

Dialoge - Daten - Diskurse: Zur Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund

Hermann Elgeti

Mit dem Ausbau wohnortnaher Hilfsangebote für psychisch Kranke und der Vielfalt entsprechender Einrichtungsträger wächst das Erfordernis von Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität auf regionaler Ebene. Die hier gemachten Ausführungen sollen am Beispiel der Region Hannover dazu anregen, sich trägerübergreifend über Ziele und Mittel einer systematischen Qualitätsentwicklung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu verständigen. An einigen Beispielen werden die Möglichkeiten skizziert, die sich für den regionalen Diskurs ergeben, wenn dieser durch eine regelmäßige Sammlung und Auswertung aussagekräftiger Daten ergänzt wird.

1. Die Suche nach gemeinsamen Beurteilungsmaßstäben

Jeder, der schon mit Hilfeleistungen für psychisch Kranke in Berührung gekommen ist, weiß aus Erfahrung, daß so etwas **gut oder schlecht** laufen kann. Das wissen die Betroffenen und ihre Angehörigen, die Leistungserbringer und diejenigen, die für die Finanzierung dieser Hilfen zuständig sind. Auch wenn die Leistung von den Helfern nach bestem Wissen und Gewissen erbracht wurde, kann sie in der jeweils besonderen Situation unpassend, überflüssig oder unzureichend gewesen sein. Und selbst in den Fällen, wo nach menschlichem Ermessen alles richtig gemacht worden ist, kann der Erfolg ausbleiben, weil unbeeinflussbare, widrige Umstände sich als stärker herausstellten.

Bei der Bewertung einer bestimmten Hilfeleistung im Einzelfall oder eines Hilfsangebotes für ganze Gruppen von psychisch Kranken sind sich die Beteiligten aber durchaus nicht immer einig. **Uneinigkeit** besteht dabei unter Umständen nicht nur im Werturteil selbst, sondern auch in den Bewertungsmaßstäben, die der Beurteilung zugrundeliegen. Jeder der Beteiligten macht seine Erfahrungen aus der Perspektive seiner besonderen Rolle und urteilt vor dem Hintergrund seiner Interessen. Solange es keine Verständigung über gemeinsam akzeptierte Bewertungsmaßstäbe gibt, bastelt sich jeder seine eigenen und bildet sich oft genug ein, diese müßten auch für die anderen maßgeblich sein.

Die Reformbewegung der letzten Jahrzehnte dazu geführt, daß mehr Hilfen für psychisch Kranke geschaffen wurden. Diese Hilfen sind zudem vielfältiger geworden und sind für die Hilfsbedürftigen leichter erreichbar. Das heißt natürlich noch keineswegs, daß die Betroffenen überall passende Angebote vorfinden würden. Aber immerhin haben sich die Bedingungen dafür verbessert, daß auch chronisch und schwer erkrankte Personen wohnortnah und rechtzeitig die Hilfe erhalten, die im Einzelfall notwendig und ausreichend erscheint. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich nicht nur das **Problembewußtsein** im Hinblick auf Fragen der Versorgungsqualität verstärkt; auch erhöhte sich die Zahl derjenigen, die sich bei der Bewertung über Stärken und Schwächen der Versorgung verständigen müssen. Gerade dies aber wird umso dringlicher, je weniger Bereitschaft die Kostenträger zeigen, ihre Ausgaben für die psychisch kranken Mitbürger zu erhöhen.

Wir brauchen daher eine **Verständigung** sowohl bei der Beurteilung der gegenwärtigen Angebote als auch bei der Einschätzung des Bedarfs. Nur so gibt es eine Chance, daß die Gesichtspunkte der Versorgungsqualität Vorrang bekommen gegenüber dem Gesetz des Stärkeren im Kampf um die Geldtöpfe. Nur wenn wir uns einigen, welche Hilfen vor Ort notwendig sind und wie sie wirksam und wirtschaftlich erbracht werden können, lassen sich die verfügbaren Hilfsmittel optimal

nutzen, und gegebenenfalls gibt es dann bei einem Bedarf an zusätzlichen Hilfsmitteln auch mehr Einsicht auf Seiten der Kostenträger. Die Maßstäbe einer solchen Bewertung müssen nicht nur für die vielen direkt Beteiligten in der Region überzeugend sein, sondern auch für diejenigen Personen und Machtgruppen in Staat und Gesellschaft, die über die Verteilung und Bezahlung der Hilfsmittel entscheiden. Dieses Ziel müssen wir immer im Auge behalten, auch wenn es nur langsam vorangeht angesichts der oft auseinanderstrebenden Partikularinteressen.

Die Betroffenen selbst und die Fachleute an der Basis, die an der Planung und Durchführung von Hilfen für psychisch Kranke unmittelbar beteiligt sind, halten sich zu Recht erstmal an ihre **Erfahrungen** und sehen in der Datenerhebung und Dokumentation meist ein lästiges Übel. Die Verantwortlichen für die Verteilung der knappen Hilfsmittel und ihren bestimmungsgemäßen Einsatz dagegen fordern "objektive" Daten und wollen ihre Entscheidungen nicht vorrangig nach "subjektiven" Einzelfall-Darstellungen richten. Wir sollten diese verschiedenen Sichtweisen nicht gegeneinander ausspielen, sondern versuchen, sie miteinander zu verbinden.

Gemeinsam geteilte Erfahrungen lassen sich am besten im **partnerschaftlichen Dialog** zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern bewerten. Als Erinnerungshilfe kann eine Dokumentation nützlich sein, in der Planung, Durchführung und Ergebnis der in Frage stehenden Hilfeleistungen ehrlich zusammengefaßt wird. Wer etwas bewerten soll, ohne mit den im Einzelfall zu bewertenden Hilfeleistungen und Angebotsformen vertraut zu sein, ist auf solche Informationen noch viel stärker angewiesen. Je weiter man von der Basisarbeit entfernt ist und je umfassender die zu bewertenden Vorgänge sind, desto wichtiger sind **Daten**, die relevante Aspekte von Hilfebedarf und Leistungsgeschehen abbilden können. Da diese Daten außerhalb des therapeutischen Dialogs schon aus Gründen des Datenschutzes nur anonymisiert und gesammelt in Form statistischer Verteilungen verfügbar sind, fehlt hier natürlich der Bezug zur konkreten Erfahrung. Eine Interpretation der Daten muß deswegen unter Beteiligung derjenigen erfolgen, die eine solche Erfahrung beisteuern können.

Der allgemeine Maßstab für die Beurteilung der Versorgungsqualität sollte sein, inwiefern es gelingt, die **Lebensqualität** der Betroffenen so weit wie möglich zu erhalten und zu verbessern. Lebensqualität bedeutet für jeden Menschen etwas anderes und läßt sich daher nicht allgemein definieren. Schon eher kann man verschiedene Formen von Einbußen an Lebensqualität bestimmen, mit denen psychisch kranke Patienten zu tun haben (1). Dabei sind Einwirkungen von Rahmenbedingungen zu beachten, die auch von einer qualitativ guten Versorgung zum Teil nicht beeinflußbar sind. Art und Ausmaß der Einbußen an Lebensqualität lassen sich drei verschiedenen Aspekten zuordnen. Im Schaubild 1 wurde versucht, die verschiedenen Rahmenbedingungen und Aspekte darzustellen und diese zur Versorgungsqualität in Beziehung zu setzen.

(Schaubild 1)

2. Konzeptionelle und organisatorische Ansatzpunkte in der Region

Mit den hier geschilderten Problemen sind es auch die Landkreise und kreisfreien Städte konfrontiert, wenn sie in Niedersachsen die Vorgaben des **Psychisch-Kranken-Gesetzes** von 1997 (NPsychKG) erfüllen wollen. Dort wird ihnen im § 9 abverlangt, einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf und das gegenwärtige Angebot an Hilfen für psychisch Kranke zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat sich dazu mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund vor Ort ins Benehmen zu setzen. In diesem Verbund sollen gemäß § 8 NPsychKG alle Anbieter von Hilfen für psychisch Kranke vertreten sein, einschließlich der Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen,

einschließlich auch der in diesem Gebiet zuständigen Kostenträger und Behörden. In der Region Hannover sind einige wichtige Voraussetzungen geschaffen worden, um gemeinsame Maßstäbe für eine Qualitätsbeurteilung von Hilfen für psychisch Kranke entwickeln.

Schon seit 1975 tagt monatlich das **gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch** für das Gebiet des damaligen Landkreises und der Landeshauptstadt Hannover (2). Es heißt inzwischen Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und ist die Delegiertenversammlung des Verbundes nach § 8 NPsychKG. Hier pflegt man den Erfahrungsaustausch und startet Initiativen zur Verbesserung der Versorgung. Mit dem Ausbau der Hilfsangebote und dem steigenden Abstimmungsbedarf stieg auch die Teilnehmerzahl, und die Gremienstruktur differenzierte sich. Inzwischen gibt es noch diverse Fachgruppen zu bestimmten Teilgebieten der Versorgung und Sektorarbeitsgemeinschaften für die Koordination dezentraler Hilfsangebote. Dem zuständigen Fachdezernenten der Region steht ein Regionaler Fachbeirat zur Seite. Seit über zehn Jahren sind auch die Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Angehörigen in den Gremien vertreten.

Mit der Reorganisation des **Sozialpsychiatrischen Verbundes** im Jahre 1998 erhielt dieser eine verbindliche konzeptionelle und organisatorische Grundlage (3). Alle wesentlichen Akteure in der Region sind im Verbund Mitglied, und die Gremien bieten eine gute Plattform für einen trägerübergreifenden, erfahrungsgestützten Diskurs zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung.

In der Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbundes werden vier **Zielperspektiven** genannt, nach denen sich die Arbeit in der Region Hannover ausrichten soll (4). Gefordert wird erstens eine Konzentration auf Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, wobei vorrangig ambulante Hilfen zum Einsatz kommen sollen. Zweitens soll es eine partnerschaftliche und wirkungsvolle Zusammenarbeit geben zwischen dem psychisch Kranken, seinen Angehörigen und den verschiedenen professionellen bzw. ehrenamtlichen Helfern. Drittens werden die Anbieter von Hilfen aufgefordert, ihre Zusammenarbeit auf der Grundlage der Sektorsierung der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu koordinieren. Viertens geht es darum, für chronisch psychisch Kranke eine verbindliche, bei Bedarf auch langfristige, kontinuierliche und qualifizierte Hilfe zu gewährleisten.

Mit der schrittweisen Einführung **statistischer Jahresberichte** der Einrichtungsträger nach einheitlichem Muster gibt es nun auch die Möglichkeit, den Diskurs mit Datenmaterial anzureichern. Aus den Daten lassen sich Kennzahlen bilden zu den einzelnen Versorgungsangeboten in der Region, zu ihrer Platzzahl und ihren Kosten, zu Umfang und Qualifikation des dort eingesetzten Personals (Datenblätter A und B). Eine kurzgefaßte (anonymisierte) Patienten-bezogene Basis- und Leistungsdokumentation (Datenblatt C) ermöglicht die Berechnung einiger Kennzahlen zum psychosozialen Risiko der betreuten Personen, zur Kontinuität der Leistungserbringung und zu Versorgungskombinationen im Berichtsjahr. Diese Berechnungen lassen sich allerdings routinemäßig nur durchführen, wenn zwei Bedingungen gewährleistet sind: einerseits ein nutzerfreundliches Programm zur EDV-gestützten Erhebung und Auswertung der Daten, andererseits die vollständige sowie zeitgerechte Abgabe der statistischen Jahresberichte.

Neben den Bemühungen um einen datengestützten Diskurs auf regionaler Ebene geht es auch darum, den Dialog zur Planung und Evaluation von Hilfen im Einzelfall über die Einführung verbindlicher zu gestalten (5). So wurde in Hannover ein einheitliches Verfahren zur Planung und Fortschreibung von Eingliederungshilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 39 BSHG) im Rahmen von **Hilfekonferenzen** eingeführt. Unter der Federführung des zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienstes findet unter Beteiligung des Betroffenen eine Hilfekonferenz statt. Die dort getroffenen Feststellungen und Empfehlungen werden nach einheitlichem Muster

dokumentiert und sind die fachliche Grundlage für das Kostenanerkennnis des Sozialhilfeträgers. Dieses Verfahren wird zur Zeit auf Basis aller im Jahre 2001 durchgeführten - etwa 500 - Hilfskonferenzen überprüft. Nach einer Modifikation und Vereinfachung könnte dies der Kristallisationskern werden für eine systematische Planung, Überprüfung und Fortschreibung auch anders finanzierter psychiatrischer Hilfen.

Die hier geschilderten organisatorischen und konzeptionellen Ansätze lassen sich aufeinander beziehen und so zu einer Art von sozialpsychiatrischem **Qualitätsmanagement** (QM) zusammenführen. In einer sogenannten Matrix können für die individuelle, die institutionelle und die regionale Ebene Versorgungsziele bestimmt werden, die sich auf definierte Kriterien der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität beziehen. Die Institutionen sollen dabei ohne Verleugnung ihrer eigenen Interessen ihre Hilfeleistung nach dem individuellen Bedarf des jeweils betroffenen Patienten erbringen und gleichzeitig mit dafür sorgen, daß die regionalen Versorgungsziele erreicht werden. Für jedes der neun Zielfelder wäre ein Verfahren zur Qualitätsbeurteilung festzulegen. Das beträfe auch die Daten, die man heranziehen will bei der Bewertung, ob das ins Auge gefaßte Ziel bis zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht wurde. Die Tabelle 1 soll diesen Vorschlag zur Entwicklung einer QM-Matrix illustrieren.

(Tabelle 1)

3. Auswertung der statistischen Jahresberichte der Einrichtungsträger

Schwierigkeiten bereitet die Auswahl von Kennzahlen, die anzeigen können, ob ein Ziel erreicht wurde. Solche Kennzahlen müssen auf der Grundlage regelmäßiger Datenerfassung den jeweils aktuellen Stand abbilden können. Idealerweise werden schon im Rahmen der Zielbestimmung Sollwerte definiert, um im weiteren Verlauf **Soll-Ist-Vergleiche** anstellen zu können. Nun macht es in einem so komplexen Gebilde mit so vielen unbeeinflussbaren Wechselwirkungen, wie es ein Netzwerk der Hilfen für psychisch Kranke ist, wenig Sinn, von vornherein irgendwelche Sollwerte festzulegen. Vielmehr sollte man sich zunächst mit Vergleichsmessungen begnügen. Der Vergleich kann sich auf verschiedene Zeitpunkte desselben Gegenstandes oder auf verschiedene, vergleichbare Gegenstände beziehen. So kann man eine zielorientierte Entwicklung in Gang setzen, die Wirkung der eigenen Bemühungen beobachten und vom Besten lernen ("Benchmarking").

Nehmen wir **als Beispiel das ambulant betreute Wohnen** in der Region, eine Angebotsform mit steigender Inanspruchnahme in der letzten Zeit. Gehder Anstieg der Platzzahlen einher mit einer Abnahme bei Heimplätzen oder einem verminderten Anteil hannoverscher Bürger unter den Heimbewohnern? Gibt es Unterschiede zwischen den Betreuungszahlen in den einzelnen Versorgungssektoren in der Region? Wie hoch ist das durchschnittliche psychosoziale Risiko bei den betreuten Personen, differenziert nach dem Einrichtungsträger? Mit Hilfe der Patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation ließen sich solche Vergleiche anstellen. Dabei könnte man auch nach Anhaltspunkten zur Beantwortung der Frage suchen, ob mit den ansteigenden Platzzahlen ein bisher ungedeckter Bedarf befriedigt wird oder ob auf Kosten des Sozialhilfeträgers nur Lücken gestopft werden, die ein unzureichendes Angebot bei den anderen, vorrangig zuständigen ambulant-aufsuchenden Diensten aufgerissen hat. Gemeint sind damit der Sozialpsychiatrische Dienst und die Psychiatrische Institutsambulanz, die ambulante Soziotherapie und die psychiatrische Pflege.

Kennzahlen erfüllen nur dann ihren Zweck bei der Qualitätsbeurteilung von Hilfen für psychisch Kranke, wenn sie auch von allen Teilnehmern am Diskurs interpretiert werden können. Dabei geht

es nicht zuletzt um die Übersichtlichkeit der Ergebnisdarstellung und der Auswertungsverfahren. Eine **Überflutung durch Daten** läßt sich am ehesten vermeiden, wenn man sich auf wenige, aber wesentliche Kennzahlen beschränkt. In Tabelle 2 sind einige Beispiele aufgeführt mit den Ergebnissen für ausgewählte Angebotsformen aus dem Berichtsjahr 1999, wie sie aus den Angaben auf den Datenblättern A und B berechnet worden sind.

(Tabelle 2)

Die ersten beiden Kennzahlen betreffen die zur Verfügung stehenden **Plätze in den einzelnen Hilfsangeboten** mitsamt des dort **eingesetzten Personals**, gemessen in Vollzeitstellen. Um die Daten besser vergleichen zu können, wurden Gruppen unterschiedlicher Angebotsformen gebildet und die Werte pro 100.000 Einwohner berechnet. Die Ergebnisse zeigen, daß es in der Region Hannover - wie anderswo auch - ein großes Übergewicht an stationärer Versorgung gibt. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß diese Hilfen zu einem bisher noch nicht bekannten Anteil auch psychisch kranken Personen zugutekommen, die nicht in der Region leben (bei Klinikbehandlung) bzw. dort nicht ihren letzten Wohnsitz hatten (bei Heimbetreuung). Umgekehrt werden natürlich auch einige hannoversche Bürger in Heimen anderer Regionen untergebracht. Die Verhältnisse können erst geklärt werden, wenn Kliniken und Heime für ihre Patienten entsprechende Angaben zu deren letztem Wohnsitz (z.B. auf dem Datenblatt C) machen.

Mit Ausnahme vielleicht der Verwaltungskräfte gelten die in der Psychiatrie eingesetzten Berufsgruppen von ihrer Grundqualifikation her für diese Arbeit als nicht ausreichend qualifiziert. Der Anteil der Mitarbeiter mit sozialpsychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen, sonderpädagogischen oder sonstigen **Zusatzqualifikationen** schwankt zwischen den verschiedenen Angebotsformen deutlich. Hier könnten spezielle Fortbildungsinitiativen im Verbund mit dem Ziel ansetzen, die geringen Quoten in einigen Bereichen zu erhöhen.

Neben der Notwendigkeit und Wirksamkeit von Hilfen im Einzelfall geht es bei der Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund auch um die **Wirtschaftlichkeit** der Leistungserbringung. Eine Kennzahl für diesen ökonomischen Aspekt sind die Kosten, die die Belegung eines Platzes in einer bestimmten Angebotsform durchschnittlich pro Jahr verursacht. Am Vergleich dieser Daten läßt sich ablesen, wieviel kostenintensiver die teil- und vollstationären Versorgungsangebote gegenüber der ambulanten Behandlung bzw. Betreuung sind, aber auch, welche großen Unterschiede innerhalb dieser Gruppen bestehen. Im Hinblick auf die erwünschte Schwerpunktverlagerung von den stationären hin zu ambulanten Hilfen läßt sich berechnen, wieviel Plätze dort eingespart werden müßten, wenn hier das Angebot insgesamt kostenneutral ausgebaut und intensiviert werden soll. Dabei ist dem Bedarf der am schwersten beeinträchtigten psychisch Kranken Rechnung zu tragen, entgegen aller Verführungen, immer neue Angebote für Personen zu machen, die leichter zu betreuen sind und die ihre Wünsche selbstbewußter vortragen können.

An dieser Problematik setzen die Bemühungen zur Abschätzung der **Zielgruppenspezifität** des Klientels einzelner Angebotsformen an. Aus acht Merkmalen der Patienten-bezogenen Basisdokumentation des Abschnittes 3 im Datenblatt C läßt sich das sogenannte psychosoziale Risiko (psR) ermitteln. Der entsprechende Score beinhaltet vier Merkmale zur Schwere und Chronizität der Erkrankung und vier weitere zum Ausmaß der sozialen Desintegration des Patienten. Bei Merkmalsausprägungen zwischen 1 und 4 (in einem Falle zwischen 0 und 4) kann der Score bei dem einzelnen Patienten einen Wert zwischen 7 und 32 annehmen. Seine Aussagekraft im Hinblick auf das Risiko einer Langzeithospitalisation zeigte sich in einer umfangreichen Studie zur Prävention von Langzeithospitalisationen im Auftrag des Landesfachbeirates Psychiatrie (6).

Mit diesem **Risikoscore** läßt sich der im Abschnitt 1 erwähnte objektive Aspekt von Einbußen an Lebensqualität für die psychisch Kranken abschätzen. Alle bisherigen Untersuchungen deuten darauf hin, daß der objektive Aspekt zur Bestimmung der Zielgruppenspezifität mehr Gewicht hat als der funktionelle und der subjektive Aspekt. Das mag daran liegen, daß jener zuverlässiger gemessen werden kann als diese. In der Tabelle 3 läßt sich anhand der anonymisierten Daten aus verschiedenen Hilfsangeboten im Sektor 5 der Region für das Berichtsjahr 2001 das durchschnittliche psychosoziale Risiko bei den Patienten ersehen: Ausgehend vom Sozialpsychiatrischen Dienst erhöht sich der Wert über Institutsambulanz und Tagesstätte bis zum ambulant betreutem Wohnen, Übergangs- und Langzeitwohnheim. Da es bisher keine Referenzwerte gibt, müssen die hier berichteten Daten mit denen in anderen Versorgungssektoren verglichen und in der Entwicklung der nächsten Jahre beobachtet werden. Gleichwohl lassen sich auf dieser Grundlage Ziele formulieren, z.B.: Erhöhung des Anteils von Patienten mit einem Risikoscore von mindestens 20 in der Institutsambulanz im Verlaufe der nächsten 5 Jahre um mindestens 5%. Die Annäherung an dieses Ziel kann jedes Jahr anhand der aktuellen Daten überprüft und das Ziel selbst bei widersprechenden neuen Einsichten revidiert werden.

(Tabelle 3)

4. Hinzuziehung anderer Datenquellen

Zur empirischen Unterstützung der Diskurse über die Qualitätsentwicklung im Sozialpsychiatrischen Verbund lassen sich auch andere Datenquellen nutzen. Wichtig könnten die Ergebnisse der oben erwähnten, von der Region Hannover in Auftrag gegebenen Studie zur Evaluation der Hilfekonferenzen; sie werden jedoch erst im Frühjahr 2003 vorliegen. Interessante Ergebnisse erbrachte bereits die Auswertung die ärztlichen Zeugnisse zur vorläufigen Einweisung psychisch Kranker gegen ihren Willen, soweit sie aus der Stadt Hannover kommen (4). Die Zahl der Einweisungen liegt bei 1,0 bis 1,5 pro Tag mit Schwerpunkt in der zweiten Tageshälfte. Es gibt zwar gewisse Häufungen solcher **Zwangseinweisungen** in bestimmten Sektoren, aber keinen nachweisbaren Zusammenhang mit der Sektorgröße. Unbefriedigend sind bisher die Versuche verlaufen, aktuelle Daten zur kleinräumigen Sozialberichterstattung zu nutzen, um die Sozialstruktur der einzelnen Sektoren genauer beschreiben zu können.

(Tabelle 4)

Wie Tabelle 4 zeigt, spielen die Ärzte in den Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes hier gegenüber den Krankenhausärzten und dem kassenärztlichen Notdienst nur eine geringe Rolle. Bei den niedergelassenen Ärzten haben 90% eine neurologische bzw. psychiatrische Zusatzqualifikation, bei den Krankenhausärzten sind etwa 60% Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Eine herausgehobene Stellung bei der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen gemäß § 18 NPsychKG hat im Verlauf der Jahre die Psychiatrische Klinik der Medizinischen Hochschule eingenommen, die als einzige im Stadtgebiet liegt und als einzige an einem Allgemeinkrankenhaus angesiedelt ist. Bei den psychiatrischen **Kliniken** gibt es zwischen 1998 und 2001 allgemein starke Schwankungen, wobei die abnehmende Bedeutung der Langenhagener Klinik mit steigenden Einweisungsraten von Patienten mit Wohnsitz im Einzugsgebiet dieser Klinik kontrastiert.

5. Sozialpsychiatrische Planung als kontinuierlicher Lernprozeß

Alle Mitglieder im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover vertreten erstmal die Interessen der jeweiligen Einrichtungen und Dienste, Behörden und Arbeitsgemeinschaften, für die sie in den Gremien mitarbeiten. Ihr **Engagement** bei der Qualitätsentwicklung im Verbund hängt davon ab, ob die jeweils eigenen Partikularinteressen vereinbar sind mit der Suche nach einer Verbesserung der Hilfen für psychisch Kranke in der Region insgesamt. Mit der Mühe, regelmäßig bei allen Versorgungseinrichtungen einige verlässliche Daten zu erheben, diese zu sammeln und zentral auszuwerten, ist es nicht getan. Wir werden auch erst noch lernen müssen, die Auswertungsergebnisse in unsere Diskurse einzubeziehen, in der eigenen Institution, in den Fachgruppen und Sektor-Arbeitsgemeinschaften, im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie und im Regionalen Fachbeirat.

Dabei sind die Daten nicht dazu da, die persönliche Erfahrung zu entwerten, beide Informationsquellen sollen sich vielmehr ergänzen und gegenseitig korrigieren. Darüber hinaus brauchen wir gemeinsame **Visionen**, ohne die wir keine Ziele formulieren und keine Pläne machen können. Aber ohne Daten wird es uns kaum gelingen, uns eine kritische und selbstkritische Aufmerksamkeit zu bewahren gegenüber dem Gang der Entwicklung, der Angemessenheit unserer Zielsetzungen und den Auswirkungen unserer Handlungen. Indem wir offen bleiben für **Revisionen**, bewahren wir unsere Lernfähigkeit auf einem Gebiet, auf dem niemand im Voraus schon sicher sein kann, was das Beste sein wird.

Literaturangaben

- 1) Katschnig H (1997): How useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Ed.): Quality of Life in Mental Sdisorders. John Wiley & Sons, Chichester.
- 2) Elgeti H, Machleidt W (1990): Koordination und Planung in der Gemeindepsychiatrie. Öff. Gesundh.-Wes. 52 681-690.
- 3) Elgeti H (1999): Der Sozialpsychiatrische Verbund im Großraum Hannover. In: Kauder V, Kunze H (Hrsg.): Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung. Tagungsberichte Aktion Psychisch Kranke Band 26, Köln, Rheinland-Verlag.
- 4) Landkreis und Landeshauptstadt Hannover (1999, 2000, 2001, 2002): Sozialpsychiatrischer Plan. Eigendruck Hannover.
- 5) Kauder V, Kruckenberg P (2001): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. 4. Auflage, Bonn, Psychiatrie-Verlag.
- 6) Elgeti H, Bartusch S, Bastiaan P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (Sonderheft) 51-58.

(Datenblätter A, B und C)

Anmerkung:

Das ursprüngliche Manuskript wurde für den Sozialpsychiatrischen Plan der Region Hannover 2003 erstellt und dort abgedruckt. Mit geringfügigen Änderungen und Literaturangaben, aber ohne die Datenblätter A-C, erschien der hier vorliegende Text in den Sozialpsychiatrischen Informationen Heft 1/2003 im Psychiatrie-Verlag Bonn.

Schaubild 1: Einflußfaktoren auf die Lebensqualität psychisch Kranker

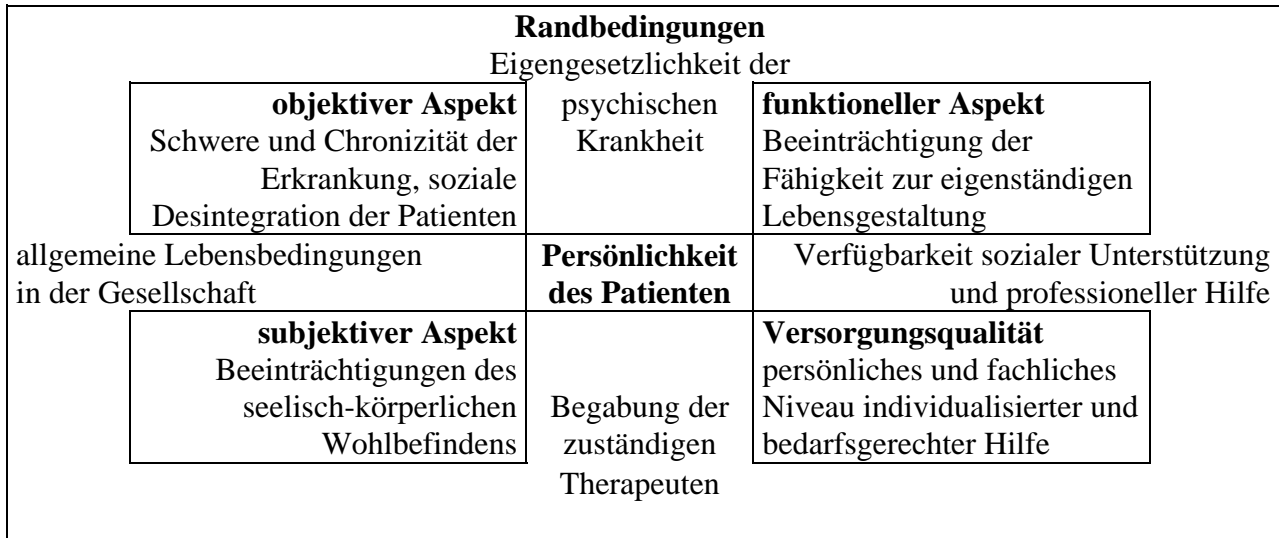


Tabelle 1: Zielfelder eines sozialpsychiatrischen Qualitätsmanagements

Qualitätskriterien Versorgungsprinzipien	Strukturqualität Zugänglichkeit und Vernetzung der Hilfsangebote	Prozeßqualität Angemessenheit und Zuverlässigkeit der Hilfsangebote	Ergebnisqualität Autonomie und Integration der Patienten
individuelle Ebene Subsidiarität der Hilfeleistung	Erreichbarkeit der Hilfe und Vertrautheit der Helfer	Kompetenz der Helfer und bedarfsgerechte Hilfeleistung	möglichst eigenständiges Wohnen und Teilhabe am Arbeitsleben
institutionelle Ebene Flexibilität der Hilfsangebote	Verfügbarkeit und Vielfalt der Hilfsangebote	personenbezogene Hilfeplanung und Kontinuität der Hilfeleistung	Konzentr. auf Schwerkranken und Prävention ungünstiger Verläufe
regionale Ebene Koordination der Versorgung	Einbeziehung aller Akteure incl. Kostenträger und Politik	Organisation eines regionalen, Konsensorientierten Dialogs	Priorität für ambulante Hilfen u. die Behandlung Schwerkranker

Tabelle 2: Auswahl einiger Kennzahlen für die Hilfsangebote in der Region Hannover¹

Kennzahlen:	belegte Plätze pro 100.000 Einwohn.	Vollzeitstellen pro 100.000 Einwohner	Anteil Mitarbeiter mit Zusatzqualifikation	Berufsgrp.-Mix: Anteil Mitarbeiter BAT I - II)	Jahreskosten pro Platz (DM)
ärztl. geleitete amb. Dienste (18)	~350 ²	6,6	65%	30%	~3.400,- ²
ambulant betreutes Wohnen (8)	29	2,3	9%	2%	8.866,-
psychiatrische Tageskliniken (7)	10	3,1	72%	23%	96.355,-
psychiatrische Tagesstätten (7)	10	1,9	34%	1%	22.257,-
Werkstätten für seel. Behind. (3)	19	2,6	62%	1%	20.638,-
psychiatrische Kliniken (4)	92 ³	81,3	27%	14%	138.546,-
Wohnheime n. § 39 BSHG (12)	56 ³	15,7	14%	8%	44.517,-

Anmerkung 1: 1.150.000 Einwohner; Angaben für das Berichtsjahr 1999

Anmerkung 2: Angaben nur für Sozialpsychiatrische Poliklinik MHH, da noch nicht allgemein erhoben

Anmerkung 3: unter Einschluß vieler Nutzer aus Einzugsgebieten außerhalb der Region Hannover

Tabelle 3: einige Patienten-bezogene Daten aus dem Sektor 5 der Region Hannover¹

Angebotsform	Patientenzahl	Anteil aus Sektor 5	Risikoscore
Sozialpsychiatrischer Dienst/Poliklinik ²	127	88%	17,3
Psychiatrische Institutsambulanz	300	90%	20,4
Tagesstätte gemäß § 39 BSHG	11	64%	22,6
ambulant betreutes Wohnen § 39 BSHG	18	67%	23,4
Übergangs-Wohnheim § 39 BSHG ³	61	5%	23,3
Langzeit-Wohnheim § 39 BSHG	45	20%	25,8

Anmerkung 1: Einwohnerzahl im Sektor 5 63.000; Angaben für das Berichtsjahr 1999

Anmerkung 2: Erstkontakte, Notfälle und kurzfristige Interventionen

Anmerkung 3: Bewohner, die über die Institutsambulanz ärztlich betreut wurden (~90% der Plätze)

Tabelle 4: Einweisungen stadthannoverscher Bürger gemäß § 18 NPsychKG¹

	1998	1999	2000	2001
Gesamtzahl der Einweisungen:	419	495	533	466
Anteil niedergelassener Ärzte	35%	36%	35%	40%
darunter Neurologen oder Psychiater:	92%	94%	89%	87%
Anteil Krankenhausärzte incl. Notärzte	51%	51%	47%	43%
darunter Psychiatrische Kliniken:	63%	67%	62%	56%
Anteil Sozialpsych.Dienste/Polikliniken	13%	12%	10%	14%
Anteil nicht bekannter einweisender Ärzte	1%	1%	8%	3%

Anmerkung 1: Auswertung der ärztlichen Zeunisse nach dem Status des einweisenden Arztes

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover
 Statistischer Jahresbericht der Versorgungseinrichtungen

A) Datenblatt für Einrichtungsträger

Berichtsjahr:

1. Name und Adresse der Einrichtung

	Code-Nr.

2. Angaben zu den verschiedenen Angeboten der Einrichtung

Erläuterung: Bitte Angebote nach Kostenträger und Definition (ambulant, teilstationär, stationär) differenzieren, jeweils planmäßige und tatsächlich belegte Platzzahlen (jeweils zum 31.12. des Be-richtsjahres) sowie Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit) angeben.

Kurzbezeichnung Angebot (Codenummer im Verbund)	Code	Code	Platzzahl (am 31.12.)		Einzugs- gebiet
	Kostenträger	Definition	nach Plan	belegt	

Code Kostenträger

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 = Krankenversicherung
2 = Rentenversicherung
3 = Arbeitsverwaltung
4 = überörtlicher Sozialhilfeträger
5 = Kommune / örtlicher Sozialhilfeträgers
6 = Pflegeversicherung
7 = Eigenmittel des Einrichtungsträgers
(einschl. Spenden)
8 = Eigenmittel des Patienten / Klienten | 9 = Hauptfürsorgestelle
10 = nds. Wissenschaftsministerium
11 = nds. Sozialministerium (einschl.
Beihilfen der Bezirksregierung)
12 = nds. Justizministerium
13 = Bundesministerium für Frauen,
Arbeit und Soziales
88 = sonstige Kostenträger; bitte Klartext
angeben: _____
99 = unbekannt / unklar |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Code Definition

- 1 = ambulante Leistungen 2 = teilstationäre Leistungen 3 = stationäre Leistungen

Code Einzugsgebiet (regionale Versorgungszuständigkeit; ggf. Mehrfachnennungen)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 = BS Freytagstraße
2 = BS Plauener Straße
3 = BS Deisterstraße
4 = BS Königstraße
5 = BS Walderseestraße / MHH
6 = Psychiatr. Poliklinik I MHH
7 = BS Arnswaldtstraße Nord
8 = BS Burgdorf | 9 = BS Neustadt
10 = BS Arnswaldtstraße Süd
11 = gesamter Bereich der Stadt
12 = anders definierte Teile der Stadt
13 = gesamter Bereich des Landkreises
14 = anders definierte Teile des Landkreises
15 = Einzugsgebiete außerhalb von Stadt und Landkreis
16 = kein definiertes Einzugsgebiet |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Berichtsjahr:

1. Kurzbezeichnung Angebot und Einrichtungsträger:

Code-Nr. :

2. Zahl und Kosten der belegten Plätze (Stichtag 31.12.)

Erläuterung: Bei einer int. Differenzierung des Hilfsangebotes mit unterschiedlichen Kostensätzen bitte für jede Kostenstufe eine Zeile verwenden. Bei nicht möglicher Differenzierung dies bitte auf der Rückseite beschreiben. Relevant sind alle kostenwirksamen (auch fremdvergebene) Leistungen.

	Kosten pro Platz	pro Std.	am Tag	im Monat	im Quartal	Anzahl der Plätze
2.1.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
2.2.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
2.3.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
2.4.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>
2.5.	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>

3. Angaben zu Umfang und Qualifikation des eingesetzten Personals (Stichtag 31.12.)

Summe der Stellenanteile (in Vollzeitstellen)	Code Grundqualifikation	Code Zusatzqualifikation		
		1	2	3
	1			
	2			
	3			
	4			

Code Grundqualifikationen

- 1 = Medizin, Psychologie, Pädagogik u.ä.
- 2 = Sozialpädagogik, Krankenpflege, Ergotherapie, Heilerziehungspflege, Meister u. ä.
- 3 = Hauswirtschaft, Heilhilfeberufe, Facharbeiter
- 4 = Verwaltungspersonal

Code Zusatzqualifikationen

- 1 = psychotherapeutische Qualifizierung (Zusattitel, Facharzt-Anerkennung, Abschluß einer PT-Ausbildung)
- 2 = sozialpsychiatrische Zusatzausbildung
- 3 = sonstiges:

**4. Anzahl der im Berichtsjahr behandelten bzw. betreuten Patienten:
 (Für jeden Patienten dann ein ausgefülltes Datenblatt C beilegen)**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

C) Datenblatt für die Patientenbezogene

Berichtsjahr:

Basis- und Leistungsdokumentation

Erläuterung: Grundlage dieses Datenblattes ist der minimale Merkmalskatalog nach den Empfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie, wie er vom Niedersächsischen Datenschutzbeauftragten für die Erstellung Sozialpsychiatrischer Pläne nach § 9 NPsychKG gebilligt worden ist. In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für den jeweiligen Patienten die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es soll der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert werden.**

1. Angaben zum Ort der Hilfe und zur eigenen psychiatrischen Versorgungsleistung

1.1. Kurzbezeichnung Angebot des Einrichtungsträgers (Codenummer)

1.2. Dauer der Behandlung/Betreuung im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr

Anzahl der Quartale bei ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in Praxis, Institutsambulanz bzw. Betreuung im Sozialpsychiatrischen Dienst oder Suchtberatungsstelle

Anzahl der Tage bei (teil-)stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik

Anzahl der Quartale bei ambulanter, teil- oder vollstationärer Betreuung in sonstigen Einrichtungen

2. Angaben zur Person des Patienten und zur Zuständigkeit bei Versorgungsleistungen

2.1. Geschlecht

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

2.2. Alter

unter 25 Jahre: 0-1= unter 6 Jahre; 0-2= 6 bis unter 12 Jahre; 0-3= 12 bis unter 18 Jahre; 1-1= 18 bis unter 21 Jahre; 1-2= 21 bis unter 25 Jahre

25 bis unter 65 Jahre: 2= 25 bis unter 45 Jahre; 3= 45 bis unter 65 Jahre

65 und mehr Jahre: 4= 65 und mehr Jahre

2.3. Einzugsgebiet des (letzten) Wohnortes,

gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt

Stadt Hannover: 1= BS Freytagstraße; 2= BS Plauener Straße; 3= BS Deisterstraße; 4= BS Königstraße; 5= BS Walderseestraße / MHH; 6= Psychiatr. Poliklinik I MHH;

Landkreis Hannover: 7= BS Wilhelmstraße 3-5 Nord; 8 = BS Burgdorf; 9 = BS Neustadt;

10 = BS Wilhelmstraße 3-5 Süd

sonstiges: 20= Wohnort innerhalb Niedersachsens, aber außerhalb Stadt/Landkreis Hannover;

30= Wohnort außerhalb von Niedersachsen; 40= wohnungslos; 90= Wohnadresse unbekannt/unklar

2.4. juristische Flankierung der Hilfen

0= trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 1= Bevollmächtigung einer (nahestehenden) Person; 2= gesetzliche Betreuung; 3= Behandlung gemäß NPsychKG;

4= Maßregelvollzug; 9= juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5. Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)

0= nein

1= ja (siehe auch Abschn.itt 4.)

9= unbekannt/unklar

Erläuterung: "ja" bedeutet, daß der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

(Fortsetzung auf der Rückseite)

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

- 3.1. psychiatrische Erstdiagnose**
0-1= Störungen mit Beginn in Kindheit / Jugend, Entwicklungsstörungen (F8, F9); 1= neurotische oder psycho-somatische Störung (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5); 2-1= Suchterkrankung (F1x.1/2/8); 2-2= Persönlichkeits-störung (F30.0, F34.0/1/8, F6); 3-1= schizophrene/wahnhafte Störung (F2); 3-2= affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3); 4= organische psychische Störung (F0, F1x.0/3/4/5/6/7); 8= keine psychische Störung; 9= psychiatrische Diagnose unbekannt/unklar
- 3.2. Alter bei Ersterkrankung (Jahr der Ersterkrankung minus Geburtsjahr)**
0= trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1= 65 und mehr Jahre; 2= 45 bis unter 65 Jahre; 3= 25 bis unter 45 Jahre; 4= unter 25 Jahre; 9= Alter bei Ersterkrankung unbekannt/unklar
- 3.3. Dauer seit Ersterkrankung (Berichtsjahr minus Jahr der Ersterkrankung)**
0= trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt/unklar); 1= unter 1 Jahr; 2= 1 bis unter 5 Jahre; 3= 5 bis unter 10 Jahre; 4= 10 und mehr Jahre
- 3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt (Berichtsjahr minus Jahr des letzten Klinikaufenthaltes) / gegenwärtiger Klinikaufenthalt**
0= trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1= 10 und mehr Jahre; 2= 5 bis unter 10 Jahre; 3= 1 bis unter 5 Jahre; 4= unter 1 Jahr/gegenw. Klinik; 9= Jahr des letzten Klinikaufenthaltes unbekannt/unklar
- 3.5. Wohnsituation**
0-1= minderjährig in (Teil-)Familie; 0-2= minderjährig in Pflegefamilie; 1= eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partner bzw. Angehörigen einschl. Wohngemeinschaft; 2= Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3= Wohnen im Heim bzw. in Wohnung des Rehabilitationsträgers; 4= ohne festen Wohnsitz (einschließlich Wohnungsloseneinrichtung); 9= Wohnsituation unbekannt/unklar
- 3.6. Arbeitssituation (einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)**
0= trifft nicht zu, da noch nicht schulpflichtig; 1= Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in Regeleinrichtung; 2= Teilzeittätigkeit, auch unterhalb der Versicherungspflichtgrenze; 3= beschützte Arbeit (z.B. WfB, Arbeitstherapie), med.-berufl. Rehabilitation (z.B. RPK), Sonderschule o.ä.; 4= ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9= Arbeitssituation unbekannt/unklar
- 3.7. Häufigkeit sozialer Kontakte**
Erläuterung: Gemeint sind soziale Freizeitkontakte außerhalb therapeutischer Interventionen und Routine-kontakten am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen.
0= entfällt bei Minderjährigen; 1= in der Regel täglich; 2= mindestens wöchentlich; 3= mindestens monatlich; 4= sporadisch oder nie; 9= Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt/unklar
- 3.8. vorrangiger Lebensunterhalt**
0= entfällt bei Minderjährigen; 1= eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2= Alters-, BU-, EU-Rente, Pension oder Arbeitslosenunterstütz.; 3= durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen; 4= Sozialhilfe zum laufenden Lebensunterhalt, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9= vorrangiger Lebensunterhalt unbekannt/unklar

Abschnitt 4. gilt nur, wenn eigener Bezugstherapeut für Fallkoordination (siehe 2.5.) zuständig ist.

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne die eigenen nach Abschn. 1.)

<input type="checkbox"/>	4.0	keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ankreuzen)
ambulante medizinische Behandlung/Betreuung (Anzahl der Quartale)		
<input type="checkbox"/>	4.1	in ärztlich-psychotherapeutischer Praxis (z.B. niedergelassener Psychiater / Psychotherapeut)
<input type="checkbox"/>	4.2	in ärztlich geleiteten Institutionen (z.B. Institutsambulanz / sozialpsychiatrischer Dienst)
<input type="checkbox"/>	4.3	in sonstigen Behandlungs- bzw. Rehabilitationseinrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio- und Ergotherapie)
(teil-)stationäre medizinische Behandlung/Rehabilitation (Tage)		
<input type="checkbox"/>	4.4	(teil-)stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (gemäß SGB V)
<input type="checkbox"/>	4.5	stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Rehabilitation (gemäß SGB VI)
komplementäre Hilfen zu Wohnen und Selbstversorgung (Anzahl der Quartale)		
<input type="checkbox"/>	4.6	ambulante Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG (z.B. als ambulant betreutes Wohnen)
<input type="checkbox"/>	4.7	stationäre Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG (z.B. in therapeutischem Wohnheim)
<input type="checkbox"/>	4.8	ambulante Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. BSHG (z.B. als häusliche Pflege)
<input type="checkbox"/>	4.9	stationäre Hilfe zur Pflege nach PflVersG bzw. BSHG (z.B. in Alten- oder Pflegeheim)
komplementäre Hilfen zu Arbeit, Ausbildung u. Tagesstrukturierung (Anzahl der Quartale)		
<input type="checkbox"/>	4.10	berufsbegleitender Fachdienst für Schwerbehinderte nach Schwerbehindertengesetz
<input type="checkbox"/>	4.11	berufliche Rehabilitation (z.B. in RPK-Einrichtungen, BTZ, BFW o.ä.)
<input type="checkbox"/>	4.12	Werkstatt für Behinderte oder andere beschützte Arbeit
<input type="checkbox"/>	4.13	ambulante Arbeitstherapie, Tagesstätte o.ä.

