträge, Reisekosten, Supervision, Fortbildung, Miete und Betriebskosten für Zell am See und St. Johann im Pongau

<sup>15</sup> Verwaltungsgemeinkosten, Sachkosten

<sup>16</sup> Der diesbezüglich maßgebliche Erlass des Amtes der Landesregierung unterschied dabei zwischen Personal in landeseigenen Räumlichkeiten und Personal in angemieteten Räumlichkeiten; für Letztere wurde ein geringerer Wert angenommen, dafür waren aber Miete und Betriebskosten der Mietobjekte gesondert berücksichtigt.

gang der Sachkosten für freie Dienstverträge und Werkverträge war auf die sukzessive Umwandlung freier Dienstverhältnisse in Regeldienstverhältnisse zurückzuführen.

(2) Die für die Supervision eingesetzten Mittel betragen zwischen rd. 0,8 Promille (2013) und rd. 1,4 Promille (2015 und 2016) der Referatskosten. So fanden etwa am Standort in der Stadt Salzburg für insgesamt zwölf Personen (exklusive Leitung und fachärztlichem Pool) lediglich fünf Sitzungen<sup>17</sup> jährlich statt, d.h. dass pro Person rechnerisch rund eine Stunde Supervisionszeit jährlich zur Verfügung stand. Die Bediensteten hatten zusätzlichen Bedarf, weil sie in diesem Rahmen lediglich einen Fall pro Jahr besprechen konnten.

## 10.2

(1) Der RH hielt fest, dass die von der Sozialabteilung für das Referat Psychosozialer Dienst näherungsweise ermittelten Kosten teilweise auf Ist-Werten und teilweise auf kalkulatorischen Werten beruhten. Er hielt diese Kostenbestimmung im Hinblick auf Kosten–Nutzen–Überlegungen für vertretbar.

(2) Der RH hielt kritisch fest, dass pro Person rechnerisch nur rund eine Stunde Supervisionszeit jährlich zur Verfügung stand.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, das Supervisionsangebot für die Bediensteten des Referats Psychosozialer Dienst angemessen auszuweiten.

## 10.3

Laut Stellungnahme des Landes Salzburg werde es die Empfehlung an die zuständigen Stellen herantragen.

---

<sup>17</sup> Eine Sitzung bestand aus drei Einheiten zu je 50 Minuten.

## Leistungsdokumentation

- 11.1** (1) Der Psychosoziale Dienst dokumentierte die von ihm erbrachten Leistungen in einem Datenbanksystem (Soziales Informationssystem – Psychosozialer Dienst), das fallbezogene Auswertungen ermöglichte. Hierfür wurden die Leistungen innerhalb zeitlich abgegrenzter Betreuungspakete erfasst, die aus einzelnen Arbeitssequenzen (insbesondere Abklärung, Betreuung und Vermittlung bzw. Koordination) bestanden. Innerhalb einer Arbeitssequenz konnten unterschiedlich viele Einzelleistungen erbracht werden. Als Einzelleistung zählte jeder persönliche Kontakt mit Klientinnen und Klienten (z.B. Vorsprache, Telefonat oder Hausbesuch).
- 11.2** Der RH erachtete es als zweckmäßig, dass der Psychosoziale Dienst des Landes Salzburg seine Leistungen in einem Datenbanksystem (Soziales Informationssystem – Psychosozialer Dienst) dokumentierte und fallbezogen auswerten konnte. Die Auswertungen waren seiner Ansicht nach geeignet, Informationen über die Verbreitung psychischer Erkrankungen und über die Wirksamkeit der bestehenden Versorgung gewinnen sowie diese bedarfsgerecht planen und steuern zu können.

## Psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe

### Überblick

- 12.1** (1) Die Behindertenhilfe<sup>18</sup> des Landes Salzburg umfasste auch psychosoziale Angebote für psychisch beeinträchtigte Menschen, unabhängig von sonstigen Beeinträchtigungen. Wie die folgende Tabelle zeigt, bestand dafür im Land Salzburg ein breites psychosoziales Versorgungsangebot nach dem Salzburger Behindertengesetz<sup>19</sup>, von dem auch Suchtangelegenheiten umfasst waren. Im Bereich der psychosozialen Wohnversorgung standen insgesamt 254 Plätze und im Bereich Tagesbetreuung, Tagesstruktur und Beschäftigung 131 Plätze zur Verfügung. Pauschal finanzierte, ambulante bzw. mobile Angebote waren zum Teil kontingentierte, wie bspw. die psychosoziale Rehabilitation mit rd. 17.000 Stunden jährlich.

<sup>18</sup> Nach dem Salzburger Behindertengesetz kamen als Hilfeleistungen die sogenannte Eingliederungshilfe und die sozialen Dienste in Betracht. Auf Versorgungsleistungen der Eingliederungshilfe bestand ein Rechtsanspruch. Diese Leistungen waren zwischen dem Land und dem Rechtsträger durch privatrechtliche Vereinbarung (bspw. Inhalt, Umfang der Leistung oder Qualitätssicherungsaspekte) mit einer Laufzeit von grundsätzlich zumindest drei Jahren zu regeln. Auf soziale Dienste bestand kein Rechtsanspruch; in diesem Bereich bestanden grundsätzlich einjährige Förderungsverträge.

<sup>19</sup> LGBl. 93/1981 i.d.g.F.



**Tabelle 4: Psychosoziale Versorgungsstruktur der Behindertenhilfe (Überblick)**

Projekt- bzw. Angebotsbezeichnung	Sektor	Kapazität bzw. Volumen
Altenpension	stationär	32 Plätze
Übergangs- und Folgewohnen	stationär	18 Plätze
aktive Großfamilie	stationär	9 Plätze
ambulant begleitetes Folgewohnen	stationär	14 Plätze
intensivbetreutes Wohnen	stationär	29 Plätze
Wohngemeinschaften	stationär	16 Plätze
Stützpunktwohnen	stationär	10 Plätze
sonstige Wohnangebote	stationär	126 Plätze
<b>Summe Wohnangebote</b>		<b>254 Plätze</b>
Arbeitstrainingszentrum	ambulant	8 Plätze
Tagesbetreuung, Tagesstruktur und Beschäftigung	ambulant	123 Plätze
<b>Summe Tagesbetreuung, Tagesstruktur und Beschäftigung</b>		<b>131 Plätze</b>
Suchtprävention	ambulant/mobil	pauschal
ambulante Krisenintervention	ambulant/mobil	pauschal
Übergangsbetreuung	ambulant/mobil	3 Vollbeschäftigungs- äquivalente
Alkohol- und Drogenberatung	ambulant/mobil	pauschal
Nachsorgegruppen für Alkoholranke und -gefährdete	ambulant/mobil	24 Gruppentermine
Intensivbetreuung für psychisch kranke Haftentlassene	ambulant/mobil	pauschal
ambulante psychosoziale Rehabilitation	ambulant/mobil	rd. 17.000 Stunden

Quelle: Land Salzburg

(2) Insgesamt schloss das Land mit zwölf Trägerorganisationen Verträge im Rahmen der Behindertenhilfe.<sup>20</sup> Mit neun Trägerorganisationen waren Leistungen der Eingliederungshilfe vereinbart, mit drei Trägerorganisationen Förderungen. Bestandteil der mehrjährigen Leistungsverträge (Eingliederungshilfe) waren die unter **TZ 6** erwähnten Produktbeschreibungen. Diese wurden laufend konkretisiert, inhaltlich ergänzt sowie entsprechend der Bedarfsentwicklung adaptiert und wiesen daher unterschiedliche Konkretisierungs- und Detaillierungsgrade auf. Vorgaben für die Evaluierung der erbrachten Leistungen – wie bspw. Dokumentationsanfordernisse, geeignete Kennzahlen und inhaltliche Fragestellungen – waren nicht in allen Produktbeschreibungen enthalten.

## 12.2

(1) Der RH erachtete das im Land Salzburg im Rahmen der Behindertenhilfe bestehende differenzierte psychosoziale Versorgungsangebot als zweckmäßig.

<sup>20</sup> Die Anzahl der abgeschlossenen Verträge war höher, weil mit den Anbietern verschiedener Leistungen für jedes Leistungsangebot ein gesonderter Vertrag abgeschlossen wurde.

(2) Der RH erachtete die zur Steuerung des Versorgungsangebots konzipierten Produktbeschreibungen sowie deren laufende Konkretisierung, Ergänzung und Adaption entsprechend der Bedarfsentwicklung als zweckmäßig, wies jedoch kritisch darauf hin, dass sie unterschiedliche Konkretisierungs- und Detaillierungsgrade aufwiesen und nicht lückenlos Vorgaben zur Evaluierung enthielten.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, die Produktbeschreibungen einheitlich zu strukturieren und darin Vorgaben zur Leistungsevaluierung vorzusehen.

**12.3** Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Produktbeschreibungen im Sinne einer Verbesserung und Optimierung kontinuierlich überarbeite. Erforderliche statistische Daten und zentrale Fragestellungen der Evaluierung seien auch aus Sicht des Landes ein wesentlicher Aspekt, den es bereits in die Produktbeschreibungen einarbeite.

Die Produktbeschreibungen seien ursprünglich im Rahmen von partizipativen Planungsprozessen erarbeitet worden; für Änderungen und Ergänzungen sei daher auch eine Abstimmung mit den freien Trägern der Behindertenhilfe erforderlich.

Zur Tabelle 4 merkte das Land Salzburg an, dass der in der Spalte „Sektor“ verwendete Begriff „stationär“ mehrdeutig sei, weil dieser umgangssprachlich auch mit „institutionenorientierten“ Wohneinrichtungen mit klinikähnlichen Strukturen verbunden werde. Das Referat Behindertenhilfe und Inklusion verwende stattdessen die Begriffe voll- und teilbetreut.

**12.4** Der RH entgegnete dem Land Salzburg, dass er den Begriff stationär bezogen auf die Behandlungsform und in Abgrenzung zu den Begriffen ambulant bzw. mobil verwendete und verwies auf seine Ausführungen zur psychosozialen Wohnversorgung im Land Salzburg (TZ 13).

## Psychosoziale Wohnversorgung Salzburg

**13.1** (1) Das Gunther Ladurner Pflegezentrum<sup>21</sup> mit den Schwerpunkten Neurologie, Multiple Sklerose, Wachkoma und Demenz war auf Bewohnerinnen und Bewohner mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsbedarf ausgerichtet. Die Zielgruppe unterschied sich somit wesentlich von jener des psychosozialen Versorgungsbereichs, bei der die psychische Beeinträchtigung und nicht der Pflege- und Betreuungsbedarf im Vordergrund stand.

<sup>21</sup> Das Gunther Ladurner Pflegezentrum galt als Sonderpflegeeinrichtung gemäß § 3 Abs. 3a der Sozialhilfe-Leistungs- und Tarifobergrenzen-Verordnung für Senioren- und Seniorenpflegeheime, LGBl. 38/2002 i.d.G.F.

Die Übernahme psychosozialer Versorgungsaufgaben durch Pflegeheime war – im Unterschied zum Land Steiermark (**TZ 24**) – grundsätzlich nicht vorgesehen.<sup>22</sup>

(2) Die Sonderpflegeabteilung für psychiatrische, psychogeriatrische und gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten St. Veit (Psychiatrische Sonderpflege St. Veit) war eine Abteilung der Landeslinik St. Veit und grundsätzlich als Langzeitpflegeeinrichtung konzipiert, wobei das Land den Betrieb einer Langzeitpflege innerhalb eines Krankenhauses aus nachstehenden Gründen zunehmend als problematisch erkannte.

Eine von der Betreiberin SALK Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (**Salzburger Landeskliniken**) beim Psychosozialen Dienst beauftragte und im Jahr 2015 durchgeführte Bedarfsevaluierung zeigte, dass die Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner hinsichtlich der Altersstruktur, der Erkrankungsbilder und der erforderlichen Betreuungsintensität sehr inhomogen war und dass für eine qualitativ gute Betreuung die bisherige, an eine Krankenanstalt gebundene Struktur nicht notwendig war.

Im Jahr 2017 kam das Land Salzburg mit der Betreiberin überein, die bestehenden 40 Betten je zur Hälfte der Zielgruppe der Behindertenhilfe – mit Finanzierung aus Mitteln der Sozialabteilung – und der Zielgruppe der Krankenbehandlung – mit Finanzierung durch die Salzburger Landeskliniken – zuzuordnen. Im System der Behindertenhilfe war vorrangig eine längerfristige bzw. dauerhafte Betreuung geplant, die Krankenbehandlung sollte hingegen dem Ziel der Reintegration dienen und die Klientinnen und Klienten binnen sechs Monaten in die Lage versetzen, in Folgeeinrichtungen zu wechseln oder – allenfalls mit ambulanter Unterstützung – zu Hause zu leben.

(3) Die in **TZ 12** überblicksartig dargestellten stationären Wohnangebote hatten u.a. die Stabilisierung, die selbstständige Lebensgestaltung oder die soziale und berufliche Integration zum Ziel. Ein wesentlicher Aspekt war aber auch die Entlastung des stationären Psychiatrie- bzw. Langzeitpflegebereichs. Insbesondere sollte vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten – obwohl medizinisch geboten – wegen eines Mangels an psychosozialen Wohnangeboten nicht entlassen werden konnten.

## 13.2

(1) Der RH hielt fest, dass die Übernahme psychosozialer Versorgungsaufgaben durch Pflegeheime im Land Salzburg grundsätzlich nicht vorgesehen war. Zwar bestand mit dem Gunther Ladurner Pflegezentrum eine Sonderpflegeeinrichtung,

<sup>22</sup> In Salzburg gab es keinen dem Steiermärkischen Psychiatriezuschlag vergleichbaren Anreiz für Pflegeheime, psychiatrische Patientinnen und Patienten zu betreuen.

die auch psychisch Beeinträchtigte betreute, jedoch richtete sich ihr Angebot nicht in erster Linie an Personen mit psychosozialen Versorgungsbedarf.

(2) Auch der RH hielt den Betrieb einer Langzeitpflegeeinrichtung innerhalb einer Krankenanstalt für unzweckmäßig. Er begrüßte daher die geplante Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner entweder im System der Behindertenhilfe oder im System der Krankenbehandlung.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, die geplante Versorgung von rund der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner der Psychiatrischen Sonderpflege St. Veit im Rahmen der Behindertenhilfe zeitnah umzusetzen.

(3) Der RH erachtete das nach Zielgruppen differenzierte psychosoziale Wohnangebot der Behindertenhilfe grundsätzlich als zweckmäßig. Vor dem Hintergrund, dass am Landeskrankenhaus Graz die Patientinnen und Patienten – obwohl medizinisch geboten – mangels psychosozialer Wohnangebote nicht entlassen werden konnten (TZ 23), hob er positiv hervor, dass das Land Salzburg mit einem Teil seines Wohnangebots zur Entlastung des stationären Psychiatrie- bzw. des Langzeitpflegebereichs beitrug.

## Weitere psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe

### 14.1

(1) Zielgruppe für die sogenannte Übergangsbetreuung waren Patientinnen und Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen, die das Landeskrankenhaus Salzburg entließ, die aber noch erhöhten Betreuungsbedarf aufwiesen. Bei dieser Leistung übernahm das Krankenhauspersonal (im Ausmaß von drei VBÄ) extramurale Betreuungs- und Koordinationsaufgaben, um die Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung zu begleiten und ihnen wieder ein selbstständiges Leben zu ermöglichen („Hilfe zur Selbsthilfe“). Ziel des sektorenübergreifend konzipierten Angebots war die Sicherstellung einer koordinierten Behandlung und Betreuung sowie die Reduzierung sogenannter Drehtürentlassungen<sup>23</sup>. Im Jahr 2016 konnten durch die Übergangsbetreuung 147 Patientinnen und Patienten in das häusliche Umfeld integriert werden.

(2) Ziele der psychosozialen Rehabilitation waren u.a. die selbstständige Lebensgestaltung, die Rehabilitation im eigenen Wohnbereich sowie die soziale und psychische Stabilisierung der Patientinnen und Patienten. Die jährlich begrenzten Gesamtleistungsstunden (TZ 12) waren regional aufgeteilt und die durchschnittliche wöchentliche Betreuungszeit pro Person definiert. Die psychosoziale Reha-

<sup>23</sup> Eine Drehtürentlassung bezeichnete eine nicht nachhaltige Entlassung, weil der Zustand der Patientin bzw. des Patienten mangels angemessener Folgeangebote wie z.B. Betreuung im häuslichen Umfeld nicht stabilisiert werden konnte und in kurz- bis mittelfristiger Folge eine erneute Aufnahme in den stationären Bereich erforderlich war.

bilitation war zeitlich befristet; ihre Inanspruchnahme war im Regelfall auf die Dauer von sechs Monaten begrenzt.

(3) Nach der gesetzlichen Definition<sup>24</sup> von Menschen mit Behinderungen mussten Beeinträchtigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauern. Die Betreuung psychisch beeinträchtigter Personen übernahmen zum Teil sogenannte soziale Dienste ohne psychiatrische Ausrichtung, weil unbefristete mobile psychosoziale Angebote des Landes nicht bestanden. Bereits im Bedarfs- und Entwicklungsplan aus dem Jahr 2002 war für psychisch Beeinträchtigte, die grundsätzlich im häuslichen Umfeld leben konnten, die Etablierung eines mobilen Dienstes als Alternative zur stationären Versorgung geplant.

(4) Die ambulante Krisenintervention sollte psychische Krisensituationen entschärfen und Angehörige entlasten. Zielgruppe waren vor allem Personen in akuten seelischen und traumatischen Krisen sowie mit akuten psychiatrischen Krankheitsbildern und suchtbezogenen Problematiken. Die an drei Standorten im Land Salzburg eingerichtete ambulante Krisenintervention bot ein Krisentelefon (rund um die Uhr) sowie telefonische und ambulante Beratung und Begleitung.

(5) Tagesstrukturierende Angebote sollten den Zustand von nicht arbeitsfähigen psychisch Beeinträchtigten stabilisieren und damit stationäre Aufenthalte vermeiden und die Angehörigen entlasten. Beschäftigungsprojekte richteten sich hingegen an Personen mit psychischen Erkrankungen, die im Moment der Aufnahme nicht arbeitsfähig waren, und zielten auf die weiterführende berufliche Rehabilitation und Integration in den Arbeitsmarkt ab. Beide Leistungsarten waren grundsätzlich an das individuelle Leistungsvermögen angepasst und gewährten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern weitgehende Selbstbestimmung bezüglich Arbeitszeit, Arbeitsdauer und Arbeitstempo. Auch konnte bspw. die Dauer der Teilnahme individuell – von kurzfristig bis unbegrenzt – geregelt werden.

## 14.2

Der RH erachtete die ambulante Krisenintervention, die am individuellen Bedarf ausgerichtete Konzeption der tagesstrukturierenden Angebote und Beschäftigungsprojekte sowie die sektorenübergreifend konzipierte Übergangsbetreuung als zweckmäßig, wies aber kritisch auf das Fehlen unbefristeter mobiler psychosozialer Betreuungsangebote hin.

Der RH empfahl dem Land Salzburg im Hinblick auf eine mögliche Entlastung stationärer Versorgungsstrukturen und auf eine wohnortnahe Versorgung, die Realisierung eines zeitlich unbefristeten mobilen psychosozialen Betreuungsangebots zu prüfen.

<sup>24</sup> vgl. § 2 Salzburger Behindertengesetz, LGBl. 93/1981 i.d.g.F.

**14.3** Laut Stellungnahme des Landes Salzburg prüfe es die Einrichtung eines zusätzlichen unbefristeten begleitenden Dienstes. Dabei beziehe das Land einerseits bereits bestehende Angebote, auch angrenzender Leistungsbereiche wie z.B. die sozialen Dienste, und andererseits neue Angebote, wie z.B. die Assertive Community Treatment Teams (**TZ 17**) oder geplante Wohnprojekte, mit ein, weil diese Auswirkungen auf den Bedarf haben könnten.

Darüber hinaus habe das Land Salzburg mittlerweile das Leistungsangebot der ambulanten psychosozialen Rehabilitation überarbeitet und ergänzt sowie Schulungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Haushaltshilfe durch den Psychosozialen Dienst angeboten.

## Vertragsmanagement und Controllingprozess

**15.1** (1) Das Land Salzburg schloss mit den Trägern der Behindertenhilfe entweder mindestens dreijährige Leistungsverträge oder grundsätzlich einjährige Förderungsverträge (**TZ 12**). Die Vorbereitung der Verträge sowie die Tarifverhandlungen oblagen der Sozialabteilung.

Die Gewährung von Förderungsmitteln des Landes Salzburg war in Allgemeinen Richtlinien des Landes<sup>25</sup> und für bestimmte Förderungsbereiche des Landes in Sonderrichtlinien geregelt. Die Allgemeinen Richtlinien legten bspw. fest, dass der Förderungszweck so genau wie möglich und tunlichst messbar und quantifizierbar umschrieben sein musste; zur Hilfestellung bei speziellen Detailfragen verwies er auf die Allgemeinen Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln<sup>26</sup>.

Die Sozialabteilung hatte für ihren Wirkungsbereich interne Richtlinien für die Vertragsgestaltung entwickelt, um einen einheitlichen, transparenten und wettbewerbsneutralen Rahmen für Vertragsabschlüsse mit den Trägern der Behindertenhilfe zu schaffen.<sup>27</sup> In diesen internen Richtlinien waren u.a. der Vertragsgegenstand, die Vertragslaufzeit und die zu erbringenden Leistungs- und Abrechnungsnachweise geregelt. Insbesondere war auch festgelegt, dass allen Verträgen klar definierte Produktbeschreibungen (bspw. Grundsätze, Ziele, Zielgruppen, Leistungsumfang sowie Leistungszugang) zugrunde zu legen waren.<sup>28</sup>

<sup>25</sup> Erläss 2.15 vom 19. Februar 2009: Allgemeine Richtlinien für die Gewährung von Förderungsmitteln des Landes Salzburg

<sup>26</sup> BGBl. II 208/2014 i.d.g.F.

<sup>27</sup> Diese Richtlinien beschloss die Landesregierung am 7. November 2003 (Zahl 20091–1660/240/2003) und aktualisierte sie im Jahr 2005 (Ermöglichung von dreijährigen Verträgen auch im Ermessensbereich).

<sup>28</sup> (Förderungs-)Vertragsabschlüsse ohne Produktbeschreibungen waren nur im Ermessensbereich zulässig, wenn die Vertragssumme jährlich 40.000 EUR nicht überstieg.

(2) Der RH prüfte die von der Sozialabteilung mit den Trägern der Behindertenhilfe abgeschlossenen Verträge. Sie entsprachen sowohl den Anforderungen der Allgemeinen Richtlinien als auch jenen der internen Richtlinien der Sozialabteilung. Insbesondere waren die jeweiligen Produktbeschreibungen integrierter Bestandteil der jeweiligen Verträge. In den Verträgen war auch vereinbart, dass der Förderungsempfänger die erhaltene Förderung zurückzahlen hatte, wenn Berichte oder Verwendungsnachweise (nach erfolgloser Mahnung) nicht oder nicht rechtzeitig vorgelegt, Überprüfungen nicht ermöglicht oder Auskünfte nicht erteilt wurden.<sup>29</sup>

(3) Die Förderungsvergabe durch die Sozialabteilung des Landes Salzburg war klar strukturiert: Die Sozialabteilung prüfte die von den Trägern erstellten Tarifikalkulationen, führte Verhandlungsgespräche mit ihnen, forderte bei dieser Gelegenheit erforderlichenfalls fehlende Informationen ein und schloss den Vertrag ab bzw. führte eine Tarifanpassung durch. Im Rahmen der Abrechnung und Kontrolle prüfte die Sozialabteilung die vorgelegten Unterlagen und holte bei Bedarf ergänzende Informationen ein. Förderungen anderer Stellen waren dabei ausgewiesen.

## 15.2

(1) Der RH erachtete den in den Allgemeinen Richtlinien des Landes Salzburg für die Gewährung von Förderungsmitteln enthaltenen Hinweis, auch die Allgemeinen Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln im Bedarfsfall als Hilfestellung heranzuziehen, als zweckmäßig. Dies insofern, als dadurch bestimmte Mindeststandards bei der Gewährung von Förderungen aus öffentlichen Mitteln unabhängig vom Förderungsgeber einzuhalten waren.

(2) Der RH hielt fest, dass die vom Land Salzburg mit den Trägern der Behindertenhilfe geschlossenen Verträge den Anforderungen sowohl der Allgemeinen Richtlinien des Landes Salzburg für die Gewährung von Förderungsmitteln als auch den von der Sozialabteilung entwickelten internen Richtlinien für Vertragsabschlüsse entsprachen.

(3) Der RH hielt fest, dass die von der Sozialabteilung praktizierte Förderungsgewährung sowohl hinsichtlich der Förderungsvergabe als auch hinsichtlich der Abrechnung und Kontrolle klar strukturiert war.

<sup>29</sup> Eine derartige Klausel war in den Verträgen des Gesundheitsfonds Steiermark nicht enthalten (TZ 29).

## Aufbau neuer Versorgungsstrukturen

### Ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

**16.1** (1) Die Salzburger Landesregierung hatte in ihrem Arbeitsübereinkommen aus dem Jahr 2013 den Aufbau eines Psychosozialen Versorgungs- und Beratungszentrums für Kinder und Jugendliche festgelegt. Auf der Grundlage des von einer Expertengruppe erarbeiteten Detailkonzepts stellte das Land einen Antrag auf Bedarfsprüfung und Bewilligung des Ambulatoriums, den die Sanitätsbehörde im April 2015 positiv beschied. Die Realisierung verzögerte sich, weil es dem Land lange Zeit nicht möglich war, die fachärztliche Leitung zu besetzen. Im Dezember 2017 eröffnete schließlich das vom Land Salzburg betriebene und gemeinsam mit der Salzburger Gebietskrankenkasse finanzierte Zentrum.

(2) Das Zentrum sollte zum einen – wie der Psychosoziale Dienst des Landes für Erwachsene – eine niederschwellige Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen sein. Zum anderen umfasste der Versorgungsauftrag – anders als der des Psychosozialen Dienstes – auch die ärztliche Behandlung von Patientinnen und Patienten einer bestimmten Zielgruppe (komplexe Bedarfslage, Notwendigkeit einer längeren intensiven multiprofessionellen Behandlung). Kinder und Jugendliche, bei denen die Erstanamnese nicht auf eine Zugehörigkeit zu dieser Zielgruppe hindeutete, sollten vom Zentrum – im Sinne einer Drehscheibenfunktion – an andere Versorgungs- und Beratungseinrichtungen vermittelt werden.

**16.2** Der RH vertrat die Ansicht, dass das Psychosoziale Versorgungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche die bislang hauptsächlich stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in sinnvoller Weise ergänzte. Die Betriebsform eines Ambulatoriums entsprach der im ÖSG 2017 (**TZ 4**) vorgesehenen niederschweligen Versorgungsform für Kinder und Jugendliche.

### Salzburger Modell der integrierten Versorgung

**17.1** (1) Assertive Community Treatment war ein Versorgungskonzept, das auf den sektorenübergreifenden Einsatz von medizinisch-psychiatrischer Behandlung, psychosozialer Rehabilitation und sozialer Unterstützung gerichtet war. Ziel war die Verbesserung der Qualität der Betreuung von Personen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und maßgeblichen Einschränkungen in lebenspraktischen und sozialen Belangen.<sup>30</sup> Die Betreuung sollte wohnortnah bzw. zu Hause erfolgen und nicht zuletzt die (Wieder-)Aufnahmerate in den stationären Bereich senken.

<sup>30</sup> Assertive Community Treatment galt als kostenintensive Versorgungsform, weshalb es bspw. die American Psychiatric Association für Patientinnen und Patienten mit hohen Wiederaufnahmeraten und langer Verweildauer empfahl.



Als Vorbild galt die Stadt Hamburg, die Assertive Community Treatment im Jahr 2006 eingeführt hatte und diese Behandlung seither kontinuierlich hinsichtlich Effektivität und Effizienz evaluierte. Die Langzeituntersuchung zeigte Verbesserungen in fast allen Bereichen (etwa Krankheitsschwere, Funktionsniveau, Wohn- und Arbeitssituation, Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit) und eine Stabilität der Behandlungsergebnisse. Laut den Autoren waren diese Effekte des Versorgungsmodells aber nur für dessen Einrichtung in einer Großstadt nachgewiesen.<sup>31</sup>

(2) Das an Assertive Community Treatment angelehnte Salzburger Modell der integrierten Versorgung hatte den Aufbau von zunächst zwei Behandlungsnetzwerken zum Ziel. Im Zentrum der Netzwerke standen multiprofessionelle, an den Ambulanzen des Kardinal Schwarzenberg Klinikums in Schwarzach im Pongau und der Christian–Doppler–Klinik in Salzburg tätige Behandlungsteams.

Die rund um die Uhr erreichbaren Teams sollten ab 1. Jänner 2018 innerhalb der veranschlagten dreijährigen Projektdauer aufgebaut werden und im ersten Jahr 50 Personen mit bestimmten schweren psychischen Erkrankungen und Bedarf an einer komplexen psychiatrischen Behandlung (mindestens ein stationärer Aufenthalt in den letzten zwölf Monaten) betreuen. Die Betreuungskapazität sollte bis zum Jahr 2020 verdoppelt werden. Den dafür anfallenden Personalaufwand veranschlagte das Konzept zwischen rd. 200.000 EUR (2018) und rd. 400.000 EUR (2020).

(3) Das von einer fachärztlichen Expertengruppe erarbeitete Konzept sah vor, das Salzburger Modell der integrierten Versorgung sowie seine Auswirkungen auf die Lebensqualität, die Wiederaufnahmeraten und die stationäre Verweildauer der Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit der Universität Salzburg begleitend zu evaluieren.

## 17.2

(1) Nach Ansicht des RH entsprach das geplante Salzburger Modell der integrierten Versorgung nach dem Vorbild des in der Stadt Hamburg im Jahr 2006 eingeführten Assertive Community Treatment den Anforderungen einer zeitgemäßen integrierten psychosozialen Versorgung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen.

(2) Der RH erachtete es als zweckmäßig, dass das von fachärztlichen Expertinnen und Experten erarbeitete Konzept eine begleitende wissenschaftliche Evaluierung vorsah, insbesondere weil die (örtliche) Erreichbarkeit im Land Salzburg mit einer Großstadt wie Hamburg nicht vergleichbar war.

<sup>31</sup> Daniel Schöttle, Friederike Ruppelt, Anne Karow, Martin Lambert: Home Treatment – aufsuchende Behandlung im Hamburger Modell der Integrierten Versorgung, *Psychother Psych Med* 2015; 65: 140–145; Online-Publikation am 8.12.2014

Der RH empfahl dem Land Salzburg, Fragen der örtlichen Erreichbarkeit bereits bei der Festlegung der Dokumentationsanforderungen, im Rahmen der Evaluation sowie vor einer allfälligen bundeslandweiten Ausrollung des Assertive Community Treatment zu berücksichtigen.

- 17.3** Laut Stellungnahme des Landes Salzburg seien die örtliche Erreichbarkeit und die Versorgungssituation in den Regionen sehr wichtige Fragestellungen im Rahmen der begleitenden Evaluierung. Die dafür erforderlichen statistischen Daten und die zentralen Fragestellungen der Evaluierung seien in einer umfassenden Produktbeschreibung genau aufgelistet. Es sei vereinbart, diese Fragestellungen im Dokumentationssystem entsprechend darzustellen und aufzubereiten, um die erforderlichen Daten auswerten zu können.

## Psychosoziale Versorgung in der Steiermark

### Allgemeines

- 18.1** (1) Die Zuständigkeit für die psychosoziale Versorgung war in der Steiermark auf drei Stellen – den Gesundheitsfonds sowie das Gesundheits- und das Sozialressort der Steiermärkischen Landesregierung – verteilt.<sup>32</sup>

**Tabelle 5: System der psychosozialen Versorgung in der Steiermark**

Verantwortungsträger	Aufgabenbereich	Sektor
Gesundheitsfonds	psychosoziale Beratungsstellen und Dienste	mobil, ambulant
Sozialressort, Abteilung 11 Soziales, Arbeit und Integration	psychosoziale Leistungsarten der Behindertenhilfe	mobil, ambulant, stationär
Gesundheitsressort, Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft	psychiatrisch ausgerichtete Pflegeheimplätze	stationär
	psychiatrische Familienpflegeplätze	stationär

Quelle: Land Steiermark

Eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten war nicht gegeben. Dies insofern, als die Verantwortung für die Implementierung neuer zusätzlicher Versorgungsangebote nicht klar zugeordnet war und die psychosozialen Versorgungsangebote privater Träger sowohl vom Gesundheitsfonds als auch vom Sozialressort bzw. unter dem Titel der Gesundheitsförderung auch vom Gesundheitsressort gefördert wurden. Den Gesamtaufwand für psychosoziale Versorgung in der Steiermark in den Jahren 2012 bis 2016 zeigt nachstehende Tabelle:

<sup>32</sup> vgl. u.a. die Geschäftsordnung der Steiermärkischen Landesregierung, LGBl. 45/2015 i.d.g.F. bzw. die Geschäftseinteilung des Amtes des Steiermärkischen Landesregierung in der Fassung Grazer Zeitung, Nr. 114 Stück 21/2017

**Tabelle 6: Gesamtaufwand für die psychosoziale Versorgung in der Steiermark in den Jahren 2012 bis 2016**

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	in Mio. EUR					in %
Leistungen der Behindertenhilfe	20,18	22,45	24,45	28,28	31,90	58
Förderungen durch Sozialabteilung	0,21	0,35	0,46	0,40	0,38	86
Förderungen durch Gesundheitsabteilung	0,13	–	–	–	–	–
Förderungen des Gesundheitsfonds	13,43	13,98	14,67	15,16	16,05	20
<b>Summe</b>	<b>33,95</b>	<b>36,78</b>	<b>39,58</b>	<b>43,84</b>	<b>48,33</b>	<b>42</b>

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Land Steiermark

## (2) Das psychosoziale Versorgungsangebot in der Steiermark umfasste

- die Abklärung, Beratung und Betreuung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen durch die vom Gesundheitsfonds mit jährlichen Förderungen finanzierten psychosozialen Beratungsstellen privater Träger,
- die vom Sozialressort finanzierten psychosozialen Leistungen der Behindertenhilfe gemäß dem Steiermärkischen Behindertengesetz<sup>33</sup> sowie
- die vom Gesundheitsressort finanzierten und im Rahmen der Sozialhilfe geregelten psychiatrisch ausgerichteten Pflegeheimplätze<sup>34</sup> und psychiatrischen Familienpflegeplätze<sup>35</sup>.

Ein landesweiter ambulanter Not- und Krisendienst mit einer rund um die Uhr erreichbaren Telefonhotline war in der Steiermark nicht eingerichtet, obwohl die Landes-Zielsteuerungskommission bereits ein diesbezügliches Konzept beschlossen hatte.

<sup>33</sup> Steiermärkisches Behindertengesetz, LGBl. 26/2004 i.d.g.F. bzw. die darauf basierende Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 18. Dezember 2014 über die Festlegung von Leistungen und Leistungsentgelten sowie Kostenzuschüssen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz, LGBl. 2/2015 i.d.g.F.

<sup>34</sup> Steiermärkisches Sozialhilfegesetz, LGBl. 29/1998 i.d.g.F. bzw. die darauf basierende Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 20. Februar 2017 über die Festlegung von Leistungen, Leistungsentgelten, Ab- und Verrechnungsmodalitäten und sonstigen Rahmenbedingungen für Pflegeheime nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz, LGBl. 22/2017 i.d.g.F.

<sup>35</sup> Gastfamilien, die durch ein multiprofessionelles Team unterstützt wurden, konnten bis zu zwei chronisch psychisch kranke bzw. geistig behinderte Personen zur Betreuung und Pflege in ihr familiäres Umfeld aufnehmen, um Wohnen und Integration im Familienverband mit professioneller Betreuung zu verbinden. Gesetzliche Grundlage hierfür war das Steiermärkische Pflegeheimgesetz, LGBl. 77/2003 i.d.g.F.

(3) Das Land Steiermark hatte im Jahr 2000 in seiner Abteilung Gesundheit, Pflege und Wissenschaft eine Psychiatriekoordinationsstelle eingerichtet, um ungeachtet der geteilten Zuständigkeiten eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung zu vermeiden. Seit August 2012 war die Psychiatriekoordinationsstelle im Gesundheitsfonds angesiedelt. Sie sollte Aufgaben gemäß dem Steiermärkischen Psychiatriekonzept aus dem Jahr 1996 wahrnehmen und die Entwicklung der psychosozialen Versorgung in der Steiermark nach strategischen Gesichtspunkten sicherstellen. Dennoch informierten die zuständigen Fachabteilungen die Koordinationsstelle nicht durchgehend von den Veränderungen psychosozialer Versorgungsstrukturen im Verantwortungsbereich des Landes.

(4) Der Psychiatriekoordinationsstelle war eine Koordinationsgruppe als Fachbeirat beigelegt, der Vertreterinnen und Vertreter der Krankenanstalten sowie des niedergelassenen und des psychosozialen Bereichs angehörten. Ebenso vertreten waren Betroffene und deren Angehörige, nicht hingegen die beiden zuständigen Fachabteilungen des Amtes der Landesregierung.

## 18.2

(1) Der RH wies darauf hin, dass das psychosoziale Versorgungssystem im Wirkungsbereich des Landes Steiermark durch nicht klar abgegrenzte Zuständigkeiten (Sozialabteilung und Gesundheitsabteilung des Landes sowie Gesundheitsfonds) und eine geteilte Aufgabenverantwortung geprägt war.

(2) Der RH erachtete die Einrichtung der Psychiatriekoordinationsstelle sowie die ihr zugeordnete Koordinationsgruppe, der neben Vertreterinnen und Vertretern der Krankenanstalten und des niedergelassenen bzw. psychosozialen Bereichs auch Betroffene und deren Angehörige angehörten, grundsätzlich als zweckmäßig. Er stellte jedoch kritisch fest, dass dadurch die Koordination zwischen den Verantwortlichen insofern nicht sichergestellt war, als die zuständigen Fachabteilungen die Koordinationsstelle nicht durchgehend über Veränderungen der psychosozialen Versorgungsstrukturen informierten. Der RH kritisierte in diesem Zusammenhang, dass die beiden zuständigen Fachabteilungen des Landes nicht der Koordinationsgruppe angehörten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds und dem Land Steiermark, die Koordination zwischen den Verantwortlichen sicherzustellen, um eine patienten- und bedarfsorientierte Entwicklung der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten und Versorgungslücken zu vermeiden. Die Funktion der Psychiatriekoordinationsstelle sowie der Koordinationsgruppe wäre dabei klar zu regeln und bei Veränderungen von Versorgungsstrukturen vorab deren Einbindung vorzusehen.

## 18.3

(1) Das Land Steiermark führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Landesregierung im März 2018 einen ersten Schritt zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen den Bereichen Gesundheit und Behindertenhilfe im Bereich Sozialpsychiatrie beschlossen habe. Sie habe die zuständigen Abteilungen (Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft sowie Abteilung 11 Soziales, Arbeit und Integration) beauftragt, den Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie 2013 zu evaluieren und aktualisieren sowie im Zuge dessen eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen des Sozial- und Gesundheitsressorts zu entwickeln. Die Anregung des RH, die Koordinationsgruppe um Vertreterinnen und Vertreter der zuständigen Abteilungen des Landes zu erweitern, werde das Land aufgreifen.

(2) Der Gesundheitsfonds erachtete gemäß seiner Stellungnahme folgende Aspekte für eine zukünftige Koordination zwischen den Verantwortlichen als wesentlich:

- Die Einrichtung eines zumindest zweimal jährlich tagenden Steuerungsgremiums bestehend aus Entscheidungsträgern der zuständigen Abteilungen und des Gesundheitsfonds. Dieses sollte den ÖSG bzw. den RSG Steiermark sowie den Landes-Zielsteuerungsvertrag als Arbeitsgrundlage verwenden und garantieren, dass Planungsgrundlagen in Kooperation erarbeitet bzw. inhaltlich und finanziell abgestimmt werden.
- Die Reaktivierung eines wechselseitigen Konsultationsmechanismus zu Anträgen bzw. Projekten, der einen kontinuierlichen und gleichmäßigen Informationsstand aller involvierten Abteilungen garantieren solle.

Die Funktion der Psychiatriekoordinationsstelle habe laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds im Jahr 2000 auf die „Umsetzung des steirischen Psychiatriekonzepts“ abgezielt. Seit ihrer Eingliederung in den Gesundheitsfonds habe die Aktualisierung dieser Beschreibung landesgesetzlich im Gesundheitsfondsgesetz zu erfolgen. Die Koordinationsgruppe sollte zukünftig eine Geschäftsordnung erhalten, die auch formal eine Zugehörigkeit von Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen Abteilungen des Landes vorsehe.

## 18.4

Der RH nahm das Vorhaben des Landes Steiermark zur Kenntnis, die Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie 2013 dafür zu nutzen, eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen des Sozial- und Gesundheitsressorts zu entwickeln. Dieses Vorhaben wäre nach Ansicht des RH auszubauen, um die Koordination zwischen den Verantwortlichen sicherzustellen und eine patienten- und bedarfsorientierte Entwicklung der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund verwies er auf die Vorschläge des Gesundheitsfonds, ein Steuerungsgremium einzurichten und den Konsultationsmechanismus zu reaktivieren.

## Planung

### Planung des Gesundheitsfonds Steiermark

**19.1** (1) Die zunächst unstrukturierte Entwicklung der im Wesentlichen auf private Initiative zurückgehenden psychosozialen Beratungsstellen führte in der Steiermark zur Einrichtung solcher Stellen in allen Bezirkshauptorten. Um den weiteren Ausbau dieses Versorgungsbereichs zu strukturieren, erarbeitete das Land Steiermark im Jahr 1996 ein Konzept für die psychosoziale Versorgung.

Erst im Jahr 2012 beauftragte das Land Steiermark ein neues Konzept für ambulante Versorgung im psychiatrischen und psychosozialen Bereich (Ambulante Psychiatrie – Analyse und Versorgungskonzeption). Dieses sollte als Grundlage für eine entsprechende Ergänzung des RSG Steiermark um eine Planung für den Bereich der psychosozialen Beratung und Betreuung dienen.

Ausgangspunkt der Planungen war der Befund, dass die bestehende ambulante psychiatrische Versorgung in der Steiermark durch die starke Zentralisierung der Krankenanstalten – und damit auch der Ambulanzen in der Fachrichtung Psychiatrie – durch eine regional ungleiche Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Bereichs sowie durch das heterogene Angebot der psychosozialen Beratungsstellen geprägt war.

Als zentrale Problemfelder identifizierte die im Jahr 2013 entwickelte Versorgungskonzeption den ungefilterten Zugang zu psychiatrischen Notfallambulanzen sowie die fehlende Kontinuität der Betreuung am Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit schweren bzw. komplexen Krankheitsbildern.

(2) Als Lösungsansätze nannte die Versorgungskonzeption zwei neue Angebote und die Weiterentwicklung eines bestehenden Angebots. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um

- einen für alle Anspruchsgruppen offenen mobilen Krisendienst als erste Anlauf- bzw. Ansprechstelle für Personen mit krisenhaften psychischen, psychosozialen bzw. psychiatrischen Problemstellungen,
- eine explizite ambulante Hilfeplanung der psychosozialen Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen, die laut Konzept zum Teil in den psychosozialen Beratungsstellen erfolgte und die intramurale Hilfeplanung ergänzen sollte sowie

- die Integration von psychosozialen Ambulatorien in die psychosozialen Beratungsstellen<sup>36</sup> (TZ 32).

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren bei der Umsetzung des mobilen Krisendienstes und der ambulanten Hilfeplanung keine konkreten Fortschritte zu verzeichnen, ein Verfahren zur Bewilligung der psychosozialen Ambulatorien war aber anhängig (TZ 32).

(3) Das im Landes–Zielsteuerungsvertrag der Steiermark für 2013 bis 2016 enthaltene Ziel der „Sicherstellung einer ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Steiermark“ sollte durch die Entwicklung eines entsprechenden Versorgungskonzepts umgesetzt werden.<sup>37</sup> Zu diesem Zweck wurde die erwähnte Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie aus dem Jahr 2013 an den Landes–Zielsteuerungsvertrag angepasst und zwischen der Sozialversicherung und dem Gesundheitsfonds abgestimmt. Die Landes–Zielsteuerungskommission beschloss ihre schrittweise Umsetzung in den steiermärkischen Versorgungsregionen im November 2014.

Im beschlossenen Konzept fehlten allerdings wesentliche Inhalte der ursprünglichen Versorgungskonzeption 2013, insbesondere das Kapitel zu Dokumentationsanforderungen und Finanzierungsgrundsätzen. Darin wurden in Anlehnung an ein im Land Vorarlberg bereits etabliertes System<sup>38</sup> eine Weiterentwicklung der bestehenden Dokumentationsvorgaben u.a. durch Vereinheitlichung der zu erhebenden Parameter, eine verstärkte Fokussierung auf Ergebnisdaten und eine (anonymisierte) fallbezogene Auswertbarkeit angeregt. Darüber hinaus sollte eine fallbezogene Finanzierungs Komponente die bislang ausschließlich strukturorientierte Finanzierung ergänzen, um einen bedarfsgerechten Ressourceneinsatz zu gewährleisten.

## 19.2

Der RH anerkannte die Bemühungen des Landes Steiermark, eine Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie als Grundlage für eine entsprechende Ergänzung des RSG zu erstellen. Er hielt das im Jahr 2014 von der Landes–Zielsteuerungskommission beschlossene Konzept grundsätzlich für zweckmäßig und zur Lösung der darin identifizierten Versorgungsprobleme geeignet. So war beispielsweise die

<sup>36</sup> Aus planerischer Sicht priorisierte das Konzept ein sogenanntes Ambulatoriumsmodell mit angestellten Ärztinnen und Ärzten in selbstständigen, nicht bettenführenden Ambulatorien. Alternativ konnte eine niedergelassene Fachärztin bzw. ein niedergelassener Facharzt unter weitestgehender örtlicher Anbindung als fachliche Leitung des Ambulatoriums agieren.

<sup>37</sup> Dieses operative Ziel 6.2.1.1 war Teil des strategischen Ziels 6.2. „Versorgungsdichte in allen Versorgungsstufen bedarfsorientiert anpassen, insbesondere durch die Reduktion der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer und durch den Abbau bzw. die Verhinderung von Parallelstrukturen“.

<sup>38</sup> vgl. hierzu die im Konzept zitierten Ausführungen des Amtes der Vorarlberger Landesregierung in der Vorarlberger Psychiatrieberichterstattung für das Jahr 2010, <https://www.vorarlberg.at/pdf/psychiatrieberichtgesamt2.pdf> (abgerufen am 14. Dezember 2017)

Einrichtung eines ambulanten mobilen Krisendienstes auch im Lichte des damit umgesetzten Gesundheitsziels überfällig. Auch die sogenannte ambulante Hilfeplanung stellte aus Sicht des RH eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsangebots dar. Der RH hielt in diesem Zusammenhang kritisch fest, dass der mobile Krisendienst und die ambulante Hilfeplanung bislang nicht umgesetzt waren.

Der RH empfahl dem Land Steiermark, die Umsetzung des mobilen Krisendienstes und der ambulanten Hilfeplanung in Angriff zu nehmen.

Der RH kritisierte, dass im 2014 beschlossenen Konzept wesentliche Inhalte der Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie aus dem Jahr 2013 fehlten, und verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlungen zum Dokumentationssystem, das derzeit keine fallbezogenen Auswertungen zuließ (TZ 22), und zu den Förderungsverträgen, denen leistungsvertragliche Elemente fehlten (TZ 27).

## 19.3

(1) Das Land Steiermark verwies auf die Stellungnahme des Gesundheitsfonds.

(2) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds konnten im Jahr 2014 die Zielsteuerungspartner keine Übereinstimmung zu den im Konzept enthaltenen Themen ambulante Hilfeplanung und mobiler Krisendienst erzielen. Dennoch sei die ambulante Hilfe mittlerweile ein integrativer Bestandteil der täglichen Arbeit in den psychosozialen Beratungsstellen. Die im Konzept für längerfristige Betreuungsmaßnahmen vorgesehene Abstimmung durch einen Konsultationsmechanismus unter fachlicher Beteiligung sei allerdings noch nicht standardisiert. Dies könnte anlässlich der Überarbeitung der Qualitätskriterien für psychosoziale Beratungsstellen erfolgen.

Zum mobilen Krisendienst hielt der Gesundheitsfonds fest, dass dessen Einrichtung erst nach einer geplanten personellen Aufstockung und dem damit verbundenen Ausbau des sozialpsychiatrischen Basisangebots vorgesehen sei. Dabei würden Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene (wie Suizidprävention Austria oder Telefonseelsorge) berücksichtigt, um Doppelstrukturen hintanzuhalten. Laut Gesundheitsfonds sei nur auf diese Weise ein fachlich vertretbarer und effizienter Dienst zu schaffen, der die zu erwartende, vermehrte Nachfrage abdecken könne.

Schon jetzt würden alle psychosozialen Beratungsstellen während ihrer Öffnungszeiten Krisenfälle ad hoc versorgen bzw. Journdienste sowie telefonische Fachberatungen durchführen. Eine Ausweitung dieser Leistungsangebote erfolge sukzessive.

## 19.4

Der RH nahm diese Bemühungen zur Kenntnis, stellte gegenüber dem Land Steiermark und dem Gesundheitsfonds aber klar, dass es sich beim mobilen Krisendienst aus seiner Sicht um ein Versorgungsangebot handelte, das gerade außerhalb von Öffnungs- bzw. Journdienstzeiten psychosozialer Beratungsstellen und aufgrund seiner Standortunabhängigkeit von besonderer Bedeutung war.



## Planung der für Soziales und Gesundheit zuständigen Ressorts

### 20.1

(1) Eine gemeinsame Planung der psychosozialen Versorgungsangebote des Sozial- und des Gesundheitsressorts bestand nicht; sie erfolgte stattdessen in drei unterschiedlichen Bedarfs- und Entwicklungsplänen.

(2) Das für psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe zuständige Sozialressort erarbeitete im Jahr 2013 einen Bedarfs- und Entwicklungsplan für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie. Der Ausbaugrad der einzelnen Leistungsangebote war demgemäß regional unterschiedlich, eine Unterversorgung mit Wohnangeboten jedoch in allen Versorgungsregionen gegeben. Obwohl dieser Mangel als mögliche Ursache für Fehlplatzierungen von psychisch kranken Menschen in Pflegeheimen galt und der Plan die Enthospitalisierung des Landespflegeheims Schwanberg thematisierte, fehlten entsprechende Planungsaussagen.

Das aktuellste Planungsdokument des Sozialressorts war der von ihm beauftragte Bedarfs- und Entwicklungsplan Behindertenhilfe aus dem Jahr 2017. Die enthaltene Bedarfsprognose fokussierte allerdings auf Menschen mit Behinderung ohne psychische Beeinträchtigungen, weil der Planungshorizont des erwähnten Bedarfs- und Entwicklungsplans aus dem Jahr 2013 bis zum Jahr 2018 reichte. Der Plan aus dem Jahr 2017 wies den Umsetzungsstand des Plans aus dem Jahr 2013 nur auf der Ebene des gesamten Bundeslandes aus. Die Zielvorgaben waren trotz einer Zunahme des psychosozialen Versorgungsangebots im Bereich des vollzeitbetreuten Wohnens noch nicht erreicht.

(3) Den in die Zuständigkeit des Gesundheitsressorts fallenden Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen 2025 erstellte im Jahr 2015 eine Forschungseinrichtung. Dieser wies als stationäre Versorgungsstrukturen psychiatrische Familienpflegeplätze<sup>39</sup> aus, hielt aber fest, dass die tatsächliche Anzahl der in Pflegeheimen untergebrachten psychisch Kranken nicht bekannt sei. Obwohl damit eine systematische Planungsgrundlage für die auf Antrag von Heimbetreibern durch das Land Steiermark genehmigten psychiatrischen Pflegeheimbetten fehlte, führte das Land Eignungs- und Bedarfsprüfungen durch und hatte bis Ende 2016 insgesamt 446 Pflegeheimplätze für psychisch kranke Menschen genehmigt.<sup>40</sup> Diese verteilten sich auf insgesamt acht stationäre Einrichtungen, wovon die drei größten Einrichtungen 140 bzw. je 75 Plätze umfassten.

<sup>39</sup> Im Land Steiermark bestanden rd. 120 psychiatrische Familienpflegeplätze, wovon im Jahr 2015 rd. 100 belegt waren (TZ 18).

<sup>40</sup> Mit Genehmigung des Landes konnten Pflegeeinrichtungen Zusatzleistungen für eine definierte Anzahl psychisch erkrankter Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erbringen. Die Anerkennung durch das Land war Voraussetzung für die Verrechnung des sogenannten Psychiatriezuschlags.

(4) Der Gesundheitsfonds erstellte für die von ihm finanzierten psychosozialen Beratungsstellen erstmals im Jahr 2017 eine konkrete Planung im RSG (TZ 4). Diese Planung beruhte auf der Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie aus dem Jahr 2013 (TZ 19).

## 20.2

Der RH stellte kritisch fest, dass in der Steiermark keine gemeinsame Planung der psychosozialen Versorgungsangebote des Sozial- und des Gesundheitsressorts bestand, wodurch drei zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorgelegte und nicht ausreichend aufeinander abgestimmte Bedarfs- und Entwicklungspläne bestanden.

Der RH kritisierte darüber hinaus, dass Aussagen zur bedarfsorientierten Wohnversorgung in allen Bedarfs- und Entwicklungsplänen fehlten, obwohl der Mangel an Wohnangeboten als mögliche Ursache für Fehlplatzierungen psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen bekannt war. Aus Sicht des RH deutete dies auf eine mangelnde Koordination der Planungen hin.

Der RH wiederholte vor diesem Hintergrund seine Empfehlung an das Land Steiermark und den Gesundheitsfonds (TZ 18), die Koordination zwischen den Verantwortlichen sicherzustellen, um eine patienten- und bedarfsorientierte Entwicklung der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten und Versorgungslücken zu vermeiden.

Der RH kritisierte, dass das Land Steiermark ohne systematische Planungsgrundlage bis Ende 2016 insgesamt 446 Pflegeheimplätze für psychisch kranke Menschen genehmigte, dies u.a. in großen stationären Einrichtungen mit bis zu 140 Betten. Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine Ausführungen in TZ 24.

## 20.3

(1) Das Land Steiermark verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 18 und ergänzte, dass bei der Evaluierung und Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie auch die Thematik der Versorgung psychisch kranker Menschen mit adäquaten Wohnangeboten berücksichtigt würde.

(2) Der Gesundheitsfonds verwies in seiner Stellungnahme auf seinen Vorschlag, ein Steuerungsgremium bestehend aus Entscheidungsträgern der zuständigen Abteilungen und des Gesundheitsfonds einzurichten (TZ 18). Der Bereich sozialpsychiatrisches Wohnen sei in diesem Steuerungsgremium sowie im Bedarfs- und Entwicklungsplan strategisch zu priorisieren, weil der RH die in diesem Bereich existierende Unterversorgung als eine der maßgeblichen Ursachen für Fehlplatzierungen psychisch kranker Menschen in Pflegeheimen erachtet habe.

## Psychosoziale Beratung und Betreuung

### Allgemeines zu den psychosozialen Beratungsstellen

**21.1** (1) Die Gesundheitsabteilung erarbeitete im Jahr 2011 Qualitätsstandards für alle psychosozialen Beratungsstellen. Sie enthielten Vorgaben über die Struktur der Beratungsstellen (Leistungsangebot, personelle Ausstattung, zeitliche Besetzung, Räumlichkeiten), zu Prozessqualitätskriterien (u.a. Erfordernisse für die Beschreibung der Arbeitsabläufe oder die Dokumentation) und Förderungsvoraussetzungen.

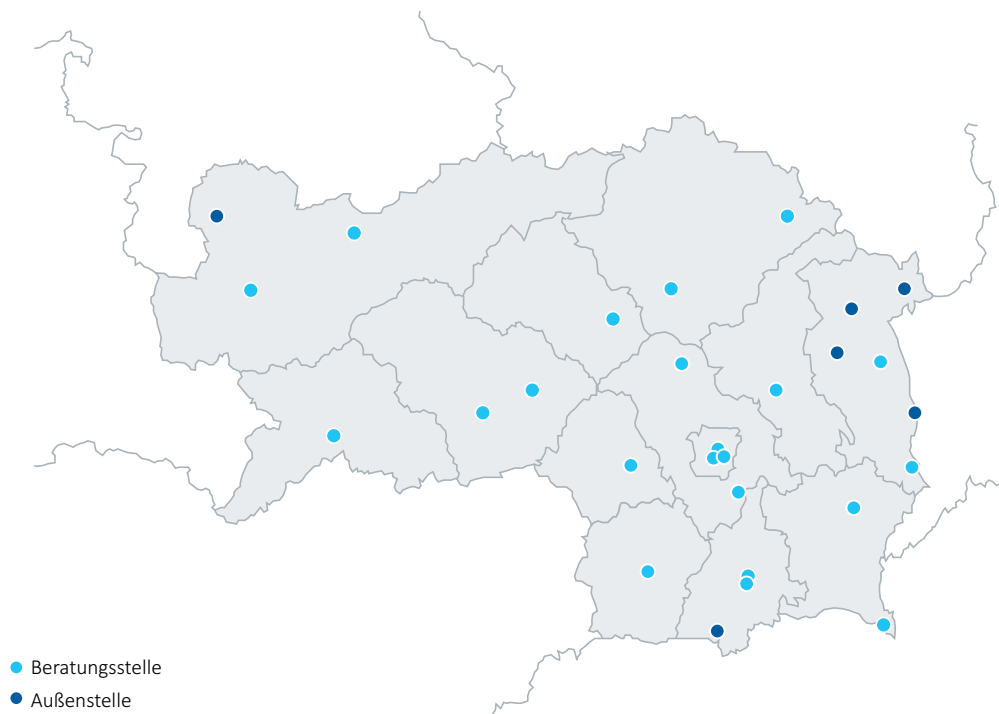
(2) Der Versorgungsauftrag der psychosozialen Beratungsstellen umfasste laut den Qualitätsstandards die Abklärung, die Beratung, Behandlung und Betreuung sowie die Prävention und Gesundheitsförderung. Die Beratungsstellen waren als niederschwellige Einrichtungen grundsätzlich für alle zuständig, die die Einrichtung kontaktierten. Ihre Zielgruppe umfasste daher – anders als beim Psychosozialen Dienst des Landes Salzburg – grundsätzlich auch Kinder und Jugendliche.

Die Qualitätsstandards konkretisierten den Versorgungsauftrag der Beratungsstellen anhand eines Leistungskatalogs. Dieser enthielt jedenfalls zu erbringende und – nach Maßgabe der verfügbaren personellen Ressourcen – fakultativ zu erbringende Leistungen.

Die fachärztliche Behandlung war jedenfalls zu erbringen, obwohl die Beratungsstellen nicht über eine diesbezügliche Behandlungsberechtigung verfügten. Leistungen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung waren hingegen nicht verpflichtend vorgesehen.

(3) In der Steiermark bestanden im Jahr 2017 insgesamt 22 Beratungsstellen sowie sechs Außenstellen:

Abbildung 2: Standorte der psychosozialen Beratungsstellen in der Steiermark 2017



Quellen: Land Steiermark, Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen (Daten);  
Darstellung: Rauminformationssystem des RH

Grundsätzlich verfügten alle Beratungsstellen über multiprofessionelle Teams bestehend aus Fachärztinnen und Fachärzten<sup>41</sup>, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Gesundheits- und Krankenpflegepersonal. Insgesamt kamen mit Stichtag 31. Dezember 2016 188,85 VBÄ zum Einsatz, die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen war mit 76,49 VBÄ am stärksten vertreten.

## 21.2

Der RH hielt fest, dass das Versorgungsangebot der psychosozialen Beratungsstellen in der Steiermark das gesamte Landesgebiet abdeckte. Er erachtete die von der Gesundheitsabteilung im Jahr 2011 erarbeiteten Qualitätsstandards für die psychosozialen Beratungsstellen grundsätzlich als zweckmäßig, wies jedoch auf die darin enthaltenen Widersprüchlichkeiten hin. So definierte etwa der Leistungskatalog die fachärztliche Behandlung als verpflichtende Leistung, obwohl die Beratungsstellen über keine Behandlungsberechtigung verfügten. Der RH vertrat die Ansicht, dass ein klarer Versorgungsauftrag für eine effektive Steuerung unabdingbar war und dass die in den Qualitätsstandards beschriebene grundsätzliche Zuständigkeit der Beratungsstellen und der daraus abgeleitete Leistungskatalog dafür nicht ausreichten.

<sup>41</sup> Manche Standorte, die über keine eigenen Fachärztinnen und Fachärzte verfügten, wurden durch Konsiliarärztinnen und -ärzte versorgt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, die Qualitätsstandards für psychosoziale Beratungsstellen zu überarbeiten und dabei insbesondere auch den Versorgungsauftrag – nach Möglichkeit auf der Grundlage von Daten über die bisherige Versorgungswirksamkeit – neu zu definieren.

## 21.3

Der Gesundheitsfonds wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass man bei Beschluss der Qualitätsstandards die fachärztliche Behandlung inkludiert habe. Deshalb hätten die Trägerorganisationen im Einklang mit den Planungen der Psychiatriekoordinationsstelle bereits 2008 die Bewilligung selbstständiger Ambulatorien am Standort psychosozialer Beratungsstellen beim Land beantragt. Im Juni 2018 sei der erste Bewilligungsbescheid ergangen. Weitere würden demnächst folgen, womit die vom RH aufgezeigte Widersprüchlichkeit behoben sei und Behandlungsberechtigungen vorliegen würden.

Der Gesundheitsfonds sagte zu, die Qualitätskriterien zu überarbeiten und dabei auch die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung in den Katalog verpflichtender Leistungen aufzunehmen. Zur Unterstützung dieser Maßnahme werde er die Personalkapazitäten in den psychosozialen Beratungsstellen in den nächsten Jahren erweitern.

## Datengrundlagen

### 22.1

(1) Die Träger der psychosozialen Versorgung meldeten ihre – in der Regel in eigenen Dokumentationssystemen verwalteten – Träger- und Leistungsdaten seit dem Jahr 2001 zum Teil manuell in ein vom Gesundheitsfonds finanziertes, zentrales Dokumentationssystem für psychosoziale Einrichtungen. Die Bereitstellung der aggregierten Daten sollte die Planungs- und Koordinationsarbeit des Landes unterstützen. Dieses System hatte die Psychiatriekoordinationsstelle gemeinsam mit den großen Trägervereinen strukturiert und wurde von einem externen Dienstleister programmiert. Der Dienstleister wartete das System, diente als Datenschnittstelle zwischen dem Gesundheitsfonds und den Trägervereinen und erstellte die für den jährlichen Psychiatriebericht des Landes Steiermark benötigten aggregierten Auswertungen. Der Gesundheitsfonds konnte selbst keine Auswertungen vornehmen.

Während die Trägerdaten insbesondere über die Personalausstattung der Trägervereine Auskunft gaben, betrafen die Leistungsdaten sowohl die erbrachten, in Kategorien gegliederten Tätigkeiten als auch eine Statistik über die versorgten Klientinnen und Klienten und die Klientenkontakte.<sup>42</sup> Fallbezogene Auswertungen

<sup>42</sup> Es konnte zwischen kundenbezogenen (z.B. Beratung, Betreuung und Behandlung, Angehörigenarbeit) und nicht kundenbezogenen Tätigkeiten (Organisation, Qualitätssicherung) unterschieden werden. Die aggregierten Klientendaten umfassten einerseits demographische Merkmale (z.B. Alter, Ausbildung, Familienstand, Wohnverhältnisse) und andererseits medizinische Merkmale wie Angaben zu den Zuweisern und Diagnosen. Bei den Kontakten konnte zwischen Erstkontakten, Hausbesuchen, Telefonkontakten, Gruppenkontakten und allen anderen Kontakten unterschieden werden.

dieser Daten waren nicht möglich. Eine einheitliche Erfassungs- bzw. Dokumentationspraxis der Trägervereine war nicht sichergestellt, weil die Kontakt- bzw. Tätigkeitskategorien zum Teil nur breit definiert waren und weitere Vorgaben nicht vorlagen.

(2) Die erwähnte Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie aus dem Jahr 2013 (TZ 19) enthielt Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Dokumentationsvorgaben. Diese betrafen u.a. die konsequente Vereinheitlichung der zu erhebenden Parameter, eine verstärkte Fokussierung auf Ergebnisdaten und eine verstärkte Ausrichtung auf (anonymisierte) fallbezogene Auswertbarkeit. Überdies wurde der einheitlichen Datenerfassung sowie der Abstimmung gewünschter Standardauswertungen große Bedeutung beigemessen. Allerdings waren die genannten Empfehlungen nicht mehr in der von der Landes-Zielsteuerungskommission im November 2014 beschlossenen Version enthalten.

(3) Der Gesundheitsfonds plante eine Neuentwicklung des Dokumentationssystems. Im Jahr 2016 erstellte ein Beratungsunternehmen dafür eine Anforderungsspezifikation, die u.a. eine automatisierte Datenübernahme aus den Systemen der Träger vorsah und Grundlage für die Auswahl eines Entwicklungsdienstleisters und die technische Umsetzung sein sollte.

## 22.2

(1) Der RH hielt fest, dass der Gesundheitsfonds ein Dokumentationssystem finanzierte und betrieb und die Auswertungen der Träger- und Leistungsdaten hauptsächlich für die Erstellung des jährlichen Psychiatrieberichts nutzte. Er kritisierte, dass das System weder fallbezogene Auswertungen ermöglichte noch eine einheitliche Erfassungs- bzw. Dokumentationspraxis der Trägervereine sichergestellt war. Weiters bemängelte er, dass der Gesundheitsfonds keine Auswertungen erstellen konnte und dafür auf einen externen Dienstleister angewiesen war.

Nach Ansicht des RH benötigte der Gesundheitsfonds für die bedarfsgerechte Planung und Steuerung fallbezogene Datenauswertungen, etwa um Aussagen über die Verbreitung psychischer Erkrankungen und über die Versorgungswirksamkeit treffen zu können.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, durch klare Vorgaben eine einheitliche Dokumentation durch die Trägervereine und damit eine valide Grundlage für Datenauswertungen sicherzustellen.

(2) Im Hinblick auf die geplante Neuentwicklung des Dokumentationssystems verwies der RH darauf, dass die Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie aus dem Jahr 2013 maßgebliche Empfehlungen im Hinblick auf eine konsequente Vereinheitlichung der zu erhebenden Parameter und eine verstärkte Ausrichtung auf (anonymisierte) fallbezogene Auswertbarkeit enthielt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, die Empfehlungen aus dem Jahr 2013 bei der Neuentwicklung des Dokumentationssystems zu berücksichtigen und darin die Möglichkeit zu schaffen, die Daten – unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – fallbezogen auszuwerten. Dabei wäre darauf zu achten, dass der Gesundheitsfonds Auswertungen künftig selbst vornehmen kann.

## 22.3

Der Gesundheitsfonds hielt in seiner Stellungnahme fest, dass er datengestütztes Arbeiten, unter Wahrung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen, als Voraussetzung für eine bedarfs- und patientenorientierte Planung und Steuerung von Behandlungsprozessen sehe.

Die planerische Bedeutung des Dokumentationssystems liege in der umfassenden Datenerfassung sämtlicher psychosozialer Angebote in der Steiermark – auch jener, die nicht oder nur teilweise vom Gesundheitsfonds finanziert würden. Das Dokumentationssystem solle daher erhalten, sein technischer Standard sowie die Schnittstellen zu den Trägern sollten aktualisiert und die Auswertungsmöglichkeiten erweitert werden. Im Sinne der Empfehlungen des RH – die der Gesundheitsfonds vollinhaltlich unterstütze – sei es auch sein Ziel, das System um eine fallspezifische Datenerfassung zu ergänzen. Eine fallbezogene Datenerfassung erfolge – vorerst eingeschränkt auf die psychosozialen Beratungsstellen bzw. Ambulatorien – auch über die Dokumentation nach dem Katalog ambulanter Leistungen, zu der die davon betroffenen Standorte mit Erhalt der Behandlungsberechtigung per Bescheid verpflichtet seien.

Für spezifische Fragestellungen, die nicht aufgrund der Daten aus dem Dokumentationssystem lösbar seien, ziehe der Gesundheitsfonds eine Tochtergesellschaft heran, die über die hierfür erforderlichen fachlichen und kapazitätsmäßigen Ressourcen verfüge.

## Psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe

### Überblick und Aufwand

**23.1** (1) Die Leistungen der Behindertenhilfe waren auch in der Steiermark ein wesentlicher Bestandteil des psychosozialen Versorgungsangebots. Mit der Leistungserbringung konnte das Land Träger der Behindertenhilfe<sup>43</sup> beauftragen, wenn dies zweckmäßig war und diese zur Leistungserbringung geeignet waren. Die Landesregierung hatte die Eignung mit Bescheid festzustellen und durfte die Bewilligung nur erteilen, wenn das Betriebskonzept den Anforderungen der Leistungs- und Entgeltverordnung zum Steiermärkischen Behindertengesetz entsprach. Zum Stichtag 31. Dezember 2016 verfügten insgesamt 16 Träger über Bewilligungen zur Erbringung psychosozialer Leistungen. Im Anhang dieser Verordnung waren insgesamt fünf psychosoziale Leistungsarten definiert.

**Tabelle 7: Bewilligte Kapazitäten für die psychosozialen Leistungsarten gemäß Leistungs- und Entgeltverordnung zum Steiermärkischen Behindertengesetz zum 31. Dezember 2016 im Vergleich zum Bestand 2013**

Kategorie	Leistungsart	Anzahl			
		bewilligte Plätze 2016		Bestand 2013	
stationäre Leistungsarten	vollzeitbetreutes Wohnen	117	39 <sup>1</sup>	90	40 <sup>1</sup>
	teilzeitbetreutes Wohnen	83		88	
	betreute Wohngemeinschaft	40		45	
	<b>Summe</b>	<b>279</b>		<b>263</b>	
teilstationäre Leistungsarten	Beschäftigung in Einrichtungen	399			
mobile Leistungsarten	mobile psychosoziale Betreuung	unbegrenzt			

<sup>1</sup> Diese Plätze waren für voll- und/oder teilzeitbetreutes Wohnen bewilligt und wurden je nach Bedarf genützt.

Quellen: Sozialabteilung des Landes Steiermark; Leistungs- und Entgeltverordnung zum Behindertengesetz

Wie die Tabelle zeigt, standen Ende 2016 für psychisch beeinträchtigte Personen in den stationären Wohneinrichtungen insgesamt 279 Plätze und in den tagesstrukturierenden bzw. beschäftigenden Einrichtungen insgesamt 399 Plätze zur Verfügung. Das Angebot der mobilen psychosozialen Betreuung war grundsätzlich nicht kontingentiert. Gegenüber dem Bestand von 263 Wohnplätzen im Jahr 2013 stiegen die Kapazitäten somit leicht an, jedoch war der Ausbaugrad nach wie vor gering. Im Land Salzburg waren bei weniger als der Hälfte der Einwohner 254 Plätze verfügbar. Auf einen Mangel an psychosozialen Wohnangeboten im Land Steiermark deutete die Tatsache hin, dass Patientinnen und Patienten einer psychiatrischen

<sup>43</sup> Das Steiermärkische Behindertengesetz sprach von Einrichtungen der Behindertenhilfe, wenn die Leistungserbringung stationär oder ambulant erfolgte, und von Diensten der Behindertenhilfe, wenn die Leistungserbringung mobil erfolgte.



Abteilung des Landeskrankenhauses Graz Süd–West – obwohl medizinisch geboten – nicht entlassen werden konnten.

Für die Inanspruchnahme der stationären Leistungsarten war grundsätzlich ein Mindestalter von 18 Jahren festgelegt. Das nach Betreuungsintensität abgestufte Angebot richtete sich vor allem an Personen mit schweren bzw. chronischen psychischen Erkrankungen oder mit akuten psychosozialen Problemen.

(2) Die folgende Tabelle stellt den für die psychosozialen Leistungsarten in den Jahren 2012 bis 2016 um 58 % auf 31,90 Mio. EUR gestiegenen Aufwand des Sozialressorts dar:

**Tabelle 8: Aufwand des Sozialressorts für die psychosozialen Leistungsarten der Behindertenhilfe 2012 bis 2016**

Kategorie	Leistungsart	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
		in Mio. EUR					in %
stationär	vollzeitbetreutes Wohnen	3,57	3,70	3,70	4,34	5,56	56
	teilzeitbetreutes Wohnen	2,02	2,38	2,52	2,70	2,93	45
	betreute Wohngemeinschaft	0,58	0,61	0,63	0,69	0,70	21
teilstationär	Beschäftigung in Einrichtungen	6,05	6,33	6,96	7,73	8,68	43
mobil	mobile psychosoziale Betreuung	7,97	9,43	10,65	12,82	14,03	76
<b>Summe</b>		<b>20,18</b>	<b>22,45</b>	<b>24,45</b>	<b>28,28</b>	<b>31,90</b>	<b>58</b>

Quelle: Sozialabteilung des Landes Steiermark

(3) Die fünf psychosozialen Leistungsarten galten als Regelleistungen und blieben im überprüften Zeitraum unverändert.<sup>44</sup> Seit der Erlassung der ursprünglichen Leistungs- und Entgeltverordnung zum Behindertengesetz im Jahr 2004 traten vereinzelt Ergänzungs- bzw. Änderungserfordernisse auf, die im Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie aus dem Jahr 2013 beschrieben waren. So wurde bspw. das Angebot eines Übergangswohnens oder einer Halbtagesstruktur für erforderlich erachtet. Im Zuge der von der Steiermärkischen Landesregierung verfolgten Enthospitalisierung des Landespflegeheims Schwanberg wurde für alle Bewohnerinnen und Bewohner, von denen bei knapp der Hälfte eine psychische Erkrankung und nicht die Pflegebedürftigkeit im Vordergrund stand, ein Anforderungsprofil mit zukünftigen Versorgungsbedingungen erstellt. Demnach waren neue Leistungsarten erforderlich, etwa eine im Vergleich zum bestehenden vollzeitbetreuten Wohnen intensiver betreute Wohnform mit interner Tagesstruktur.

<sup>44</sup> In diesem Zeitraum entfielen jedoch zwei teilstationäre Leistungsarten der beruflichen Eingliederungshilfe, nämlich die „Berufliche Eingliederung für psychisch beeinträchtigte Menschen Diagnostik“ und die „Berufliche Eingliederung für psychisch beeinträchtigte Menschen arbeitsrelevante Kompetenzförderung“.

## 23.2

Der RH hielt fest, dass das psychosoziale Versorgungsangebot der Behindertenhilfe in der Steiermark Ende 2016 im Wesentlichen 279 Plätze in psychiatrischen Wohneinrichtungen, 399 Plätze in tagesstrukturierenden oder beschäftigenden Einrichtungen sowie ein mengenmäßig nicht beschränktes mobiles psychiatrisches Betreuungsangebot umfasste. Der RH erachtete insbesondere das nach erforderlicher Betreuungsintensität abgestufte Wohnangebot als zweckmäßig.

Der RH hielt fest, dass der Gesamtaufwand für die psychosozialen Leistungsarten der Behindertenhilfe von 2012 bis 2016 um rd. 58 % auf rd. 31,90 Mio. EUR stieg, wobei die mobile psychosoziale Betreuung mit rd. 76 % die höchste Steigerungsrate aufwies.

Der RH hielt kritisch fest, dass die in der Leistungs- und Entgeltverordnung zum Behindertengesetz im Jahr 2004 definierten Leistungsarten im Wesentlichen bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unverändert blieben, obwohl – u.a. im Zuge der Enthospitalisierung des Landespflegeheims Schwanberg – Ergänzungs- bzw. Änderungserfordernisse identifiziert wurden.

**Der RH empfahl dem Land Steiermark, die angebotenen psychosozialen Leistungsarten bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.**

## 23.3

(1) Das Land Steiermark teilte in seiner Stellungnahme neuerlich mit, der Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie werde evaluiert und aktualisiert, um eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen des Sozial- und Gesundheitsressorts zu entwickeln.

(2) Auch der Gesundheitsfonds verwies in seiner Stellungnahme auf die Evaluierung und Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie und auf die damit verbundene Diskussion zu Kapazitäten und allfälligen Zugangsmodalitäten. Das neue Planungsdokument solle vor allem für jene Menschen Lösungen vorsehen, die über keine adäquate Wohnversorgung verfügen.

## Psychosoziale Wohnangebote

### 24.1

(1) Das Land Steiermark ermöglichte die Wohnversorgung psychisch erkrankter Personen nicht nur aus dem Titel der Behindertenhilfe, sondern auch in Pflegeheimen, indem es in der Leistungs- und Entgeltverordnung zum Steiermärkischen Sozialhilfegesetz strukturelle Mindestanforderungen an psychiatrische Pflegeplätze festlegte und Pflegeheimbetreibern einen sogenannten Psychiatriezuschlag für die Versorgung von Personen mit einer fachärztlichen psychiatrischen Diagnose

gewährte. Eine Einstufung nach dem Bundespflegegeldgesetz<sup>45</sup> war dafür nicht erforderlich.

Ein Vergleich der Anforderungen und Vorgaben des Landes an die beiden Versorgungsformen in den jeweiligen Leistungs- und Entgeltverordnungen (zum Behindertengesetz und zum Sozialhilfegesetz) zeigte, dass Funktion, Ziel und Zielgruppe zwar für die Wohnangebote der Behindertenhilfe, nicht aber für die Wohnversorgung in Pflegeheimen festgelegt waren. Die strukturellen Anforderungen waren bei den Pflegeheimen vergleichsweise gering; so war etwa die Anwesenheit von Fachpersonal lediglich von 8:00 bis 18:00 Uhr, beim vollzeitbetreuten Wohnen gemäß Behindertenhilfe hingegen 24 Stunden pro Tag vorgesehen. Auch die Positionierung im psychiatrischen Versorgungssystem (z.B. Kooperation mit anderen Leistungserbringern, Berücksichtigung alternativer Angebote, Leistungsübergänge) war nur für die Wohnangebote der Behindertenhilfe festgelegt.

(2) Kostenträger der psychosozialen Wohnangebote waren im Wesentlichen die Sozialhilfeverbände. Die Bewohnerinnen und Bewohner hatten sich an den Kosten zu beteiligen. Das Ausmaß der Kostenbeteiligung hing davon ab, ob die Unterbringung in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe oder in einem Pflegeheim erfolgte.

(a) Bei Inanspruchnahme der psychosozialen Wohnangebote der Behindertenhilfe war ein Kostenbeitrag von 25 % der über einem Betrag von 800 EUR liegenden Einkommensbestandteile zu leisten.<sup>46</sup> Für Menschen, die mindestens zwölf Monate ununterbrochen eine solche Hilfeleistung beansprucht hatten und danach der Pflege in einem Pflegeheim bedurften, übernahm das Land die Entgelte in Pflegeheimen unter Beibehaltung desselben Kostenbeteiligungsmodells; dies traf im Juli 2017 auf 40 in Pflegeheimen versorgte Personen zu.<sup>47</sup> Ein Zugriff auf das Vermögen der Versorgten war nach diesem Kostenbeteiligungsmodell nicht vorgesehen.

(b) Bei der Unterbringung psychisch Beeinträchtigter in einem Pflegeheim hing das Ausmaß der Kostenbeteiligung davon ab, ob Pflegebedarf vorlag.<sup>48</sup>

<sup>45</sup> BGBl. 110/1993 i.d.g.F.; der Psychiatriezuschlag war auch bei Pflegegeldstufe null vorgesehen.

<sup>46</sup> § 4 Abs. 2 der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 28. April 2016 über die Festsetzung der Beiträge zu den Kosten von Hilfeleistungen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz, LGBl. 53/2016

<sup>47</sup> Gemäß § 19 Steiermärkisches Behindertengesetz wurde die Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen für Menschen mit Behinderung gewährt, die im Zeitpunkt der Antragstellung seit mindestens zwölf Monaten ununterbrochen eine Hilfeleistung gemäß §§ 18 (Wohneinrichtungen) oder 21 (mobile Wohnbetreuung) bezogen und die einer Pflege in einem Pflegeheim bedurften.

<sup>48</sup> Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen war gemäß dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz bei Bezug von Pflegegeld ab der Stufe 4 anzunehmen, anderenfalls war die Notwendigkeit der Unterbringung gutachterlich zu bestätigen.

- Bei Vorliegen des Pflegebedarfs war der über einem monatlichen Gesamteinkommen von 270 EUR liegende Einkommensanteil bis zur Höhe von maximal 80 % des monatlichen Gesamteinkommens als Beitrag zu leisten.<sup>49</sup> Ein Vermögenszugriff war nicht vorgesehen.
- Lag kein Pflegebedarf vor, so war die Hilfeempfängerin bzw. der Hilfeempfänger grundsätzlich zum Aufwandsersatz aus ihrem bzw. seinem Vermögen verpflichtet. Diese Ersatzpflicht war nur insofern beschränkt, als der Lebensunterhalt der Hilfeempfängerin bzw. des Hilfeempfängers sicherzustellen war und ihnen 20 % des Einkommens als Taschengeld zu verbleiben hatten.<sup>50</sup>

(3) Im Jahr 2017 waren 190 der insgesamt 368 auf Pflegeheimplätzen mit Psychiatriezuschlag versorgten Personen unter 60 Jahre alt und bezogen Pflegegeld bis einschließlich Stufe drei.

## 24.2

(1) Der RH hielt fest, dass das Land Steiermark die Wohnversorgung psychisch erkrankter Personen nicht nur in den Einrichtungen der Behindertenhilfe, sondern auch in Pflegeheimen ermöglichte, indem es Pflegeheimbetreibern einen sogenannten Psychiatriezuschlag gewährte. Der RH kritisierte, dass die diesbezüglichen strukturellen Anforderungen vergleichsweise gering waren und dass Funktion, Ziel und Zielgruppe sowie die grundsätzliche Positionierung von Pflegeheimen im psychiatrischen Versorgungssystem nicht definiert waren.

(2) Nach Ansicht des RH war die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pflegeheimen nur dann zweckmäßig, wenn der Pflegebedarf gegenüber der psychischen Beeinträchtigung überwog. Die Erhebungen des RH zeigten jedoch, dass rund die Hälfte der Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohner mit Psychiatriezuschlag unter 60 Jahre alt waren und über Pflegestufe eins bis einschließlich drei verfügten. Der RH bemängelte in diesem Zusammenhang auch, dass der Bezug von Bundespflegegeld für die Gewährung des Psychiatriezuschlags grundsätzlich nicht erforderlich war.

Der RH empfahl dem Land Steiermark, Pflegeheimbetreibern Psychiatriezuschläge künftig nur mehr für psychisch beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner ab der Pflegegeldstufe vier oder im Fall der gutachterlich bestätigten Pflegebedürftigkeit zu gewähren.

<sup>49</sup> § 4 Abs. 1 Z 1 der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 28. April 2016 über die Festsetzung der Beiträge zu den Kosten von Hilfeleistungen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz, LGBl. 53/2016

<sup>50</sup> § 13 Abs. 4 in Verbindung mit § 28 Steiermärkisches Sozialhilfegesetz i.d.F. zur Zeit der Gebarungsüberprüfung

(3) Der RH wies darauf hin, dass die Unterbringung von psychisch beeinträchtigten Menschen in Pflegeheimen sich maßgeblich auf ihre wirtschaftliche Situation auswirken konnte, wenn kein Pflegebedarf bestand. In diesem Fall war die Hilfeempfängerin bzw. der Hilfeempfänger – im Unterschied zur Versorgung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe – zum Aufwandsersatz aus ihrem bzw. seinem Vermögen verpflichtet. Die Versorgung psychisch beeinträchtigter Personen in Pflegeheimen war daher nach Ansicht des RH nicht nur im Hinblick auf die dort vergleichsweise geringere Versorgungsqualität, sondern auch im Hinblick auf die damit für die Betroffenen verbundenen wirtschaftlichen Auswirkungen kritisch zu hinterfragen.

Der RH empfahl dem Land Steiermark, im Zuge der bedarfsorientierten Weiterentwicklung des psychosozialen Leistungsangebots (TZ 23) eine Alternative zur Unterbringung psychisch beeinträchtigter Menschen in Pflegeheimen zu schaffen.

## 24.3

(1) Laut Stellungnahme des Landes Steiermark teile es die Empfehlung des RH, wonach die Versorgung psychisch kranker Personen in einem Pflegeheim nur dann stattfinden solle, wenn der Pflegebedarf die Notwendigkeit einer Pflegeheimversorgung impliziere. Das Land Steiermark verwies auf die relevanten Bestimmungen der Leistungs- und Entgeltverordnung zum Sozialhilfegesetz (§ 2), wonach vor Zuerkennung eines Psychiatriezuschlags zu prüfen sei, ob eine häusliche Versorgung und andere stationäre Versorgungsformen nicht ausreichen. Die Notwendigkeit der Unterbringung in einem Pflegeheim sei gemäß Steiermärkischem Sozialhilfegesetz (§ 13) erst ab der Pflegegeldstufe vier anzunehmen, was auch für den Psychiatriezuschlag gelte. Das Land als Aufsichtsbehörde werde diese Rechtsmeinung den Bezirksverwaltungsbehörden mittels Erlass nochmals mitteilen.

Weiters verwies das Land Steiermark neuerlich auf den nunmehr zu evaluierenden und aktualisierenden Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie (TZ 18). Die Realisierung der entwickelten Maßnahmen bzw. Handlungsgrundlagen sei aber von einer entsprechenden budgetären Bedeckung abhängig.

(2) Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds habe die Problematik der Unterbringung von psychisch Kranken in Pflegeheimen ihre Ursache in der derzeit gravierenden Unterversorgung mit adäquaten Wohnangeboten für psychisch kranke Menschen. Zusätzlich entstehe durch den Psychiatriezuschlag für Pflegeheime ein Anreizsystem, das die Versorgungsstruktur weiter verzerre und zu unzähligen Fehlplatzierungen innerhalb der psychosozialen Wohnversorgung führe. Aus Sicht des Gesundheitsfonds wäre daher der Psychiatriezuschlag gänzlich zurückzunehmen und es wären adäquate Wohnangebote für psychisch Kranke zu schaffen.

Der Gesundheitsfonds merkte an, dass dem Bereich des betreuten Wohnens für psychisch Kranke bei der Evaluierung und Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie nunmehr maßgebliches Augenmerk geschenkt werde. Über diese geplanten Kapazitäten würden die Menschen aber erst nach Jahren tatsächlich verfügen können.

## Förderung der psychosozialen Versorgung durch den Gesundheitsfonds Steiermark

### Richtlinien für die Gewährung von Förderungen

**25.1** (1) Das Amt der Steiermärkischen Landesregierung erließ im Jahr 2008 eine Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Landes Steiermark (**Rahmenrichtlinie**). Sie galt für alle Förderungen, deren Hingabe das Vermögen des Landes Steiermark schmälerte oder belastete.<sup>51</sup> Sofern Einrichtungen außerhalb des Amtes der Landesregierung Förderungen des Landes abwickelten, waren sie zur Einhaltung der Rahmenrichtlinie zu verpflichten. Die vom Gesundheitsfonds vergebenen Förderungen waren demgemäß entweder Basisförderungen, bei denen das Bestehen oder die Sicherung einer bestimmten Tätigkeit einer Person oder Einrichtung Förderungsgegenstand war, oder Projektförderungen für einzelne inhaltlich, zeitlich und sachlich bestimmte Leistungen.

(2) Nach eigener Angabe war der Gesundheitsfonds nicht zur Einhaltung der Rahmenrichtlinie verpflichtet, hatte sich aber an den Regelungen des Landes orientiert und eigene Förderungsrichtlinien für die Psychiatriekoordinationsstelle erlassen. Diese enthielten – neben allgemeinen Angaben zu den Aufgaben und Zielen des Gesundheitsfonds – zwar Bestimmungen über die Gewährung von Projektförderungen, nahmen jedoch auf die vom Gesundheitsfonds vergebenen Basisförderungen nicht Bezug. Wesentliche Inhalte der Rahmenrichtlinie fehlten darin.

**25.2** (1) Der RH hielt fest, dass das Land Steiermark im Jahr 2008 eine Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Landes Steiermark erlassen hatte. Diese war nach Ansicht des RH im Hinblick auf ihren Anwendungsbereich und ihren Regelungsgegenstand für die Vergabe von Förderungen durch den Gesundheitsfonds sowohl maßgeblich als auch geeignet.

(2) Der RH kritisierte, dass der Gesundheitsfonds weder zur Einhaltung der Rahmenrichtlinie verpflichtet war noch sich selbst zu ihrer Einhaltung verpflichtet hatte. Er konnte nicht nachvollziehen, dass sich der Gesundheitsfonds an den Rege-

<sup>51</sup> Förderungsgeber war gemäß § 2 Z 9 der Rahmenrichtlinie jene juristische Person, deren Vermögen durch die Hingabe der geldeswerten Zuwendung geschmälert oder belastet wurde. Dies war unmittelbar der Gesundheitsfonds. Gemäß § 1 Abs. 1 der Rahmenrichtlinie galt diese für alle Förderungen, durch deren Hingabe das Vermögen des Landes Steiermark geschmälert oder belastet wurde. Dies war mittelbar der Fall, weil die Mittel des Fonds u.a. durch das Land Steiermark aufgebracht wurden.

lungen des Landes orientiert hatte, weil seine eigenen Förderungsrichtlinien für die Psychiatriekoordinationsstelle weder auf die von ihm vergebenen Basisförderungen Bezug nahmen noch wesentliche Inhalte der Rahmenrichtlinie enthielten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, sich entweder zur Einhaltung der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Landes Steiermark zu verpflichten oder für sich eigene Förderungsrichtlinien zu erarbeiten und dabei die maßgeblichen Vorgaben der Rahmenrichtlinie zu beachten.

- 25.3** Der Gesundheitsfonds sagte dies zu. Er wolle allen in seinem Wirkungsbereich stattfindenden Förderungen die – an den Gesundheitsfonds angepasste – Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Landes Steiermark zugrunde legen und habe dafür eine fondsinterne Arbeitsgruppe eingesetzt. Für den Förderungsbereich psychosozialer Angebote finde ein vergleichbarer Prozess statt.

## Förderungsanträge und Förderungsverträge

- 26.1** Der Gesundheitsfonds informierte ausgewählte Träger der psychosozialen Versorgung alljährlich mit einem standardisierten Schreiben über die Einreichfrist für die Förderungsanträge für das folgende Kalenderjahr. Diese sogenannte Maßnahmenkonzeptaussendung enthielt weitere Informationen – u.a. zu den Pflichten der Förderungsnehmer oder zur Planungsarbeit des Landes im Allgemeinen –, wies aber keine nachvollziehbare Struktur auf. Eine übersichtliche Darstellung der Unterlagen und Nachweise, die der Gesundheitsfonds für die Zuerkennung einer Förderung benötigte, fehlte.

Die Angaben zu den von den psychosozialen Beratungsstellen zu erbringenden Leistungen standen teilweise im Widerspruch zu den erwähnten Qualitätsstandards für psychosoziale Beratungsstellen (**TZ 21**); so war etwa die Beratung von Kindern, Jugendlichen und alten Menschen gemäß den Qualitätsstandards eine Pflichtleistung, laut der Maßnahmenkonzeptaussendung hingegen lediglich fakultativ zu erbringen.

- 26.2** Der RH erachtete die alljährliche Maßnahmenkonzeptaussendung des Gesundheitsfonds in ihrer derzeitigen Form als nicht zweckmäßig, weil sie unstrukturierte und zum Teil redundante oder widersprüchliche Informationen enthielt und eine übersichtliche Darstellung der für die Förderungsgewährung erforderlichen Unterlagen und Nachweise fehlte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, eine Information aller Anbieter psychosozialer Versorgungsleistungen – und damit potenzieller Förderungswerber – über die Erfordernisse und Termine für die Beantragung von Förderungen bspw. im Wege seiner Website sicherzustellen.

**26.3** Der Gesundheitsfonds sagte zu, dies anzustreben.

**27.1** (1) Die erwähnte Rahmenrichtlinie legte sowohl für Förderungsanträge als auch für Förderungsverträge bestimmte Mindestinhalte fest; u.a.

- hatte jeder Antrag auf eine Projekt- oder Basisförderung bei einer Förderungshöhe von über 30.000 EUR<sup>52</sup> jene Indikatoren darzustellen, anhand derer die Erreichung des Förderungsgegenstands beurteilt werden konnte;
- hatten die darüber geschlossenen Förderungsverträge diese Indikatoren festzulegen sowie die Verpflichtung des Förderungsnehmers zu enthalten, ihre Erfüllung nachzuweisen.

Demgegenüber war gemäß den Förderungsrichtlinien für die Psychiatriekoordinationsstelle zwar ein Antragsformular zu verwenden, Vorgaben über Form und Inhalt der Förderungsverträge enthielten sie jedoch nicht.

(2) Der RH überprüfte insbesondere die das Förderungsjahr 2016 betreffenden Förderungsanträge und stellte fest, dass das erwähnte Antragsformular nicht durchgehend vorlag. Die Anträge waren hinsichtlich Form, Informationsgehalt und Gliederungstiefe stark unterschiedlich und enthielten zum Teil unrichtige oder nicht nachvollziehbare Angaben. Sie beschrieben die beabsichtigten Leistungen zwar teilweise detailliert, die Indikatoren, anhand derer die Erreichung des Förderungsgegenstands beurteilbar war, fehlten jedoch.

War ein Förderungsantrag inhaltlich oder formal mangelhaft, war der Förderungswerber laut Rahmenrichtlinie unter Setzung einer angemessenen Frist zur Verbesserung oder Anpassung seines Antrags aufzufordern.<sup>53</sup> Dies war im überprüften Zeitraum nicht erfolgt.

(3) Die vom Gesundheitsfonds für ein Kalenderjahr geschlossenen Verträge waren weitgehend standardisiert und unterschieden sich im Wesentlichen in der Bezeichnung der Förderungsnehmer und der Höhe der Förderungsbeträge. Der Förderungszweck war mehrheitlich nicht genau definiert, in vielen Fällen war der „Betrieb und

<sup>52</sup> Darunter fielen – mit Ausnahme der Selbsthilfegruppe Alzheimer – alle vom Gesundheitsfonds im überprüften Zeitraum vergebenen Förderungen.

<sup>53</sup> Wurde dieser Aufforderung nicht entsprochen, so galt der Antrag als zurückgezogen.



Ausbau der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung“ oder die „Finanzierung des laufenden Betriebes“ angegeben. Zudem verwiesen die Verträge auf die in den Förderungsanträgen enthaltenen Beschreibungen der Förderungsvorhaben, deren Durchführung durch die Vorlage eines Tätigkeitsberichts sowie durch Mittelverwendungsnachweise zu belegen war. Auch in den Förderungsverträgen fehlten die dafür erforderlichen Indikatoren.

## 27.2

(1) Der RH erachtete die in der Rahmenrichtlinie festgelegten Mindeststandards für Förderungsanträge und Förderungsverträge als zweckmäßig, weil sie die Förderungsabwicklung und insbesondere die Erfolgskontrolle durch den Gesundheitsfonds erleichtern konnten. Er hielt kritisch fest, dass die fondseigenen Förderungsrichtlinien für die Psychiatriekoordinationsstelle keine diesbezüglichen Vorgaben enthielten und verwies auf seine unter **TZ 25** ausgesprochene Empfehlung.

(2) Der RH kritisierte, dass die Förderungsanträge keine Indikatoren enthielten, um die Erreichung des Förderungsgegenstands beurteilen zu können, und dass der Gesundheitsfonds diese nicht – wie in der Rahmenrichtlinie vorgesehen – eingefordert hatte. Er verwies auf die in **TZ 22** dargestellten Schwierigkeiten des Gesundheitsfonds, die Wirksamkeit des von ihm geförderten Versorgungsangebots zu beurteilen und diese bedarfsgerecht zu planen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, verstärkt auf die Qualität der Förderungsanträge zu achten und die Förderungswerber künftig zur Verbesserung aufzufordern, wenn ihre Anträge die Mindestanforderungen gemäß der Rahmenrichtlinie oder dem Antragsformular nicht erfüllen.

(3) Der RH kritisierte, dass auch die vom Gesundheitsfonds geschlossenen Förderungsverträge keine Indikatoren zur Beurteilung der Realisierung des Förderungsgegenstands enthielten. Damit standen nach Ansicht des RH nicht leistungsvertragliche Elemente, sondern die finanzielle Unterstützung der Träger des psychosozialen Versorgungssystems im Vordergrund.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, in den Förderungsverträgen künftig Indikatoren zur Beurteilung der Realisierung des Förderungsgegenstands und Nachweise zur Erfüllung dieser Indikatoren, bspw. in den vorzulegenden Tätigkeitsberichten, zu vereinbaren.

## 27.3

Der Gesundheitsfonds verwies auf seine Stellungnahme zu **TZ 25** und ergänzte, dass er insbesondere bei Förderungsanträgen für sozialpsychiatrische Angebote auf die Qualität der Förderungsverträge achten würde; dies unter Berücksichtigung des Formularwesens des Landes Salzburg und nach entsprechenden Anpassungen.

Laut Gesundheitsfonds habe sich die Psychiatriekoordinationsstelle in den letzten Jahren bereits intensiv mit dem Thema Leistungsindikatoren beschäftigt. Neben der allgemeinen Schwierigkeit, solche für den Bereich der (Sozial-)Psychiatrie zu definieren, gelte es Indikatoren zu finden, die auch im Rahmen des täglichen Patientenkontakts erhoben werden können. Derzeit seien drei Werte aus den Bereichen Kundenzufriedenheit und Lebensbewältigungs-Kompetenzen als Indikatoren in den Förderungsbedingungen geeignet. Zu einem weiteren diesbezüglichen Erkenntnisgewinn solle eine Kooperation mit dem Land Salzburg beitragen.

Jedenfalls sollten die letztlich relevanten Indikatoren auch in die Überarbeitung der Qualitätskriterien für psychosoziale Beratungsstellen einfließen. Deren Erfüllung werde bei der Beurteilung der Realisierung des Förderungsgegenstands vorausgesetzt und ein Nachweis dafür im Rahmen regelmäßiger Audits festgestellt. Im Falle von Verbesserungspotenzial würde der Gesundheitsfonds verbindliche Maßnahmen mit einer zeitlichen Frist für die Nachweiserbringung vorschreiben.

## Nachvollziehbarkeit der Förderungsgebarung

**28.1** (1) Die Förderungsnehmer des Gesundheitsfonds waren Vereine oder privatrechtliche Unternehmen mit einem zum Teil breit gefächerten psychosozialen Leistungsangebot. Diese hatten vereinzelt mehrere Förderungsverträge mit dem Fonds abgeschlossen, wie die folgende Tabelle zeigt:

**Tabelle 9: Förderungsnehmer des Gesundheitsfonds Steiermark, Leistungsangebot, Anzahl Verträge im Jahr 2016**

	Beratungsstellen	Nachbetreuung psychisch Kranker	Mobile Betreuung/Wohnbegleitung	Mobile Betreuung im Alter	Betreutes Wohnen	Tagesstrukturen	Leistungsangebote	Sozialbegleitung durch Ehrenamtliche	Selbsthilfegruppen	Suizidprävention	Anzahl Verträge
Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit	ja		ja	ja	ja	ja	ja				2
Hilfswerk Steiermark	ja		ja	ja <sup>1</sup>	ja	ja					1
Rettet das Kind Steiermark	ja		ja	ja		ja	ja				2
Psychosoziales Zentrum Voitsberg GmbH	ja		ja		ja	ja					1
Psychosoziales Netzwerk gemeinnützige GmbH	ja		ja		ja	ja					1
Wohnplattform Steiermark			ja		ja						1
Verein pro humanis								ja			1
Pro mente Steiermark GmbH			ja		ja	ja	ja				1
Verein Achterbahn									ja		1
Verein OMEGA	ja		ja								1
Verein „Die Schwalbe“					ja				ja		1
Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau		ja									1
Verein für soziales Engagement Avalon			ja								1
Verein SALZ – Selbsthilfe Alzheimer									ja		1
ZEBRA – Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum	ja										1
Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks				ja						ja	2

<sup>1</sup> Vertragspartner des Gesundheitsfonds war der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks, der die Mittel für die Durchführung der alterspsychiatrischen Versorgung an das Hilfswerk Steiermark weiterleitete.

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark

(2) Die mobile alterspsychiatrische Betreuung gehörte einerseits zum Leistungsangebot zweier großer Trägervereine und war von ihren Förderungsverträgen umfasst. Andererseits schloss der Gesundheitsfonds diesbezüglich sowohl je einen weiteren gesonderten Vertrag mit diesen beiden Trägervereinen als auch einen Vertrag mit dem Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften

Steiermarks<sup>54</sup>, der die alterspsychiatrische Betreuung nicht selbst erbrachte, sondern die Förderungsmittel an drei Trägervereine, darunter die beiden bereits erwähnten, weiterleitete. Laut Gesundheitsfonds würden diese gesonderten Förderungsverträge Pilotprojekte betreffen, die außerhalb des Budgets für die psychosoziale Versorgung zu finanzieren waren; allerdings bestanden gleichartige Leistungsangebote in anderen Regionen bereits seit vielen Jahren. Die dem RH zu diesen Förderungsfällen vorgelegten Nachweise waren kaum nachvollziehbar, weil gesonderte Projektabrechnungen fehlten und stattdessen auf die Rechnungsabschlüsse der Trägervereine verwiesen wurde.

## 28.2

(1) Der RH hielt fest, dass der Gesundheitsfonds mit einzelnen Förderungsnehmern mehrere Förderungsverträge abschloss. Nach Ansicht des RH konnte dies die Transparenz insbesondere bei Einrichtungen mit einem breit gefächerten Leistungsangebot erhöhen, sofern die Förderungsvorhaben in den Verträgen genau definiert und Indikatoren zur Beurteilung der Umsetzung festgelegt waren (TZ 27).

(2) Der RH stellte die Vorhaben zur Verbesserung der alterspsychiatrischen Versorgung nicht infrage, kritisierte aber, dass die Förderungsgebarung des Gesundheitsfonds wenig transparent war und gesonderte Leistungsnachweise und Abrechnungsunterlagen fehlten.

Die Begründung des Gesundheitsfonds, wonach der Pilotprojektcharakter von alterspsychiatrischen Versorgungsvorhaben den Abschluss gesonderter Verträge erforderte, war für den RH nicht nachvollziehbar, weil gleichartige Leistungsangebote in anderen Regionen seit vielen Jahren bestanden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, beim Abschluss mehrerer Verträge mit ein und demselben Förderungsnehmer den jeweiligen Förderungszweck in den Förderungsverträgen genau zu definieren und jeweils gesonderte Leistungsnachweise und Abrechnungen zu vereinbaren.

## 28.3

Der Gesundheitsfonds führte in seiner Stellungnahme aus, dass er beim Abschluss mehrerer Verträge mit ein und demselben Förderer die für jeden einzelnen Vertrag empfohlene Definition des Förderungszwecks und jeweils gesonderte Vereinbarungen von Leistungsnachweisen und Abrechnungen bereits umsetze.

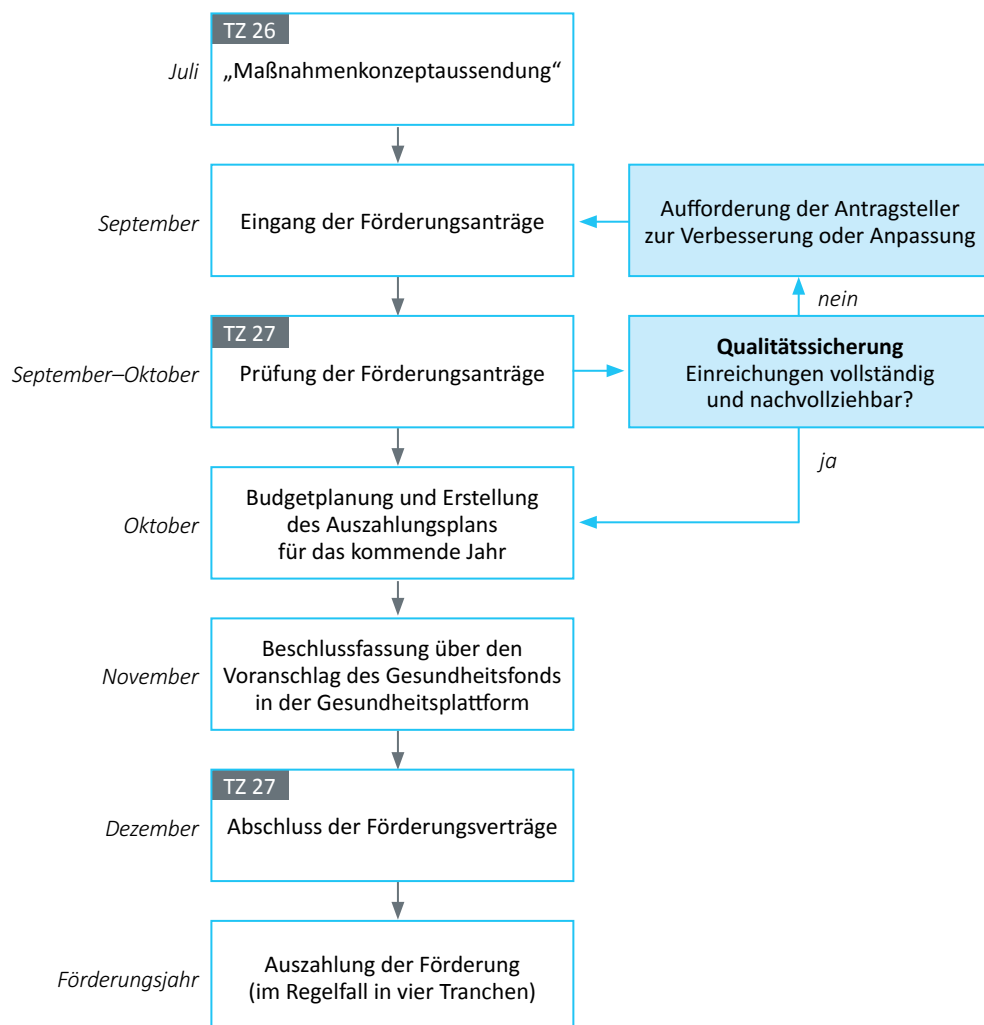
<sup>54</sup> Der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks war ein Zusammenschluss von Vereinen, die in der psychosozialen Versorgung in der Steiermark tätig waren. Ihm gehörten die Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, der Verein Rettet das Kind Steiermark, das Hilfswerk Steiermark, die Psychosoziales Netzwerk gemeinnützige GmbH und das Psychosoziale Zentrum Voitsberg an. Obmann des Dachverbands war der Obmann der Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit, sein Stellvertreter einer der Geschäftsführer von Rettet das Kind Steiermark.

Einzig bei Projektfinanzierungen vom Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften seien derzeit mehrere am jeweiligen Projekt teilnehmende Trägerorganisationen in einem gemeinsamen Vertrag zusammengefasst. Nach Abschluss des Projekt- und Evaluationszeitraums (für das Alterspsychiatrieprojekt bspw. bereits ab 2019) werde der Gesundheitsfonds im Falle einer Ausrollung des Leistungsangebots auch hier gesonderte Leistungsverträge mit jedem einzelnen Träger schließen und darin Leistungsnachweise und Abrechnungen vereinbaren.

## Prozess der Förderungsvergabe im Überblick

29.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt den Ablauf der Förderungsvergabe durch den Gesundheitsfonds im Überblick:

Abbildung 3: Prozess der Förderungsvergabe durch den Gesundheitsfonds Steiermark



Quellen: Gesundheitsfonds Steiermark; Darstellung: RH

Der Ablauf der Förderungsvergabe im überprüften Zeitraum (weiß hinterlegte Felder) zeigt, dass der Gesundheitsfonds die Prüfung der Förderungsanträge und die Budgetplanung zum Teil parallel im Oktober vornahm, weil die Anträge gemäß den in den Maßnahmenkonzeptaussendungen festgelegten Terminen in der Regel erst in der zweiten Septemberhälfte zu übermitteln waren. Der jeweils im November von der Gesundheitsplattform beschlossene Voranschlag des Gesundheitsfonds bildete die Grundlage für die im Dezember geschlossenen Förderungsverträge.

Die blau hinterlegten Prozessschritte stellten ein Verbesserungspotenzial aus Sicht des RH sowie seine Empfehlung an den Gesundheitsfonds dar, auf die Qualität der Förderungsanträge zu achten und die Förderungswerber zur Verbesserung aufzufordern, wenn der Förderungsantrag inhaltlich oder formal mangelhaft war (**TZ 27**).

**29.2** Der RH erachtete den Prozess der Förderungsvergabe grundsätzlich als zweckmäßig. Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass der erst im September vorgesehene Abgabetermin der Förderungsanträge zu Arbeitsspitzen führte, weil der Gesundheitsfonds diese im Oktober teilweise parallel zur Budgetplanung und zur Beschlussvorbereitung des Budgets prüfen musste. Aus Sicht des RH war es in diesem zeitlichen Rahmen kaum möglich, Förderungsanträge zur Verbesserung an die Förderungswerber zu retournieren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, eine Vorverlegung des Abgabetermins für die Förderungsanträge zu erwägen.

**29.3** Der Gesundheitsfonds sagte dies zu.

## Abrechnung und Kontrolle

**30.1** (1) Der Gesundheitsfonds hatte nach Ablauf des Förderungszeitraums die ordnungsgemäße Mittelverwendung und die Realisierung des Förderungsgegenstands zu prüfen. Dies erforderte sowohl die rechnerische Prüfung der Verwendungsnachweise als auch die fachliche Beurteilung des Förderungserfolgs insbesondere anhand der Tätigkeitsberichte der Förderungsnehmer. Der Gesundheitsfonds hatte dann entweder nicht widmungsgemäß verwendete Förderungsmittel zurückzufordern oder die widmungsgemäße Verwendung anzuerkennen und die Entlastung<sup>55</sup> zu erteilen.

<sup>55</sup> Die Entlastung war gemäß der Rahmenrichtlinie eine Verständigung des Förderungswerbers darüber, dass ab einem bestimmten Zeitpunkt keine Verpflichtung zur Nachweisführung bzw. zur Rückführung der Förderungsmittel mehr besteht.

Während der Gesundheitsfonds die Buchhaltungsunterlagen und Belege umfassend prüfte und die Ergebnisse auch nachvollziehbar dokumentierte,<sup>56</sup> konnte er den Förderungserfolg u.a. wegen der bereits erwähnten Defizite bei der Festlegung geeigneter Indikatoren beim Abschluss der Förderungsverträge nur eingeschränkt beurteilen.

(2) Gemäß den Stellenbeschreibungen nahmen die Psychiatriekoordinatorin sowie eine weitere vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterin die im Zusammenhang mit der Förderungstätigkeit stehenden Aufgaben wahr. Während der Psychiatriekoordinatorin die Planung und die Koordination oblagen, hatte die Mitarbeiterin neben ihrer Hauptaufgabe (Gebarungsprüfung aller psychosozialen Trägerorganisationen) eine unterstützende Funktion und betreute diverse Projekte. Andere Aufgaben im Zusammenhang mit der Abwicklung des Förderungsprozesses, wie etwa die Überprüfung und Qualitätssicherung der Förderungsanträge, waren in den Stellenbeschreibungen nicht angeführt.

## 30.2

(1) Der RH anerkannte, dass der Gesundheitsfonds die Buchhaltungsunterlagen und Belege der Förderungsnehmer umfassend und detailliert prüfte und dies auch nachvollziehbar dokumentierte. Er bemängelte aber, dass sich seine Kontrolle im Wesentlichen auf diese rechnerische Überprüfung beschränkte, weil die Tätigkeitsberichte und die aus dem Dokumentationssystem generierten Berichte (TZ 22) nur deskriptiv waren und keine Indikatoren enthielten. Der RH verwies auf seine Kritik und Empfehlung in TZ 27.

(2) Der RH hielt fest, dass die Psychiatriekoordinatorin sowie eine weitere vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterin die operative Förderungsabwicklung wahrnahmen. Er hielt kritisch fest, dass insbesondere die Überprüfung und Qualitätssicherung der Förderungsanträge, Förderungsverträge und Tätigkeitsberichte in ihren Stellenbeschreibungen nicht berücksichtigt waren. Der RH verwies auf die erwähnten Arbeitsspitzen (TZ 29) sowie neuerlich auf seine kritischen Bemerkungen zur Qualität der Förderungsanträge und Förderungsverträge (TZ 27, TZ 28).

Der RH empfahl dem Gesundheitsfonds, für einzelne Aufgaben eine temporäre Aufstockung des für die Förderungsabwicklung eingesetzten Personals zu erwägen, etwa im Zusammenhang mit der Prüfung der Förderungsanträge und der inhaltlichen Gestaltung der Förderungsverträge.

<sup>56</sup> Dazu gehörte u.a. die Abstimmung der Rechnungsabschlüsse mit den Belegen, die stichprobenartige Durchsicht der Lohnkonten, der Abgleich der Inventaranschaffungen mit dem Inventarverzeichnis, die Überprüfung der Wegstrecken bei Dienstreisen oder die Prüfung der Ablehnungsschreiben der Bezirkshauptmannschaften bei der Erbringung von Leistungen der Behindertenhilfe an Klientinnen und Klienten, die über keinen Bescheid zur Feststellung einer Behinderung verfügten.

**30.3** Laut Stellungnahme des Gesundheitsfonds sei die Psychiatriekoordinatorin während ihrer ursprünglichen organisatorischen Zuordnung zur Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft von einer weiteren Referentin als fachliche Mitarbeiterin sowie einer Sachbearbeiterin im Ausmaß von 0,5 VZÄ unterstützt worden. Vor diesem Hintergrund erwäge der Gesundheitsfonds eine temporäre personelle Unterstützung der Psychiatriekoordinationsstelle, insbesondere für Verwendungsprüfungen. Darüber hinaus wolle der Gesundheitsfonds die derzeit stattfindenden Überlegungen zur Weiterentwicklung der Psychiatriekoordinationsstelle dazu nutzen, eine grundlegende und aufgabenorientierte Neubewertung der zugeordneten Personalressourcen vorzunehmen.

## Abstimmung mit anderen Geldgebern

**31.1** (1) Wie erwähnt finanzierte das Sozialressort des Landes (Regelfinanzierung gemäß dem Behindertengesetz) bzw. förderte der Gesundheitsfonds Leistungen der Behindertenhilfe (**TZ 18**). Darüber hinaus gewährte auch die Sozialabteilung den Trägern der psychosozialen Versorgung folgende Förderungen für zahlreiche Vorhaben:

**Tabelle 10: Förderungen der Sozialabteilung für die psychosoziale Versorgung 2012 bis 2016**

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	in EUR					in %
Förderungssumme	206.300	345.800	456.150	397.000	382.746	86

Quelle: Sozialabteilung des Landes Steiermark

Die Förderungen waren hauptsächlich jährliche Basissubventionen und betrafen in Einzelfällen punktuelle Maßnahmen. Die durchschnittliche Förderungssumme betrug bei insgesamt 76 Förderungsfällen (einschließlich der Basisförderungen) im überprüften Zeitraum rd. 23.500 EUR. Die dem RH vorgelegte Förderungsgebarung war allerdings zum Teil widersprüchlich, weil einzelne Förderungsfälle in einer korrigierten Version fehlten.

(2) Der Gesundheitsfonds legte in seinen Maßnahmenkonzeptaussendungen (**TZ 26**) fest, dass Leistungen der Behindertenhilfe dann mit Mitteln des Gesundheitsfonds abgedeckt werden konnten, wenn sie im Sinne der Niederschwelligkeit für Klientinnen und Klienten erbracht wurden, die nicht über einen Feststellungsbescheid nach dem Behindertengesetz verfügten. Förderungswürdig waren Leistungen an diesen Personenkreis bis zu einem Höchstausmaß von 30 % der in der geförderten Einrichtung zugelassenen Plätze bzw. Klientinnen und Klienten.

Laut Auskunft des Gesundheitsfonds sollte dies die Versorgung von Klientinnen und Klienten mit zunächst nur kurzfristigem Betreuungsbedarf ermöglichen, die nicht



als Menschen mit Behinderung im Sinne des Steiermärkischen Behindertengesetzes galten und keinen Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetz hatten. Ergab sich das Erfordernis einer längerfristigen Versorgung, so finanzierte das Sozialressort die entsprechenden Leistungen.

Der Gesundheitsfonds gab an, dass die erwähnte 30 %–Grenze in ländlichen Regionen wie etwa der Obersteiermark weit unterschritten wurde und das Sozialressort die dort erbrachten Leistungen nahezu zur Gänze aus dem Titel der Behindertenhilfe finanzierte. In Graz hingegen sei dieser Finanzierungsanteil geringer. Die Einhaltung dieser Grenze könne erst im Nachhinein nach Vorlage der Verwendungsnachweise der Förderungsnehmer festgestellt werden, weil das Dokumentationssystem dahingehend keine Auswertungen ermögliche.

## 31.2

(1) Der RH hielt kritisch fest, dass das Sozialressort die Träger der psychosozialen Versorgung einerseits aus dem Titel der Behindertenhilfe finanzierte und ihnen andererseits – wie der Gesundheitsfonds – Förderungen gewährte. Seiner Ansicht nach war insbesondere der Gesundheitsfonds in seiner Funktion als Psychiatriekoordinationsstelle für die Vergabe von Förderungen zur Sicherstellung der psychosozialen Versorgung zuständig; diese Mehrfachfinanzierung erforderte eine Abstimmung zwischen den Geldgebern. Er verwies in diesem Zusammenhang auf seine kritischen Feststellungen und seine Empfehlung zur Sicherstellung der Koordination zwischen den Verantwortungsträgern (TZ 18).

Der RH vertrat überdies die Ansicht, dass eine Verringerung der Anzahl der Förderungsgeber die Transparenz und die Verwaltungseffizienz erhöhen könnte.

**Der RH empfahl dem Land Steiermark und dem Gesundheitsfonds, die Förderung der Träger der psychosozialen Versorgung bei einer Stelle zu konzentrieren.**

(2) Der RH hielt fest, dass das Sozialressort Leistungen der Behindertenhilfe nur bei bescheidmäßiger Zuerkennung der Leistung an die Klientin oder den Klienten finanzierte. Der Gesundheitsfonds hingegen förderte diese Leistungen im Sinne der Niederschwelligkeit für Klientinnen und Klienten ohne Leistungsanspruch nach dem Behindertengesetz. Die Finanzierungsverantwortlichkeit konnte in diesen Fällen zum Sozialressort wechseln, wenn der Betreuungsbedarf über einen längeren Zeitraum fortbestand und eine bescheidmäßige Anerkennung als Mensch mit Behinderung vorlag. Der RH erachtete diese Form der kooperativen Finanzierung im Sinne einer lückenlosen Versorgung als zweckmäßig.

Ebenso erachtete der RH die Vorgabe des Gesundheitsfonds als zweckmäßig, Leistungen der Behindertenhilfe für seine Klientel nur bis zu einem Ausmaß von 30 % der Kapazität der jeweiligen Einrichtung zu fördern. Damit wirkte der Gesundheitsfonds Bestrebungen der Einrichtungs- und Leistungsträger entgegen, die Auslastung

ihrer Einrichtungen oder Dienste auch dann zu erhöhen, wenn ein objektiver Bedarf nicht gegeben war. Der RH kritisierte jedoch, dass der Gesundheitsfonds seine Vorgabe nicht überprüfen konnte, weil das Dokumentationssystem diesbezügliche Auswertungen nicht ermöglichte. Er verwies auf seine unter **TZ 22** getroffenen Feststellungen zur Neugestaltung des Dokumentationssystems.

**31.3** (1) Das Land Steiermark verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf die bevorstehende Evaluierung und Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie, um eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen des Sozial- und Gesundheitsressorts zu entwickeln.

(2) Der Gesundheitsfonds vertrat in seiner Stellungnahme die Ansicht, dass die Umsetzung der Empfehlung eine Veränderung der Geschäftseinteilung des Landes erfordere und daher von der politischen Willensbildung abhängt. Die gemeinsame Planung zur psychosozialen Versorgung, die Zusammenführung der Planungsergebnisse in ein gemeinsames Dokument sowie die Evaluierung der umgesetzten Versorgungsstrukturen durch die Psychiatriekoordinationsstelle wären dahingehend ein erster Schritt.

**31.4** Der RH entgegnete dem Land Steiermark und dem Gesundheitsfonds, dass das vom Gesundheitsfonds beschriebene gemeinsame Vorgehen zwar ein erster Schritt sein konnte, aber die Konzentration der Förderung bei einer Stelle nicht ersetzen konnte. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

## Aufbau neuer Versorgungsstrukturen

**32.1** (1) Seit dem Jahr 2012 stellten verschiedene Träger psychosozialer Beratungsstellen Anträge auf Bewilligung selbstständiger Ambulatorien. Die erwähnte Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie (**TZ 19**) griff diese Idee auf und sah vor, die schwierige Verfügbarkeit fachärztlicher Ressourcen im niedergelassenen Bereich – vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – durch angestellte Fachärztinnen und –ärzte in selbstständigen, nicht bettenführenden Ambulatorien auszugleichen.

(2) Aufgrund der erwähnten Anträge beauftragte die Gesundheitsabteilung des Landes im September 2016 das Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (**EPIG GmbH**) mit der Erstellung eines Bedarfsgutachtens für psychosoziale Ambulatorien, das im Februar 2017 vorlag. Im Ergebnis bejahte die EPIG GmbH das Vorliegen eines Bedarfs insbesondere in qualitativer Hinsicht<sup>57</sup>, weil vor allem ungeplante oder komplexere Behandlungen durch ausschließlich niedergelassene

<sup>57</sup> Die quantitative Bewertung des Bedarfs orientierte sich an Vergleichszahlen zu Arztdichte und Krankheitslast, war aber wegen der dürftigen Datenlage und der internationalen Vergleichbarkeit der Zahlen Einschränkungen unterworfen. Die qualitative Betrachtung folgte im Wesentlichen der Frage, ob der teamorientierte Ansatz eine wesentliche Versorgungslücke schließen konnte.

Ärztinnen und Ärzte schon allein wegen der begrenzten Verfügbarkeit weitgehend unmöglich seien. Vor allem in den Regionen außerhalb von Graz würden akut und niederschwellig zugängliche Ambulanzen diese Funktion erfüllen können. Darüber hinaus sei die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung an einigen der geplanten Standorte ein wesentliches Element einer flächendeckenden und niederschweligen Versorgungsstruktur, weil in diesem Bereich niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte fehlten.

Die EPIG GmbH empfahl, die Errichtung psychosozialer Ambulatorien in der Steiermark in Anbindung an psychosoziale Beratungsstellen zu genehmigen, die Genehmigung jedoch mit der Auflage zu verbinden, gewisse Funktionen jedenfalls anzubieten. Dazu zählten insbesondere die Krisenintervention einschließlich telefonischer Bereitschaft und erweiterter Öffnungszeiten sowie Hausbesuche. Hinsichtlich der geplanten regionalen Verteilung der Ambulatorien orientierte sich die EPIG GmbH am erwähnten Versorgungskonzept und empfahl einige Änderungen der vom Antrag umfassten geplanten Standorte.<sup>58</sup>

Der Dachverband sozialpsychiatrischer Vereine und Gesellschaften Steiermarks folgte diesen Empfehlungen, erweiterte im März 2017 die ursprünglichen Anträge der Trägervereine um den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und nahm eine Korrektur der beantragten Standorte vor.

(3) Der bislang letzte Umsetzungsschritt betraf die Etablierung von fünf Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie von nicht fachärztlichen psychosozialen Berufsgruppen an den regionalen Standorten der psychosozialen Beratungsstellen, um dem Mangel im Bereich der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu begegnen. Die Landes-Zielsteuerungskommission vermerkte in ihrem diesbezüglichen Beschluss vom März 2017, dass im Endausbau selbstständige, nicht bettenführende Ambulatorien für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen waren.

Im Juli 2017 schlossen der Gesundheitsfonds und die Steiermärkische Gebietskrankenkasse eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung. Diese sah für die Jahre 2017 bis 2018 jährliche Kosten von rd. 2,4 Mio. EUR vor; davon hatten die Krankenversicherungsträger höchstens 1 Mio. EUR im Sinne einer pauschalen Vergütung zu leisten, die anteilig an die fünf großen Einrichtungsträger der psychosozialen Beratungsstellen zu verteilen war.

---

<sup>58</sup> Die EPIG GmbH empfahl, die im Antrag enthaltenen Standorte Bad Radkersburg und Fürstenfeld mangels einer Entsprechung im Konzept nicht zu genehmigen, empfahl jedoch zusätzlich zu den Anträgen je einen Standort in den Bezirken Leoben, Bruck-Mürzzuschlag und Deutschlandsberg sowie einen zweiten Standort im Bezirk Graz-Umgebung.

## 32.2

Der RH hielt fest, dass sich das Land Steiermark in Zusammenarbeit mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse um eine Verbesserung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bemühte und dass der Gesundheitsfonds mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse die gemeinsame Finanzierung des ambulanten fachärztlichen Angebots vereinbarte. Die geplante Einrichtung psychosozialer Ambulatorien erachtete der RH als positiv, weil auch der ÖSG diese Versorgungsform für die niederschwellige Versorgung von Kindern und Jugendlichen explizit vorsah (TZ 4).

Der RH bemängelte jedoch, dass die Umsetzung des Vorhabens zwischen den Trägern der psychosozialen Beratungsstellen, dem Gesundheitsfonds und der Gesundheitsabteilung des Landes nicht optimal abgestimmt war. Darauf deutete hin, dass der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks die ursprünglichen Bewilligungsanträge erst nach dem Vorliegen des dazu erstellten Bedarfsgutachtens abänderte und um die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erweiterte, obwohl die Mangelsituation in diesem Bereich lange bekannt war und bereits in früheren Versorgungskonzepten thematisiert wurde.

Der RH verwies auf seine Feststellungen zur mangelnden Koordination zwischen den Verantwortungsträgern sowie auf seine Kritik, dass die zuständigen Abteilungen des Landes der im Gesundheitsfonds eingerichteten Koordinationsgruppe nicht angehörten (TZ 18).

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Land Steiermark und den Gesundheitsfonds, die Koordination zwischen den Verantwortlichen sicherzustellen, dabei die Funktion der Psychiatriekoordinationsstelle sowie der Koordinationsgruppe klar zu regeln und deren Einbindung bei Veränderungen von Versorgungsstrukturen vorzusehen.

## 32.3

Das Land Steiermark und der Gesundheitsfonds verwiesen auf ihre Stellungnahmen zu TZ 18.

## 32.4

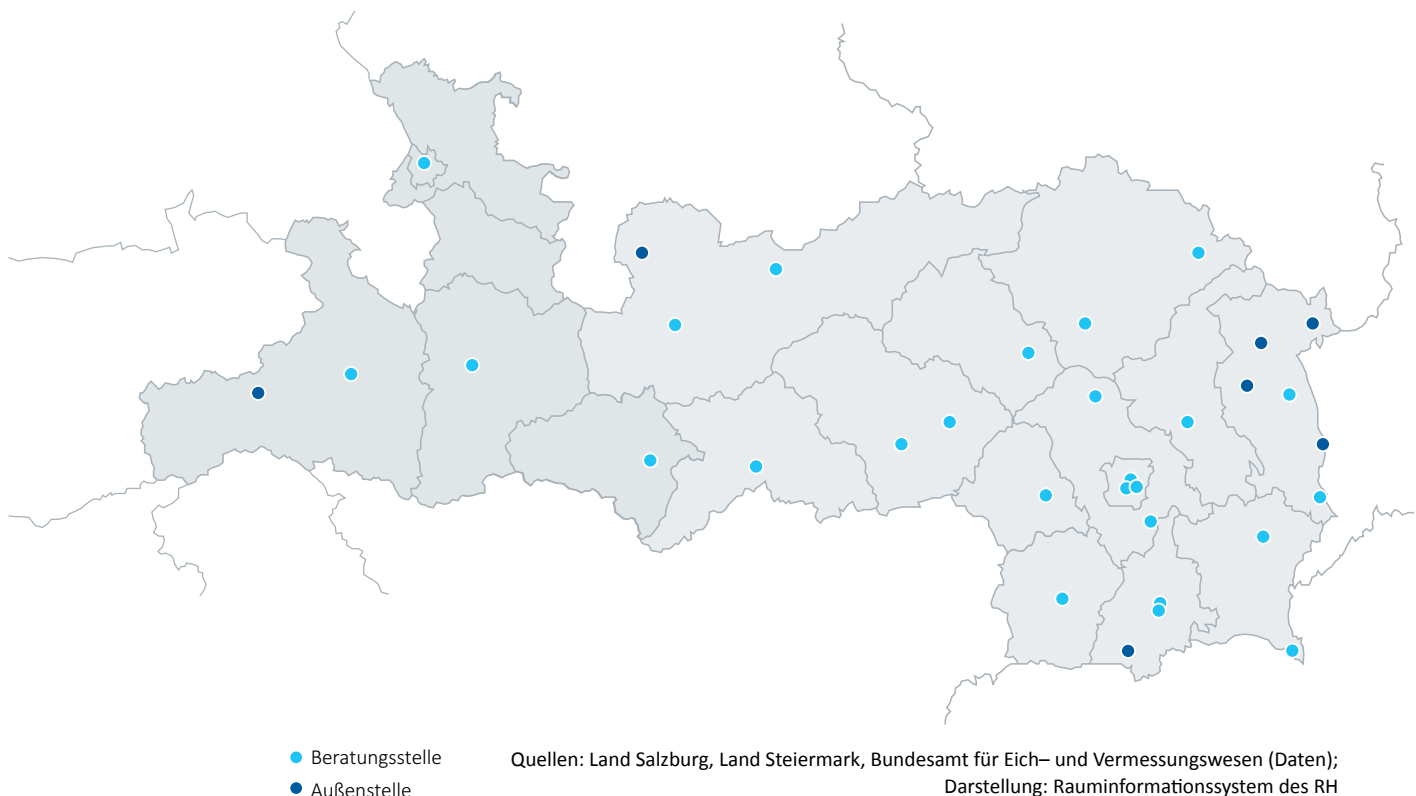
Der RH wiederholte seine Gegenäußerung zu TZ 18.

## Gegenüberstellung der psychosozialen Angebote

### Psychosoziale Beratung und Betreuung

**33.1** (1) In der Steiermark waren über die Jahre insgesamt 22 Beratungsstellen verschiedener privater Trägervereine sowie sechs Außenstellen entstanden. Das Referat Psychosozialer Dienst des Landes Salzburg betrieb im Gegensatz dazu nur vier Beratungsstellen mit einer Außenstelle.

**Abbildung 4: Standorte der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg und der Steiermark**



Die Versorgungsstruktur je 1.000 km<sup>2</sup> Siedlungsraum war damit in der Steiermark mit 4,2 Beratungsstellen dichter als in Salzburg mit 2,7 Beratungsstellen. Laut Land Salzburg hatte man sich aufgrund von Erfahrungswerten (Erreichbarkeit, Nähe zum Arbeitsplatz) bewusst für weniger Standorte entschieden, setzte zum Ausgleich aber auf längere Öffnungszeiten und Hausbesuche. In Salzburg war das Fachpersonal in den Beratungsstellen mindestens 25,5 Stunden pro Woche anwesend, in der Steiermark lag die wöchentliche Mindestanwesenheit laut Qualitätsstandards bei 18 Stunden. Der Anteil der Hausbesuche am gesamten Leistungsaufkommen war in Salzburg mit rd. 13 % entsprechend höher als in der Steiermark, wo dieser Anteil nur bei rd. 3 % lag.

(2) In der Steiermark war nicht nur die Dichte an Beratungsstellen deutlich größer als in Salzburg, sondern – aufgrund der in den Qualitätsstandards des Landes vorgesehenen Mindestpersonalausstattung (zumindest eine Person je Berufsgruppe) – auch die Anzahl der dort tätigen Fachpersonen.

**Tabelle 11: Fachpersonal der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg und der Steiermark**

Fachpersonal	Salzburg	Steiermark
	Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner <sup>1</sup>	
Psychologinnen und Psychologen	2,0	6,2
diplomiertes Krankenpflegepersonal	0,3	0,8
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter	0,7	2,0
<b>Summe nicht ärztliches Fachpersonal</b>	<b>3,0</b>	<b>9,0</b>
Fachärztinnen und Fachärzte	0,4	0,9

<sup>1</sup> gerechnet mit 549.263 Einwohnerinnen und Einwohnern für Salzburg und mit 1.237.298 Einwohnerinnen und Einwohnern für die Steiermark laut Statistik Austria, Stand 1. Jänner 2017

Quellen: Land Salzburg; Gesundheitsfonds Steiermark

Aktuelle österreichweite Planzahlen für eine Mindestpersonalausstattung in psychosozialen Beratungsstellen gab es nicht, aber die Steiermark hatte in ihrer Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie versucht, einen Personalschlüssel nach Altersgruppen (bis 18 Jahre; 19 bis 65 Jahre; über 65 Jahre) zu definieren. Für die bisherige Hauptzielgruppe der psychosozialen Beratung in beiden Bundesländern, nämlich die 19– bis 65–Jährigen, lagen die Orientierungswerte bei 17,5 Dienstposten für nichtärztliches Personal und 1,25 Dienstposten für Fachärztinnen und Fachärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Aufgrund der in der Steiermark geplanten Aufwertung der Beratungsstellen zu psychosozialen Ambulatorien (TZ 32) war der Orientierungswert für die fachärztliche Abdeckung laut Konzept allerdings in Zusammenschau mit den Planstellen für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte zu sehen.

Das Land Salzburg plante keine derartige Aufwertung der Beratungsstellen des Psychosozialen Dienstes. Im Sinne ihrer Drehscheibenfunktion sollten diese auch in Zukunft nicht selbst behandelnd tätig werden, sondern entsprechende Angebote vermitteln, koordinieren und die Klientinnen und Klienten im Zeitraum bis zu einer möglichen Inanspruchnahme begleitend betreuen.

(3) Der unterschiedliche Umfang der Versorgungsaufträge – in der Steiermark waren auch therapeutische Behandlungen, einzeln oder in Gruppen (auch Ergo–, Sozio–, Kunst–, Tanztherapie) oder Gesundheitsförderungsmaßnahmen umfasst – zeigte sich auch anhand der erbrachten Leistungen:

**Tabelle 12: Leistungen der psychosozialen Beratungsstellen in Salzburg und der Steiermark**

	Salzburg	Steiermark
	im Jahr 2016	im Jahr 2015
Anzahl versorgter Personen	2.515	16.774
Anteil versorgter Personen in % der Gesamtbevölkerung	0,5 <sup>1</sup>	1,4 <sup>1</sup>
Anzahl der Leistungen bzw. Kontakte	19.542 <sup>2</sup>	207.908
Leistungen bzw. Kontakte pro Person	8,9	12
Anteil Abklärung/Erstkontakt in %	33	5
Anteil Beratung/Betreuung/Behandlung in %	55	95
Anteil Vermittlung in %	12	nicht ausgewiesen

<sup>1</sup> gerechnet mit 549.263 Einwohnerinnen und Einwohnern für Salzburg und mit 1.237.298 Einwohnerinnen und Einwohnern für die Steiermark laut Statistik Austria, Stand 1. Jänner 2017

<sup>2</sup> Leistungen, für die mangels Personenbezug kein elektronischer Akt angelegt war (allgemeine Fachauskünfte, Beratung von Angehörigen ohne darauffolgenden Patientenkontakt oder Vernetzungstätigkeiten), fehlten in dieser Auswertung.

Quellen: Land Salzburg; Gesundheitsfonds Steiermark

### 33.2

Der RH hielt fest, dass die Länder Salzburg und Steiermark bei ihren psychosozialen Beratungsstellen unterschiedliche Schwerpunkte setzten, wodurch im Land Steiermark – bedingt durch einen breiteren Versorgungsauftrag – bezogen auf die Einwohnerzahl eine dichtere Versorgungsstruktur und mehr Fachpersonal vorhanden waren.

Der Anteil der Hausbesuche am gesamten Leistungsaufkommen der Beratungsstellen war in der Steiermark mit rd. 3 % vergleichsweise (Salzburg rd. 13 %) niedrig. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf das Bedarfsgutachten im Bewilligungsverfahren für die psychosozialen Ambulatorien in der Steiermark, wonach u.a. Hausbesuche zu erbringen wären (**TZ 34**).

Der RH empfahl dem Land Steiermark, im Zuge der Genehmigung der psychosozialen Ambulatorien die Erbringung von Hausbesuchen im Bedarfsfall sicherzustellen.

### 33.3

Das Land Steiermark teilte die Empfehlung des RH. Laut den Stellungnahmen des Landes Steiermark und des Gesundheitsfonds führe der erste Bescheid zur Vorabfeststellung des Bedarfs für die Errichtung eines selbstständigen psychosozialen Ambulatoriums für Erwachsene Hausbesuche ausdrücklich als zu erbringende Leistung an.

## Psychosoziale Angebote der Behindertenhilfe

**34.1** (1) Die Länder regelten den Zugang zu den aus dem System der Behindertenhilfe abgeleiteten psychosozialen Versorgungsangeboten unterschiedlich. In der Steiermark war für die Inanspruchnahme grundsätzlich ein behördliches Verfahren (Feststellungsbescheid) erforderlich. In Salzburg galt diese Bedingung nur für den Zugang zu psychosozialen Wohnangeboten, alle weiteren erforderten keinen Bescheid.

**Tabelle 13: Erfordernisse für den Zugang zu psychosozialen Angeboten in Salzburg und der Steiermark**

Versorgungsangebot	Salzburg	Steiermark
psychosoziale Wohnangebote	Bescheid	Bescheid
ambulante bzw. mobile Betreuung und Beratung	niederschwelliger, offener Zugang oder Zuweisung durch den Psychosozialen Dienst des Landes	Bescheid
Tagesbetreuung, Tagesstruktur und Beschäftigung	Koordination durch den Psychosozialen Dienst des Landes	Bescheid

Quellen: Land Salzburg; Land Steiermark

(2) Obwohl für den Zugang zu psychosozialen Angeboten grundsätzlich ein Bescheid erforderlich war, waren im Land Steiermark im Jahr 2016 nur rd. 74 % der betreuten Personen behördlich nach dem Behindertengesetz eingestuft, wobei der Anteil in den Bezirken zwischen 29 % und 100 % variierte.

Dies war nur deshalb möglich, weil der Gesundheitsfonds die für Klientinnen und Klienten ohne Bescheid nach dem Behindertengesetz erbrachten mobilen, ambulanten und stationären psychosozialen Leistungen der Behindertenhilfe – wenn auch im begrenzten Ausmaß – abgalt (**TZ 31**).

(3) Das Land Salzburg nutzte als Zugangsregulierung auch die Drehscheibenfunktion des landeseigenen Psychosozialen Dienstes, der die Inanspruchnahme von Angeboten steuerte bzw. koordinierte. Damit hatte der Psychosoziale Dienst in Salzburg immer einen Überblick über die aktuellen Wartezeiten bei der psychosozialen Versorgung (**TZ 8**).

Das Land Steiermark verfügte über kein vergleichbares Wartezeitenmanagement. Bei einer Evaluierung, ob psychosoziale Angebote trotz behördlicher Zuerkennung nicht in Anspruch genommen werden konnten, kam das Land Steiermark zum Ergebnis, dass keine größeren Versorgungslücken bestanden. Manche Träger informierten den Gesundheitsfonds jedoch über Wartezeiten von bis zu sechs Monaten bei der mobilen psychosozialen Betreuung. Im Bereich der psychosozialen Wohnangebote deutete die Tatsache, dass Patientinnen und Patienten einer psychiatri-



schen Abteilung des Landeskrankenhauses Graz Süd–West – obwohl medizinisch geboten – nicht entlassen werden konnten, auf Versorgungslücken hin.

## 34.2

(1) Der RH hielt fest, dass die Inanspruchnahme psychosozialer Angebote in Salzburg im Unterschied zur Steiermark – mit Ausnahme der Wohnversorgung – kein behördliches Verfahren samt Bescheid erforderte. Im Sinne des von der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit verfolgten Ziels der Entstigmatisierung von psychisch Kranken beurteilte er diese Niederschwelligkeit des psychosozialen Angebots der Behindertenhilfe in Salzburg positiv. Als beispielgebend hervorzuheben war die Drehscheibenfunktion des Psychosozialen Dienstes zur Steuerung bzw. Koordinierung der Inanspruchnahme von Angeboten.

(2) Der RH anerkannte die Bemühungen des Gesundheitsfonds, eine gewisse Niederschwelligkeit durch die beschränkte Abgeltung von Leistungen für Klientinnen und Klienten ohne Bescheid zu gewährleisten, hielt aber eine einheitliche Regelung des Angebotszugangs im Sinne der Transparenz und der Gleichbehandlung der Betroffenen für notwendig.

Der RH empfahl daher dem Land Steiermark und dem Gesundheitsfonds, die bisherigen Regelungen für den Zugang zu den psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe kritisch zu beleuchten und auf einen für den gesamten Wirkungsbereich des Landes einheitlichen und patientenorientierten Angebotszugang hinzuwirken.

(3) Der RH wies kritisch auf den fehlenden Überblick des Landes Steiermark über die Wartezeiten bei der psychosozialen Versorgung hin.

Er empfahl dem Land Steiermark, ein Wartezeiten–Monitoring für die psychosozialen Angebote als Steuerungsinstrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung einzurichten.

## 34.3

(1) Das Land Steiermark wies bezüglich der Empfehlung, die bisherigen Regelungen für den Zugang zu den psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe kritisch zu beleuchten und auf einen für den gesamten Wirkungsbereich des Landes einheitlichen und patientenorientierten Angebotszugang hinzuwirken, auf seine Stellungnahme zu **TZ 18** hin.

Auch der Gesundheitsfonds verwies in seiner Stellungnahme auf die Evaluierung und Aktualisierung des Bedarfs– und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie und auf die damit verbundene Diskussion zu Kapazitäten und allfälligen Zugangsmodalitäten. Im Zuge dessen solle laut Regierungsbeschluss „eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen der Ressorts Soziales und Gesundheit geschaffen werden.“

(2) Zur empfohlenen Einrichtung eines Wartezeiten-Monitorings führte das Land Steiermark aus, dass es im Zuge der Evaluierung und Aktualisierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans Sozialpsychiatrie derzeit prüfe, ob und wie ein gemeinsames Wartezeiten-Monitoring umgesetzt werden könne.

Der Gesundheitsfonds hielt dazu fest, dass die zuständige Abteilung 11 Soziales, Arbeit und Integration für die Leistungsangebote der Behindertenhilfe ein Monitoringsystem betreibe, um die Auslastungssituation dieser längerfristig genutzten Unterstützungsleistungen feststellen und beobachten zu können.

Für psychosoziale Beratungsstellen sei die Einführung eines Monitoring-Systems, ob der Kürze der Kontakte und der Fluktuation der Behandlungs- und Betreuungsbeziehungen, zu überdenken. Zu überlegen wäre ein Monitoring für psychotherapeutische Leistungen innerhalb der Betreuungsangebote der psychosozialen Beratungsstellen, weil hier lange Wartezeiten bestünden.

#### 34.4

Der RH entgegnete dem Gesundheitsfonds, dass er seine Empfehlung, ein Monitoring einzurichten, vor dem Hintergrund von Wartezeiten bzw. Versorgungslücken insbesondere bei den psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe und nicht bezogen auf die Leistungen der psychosozialen Beratungsstellen ausgesprochen hatte. Informationen zu einem entsprechenden Monitoring in der zuständigen Fachabteilung erhielt der RH im Rahmen seiner Überprüfung vor Ort nicht, weshalb der RH dieses Steuerungsinstrument nicht beurteilen konnte.

## Schlussempfehlungen

35 Zusammenfassend empfahl der RH:

### Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (1) Es wäre gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und Ländern eine sektorenübergreifende Strategie zur psychischen Gesundheit zu entwickeln; dieser wären klare Wirkmechanismen zugrunde zu legen und es wären sowohl die Behandlungsaufwendungen als auch die Krankheitsfolgen zu berücksichtigen. (TZ 2)
- (2) Es wären gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern gesicherte Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, in Anspruch genommene Leistungen, Wirkung der Behandlung) zur psychischen Gesundheit in Österreich zu schaffen und es wäre eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und aus einer Analyse Handlungsempfehlungen ableitet. (TZ 3)
- (3) Gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern und den Ländern sollte der psychischen Gesundheit in den Zielsteuerungsverträgen, dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit eine größere Bedeutung zugeordnet werden, die strategischen Ziele sollten umsetzungsnäher und wirkungsorientiert gestaltet werden und es wäre systematisch zu überprüfen, ob die Gesundheitsplanung (Zielsteuerungsverträge, Österreichischer Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit) diesen Zielen entspricht. (TZ 4)

### Land Salzburg

- (4) Es wäre auf die zeitnahe Erstellung eines neuen Regionalen Strukturplans Gesundheit hinzuwirken. (TZ 4)
- (5) Eine Ergänzung des Aufgabenprofils des Beirats für psychosoziale Gesundheit um Angelegenheiten der sektorenübergreifenden Koordination sowie die verbindliche Bestellung von Vertreterinnen und Vertretern der Krankenanstalten sowie der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte in den Beirat wären zu prüfen. (TZ 6)
- (6) Das Supervisionsangebot für die Bediensteten des Referats Psychosozialer Dienst wäre angemessen auszuweiten. (TZ 10)

- (7) Die Produktbeschreibungen wären einheitlich zu strukturieren und darin Vorgaben zur Leistungsevaluierung vorzusehen. (TZ 12)
- (8) Die geplante Versorgung von rund der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner der Psychiatrischen Sonderpflege St. Veit im Rahmen der Behindertenhilfe wäre zeitnah umzusetzen. (TZ 13)
- (9) Im Hinblick auf eine mögliche Entlastung stationärer Versorgungsstrukturen und auf eine wohnortnahe Versorgung wäre die Realisierung eines zeitlich unbefristeten mobilen psychosozialen Betreuungsangebots zu prüfen. (TZ 14)
- (10) Fragen der örtlichen Erreichbarkeit wären bereits bei der Festlegung der Dokumentationsanforderungen, im Rahmen der Evaluation sowie vor einer allfälligen bundeslandweiten Ausrollung des Assertive Community Treatment zu berücksichtigen. (TZ 17)

## Gesundheitsfonds Steiermark

- (11) Bei der Weiterentwicklung des Regionalen Strukturplans Gesundheit wären auch die anderen psychosozialen Versorgungsangebote zu berücksichtigen. Dabei sollten die Planungen der unterschiedlichen Aufgabenträger aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Behindertenhilfe in einen integrativen Ansatz einfließen. (TZ 4)
- (12) Die Qualitätsstandards für psychosoziale Beratungsstellen wären zu überarbeiten. Dabei wäre insbesondere auch der Versorgungsauftrag – nach Möglichkeit auf der Grundlage von Daten über die bisherige Versorgungswirksamkeit – neu zu definieren. (TZ 21)
- (13) Es wären durch klare Vorgaben eine einheitliche Dokumentation durch die Trägervereine und damit eine valide Grundlage für Datenauswertungen sicherzustellen. (TZ 22)
- (14) Bei der Neuentwicklung des Dokumentationssystems wären die Empfehlungen der Versorgungskonzeption ambulante Psychiatrie aus dem Jahr 2013 zu berücksichtigen. Im Dokumentationssystem wäre die Möglichkeit zu schaffen, die Daten – unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen – fallbezogen auszuwerten. Dabei wäre darauf zu achten, dass der Gesundheitsfonds Steiermark Auswertungen künftig selbst vornehmen kann. (TZ 22)

- (15) Der Gesundheitsfonds Steiermark sollte sich entweder zur Einhaltung der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Landes Steiermark verpflichten oder für sich eigene Förderungsrichtlinien erarbeiten und dabei die maßgeblichen Vorgaben der Rahmenrichtlinie beachten. (TZ 25)
- (16) Es wäre eine Information aller Anbieter psychosozialer Versorgungsleistungen – und damit potenzieller Förderungswerber – über die Erfordernisse und Termine für die Beantragung von Förderungen bspw. im Wege der Website des Gesundheitsfonds Steiermark sicherzustellen. (TZ 26)
- (17) Es wäre verstärkt auf die Qualität der Förderungsanträge zu achten und die Förderungswerber wären künftig zur Verbesserung aufzufordern, wenn ihre Anträge die Mindestanforderungen gemäß der Rahmenrichtlinie über die Gewährung von Förderungen des Landes Steiermark oder dem Antragsformular nicht erfüllen. (TZ 27)
- (18) In den Förderungsverträgen wären künftig Indikatoren zur Beurteilung der Realisierung des Förderungsgegenstands und Nachweise zur Erfüllung dieser Indikatoren, bspw. in den vorzulegenden Tätigkeitsberichten, zu vereinbaren. (TZ 27)
- (19) Beim Abschluss mehrerer Verträge mit ein und demselben Förderungsenehmer sollten der jeweilige Förderungszweck in den Förderungsverträgen genau definiert und jeweils gesonderte Leistungsnachweise und Abrechnungen vereinbart werden. (TZ 28)
- (20) Eine Vorverlegung des Abgabetermins für die Förderungsanträge sollte erwogen werden. (TZ 29)
- (21) Für einzelne Aufgaben sollte eine temporäre Aufstockung des für die Förderungsabwicklung eingesetzten Personals erwogen werden, etwa im Zusammenhang mit der Prüfung der Förderungsanträge und der inhaltlichen Gestaltung der Förderungsverträge. (TZ 30)

## Land Steiermark; Gesundheitsfonds Steiermark

- (22) Die Koordination zwischen den Verantwortlichen wäre sicherzustellen, um eine patienten- und bedarfsorientierte Entwicklung der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten und Versorgungslücken zu vermeiden. Dabei wären die Funktion der Psychiatriekoordinationsstelle sowie der Koordinationsgruppe klar zu regeln und bei Veränderungen von Versorgungsstrukturen vorab deren Einbindung vorzusehen. (TZ 18, TZ 20, TZ 32)

- (23) Die Förderung der Träger der psychosozialen Versorgung wäre bei einer Stelle zu konzentrieren. (TZ 31)
- (24) Die bisherigen Regelungen für den Zugang zu den psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe wären kritisch zu beleuchten und es wäre auf einen für den gesamten Wirkungsbereich des Landes einheitlichen und patientenorientierten Angebotszugang hinzuwirken. (TZ 34)

## Land Steiermark

- (25) Die Umsetzung des mobilen Krisendienstes und der ambulanten Hilfeplanung wäre in Angriff zu nehmen. (TZ 19)
- (26) Die angebotenen psychosozialen Leistungsarten wären bedarfsorientiert weiterzuentwickeln. (TZ 23)
- (27) Künftig sollten den Pflegeheimbetreibern Psychiatriezuschläge nur mehr für psychisch beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner ab der Pflegegeldstufe vier oder im Fall der gutachterlich bestätigten Pflegebedürftigkeit gewährt werden. (TZ 24)
- (28) Im Zuge der bedarfsorientierten Weiterentwicklung des psychosozialen Leistungsangebots wäre eine Alternative zur Unterbringung psychisch beeinträchtigter Menschen in Pflegeheimen zu schaffen. (TZ 24)
- (29) Im Zuge der Genehmigung der psychosozialen Ambulatorien wäre die Erbringung von Hausbesuchen im Bedarfsfall sicherzustellen. (TZ 33)
- (30) Es wäre ein Wartezeiten-Monitoring für die psychosozialen Angebote als Steuerungsinstrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung einzurichten. (TZ 34)

# Bericht des Rechnungshofes

Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark



Wien, im März 2019

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker







**R**  
**—**  
**H**

