



BEDARFS- UND ENTWICKLUNGSPLAN

für die Versorgung von Menschen mit
psychischen Beeinträchtigungen und
psychischen Erkrankungen
2025

Entstanden in Zusammenarbeit zwischen:

Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 11
(Soziales, Arbeit und Integration)

Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 8
(Gesundheit und Pflege)

Graz, August 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Rechtliche Grundlagen	6
1.1	Abteilung Soziales, Arbeit und Integration	6
1.1.1	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung	6
1.1.1.1	Geltungsbereich	7
1.1.1.2	Universelle Grundprinzipien	7
1.1.1.3	Wesentliche Bestimmungen	7
1.1.1.4	Deinstitutionalisierung	8
1.1.1.5	Definition von Behinderung	8
1.1.1.6	Subsidiarität und Zuständigkeit für Leistungen der Behindertenhilfe	8
1.1.2	Das Steiermärkische Behindertengesetz 2004	9
1.1.2.1	Historie	9
1.1.2.2	Ziel	9
1.1.2.3	Definition der Behinderung	9
1.1.2.4	Rechtsanspruch und Subsidiarität	10
1.1.2.5	Leistungs- und Entgeltverordnung	11
1.1.2.6	Verfahren	11
1.1.2.7	Hilfeleistungen	11
1.2	Abteilung Gesundheit und Pflege	11
2	Bestandsaufnahme	13
2.1	Abteilung Soziales, Arbeit und Integration	13
2.1.1	Datengrundlagen	13
2.1.2	Veränderung der Leistungsstruktur im Stichtagsvergleich	14
2.1.3	Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten	14
2.1.4	Evaluierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie 2013	17
2.1.4.1	Erfüllung des Aufbauplans für Wohnleistungsarten	18
2.1.4.2	Erfüllung des Ausbauplans für Beschäftigungsleistungen	21
2.1.4.3	Sonderleistungen	22
2.2	Abteilung Gesundheit und Pflege	23
2.2.1	Stationäre Langzeitpflege	23
2.2.1.1	Strukturmerkmale	23
2.2.1.2	Psychiatriezuschlag	24
2.2.2	Akutstationäre psychiatrische Versorgung	25
2.2.3	Psychiatrische Familienpflege	26
2.2.3.1	Strukturmerkmale und Inanspruchnahme	27
2.3	Stichprobenerhebung in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag	29
2.3.1	<i>Kritik des Rechnungshofs</i>	29
2.3.2	Begutachtungen von Menschen in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag	30
3	Strukturanalyse	33
4	Bedarfs- und Entwicklungsplanung	38
4.1	Methode, Planungsablauf und –strategie	38
4.2	Dynamik der Methode und Ausblick	39
4.3	Planungsrichtwerte des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) für die komplementäre psychiatrische Versorgung	40
4.4	Bedarfsrelevante Einflussfaktoren und ihre Gewichtung	41

4.5	Versorgungsquote und Bedarf bei stationären Wohnleistungen	45
4.6	Versorgungsquote und Bedarf bei teilstationären Beschäftigungsleistungen.....	48
4.7	Festlegung der zu bewilligenden Plätze	49
4.7.1	Bedarf bei stationären Wohnleistungen	50
4.7.2	Bedarf bei teilstationären Beschäftigungsleistungen.....	51
4.7.3	Bedarf für psychisch beeinträchtigte Menschen aus Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag.....	52
5	Resümee und Ausblick	53
6	Abbildungsverzeichnis.....	55

Abkürzungsverzeichnis

BBG	Bundesbehindertengesetz
BEinstG	Behinderteneinstellungsgesetz
BeitrVO-StBHG	Beitragsverordnung-StBHG
BEP	Bedarfs- und Entwicklungsplan
BGStG	Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
LEVO-StBHG	StBHG Leistungs- und Entgeltverordnung
NAP	Nationaler Aktionsplan Behinderung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
POSOP/ISOMAS	EDV-Fachinformationssystem StBHG
StBHG	Steiermärkisches Behindertengesetz

Regionen und Bezirke der Steiermark

LI	Liezen (Bezirk Liezen)
OStO / OO	Obersteiermark Ost (Bezirke Bruck-Mürzzuschlag und Leoben)
OStW / OW	Obersteiermark West (Bezirke Murtal und Murau)
Ost / O	Oststeiermark (Bezirke Weiz und Hartberg-Fürstenfeld)
SÖSt / SO	Südoststeiermark (Bezirk Südoststeiermark)
SWSt / SW	Südweststeiermark (Bezirke Leibnitz und Deutschlandsberg)
StZ / ZR	Steirischer Zentralraum (Stadt Graz und Bezirke Voitsberg und Graz-Umgebung)
BM	Bruck/Mürzzuschlag
DL	Deutschlandsberg
G	Graz
GU	Graz Umgebung
HF	Hartberg-Fürstenfeld
LB	Leibnitz
LI	Liezen
LN	Leoben
MT	Murtal
MU	Murau
SO	Südoststeiermark
VO	Voitsberg
WZ	Weiz

Leistungsarten StBHG

B&F	Tagesbegleitung und Förderung
BT PSY	Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen
BT PSY Ge	Gerontopsychiatrisches Zentrum - Tageseinrichtungen
MS-Bet PSY	Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung
SPWG PSY	Betreute Wohngemeinschaft für psychisch beeinträchtigte Menschen
TaB	Teilhabe an Beschäftigung in der Arbeitswelt
TZW PSY	Teilzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen
WH PSY	Vollzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen
WH PSY Ge	Gerontopsychiatrisches Zentrum - Wohnen
WH-Int DL	Intensivbetreutes Wohnen für intellektuell und/oder mehrfach beeinträchtigte Menschen im Bezirk Deutschlandsberg
WH-Int PSY	Intensivbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen

Bew.	Bewohnerin, Bewohner, Bewohnerinnen
BGBI	Bundesgesetzblatt
EW	Einwohner, Einwohnerin, Einwohnerinnen
ggfs.	gegebenenfalls
idgF	in der gültigen Fassung
IHB	Verein zur Beratung, Unterstützung und Begleitung von Behörden zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
KAKuG	Kranken- und Kuranstaltengesetz
Kap.	Kapitel
K-Dok	Krankenhausdokumentation
LEVO-SHG	SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung
LGBl	Landesgesetzblatt
LKH	Landeskrankenhaus
LVwG	Landesverwaltungsgericht
PbWF	Psychiatrisch begleitetes Wohnen in Familien
PFP	Psychiatrische Familienpflege
PG-Stufe	Pflegegeldstufe
PH	Pflegeheim
PSY	Psychiatrie
StBHG	Steiermärkisches Behindertengesetz
Stmk	Steiermark
StPHG	Steiermärkisches Pflegeheimgesetz
StSHG	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz
vgl.	vergleiche
VR	Versorgungsregion
WHO	World Health Organization

Präambel

Um die Versorgung mit sozialpsychiatrischen Leistungen in der Steiermark dar- und sicherzustellen, wurde im Jahr 2013 ein Bedarfs- und Entwicklungsplan für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie (BEP PSY 2013) vorgelegt, von der Landesregierung beschlossen und vom Landtag zur Kenntnis genommen. Das Fundament dieses Plans waren Richtlinien der Gesundheit Österreich GmbH hinsichtlich des strukturellen Bedarfes an Wohn- und Betreuungsplätzen auf Regionsebene. Die diesem Plan zu Grunde liegende Planungsperiode erstreckte sich vom Jahr 2013 bis 2017.

Aufbauend auf dem BEP PSY 2013 und um das Schnittstellenmanagement zwischen den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales im Arbeits- und Handlungsfeld Sozialpsychiatrie zu verbessern, soll nunmehr im Zuge einer Evaluierung und Aktualisierung dieses Entwicklungsinstrumentes eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen der zuständigen Bereiche Gesundheit, Pflege und Soziales geschaffen werden.

Mit Beschluss der Steiermärkischen Landesregierung Nr. 100 vom 22. März 2018 wurde festgelegt, die fachgerechte Unterstützung von Menschen mit sozialpsychiatrischem Versorgungsbedarf im Rahmen der aktuellen Handlungsschwerpunkte der Ressorts Gesundheit und Pflege sowie Soziales sicherzustellen. Dazu zählt die Stärkung eines regionalen Versorgungsnetzes an der Schnittstelle Gesundheit, Pflege und Soziales, das durch ambulante, mobile und stationäre Leistungen im Sinne einer gemeindenahen Versorgung für Menschen mit (chronischen) psychiatrischen Erkrankungen bei einer weitgehend selbstbestimmten Lebensführung unterstützt.

Die Abteilung 11 wurde federführend beauftragt, gemeinsam mit der Abteilung 8, den im Jahr 2013 erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplan für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie zu evaluieren und fortzuschreiben und dabei die Expertise für den jeweiligen Fachbereich aufzubereiten. Aufbauend auf einer ausreichenden Pflege- und Gesundheitsversorgung sollen für den jeweiligen Zuständigkeitsbereich konkrete Planungsgrundlagen unter Berücksichtigung der Aspekte Angebotsvielfalt, Personenzentriertheit und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe ausgearbeitet werden.

1 Rechtliche Grundlagen

1.1 Abteilung Soziales, Arbeit und Integration

Das „Behindertenrecht“ stellt eine Querschnittsmaterie dar. Rechte von Menschen mit Behinderung sind in verschiedenen Kompetenztatbeständen enthalten. All jene Bereiche des Behindertenwesens, die in der Bundesverfassung nicht ausdrücklich Bundessache sind (z.B. Sozialversicherungswesen),¹ fallen in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Diese können die Angelegenheit der Behindertenhilfe in ihren Landesgesetzgebungen demnach frei regeln.²

Dies führt zu unterschiedlichen Zuständigkeiten und Regelungen, die sich in einer Vielzahl von Gesetzen auf Bundes- und Landesebene finden.

1.1.1 Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Landes- und Bundesgesetzgeber haben im Rahmen ihrer Zuständigkeiten internationales und supranationales Recht zu beachten. Die wichtigsten Regelungen auf völkerrechtlicher Ebene finden sich im *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (kurz: UN-Behindertenrechtskonvention). Es wurde am 13. Dezember 2006 von der 61. Generalversammlung der Vereinten Nationen einschließlich eines Fakultativprotokolls (Anerkennung der Möglichkeit von Gruppen- und Individualbeschwerden) beschlossen. Österreich hat die UN-Behindertenrechtskonvention 2008 ratifiziert.³

Dieses Übereinkommen kann als erste verbindliche Menschenrechtsquelle für Menschen mit Behinderungen betrachtet werden. Es bezweckt, die – bereits im Rahmen der Vereinten Nationen geschaffenen – menschenrechtlichen Verbürgungen speziell auf die Situation von Menschen mit Behinderungen anzuwenden.

Seit Inkrafttreten des Lissabon-Vertrags am 1. Dezember 2009 werden die Grund- und Menschenrechte innerhalb der Europäischen Union durch die Charta der Grundrechte der Europäischen Union⁴ kodifiziert. Primärrechtliche Grundlage zur Bekämpfung der Diskriminierung auf Grund einer Behinderung ist der Artikel 19 des AEU-Vertrags (EU-Antidiskriminierungsrecht).⁵

Im österreichischen Recht ist der Schutz vor Diskriminierungen aus Gründen einer Behinderung im Artikel 7 B-VG⁶ verankert. Er enthält ein behindertenspezifisches Benachteiligungsverbot sowie ein Bekenntnis der Republik (Bund, Länder und Gemeinden) zur Gleichbehandlung von behinderten und nichtbehinderten Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens. Außerdem hat Österreich seit 2005 ein eigenes Behindertengleichstellungsrecht⁷ und ein Antidiskriminierungsrecht⁸.

¹ Vgl. Artikel 12 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), zuletzt geändert BGBl. I Nr. 24/2020.

² Ein Verständnis des Gleichheitsgrundsatzes dahingehend, dass Rechtsansprüche und Leistungen für Menschen mit Behinderung im gesamten Bundesgebiet gleich ausgestaltet werden müssen, wenn deren Regelung in die Länderkompetenz fällt, wird vom VfGH und auch von der Lehre einhellig abgelehnt. Vgl. dazu: Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Innsbruck (2014). Gutachten über die aus dem UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen erwachsenden Verpflichtungen Österreichs. Innsbruck. S 17.

³ Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie das Fakultativprotokoll zum Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen StF: BGBl. III Nr. 155/2008, zuletzt geändert BGBl. III Nr. 101/2019.

⁴ Charta der Grundrechte der Europäischen Union, Amtsblatt der Europäischen Union C 326/393 vom 26.10.2012.

⁵ Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union StF: BGBl. III Nr. 86/1999, zuletzt geändert BGBl. III Nr. 171/2013.

⁶ Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) StF: BGBl. Nr. 1/1930 idF BGBl. I Nr. 194/1999, zuletzt geändert BGBl. I Nr. 24/2020.

⁷ Bundesgesetz über die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz – BGStG) StF: BGBl. I Nr. 82/2005, zuletzt geändert BGBl. I Nr. 32/2018 und Bestimmungen des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG) StF: BGBl. Nr. 22/1970, zuletzt geändert BGBl. I Nr. 32/2018 sowie des Bundesgesetzes vom 17. Mai 1990 über die Beratung, Betreuung und besondere Hilfe für behinderte Menschen (Bundesbehindertengesetz – BBG) StF: BGBl. Nr. 283/1990, zuletzt geändert BGBl. I Nr. 100/2018.

⁸ Für den Geltungsbereich Beschäftigung, Beruf und Berufsbildung (Umsetzung der Richtlinie 2000/78/EG vom 27. November 2000 zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf).

1.1.1.1 Geltungsbereich

Neben der Verwaltung sind sowohl die Gesetzgebung (Bundes- und Landesgesetzgebung) als auch die Rechtsprechung gefordert, Maßnahmen im Einklang mit dem *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* zu setzen bzw. konventionskonform zu entscheiden. Nach Artikel 4 Abs 5 gilt die Konvention ohne Einschränkung und ohne Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaates. Bund (nationale Ebene), Länder (regionale Ebene) und Gemeinden (kommunale Ebene) sind daher gleichermaßen verpflichtet, die Konvention in Österreich umzusetzen.⁹

Die Steiermark begann ihren *Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention Phase 1: 2012–2014* als erstes und einziges Bundesland im Jahr 2012. Es folgten weitere Umsetzungszeiträume in der *Phase 2 von 2015 bis 2017*, der *Phase 3 zwischen 2018-2020* und der Phase 4 von 2021 bis 2023.

1.1.1.2 Universelle Grundprinzipien

Artikel 1 formuliert den Zweck des Übereinkommens, der es ist, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Artikel 3 formuliert die Grundsätze: die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen sowie seiner Selbstbestimmung; die Nichtdiskriminierung; die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Inklusion in die Gesellschaft; die Achtung der Unterschiedlichkeit und die Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit; die Chancengleichheit; die Barrierefreiheit; die Gleichberechtigung von Mann und Frau; die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

1.1.1.3 Wesentliche Bestimmungen

Besonderen Einfluss auf die Ausformung von Rechtsmaterien hat die Interpretation des Artikels 19 der Behindertenrechtskonvention (Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in der Gemeinschaft).¹⁰ Er folgt der klaren Zielsetzung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinschaft. Er postuliert das Recht, den Wohnort selbst zu wählen bzw. nicht gezwungen zu werden, in besonderen Wohnformen leben zu müssen. Artikel 19 ist also auch als Absage an herkömmliche Einrichtungen zu interpretieren, die ausschließlich der Betreuung von Menschen mit Behinderungen dienen.¹¹

Besonders erwähnenswert ist auch das Recht auf Arbeit. Art 27 Abs 1 verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, „... den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, inklusiven und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird.“ Art 27 Abs 1 will damit

⁹ Vgl. auch: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012). *Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020*. Wien. S 21.

¹⁰ Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Inklusion in der Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben; b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, zu Hause, in Einrichtungen und sonstiger Art, einschließlich der Persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Inklusion in der Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Segregation von der Gemeinschaft notwendig ist; c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Erfordernissen Rechnung tragen.

¹¹ Vgl. auch: Stockner, Hubert (2010). *Österreichische Behindertenpolitik im Lichte der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Universität Innsbruck, Diplomarbeit. Schulze, Marianne (2009). *Die Konvention: Ihre Notwendigkeit und ihre Möglichkeiten*. *Behinderte Menschen*, Nr. 1 2009, S 19–25.

sicherstellen, dass es für Menschen mit Behinderungen so wenig Sonderarbeitswelten wie möglich gibt.¹²

1.1.1.4 Deinstitutionalisierung

Die Zielsetzung der Deinstitutionalisierung der Behindertenhilfe lässt sich entsprechend den vorstehenden Ausführungen direkt aus der Behindertenrechtskonvention ableiten. Es herrscht breite Übereinstimmung, dass das Übereinkommen nicht nur ein starkes Signal, sondern ein effektives Instrument für Deinstitutionalisierung und Inklusion sein will. Dies ergibt sich aus einer Auslegung des Übereinkommens nach seinem Zusammenhang und seinem Ziel und Zweck.¹³

Dazu führt der Nationale Aktionsplan Behinderung 2012-2020 aus, dass in Österreich noch immer etwa 13.000 Menschen mit Behinderung in Einrichtungen leben, die nicht immer die Möglichkeit zur Selbstvertretung haben. Er stellt fest, dass es häufig eine Verknüpfung von Wohnform und Unterstützungsleistungen gibt, die der Idee des selbstbestimmten Lebens widerspricht¹⁴ und postuliert deshalb, dass im Bereich des Wohnens ein umfassendes Programm der Deinstitutionalisierung in allen neun Bundesländern notwendig ist.¹⁵

Unter Deinstitutionalisierung wird dabei der Abbau von Großeinrichtungen bei gleichzeitiger Schaffung von Unterstützungsleistungen, die auch für Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen, verstanden. Grundsatz müsse dabei sein, dass die betroffenen Menschen die für sie passende Wohnform und die für sie notwendigen Unterstützungsleistungen auswählen können. Klassische stationäre Einrichtungen hingegen unterwerfen Menschen typischerweise institutionalisierten Prozessen und Zeitabläufen und schränken die autonome Lebensgestaltung und Entscheidungsfreiheit erheblich ein.¹⁶

1.1.1.5 Definition von Behinderung

Die UN-Konvention definiert in Artikel 1, dass zu den Menschen mit Behinderungen Menschen zählen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können. Mit dieser breit gefassten und offenen Formulierung erfüllt Artikel 1 S 2 weitgehend die Funktion einer Legaldefinition.¹⁷

1.1.1.6 Subsidiarität und Zuständigkeit für Leistungen der Behindertenhilfe

Da das Behindertenrecht eine Querschnittsmaterie ist, beinhalten auch zahlreiche österreichische Bundes- und Landesgesetze Rechtsnormen und Definitionen. Nachdem diese Gesetze jedoch unterschiedliche Zielsetzungen haben, enthalten sie auch verschiedene Definitionen von Behinderung. Dadurch wird die Abgrenzung und Zuständigkeit von Gesetzesmaterien bzw. die eindeutige Beurteilung der Subsidiarität von Maßnahmen erschwert.

So formuliert § 2 Abs 3 des StBHG, dass ein Rechtsanspruch nur dann besteht, soweit der Mensch mit Behinderung nicht aufgrund anderer gesetzlicher, statutarischer oder vertraglicher Regelungen gleichartige oder ähnliche Leistungen erhält oder geltend machen kann.

Eine Stellungnahme der Länder vom 9. Februar 2012 zum Entwurf des *Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012–2020* des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz geht konkret auf dieses Thema der Zuständigkeit verschiedener Institutionen und die Abgrenzung ihrer Leistungen ein: „Dem Inklusionsgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention folgend, sollte der Nationale Aktionsplan für Menschen mit Behinderungen als Masterplan zu einer ausschließlichen

¹² Vgl.: Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Innsbruck (2014), S 199.

¹³ Vgl.: Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Innsbruck (2014), S 173.

¹⁴ Vgl.: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012), S 71.

¹⁵ Vgl.: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012), S 72.

¹⁶ Vgl.: Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Innsbruck (2014), S 174.

¹⁷ Vgl.: Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Innsbruck (2014), S 113 f.

Zuständigkeit der primär verantwortlichen Institutionen des Arbeitsmarktes, der Sozialversicherung und der Sozialhilfe führen.“¹⁸

In diesem Sinne wird ausgeführt, dass „alle Agenden im Zusammenhang mit Arbeit und Beschäftigung dem Arbeitsmarktservice, alle Agenden der Heilbehandlung, -behelfe, Rehabilitation und Therapie den Sozialversicherungen, Pensionsansprüche den Pensionsversicherungen und erforderliche soziale Leistungen den Sozialhilfeträgern zugeordnet werden. Daraus folgend sollten künftig Mischfinanzierungen vermieden werden, um eine wirkungsorientierte sowie transparente Verwaltung herbeizuführen und damit einen einfacheren Zugang zu Leistungen für Menschen mit Behinderungen sicherzustellen.“¹⁹

1.1.2 Das Steiermärkische Behindertengesetz 2004

Auf Landesebene finden sich umfassende Bestimmungen für Menschen mit Behinderung im Steiermärkischen Behindertengesetz.

1.1.2.1 Historie

Die landesgesetzliche Regelung im Behindertenbereich gibt es seit 1964, als erstmals ein eigenes Behindertengesetz in der Steiermark, losgelöst vom Sozialhilfegesetz, in Kraft trat.

Das Steiermärkische Behindertengesetz (StBHG) wurde 2004 vollständig überarbeitet²⁰ und ist heute, nach zahlreichen Novellierungen, in der Fassung LGBl. Nr. 35/2020 aufrecht.

In Verbindung mit dem StBHG wurde 2004 die Leistungs- und Entgeltverordnung²¹ in Kraft gesetzt, die 2015 neu erlassen wurde und heute in der Fassung LGBl. Nr. 47/2020 gilt²². Weitere Bestimmungen finden sich in der Beitragsverordnung-StBHG²³ und in der StBHG-Richtsatzverordnung²⁴.

1.1.2.2 Ziel

Ziel des Steiermärkischen Behindertengesetzes ist es, Menschen mit Behinderung zu unterstützen, damit sie an der Gesellschaft in gleicher Weise wie Menschen ohne Behinderung teilhaben und ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können.²⁵

Durch Maßnahmen dieses Gesetzes (Leistungen des Abschnittes II.) werden behinderungsbedingte Nachteile des Einzelnen ausgeglichen und entsprechende Mehrkosten, die notwendig sind, um eine gleiche Teilhabe am Leben sicherzustellen, übernommen.

1.1.2.3 Definition der Behinderung

In § 1a Abs 1 StBHG wird definiert, dass Menschen mit Behinderung Personen sind, die aufgrund einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung ihrer physischen Funktion, intellektuellen Fähigkeit, psychischen Gesundheit oder Sinnesfunktionen an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benachteiligt sind. Das Behindertengesetz formuliert hierbei also einen Begriff von Behinderung, der sowohl von medizinischen als auch sozialen Faktoren getragen wird.

¹⁸ Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012). Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012–2020. S 9.

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Gesetz vom 10. Februar 2004 über Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung (Steiermärkisches Behindertengesetz – StBHG) StF: LGBl. Nr. 26/2004 (XIV. GPStLT RV EZ 491/1 AB EZ 491/54) idF LGBl. Nr. 35/2020.

²¹ LGBl. Nr. 43/2004.

²² Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 18. Dezember 2014 über die Festlegung von Leistungen und Leistungsentgelten sowie Kostenzuschüssen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz (StBHG Leistungs- und Entgeltverordnung 2015 – LEVO-StBHG 2015) StF: LGBl. Nr. 2/2015 idF LGBl. Nr. 47/2020.

²³ Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 28. April 2016 über die Festsetzung der Beiträge zu den Kosten von Hilfeleistungen nach dem Stmk. Behindertengesetz (Beitragsverordnung-StBHG – BeitrVO-StBHG) StF: LGBl. Nr. 54/2020.

²⁴ Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung über die Höhe der Richtsätze für die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz (StBHG-RSVO) StF: LGBl. Nr. 119/2012 idF LGBl. Nr. 94/2020.

²⁵ § 1 StBHG.

Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von voraussichtlich mehr als sechs Monaten²⁶ und zudem muss die Beeinträchtigung im Ausmaß und Schweregrad von der gleichaltrigen Bevölkerung erheblich abweichen²⁷.

Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass nicht alle Benachteiligungen eine Behinderung im Sinne des StBHG darstellen²⁸.

Maßgeblich für den Zugang zu sozialpsychiatrischen Leistungen der Behindertenhilfe ist das Vorliegen einer psychischen Behinderung und nicht einer psychischen Erkrankung.

Die Klärung, inwieweit eine Behinderung im Sinne des StBHG gegeben ist, erfolgt nach Antragstellung auf eine Leistung des StBHG im Rahmen des Ermittlungsverfahrens vor der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde.²⁹

Eine Behinderung im Sinne des StBHG liegt also nur dann vor, wenn eine nicht nur vorübergehende und im Ausmaß und Schweregrad von der gleichaltrigen Bevölkerung erheblich abweichende, nicht vorwiegend altersbedingte, Beeinträchtigung, die den Menschen an der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benachteiligt, gegeben ist.

Exkurs: Die Eingrenzung des Begriffes der Behinderung im StBHG exklusiv zu verstehen, ist bei genauerer Betrachtung falsch. Nicht jede Form der Benachteiligung muss durch Leistungen im Rahmen eines Spezialgesetzes (des StBHG) ausgeglichen werden. Dem Inklusionsgedanken folgend, sind die Bedarfe von Menschen mit Behinderung vielmehr vorrangig in jenem Bereich zu decken, der auch für Menschen ohne Behinderung zuständig ist. Diese Sichtweise unterstützen die Formulierungen des § 2 Abs 3 und 4 StBHG zur Subsidiarität des Rechtsanspruchs. Auch die Stellungnahme der Länder zum Entwurf des *Nationalen Aktionsplans Behinderung 2012–2020* argumentiert in diese Richtung, indem der NAP, dem Inklusionsgedanken der UN-Behindertenrechtskonvention folgend, als Masterplan zu einer ausschließlichen Zuständigkeit der primär verantwortlichen Institutionen des Arbeitsmarktes, der Sozialversicherung und der Sozialhilfe führen soll.³⁰

1.1.2.4 Rechtsanspruch und Subsidiarität

Menschen mit Behinderung haben einen Rechtsanspruch auf die ihrem individuellen Hilfebedarf entsprechende Art der Hilfeleistung (§ 2 Abs 2 StBHG).

Der Rechtsanspruch besteht nur dann (Subsidiarität), wenn der Mensch mit Behinderung keine anderen Ansprüche auf gleichartige oder ähnliche Leistungen aufgrund gesetzlicher, statutarischer oder vertraglicher Regelungen erhält oder geltend machen kann.³¹

Im Rahmen des Subsidiaritätsprinzips sind etwaige Überschneidungen bzw. entsprechende Schnittstellen zu den Bereichen Gesundheit und Pflege deshalb jedenfalls zu berücksichtigen.³² Mit der Novellierung der Leistungs- und Entgeltverordnung 2015 (LGBI. Nr. 47/2020) kam es etwa zu einer Klarstellung bezüglich der Kombination von Pflegeleistungen (Pflegeheim) mit den tagesstrukturierenden Leistungen (B&F BHG, TaB BHG, BT PSY) des StBHG.³³ So ist bei gegebener Rechtslage eine zeitgleiche Unterbringung in einem Pflegeheim und die Inanspruchnahme der genannten teilstationären Leistungen des StBHG ausgeschlossen.

Wenn ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen und Leistungen des StBHG unter den Bedingungen des § 2 Abs 3 StBHG besteht, dann jedoch nicht auf eine bestimmte Form oder Ausformung der Hilfe.

²⁶ § 1a Abs 2 StBHG.

²⁷ § 1a Abs 3 StBHG.

²⁸ § 1a Abs 4 StBHG.

²⁹ § 42 Abs 4 StBHG.

³⁰ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012). S9.

³¹ § 2 Abs 3 StBHG.

³² Auch im Sinne der Normalisierung sollen Menschen mit Behinderungen dort betreut werden, wo dies auch für Menschen ohne Behinderungen geschieht.

³³ Siehe Anlage 1 LEVO-StBHG Ausschließungsgründe bzw. Kontraindikation bei den genannten Leistungen.

Form bedeutet, dass Hilfeleistungen mobil, ambulant, teilstationär, vollstationär oder als Geldleistung erbracht werden, die Ausformung bezieht sich auf die konkrete Leistungsausgestaltung.

1.1.2.5 Leistungs- und Entgeltverordnung

Die Ausformungen von im Gesetz verankerten Rechtsansprüchen finden sich in der Leistungs- und Entgeltverordnung zum StBHG (LEVO – StBHG 2015). Sie regelt Leistungen und Leistungsentgelte sowie Kostenzuschüsse und in Anlage 1 die sachlichen, fachlichen und personellen Erfordernisse der für die Erbringung der Hilfe erforderlichen Leistungen und die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Controllings (Leistungskatalog), in Anlage 2 die Leistungsentgelte (Entgeltkatalog), in Anlage 3 die Ab- und Verrechnungsbestimmungen und in Anlage 4 den Grad der Beeinträchtigung (inkl. Einstufungsformular) und den Pflege- und Betreuungszuschlag.³⁴ Insbesondere von Bedeutung für die gegenständliche Bedarfsplanung sind dabei die Leistungsbeschreibungen der Anlage 1 zu den sozialpsychiatrischen Leistungsarten: IV. Stationäre Leistungsarten, V. Teilstationäre Leistungsarten und VI. Mobile Leistungsarten.

1.1.2.6 Verfahren

Die Zuständigkeit für Verfahren und Zuerkennung der Maßnahmen liegt bei den Bezirksverwaltungsbehörden.³⁵ Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens wird nach Feststellung der Behinderung der individuelle Hilfebedarf des Menschen mit Behinderung (ggfs. anhand eines Gutachtens des IHB – Sachverständigenteams³⁶) erhoben. Eine Entscheidung ergeht mittels Bescheid.

1.1.2.7 Hilfeleistungen

Die Hilfeleistungen des StBHG decken konkrete Bedarfe in verschiedenen Bereichen ab:

Wohnen: Wohnleistungen im sozialpsychiatrischen Bereich werden in drei Formen angeboten: Vollzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen (WH PSY), Teilzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen (TZW PSY) und Betreute Wohngemeinschaft für psychisch beeinträchtigte Menschen (SPWG PSY). Eine besondere Rolle spielt die mobile sozialpsychiatrische Betreuung (MS-BET PSY), weil sie unter Bedachtnahme auf größtmögliche Selbstbestimmung und Flexibilität im Sinne der Zielsetzung Deinstitutionalisierung freies Wohnen ermöglicht.

Beschäftigung: In Hinblick auf eine tagesfüllende sinnstiftende Förderung und Beschäftigung von Menschen mit psychischer Behinderung wird eine Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen (BT PSY) angeboten.

Mobile Betreuung: Mobile sozialpsychiatrische Betreuung (MS-BET PSY) soll psychisch erkrankten Menschen in Form von mobiler sozialpsychiatrischer therapeutischer Hilfe und Begleitung ein möglichst eigenständiges und integriertes Leben in einer selbst gewählten und vertrauten Umgebung ermöglichen. Damit folgt diese Leistungsart am stärksten den Zielen der Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinschaft und der Deinstitutionalisierung.

1.2 Abteilung Gesundheit und Pflege

Im vorliegenden Bedarfs- und Entwicklungsplan zur Versorgung von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen (BEP PSY 2025) wird die stationäre Langzeitpflege, die psychiatrische Familienpflege und

³⁴ § 1 LEVO-StBHG.

³⁵ § 42 StBHG.

³⁶ § 42 Abs 5 Z. 2. lit a StBHG: Nach Abs 4 Z. 1 lit. b hat die Bezirksverwaltungsbehörde vor Entscheidung über die Gewährung von Hilfeleistungen gemäß §§ 8, 16, 18, 19 und 21 ein Gutachten des Sachverständigenteams einzuholen, welches den individuellen Hilfebedarf feststellt. Das Sachverständigenteam hat im Rahmen einer personenzentrierten Begutachtung die individuellen Entwicklungsziele festzulegen. In allen übrigen Verfahren nach Abs 4 Z. 1 lit. b kann ein Gutachten des Sachverständigenteams eingeholt werden, wenn es die Bezirksverwaltungsbehörde für notwendig erachtet. Menschen mit Behinderung, deren gesetzliche Vertreter und eine Vertrauensperson sind in die Begutachtung einzubeziehen.

die akutstationäre psychiatrische Versorgung im Krankenhaus hinsichtlich der Betreuung und Versorgung von Personen mit psychiatrischen Erkrankungen analysiert. Während für Krankenanstalten das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)³⁷ den gesetzlichen Rahmen vorgibt, liegen die rechtlichen Grundlagen für die Pflegeheime und Familienpflegeplätze im Steiermärkischen Pflegeheimgesetz (StPHG)³⁸ und im Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (StSHG)³⁹ begründet.

Im StPHG ist sowohl der Betrieb von Pflegeheimen als auch die Erbringung psychiatrischer Familienpflege geregelt. Das StSHG definiert die Anerkennung stationärer Einrichtungen und die Leistungen der Sozialhilfe und ist vor allem hinsichtlich des Psychiatriezuschlages für den vorliegenden Bedarfs- und Entwicklungsplan relevant.

Anknüpfungspunkte liegen auch hinsichtlich der Krankenhausbetten an psychiatrischen Abteilungen zum Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 (Gesundheitsfonds Steiermark 2017) und hinsichtlich der Strukturplanung in der stationären Langzeitversorgung zum BEP für pflegebedürftige Personen Steiermark 2025 (Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abt. 8 - Gesundheit, Pflege und Wissenschaft 2015) vor.

³⁷ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, idgF vom 11.3.2020

³⁸ Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen (Stmk. Pflegeheimgesetz 2003 – StPHG 2003), LGBl. Nr. 77/2003, idgF vom 11.3.2020

³⁹ Gesetz über die Sozialhilfe (Steiermärkisches Sozialhilfegesetz – SHG), LGBl. Nr. 29/1998, idgF vom 11.3.2020

2 Bestandsaufnahme

2.1 Abteilung Soziales, Arbeit und Integration

2.1.1 Datengrundlagen

Wesentliche Grundlage der Bestandsaufnahme, Evaluierung und Bedarfsprognose sind aktuelle Informationen über die Anzahl an Personen, die Anspruch auf psychiatrische und hier insbesondere stationäre Wohn- und/oder teilstationäre Beschäftigungsleistungen haben.

Basis der soziodemografischen Bestandsaufnahme ist die Datenbank des Landes (ISOMAS/POSOP). Als Stichtage wurden der 31. Dezember 2017, der 31. März 2019 und 31. Dezember 2021 gewählt. Alle Personen, die einen zum Stichtag aufrechten Bescheid für eine sozialpsychiatrische Leistung nach StBHG und LEVO-StBHG haben⁴⁰, gelten bei den Berechnungen als Leistungsberechtigte⁴¹.

Unter stationär sind die Leistungsarten WH PSY (Vollzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen), TZW PSY (Teilzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen), SPWG PSY (Betreute Wohngemeinschaft für psychisch beeinträchtigte Menschen) des § 18 BHG zu verstehen, unter teilstationär die Leistungsart BT PSY (Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen) der §§ 8 und 16 StBHG. Die Leistungsart MS BET-PSY (Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung) ist mobil.

Für die Evaluierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie 2013 und die Ermittlung von Versorgungsquoten und Planungsgrößen wird auf die Bewilligungsdaten für stationäre und teilstationäre sozialpsychiatrische Leistungen zurückgegriffen. Sie beschreiben für jeden Standort einer Einrichtung die Trägerorganisation, die bewilligten Leistungsarten für diesen Standort, den Beginn der Bewilligung und die maximale Anzahl von KlientInnen je Leistungsart und gesamt für diesen Standort. Dabei ist es Praxis, für einige Standorte zwar die maximale Anzahl der Plätze für mehrere Wohnleistungen festzulegen, aber dann für jede bewilligte Leistungsart keine genaue Platz-Anzahl, sondern nur eine Obergrenze. Den Leistungserbringern steht es frei, innerhalb der vorgegebenen Grenzen die Anzahl der Plätze je Leistungsart je nach Bedarf zu variieren.⁴² Deshalb ist es nicht möglich, eine exakte Anzahl der bewilligten Plätze je Leistungsart festzuschreiben, sondern nur eine maximale.

Alle Daten und Angaben zu bewilligten Plätzen (Betriebsbewilligung) der zu planenden stationären und teilstationären Leistungsarten stammen von der Fachabteilung Soziales und Arbeit der Steiermärkischen Landesregierung.

Die Erarbeitung der bedarfsrelevanten Einflussfaktoren erfolgte mit Experten unter Beteiligung des IHB-Sachverständigenteams und unter Berücksichtigung ausgewählter Fachliteratur.

Wichtig für die Bedarfsprognose waren darüber hinaus Daten zur aktuellen Bevölkerungszahl und zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung. Diese wurden von der Landesstatistik Steiermark zur

⁴⁰ Gesetz vom 10. Februar 2004 über Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung (Steiermärkisches Behindertengesetz – StBHG) in der aktuellen Fassung; Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 18. Dezember 2014 über die Festlegung von Leistungen und Leistungsentgelten sowie Kostenzuschüssen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz (StBHG Leistungs- und Entgeltverordnung 2015 – LEVO-StBHG 2015) in der geltenden Fassung.

⁴¹ Dabei kommt es aus Sicht der Bedarfsplanung nicht darauf an, ob die jeweilige Leistung zum Stichtag in Anspruch genommen wird, sondern ob ein Rechtsanspruch besteht.

⁴² An einigen Standorten gibt es eine "geteilte Bewilligung" d.h. es gibt 12 bzw. 15 Plätze gesamt am Standort, die aber sowohl von WH PSY, als auch TZW PSY-Nutzern in Anspruch genommen werden können. Bei der jeweiligen Einzelbetrachtung der Leistungen werden diese Plätze bei jeder Leistung mit der Formulierung "es stehen maximal X Plätze in Leistung Y zur Verfügung" gezählt. Betrachtet man alle PSY-Wohnleistungen zusammen, dann muss diese Doppelzählung unterlassen werden.

Verfügung gestellt. Dabei handelte es sich um Daten der Statistik Austria⁴³ zur Bevölkerungsstruktur (am 01.01.2018, am 1.1.2019 und am 01.01.2022)⁴⁴ und um Daten der Österreichischen Raumordnungskonferenz zu prognostizierten Bevölkerungszahlen (ÖROK-Regionalprognose) für die Jahre 2025, 2030 und 2035⁴⁵.

Zusätzlich wurde eine Erhebung bei den zuständigen Bezirksbehörden durchgeführt, um den Bedarf bei stationären und teilstationären Leistungen zu verifizieren.

2.1.2 Veränderung der Leistungsstruktur im Stichtagsvergleich

Die Stichtagsbetrachtung zeigt, dass die Anzahl der Personen mit einem Anspruch auf sozialpsychiatrische Leistungen nach dem StBHG zwischen 2017 und 2019 um rund 400 Personen und bis 2021 um weitere rund 500 Personen gestiegen ist.

Dieser Anstieg ist fast ausschließlich auf die Zunahme von Bescheiden für die Leistungsart MS-BET PSY zurückzuführen. So weist die Datenbank ISOMAS für 2017 diesbezüglich 1848 Leistungsberechtigungen aus, für 2019 insgesamt 2246 und für 2021 sind es 2834. Das ist eine Gesamtdifferenz von 986. Für die Leistungsart BT PSY ist ein Anstieg der bewilligten Bescheide um 16 zu verzeichnen, bei allen Wohnleistungen zusammen sind es 6 weniger.

Stichtagsvergleich der Leistungsstruktur					
	2017	2019	2021	Differenz 19/17	Differenz 21/17
BT	895	919	911	24	16
MS-Bet	1848	2246	2834	398	986
SPWG	45	50	39	5	-6
WH	195	201	193	6	-2
TZW	91	103	93	12	2
Wohnen gesamt	331	354	325	23	-6

Abbildung 1: Stichtagsvergleich der Leistungsberechtigten je Leistungsart (ISOMAS)

2.1.3 Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten

In den folgenden beiden Abbildung ist die Anzahl der Leistungsberechtigten nach den unterschiedlichen Leistungsarten gegliedert und wird als relativer Anteil an der Gesamtzahl aller Leistungsberechtigten in der Steiermark für jede der sieben steirischen Großregionen dargestellt.⁴⁶

⁴³ STATISTIK AUSTRIA Bundesanstalt Statistik Österreich ist das statistische Amt der Republik Österreich und ging durch das österreichische Bundesstatistikgesetz 2000 aus dem Österreichischen Statistischen Zentralamt hervor und wurde am 1. Januar 2000 aus der Bundesverwaltung ausgegliedert. Statistik Austria besorgt die Aufgaben der amtlichen Statistik auf Bundesebene.

⁴⁴ Quelle alle Stichtage: Statistik Austria bearbeitet durch Landesstatistik Steiermark.

⁴⁵ ÖROK-Regionalprognosen 2021 bearbeitet durch Statistik Austria und Landesstatistik Steiermark. Die Österreichische Raumordnungskonferenz beauftragt seit Mitte der 1970er-Jahre die Berechnung regionalisierter Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung für die Politischen Bezirke bzw. die NUTS III-Regionen, da Prognosen auf möglichst kleinräumiger Basis eine wichtige Grundlage für eine vorausschauende Planung darstellen. Die Österreichische Raumordnungskonferenz (ÖROK) wurde 1971 gegründet und ist eine von Bund, Ländern und Gemeinden getragene Einrichtung zur Koordination der Raumordnung auf gesamtstaatlicher Ebene.

⁴⁶ Hier ist wieder zu beachten, dass einzelne KlientInnen gleichzeitig mehrere Leistungsarten erhalten.

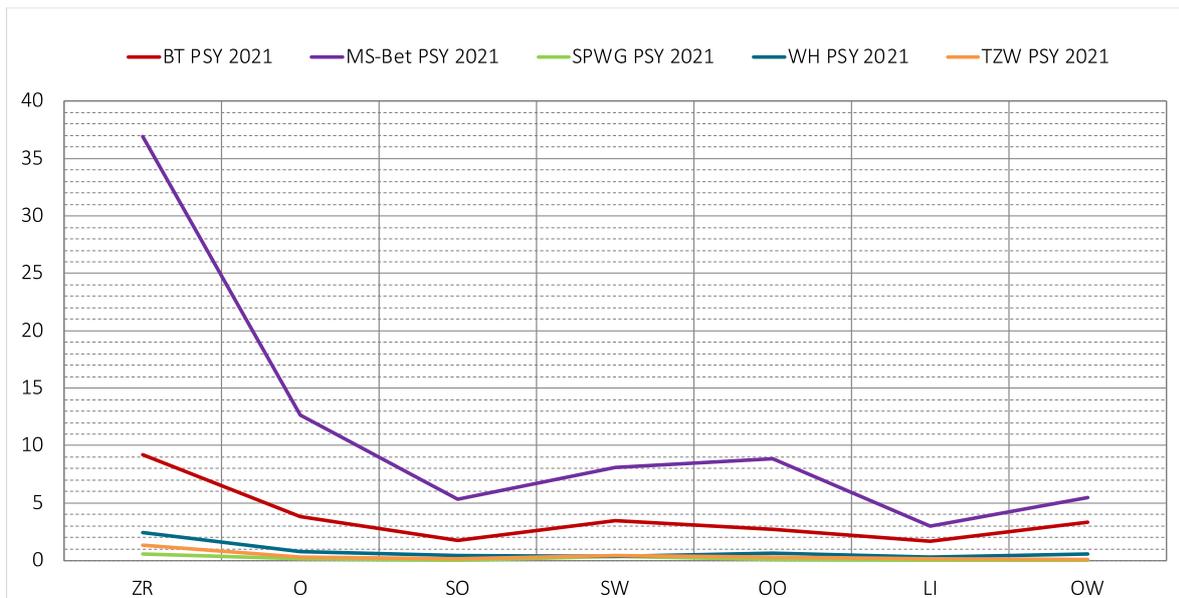


Abbildung 2: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der Steiermark) zum Stichtag 2021
 (Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Die folgende Abbildung stellt nur die Verteilung bei Wohnleistungen dar.

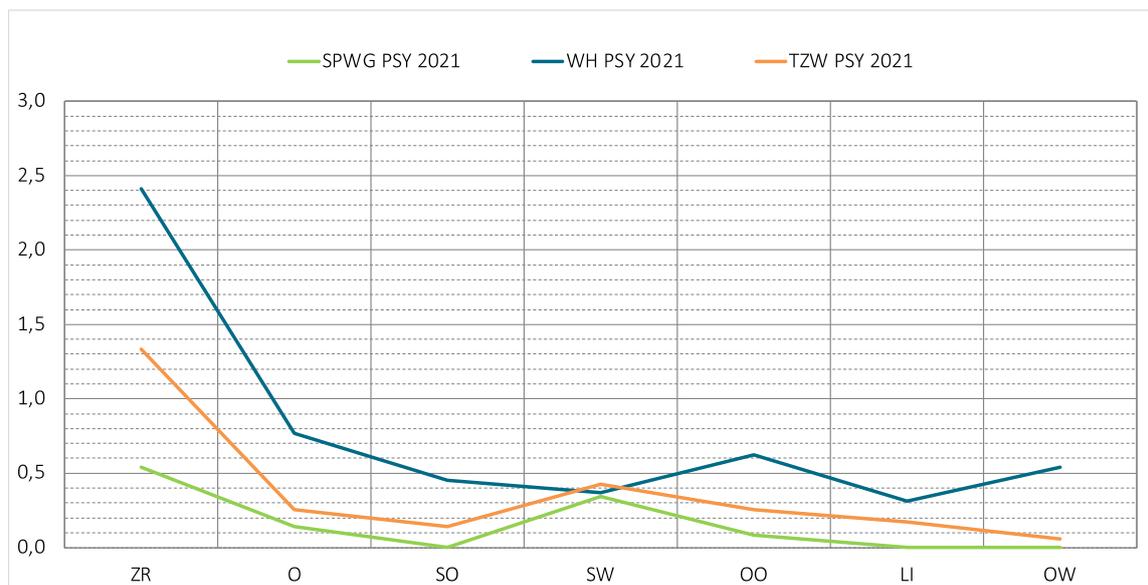


Abbildung 3: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Wohnleistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der Steiermark) zum Stichtag 2021
 (Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Die meisten Leistungsberechtigten finden sich im Zentralraum und der Oststeiermark. Etwas mehr als vier Prozent aller Berechtigten für sozialpsychiatrische StBHG-Leistungen der Steiermark haben 2021 im Zentralraum Anspruch auf eine der drei Wohnleistungen. In der Oststeiermark und der Obersteiermark Ost sind das rund ein Prozent, in der Südweststeiermark sind es knapp mehr als ein Prozent, in den anderen Regionen liegt der Anteil unter einem Prozent. Am geringsten ist er in Liezen.

Die folgende Abbildung beschreibt die Anzahl der Leistungsberechtigten als relativen Anteil an der Gesamtzahl der Leistungsberechtigten der jeweiligen Region.⁴⁷ Durch diese Darstellung wird die Bevölkerungsstärke der Region aus der Betrachtung ausgeklammert.

Dabei zeigt sich, dass der Zentralraum keinen überproportionalen Anteil an Berechtigten für mobile Leistungen besitzt und bei Beschäftigungsleistungen sogar unterdurchschnittlich abschneidet. Die Region Liezen hat hingegen den geringsten relativen Anteil an Leistungsberechtigten MS-BET PSY und den höchsten bei BT PSY.

Bei Wohnleistungen folgt die Südweststeiermark einer leicht anderen Verteilung als die übrigen Regionen. WH PSY ist in geringerem Ausmaß bewilligt und SPWG PSY und TZW PSY überproportional.

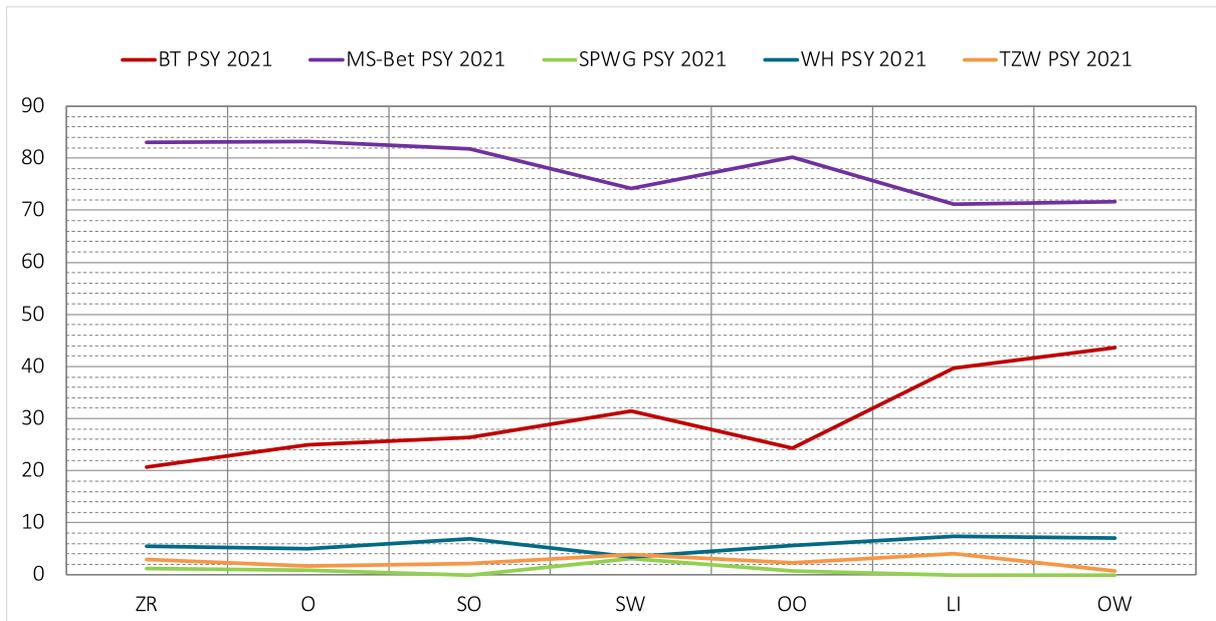


Abbildung 4: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der jeweiligen Region) zum Stichtag 2021

(Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Die folgende Abbildung stellt die Anzahl der Leistungsberechtigten als relativen Anteil an der Gesamtzahl der Leistungsberechtigten der jeweiligen Leistungsart für jede Region dar.

⁴⁷ Ebenso.

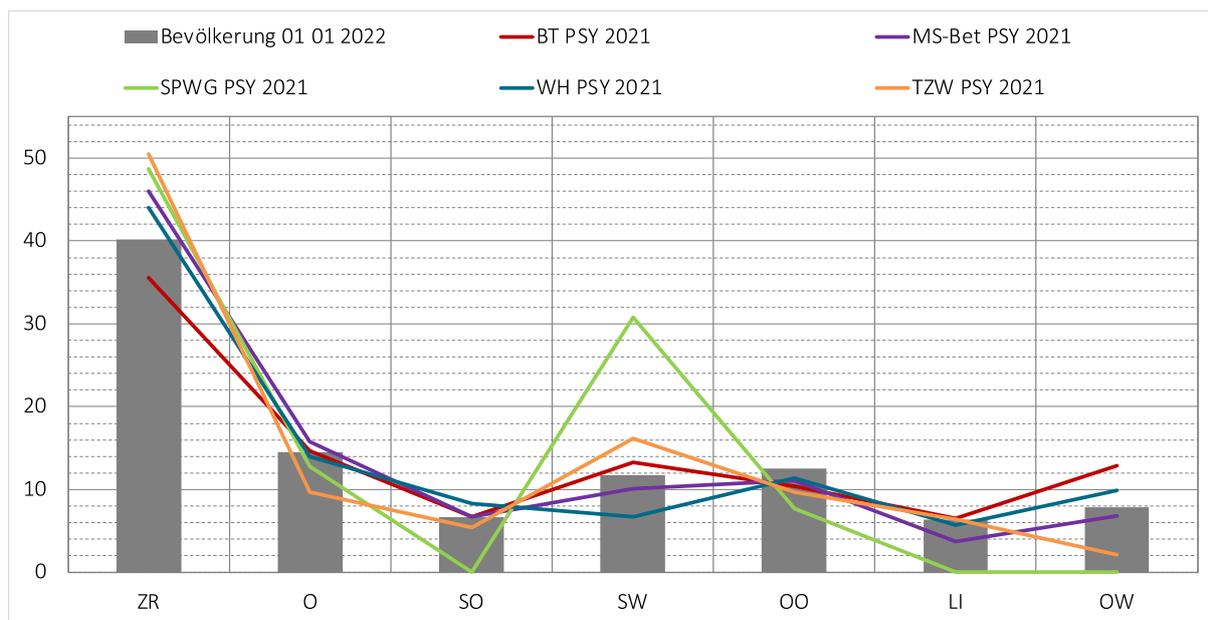


Abbildung 5: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der jeweiligen Leistungsart) in Gegenüberstellung zur Einwohnerzahl der Region zum 01.01.2022 Stichtagsvergleich zum Stichtag 2021

(Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Der Zentralraum nimmt hier selbstverständlich bei allen Leistungsarten den größten Anteil ein, weil er die bevölkerungsstärkste Region ist.

Eine Gegenüberstellung der Leistungsberechtigten mit den Einwohnerzahlen ergibt, dass die Leistungsverteilung im Großen und Ganzen der Bevölkerungsverteilung folgt. Größere Abweichungen ergeben sich für SPWG PSY (nur 39 Leistungsberechtigte in der gesamten Steiermark) und in deutlich geringerem Ausmaß für TZW PSY und BT PSY.

Für den Stichtag 31.12.2021 gibt es im Zentralraum eine überproportionale Anzahl an Leistungsberechtigten bei allen Leistungen ausgenommen BT PSY, in der Oststeiermark eine unterproportionale Anzahl an Leistungsberechtigten bei TZW PSY, in der Südoststeiermark eine ebenso unterproportionale Anzahl bei TZW PSY und SPWG PSY. Die Südweststeiermark hat einen überproportionalen Anteil bei SPWG PSY und TZW PSY, die Obersteiermark West bei BT PSY. Unterproportionale Anteile an Leistungsberechtigten gibt es in der Südweststeiermark bei MS-Bet PSY und WH PSY, in der Obersteiermark Ost bei SPWG PSY, in Liezen bei MS-Bet PSY (keine bei SPWG PSY) und in der Obersteiermark West bei TZW PSY (keine bei SPWG PSY).

2.1.4 Evaluierung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie 2013

Um die Versorgung mit sozialpsychiatrischen Leistungen in der Steiermark sicherzustellen, wurde 2013 ein Bedarfs- und Entwicklungsplan für das Handlungsfeld *Sozialpsychiatrie*⁴⁸ vorgelegt, von der Landesregierung beschlossen und vom Landtag Steiermark zur Kenntnis genommen.

In diesem Bedarfs- und Entwicklungsplan wurden stationäre und teilstationäre sozialpsychiatrische LEVO-StBHG-Leistungen zum damaligen Zeitpunkt dargestellt (Bestandsaufnahme). Mithilfe von Planungsdaten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (nunmehr Gesundheit

⁴⁸ Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 11 Soziales (2013). Bedarfs und Entwicklungsplan für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie, GZ.: A11-P22.28-3/2012-3.

Österreich GmbH – GÖG) wurden Fehlbestände in diesen Leistungen errechnet. Ausgehend von diesem Ausbaubedarf wurde ein Ausbauplan für den Zeitraum 2013 bis 2017 dargestellt.

Die Berechnung der Fehlbestände für den Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie 2013 wurde allerdings auf Basis einer zu engen Definition von Wohnleistungen durchgeführt. Speziell bei diesen Leistungen ist nämlich darauf hinzuweisen, dass die Planungswerte des Bundesinstituts auch Familienpflege und Wohngemeinschaften mit Beratungsangebot sowie freies Wohnen mit Beratungsangebot (und sogar Notschlafstellen) integrieren.⁴⁹ Diese Versorgungsformen, die durch die mobile Leistungsart MS BET PSY nach StBHG und LEVO-StBHG ermöglicht werden, wurden aber bei den Berechnungen der Versorgungsstrukturen nicht berücksichtigt.

Bei der regionalen Evaluierung des Ausbauplans 2017 kann nicht eindeutig auf die im gesamten BEP PSY 2025 herangezogene Gliederung in Planungsregionen⁵⁰ zurückgegriffen werden, weil im BEP PSY 2013 grundsätzlich auf Ebene der NUTS III Versorgungsregionen⁵¹ geplant wurde. Da die Planzahlen aber fast immer auf Bezirksebene angeführt wurden, ist die Zuordnung der Ausbaupläne 2013 auf die Planungsregionen der Steiermark möglich. Nur für die Leistungsart WH PSY und BT PSY verweist der Ausbauplan auf die Versorgungsregion Oststeiermark und hier zusammengefasst für die alten Bezirke Fürstenfeld und Radkersburg. Die dort angeführten zwölf Plätze WH PSY werden mit jeweils sechs den Regionen Südoststeiermark und Oststeiermark rechnerisch zugeordnet, die 15 Plätze BT PSY mit sieben der Südoststeiermark und acht der Oststeiermark.

2.1.4.1 Erfüllung des Aufbauplans für Wohnleistungsarten

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes für das Handlungsfeld Sozialpsychiatrie (November 2012) waren in den stationären Leistungen „Vollzeitbetreutes Wohnen PSY“ (WH PSY) 90 Plätze bewilligt, für „Teilzeitbetreutes Wohnen PSY“ (TZW PSY) 88 Plätze.

⁴⁹ Vgl. dazu die Tabelle 2.2: Strukturbereiche in der komplementären psychiatrischen Versorgung - Beschreibungskriterien und Standards des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (1998), S 13.

⁵⁰ Planungsregionen der Landesentwicklung Steiermark sind: Oststeiermark, Steirischer Zentralraum, Südweststeiermark, Obersteiermark Ost, Obersteiermark West, Liezen, Südoststeiermark.

⁵¹ Die Versorgungsstruktur im österreichischen Gesundheitswesen wird vorrangig auf der Ebene von Versorgungsregionen (VR) bzw. NUTS-III-Regionen geplant. Die Versorgungsregionen sind EU-weit nummeriert und bezeichnen in der Steiermark folgende Bezirke: VR 61 Graz (Graz, Graz-Umgebung), VR 62 Liezen (Liezen), VR 63 Östliche Obersteiermark (Bruck-Mürzzuschlag, Leoben), VR 64 Oststeiermark (Südoststeiermark, Hartberg-Fürstenfeld, Weiz), VR 65 West-/Südsteiermark (Leibnitz, Voitsberg, Deutschlandsberg), VR 66 Westliche Obersteiermark (Murtal, Murau). Die NUTS-III-Regionen stimmen nur teilweise mit den Planungsregionen überein. Übereinstimmende Definitionen von Versorgungsregion und Planungsregion gibt es für: VR 62 Liezen = Region Liezen, VR 63 Östliche Obersteiermark = Obersteiermark Ost, VR 66 Westliche Obersteiermark (Murtal, Murau) = Obersteiermark West.

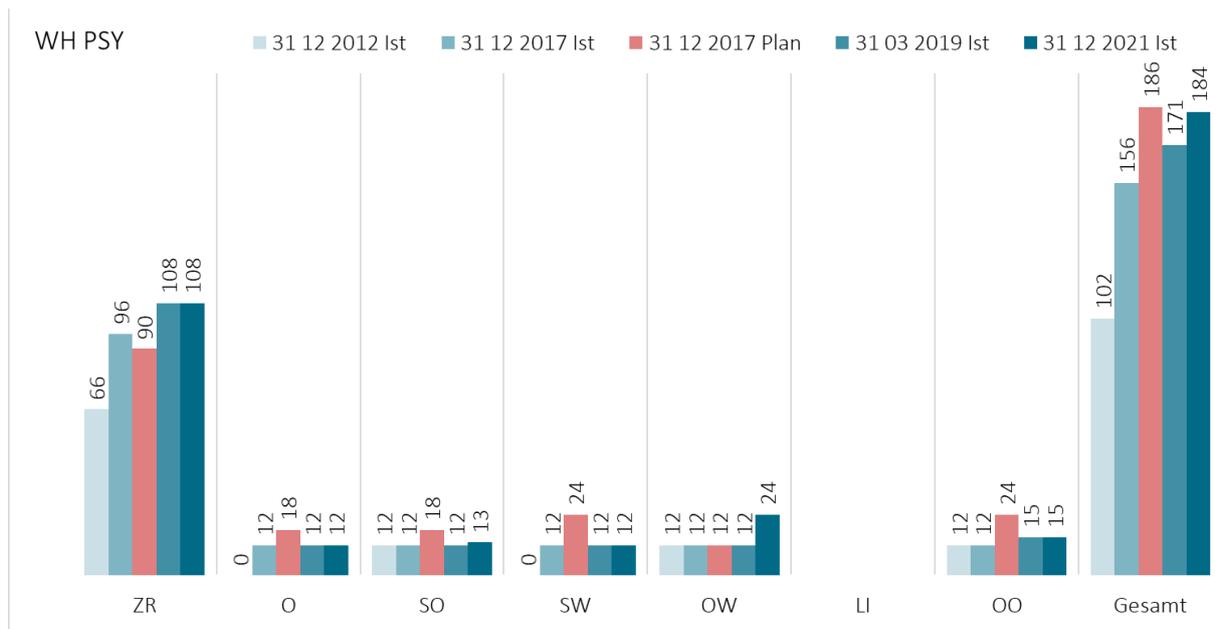


Abbildung 6: Ausbauplan WH PSY
(Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Für die Leistung WH PSY war der in der obigen Abbildung dargestellte Ausbauplan (unter Berücksichtigung der Bedarfe der BewohnerInnen des Landespflegeheims Schwanberg) vorgesehen. Somit sollten im Jahr 2017 186 Plätze bewilligt sein.

Zum Stichtag 2017 waren maximal⁵² 156 bewilligte Plätze in dieser Leistungsart verfügbar. Dies bedeutet eine Steigerung der Gesamtzahl von Plätzen um 53 Prozent. Bis zum Stichtag 2019 wurde das Platzangebot um 15 auf 171 vergrößert, das sind 68 Prozent mehr gegenüber 2012, bis zum Stichtag 2021 um weitere 13 auf 184, das entspricht einer Steigerung um 80 Prozent.

Für die Leistung TZW PSY sollten im Jahr 2017 130 Plätze bewilligt sein. Zum 31. Dezember 2017 waren maximal 122 bewilligte Plätze verfügbar. Dies bedeutet eine Steigerung der Gesamtanzahl an Plätzen im Planungszeitraum um rund 39 Prozent. Bis zum 31. März 2019 erhöhte sich die Anzahl auf 126 Plätze. Diese Anzahl blieb auch am Stichtag 2021 gleich. Auf diese 126 bewilligten Plätze kommen laut ISOMAS 93 Leistungsberechtigte (31.12.2021). Somit wurde – wohl auch aufgrund des erheblichen Anstiegs bzw. Ausbaus der Leistung „Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung“ – die Leistung TZW PSY nicht in dem im Jahr 2012 prognostizierten Umfang nachgefragt.

⁵² Zur Praxis der Festlegung von Obergrenzen siehe das Kapitel Datengrundlagen.

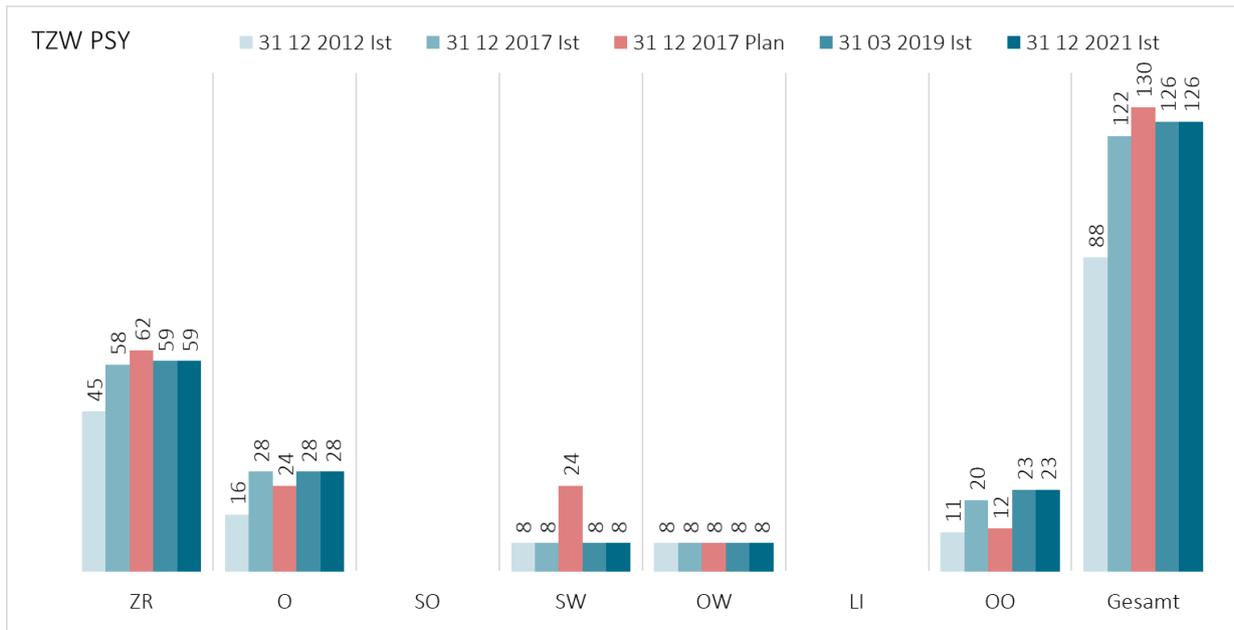


Abbildung 7: Ausbauplan TZW PSY
(Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Für die Leistung SPWG PSY waren am 31. Dezember 2012 45 Plätze bewilligt. Am Ende des Planungszeitraums sollten 61 Plätze zur Verfügung stehen. Zum Stichtag 2017 waren maximal 40 Plätze verfügbar (45 Berechtigte lt. ISOMAS). Dies bedeutet eine Verminderung der Gesamtanzahl an Plätzen um rund 11 Prozent. Bis zum 31. März 2019 verändert sich das nicht (50 Berechtigte lt. ISOMAS). Zum 31. Dezember 2021 stehen den 40 verfügbaren Plätzen dann lt. ISOMAS 39 Berechtigte gegenüber. Demzufolge hat sich im Planungszeitraum des BEP PSY 2013 gezeigt, dass diese Leistung nicht im geplanten Ausmaß nachgefragt wurde (39 Leistungsberechtigte) bzw. es für diese Leistung nicht den damals errechneten Bedarf (61 Plätze) gibt.

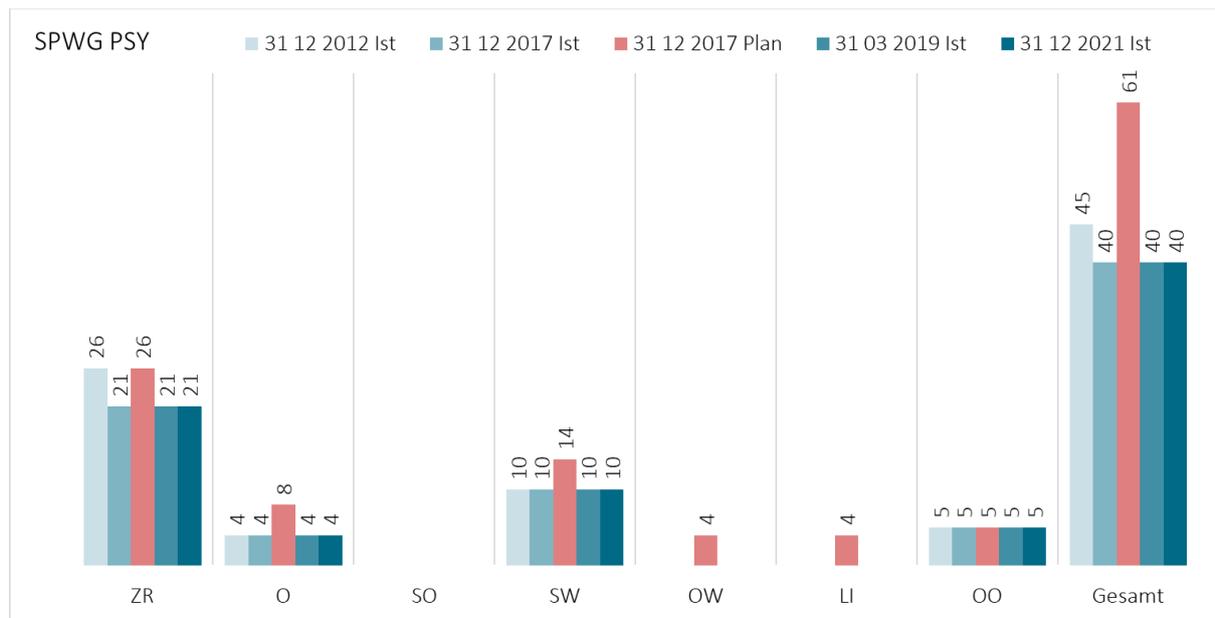


Abbildung 8: Ausbauplan SPWG PSY
(Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

2.1.4.2 Erfüllung des Ausbauplans für Beschäftigungsleistungen

Zum Zeitpunkt der Erstellung des BEP-PSY 2013 (November 2012) waren in den teilstationären Leistungen folgende Plätze bewilligt: Im Bedarfs- und Entwicklungsplan 2013 wurde (unter Berücksichtigung der Bedarfe der BewohnerInnen des Landespflegeheims Schwanberg) ein konkreter Ausbauplan für die Leistung „Beschäftigung in Einrichtungen PSY“ festgelegt. Somit sollten im Jahr 2017 402 Plätze in der Leistungsart „Beschäftigung in Einrichtungen PSY“ bewilligt sein. 2017 waren 399 bewilligte Plätze in dieser Leistungsart verfügbar. Dies bedeutet eine Steigerung der Plätze in diesem Zeitraum um 27 Prozent gegenüber 2012. Bis zum Stichtag 2019 wurde die Anzahl der bewilligten Plätze um weitere 12 erhöht. Bis zum Stichtag 2021 um weitere 15 (36 Prozent Steigerung gegenüber 2012). Da ein Platz in dieser Leistung von mehreren Menschen, z.B. aufgrund von unterschiedlichen Stundenausmaßen der Beschäftigung genutzt werden kann bzw. wird, ist die Planungslogik in dieser Leistung eine Andere: So nutzen 2021 im Durchschnitt 2,1 Leistungsberechtigte einen bewilligten Platz (Berechnung ISOMAS). Demnach können mit den 429 bewilligten Plätzen 900 Personen versorgt werden.

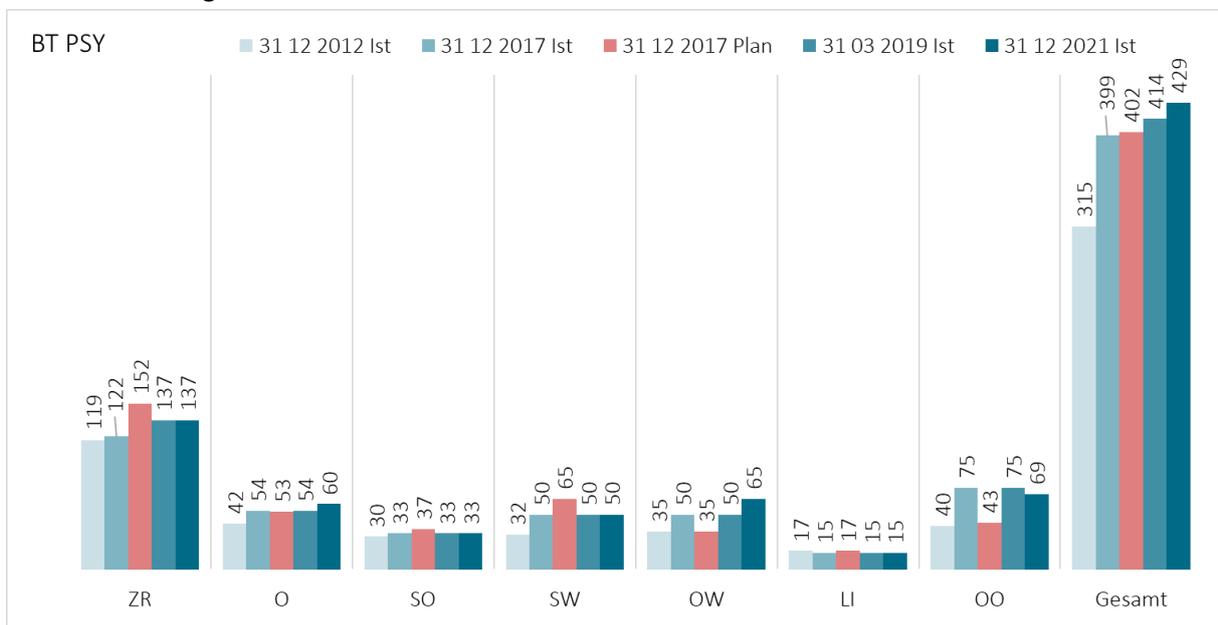


Abbildung 9: Ausbauplan BT PSY
(Li – Liezen, OO – Obersteiermark Ost, OW – Obersteiermark West, O – Oststeiermark, SO – Südoststeiermark, SW – Südweststeiermark, ZR – Steirischer Zentralraum)

Eine Gesamtübersicht zur Umsetzung des Bedarfs- und Entwicklungsplans 2013 zeigt folgende Grafik:

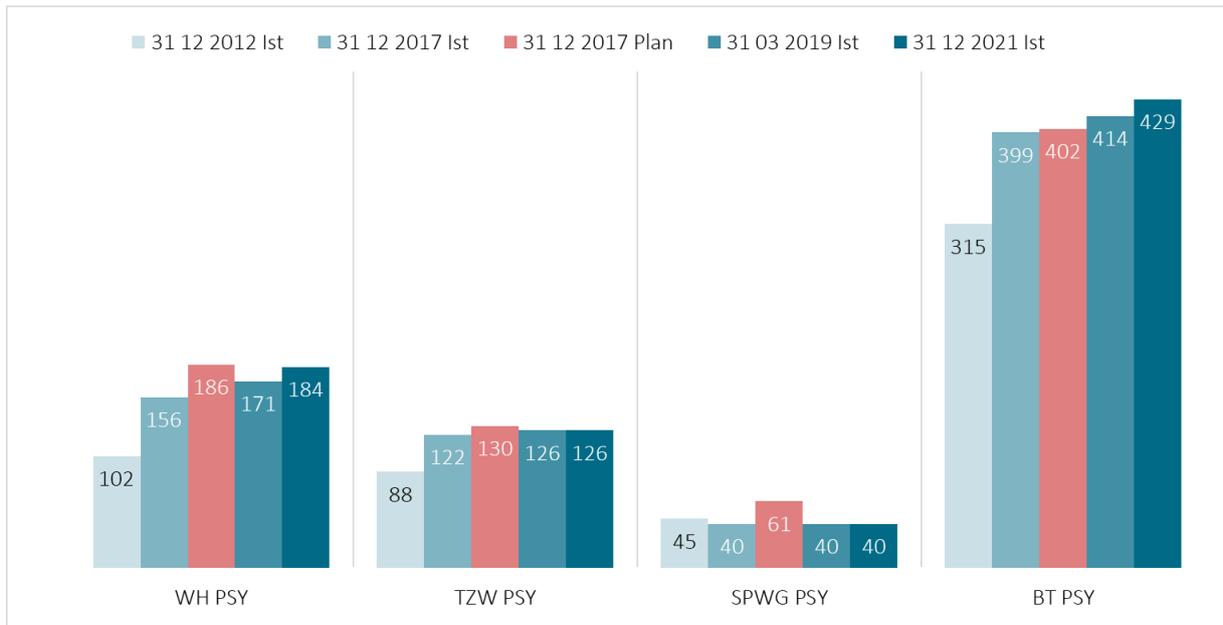


Abbildung 10: Gesamtübersicht zur Umsetzung des Bedarfs- und Entwicklungsplans 2013 für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie

2.1.4.3 Sonderleistungen

Zusätzlich zu den sozialpsychiatrischen Standard-Leistungen nach StBHG und LEVO StBHG stellen Sonderleistungen und Pilotprojekte ein ergänzendes Angebot dar.

Eine Sonderstellung nehmen hier jene Leistungen ein, die in Folge der Enthospitalisierung des Landespflegeheims Schwanberg⁵³ geschaffen wurden: Zwei Einrichtungen - eine Beschäftigungs- und eine Wohnleistung - konnten im Rahmen der standardisierten Leistungen nach StBHG und LEVO StBHG implementiert werden. Zusätzlich wurden in Deutschlandsberg zwei weitere Einrichtungen bewilligt, die bis Ende Juni 2018 Pilotstatus aufwiesen. Bereits vor Ablauf des Pilotvertrages wurde eine umfangreiche Evaluierung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigten, dass eine Weiterführung dieser Einrichtungen angezeigt ist und die befristeten Pilotverträge wurden in unbefristete Sonderverträge mit 31 Wohnplätzen umgewandelt (siehe die folgende Tabelle).

⁵³ Die Steiermärkische Landesregierung hat sich in der Sitzung vom 15. März 2012 im Wissen um die damit verbundenen budgetären Herausforderungen dazu bekannt, dass weder intellektuell beeinträchtigte noch psychisch kranke Menschen auf Dauer in einer Großeinrichtung leben müssen und sollen. Vor diesem Hintergrund wurde für das Landespflegeheim Schwanberg ein Enthospitalisierungskonzept entwickelt, die individuellen Hilfebedarfe erhoben und Betreuungskonzepte entwickelt um den Bewohnern des Landespflegeheims Schwanberg eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Vgl. dazu Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 11 Soziales (2013), S 27.

Sonderleistungen PSY					
Leistung		Typ	Region	bewilligt seit	Plätze
BT PSY Ge	Gerontopsychiatrisches Zentrum - Tageseinrichtung	nahe den Standardleistungen	OW	2012	15
WH PSY Ge	Gerontopsychiatrisches Zentrum - Wohnen		OW	2012	12
WH-Int PSY	"Intensiv betreutes Wohnen für psych. Beeintr. Menschen"	Schwanberg Nachfolge-Einrichtung	SW	2018	16
WH-Int DL	"Intensiv betreutes Wohnen für intellektuell und/oder mehrfach beeinträchtigte Menschen im Bezirk Deutschlandsberg"		SW	2018	15
BT PSY std	Pilotprojekt Stundenweise Beschäftigung für psych. beeintr. Menschen in BT PSY Einrichtungen "	Pilotprojekt	ZR	2019	15
BT PSY std	Pilotprojekt Stundenweise Beschäftigung für psych. Beeintr. Menschen in BT PSY Einrichtungen "stunden:werk"		ZR	2018	15
Ubuntu	Vollzeitbetreutes Wohnen u. Beschäftigung f. psychisch beeintr. Menschen mit Traumafolgen		ZR	2014	14
ReethiRa	Vollzeitbetreutes Wohnen und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen mit Traumafolgeerscheinungen		ZR	2017	13

Abbildung 11: Gesamtübersicht zu Sonderleistungen und Pilotprojekten PSY

2.2 Abteilung Gesundheit und Pflege

2.2.1 Stationäre Langzeitpflege

2.2.1.1 Strukturmerkmale

Die 554 Betten, für die ein Psychiatriezuschlag zuerkannt wurde, stehen in 10 stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. In der nachfolgenden Tabelle sind die bewilligten Betten mit Psychiatriezuschlag den Bewohnerinnen und Bewohnern, für welche ein Psychiatriezuschlag zuerkannt ist, gegenübergestellt.

Bewilligte Betten und Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag in der Steiermark						
VR	Einrichtung	Wirtschaftliche Ausrichtung	Bezirk	bew. Betten gesamt	bew. PSY-Betten	bew. mit PSY-Zuschlag ⁵⁴
61	Haus Mariatrost	privat-gewerblich	G	75	75	58
	Haus Weinitzen	privat-gewerblich	GU	115	115	85
	Gepflegt Wohnen Übelbach	privat-gewerblich	GU	77	15	15
	Eschenhof	privat-gewerblich	GU	104	28	3
64	Wohnheim Augustinerhof	öffentlich	HF	165		1
65	Pflegezentrum St. Peter im Sulmtal	privat-gewerblich	DL	54	54	27
	Seniorenwohnheim St. Oswald ob Eibiswald	privat-gewerblich	DL	40	40	16
	SeneCura Sozialzentrum Pöfing-Brunn	privat-gemeinnützig	DL	80		6
	Pflegewohnheim Kirschallee	privat-gewerblich	DL	135		1
	KP Keltenpark	privat-gewerblich	LB	50	15	10
	Pflege mit Herz – Akazienhof	privat-gewerblich	LB	48	30	25
	Betreuungsheim Neutillmitsch-Gralla	privat-gewerblich	LB	124		36
	Lebensweg-Hohenburg	privat-gewerblich	VO	42	42	31
	Senioren- und Pflegeheim Margarethenhof	privat-gewerblich	VO	140	140	114
66	Seniorenwohn- & Pflegeheim Sonnenhof	privat-gewerblich	MT	30		3
Summe				1.279	554	431

Abbildung 12: Gesamtüberblick über alle steirischen Pflegeeinrichtungen (inkl. KAG-bewilligte Einrichtungen), in welchen mit Stichtag 31.12.2021 Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag leben; Quelle: Pflegeheim-Landesliste, Auswertung über Klientinnen und Klienten mit Psychiatriezuschlag, Abteilung 8 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Referat Pflegemanagement;

2.2.1.2 Psychiatriezuschlag

Ein Pflegeheim hat für psychisch erkrankte Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner Zusatzleistungen zu erbringen. Diese sind in der Anlage 1 zur LEVO-SHG⁵⁵ festgehalten. Es handelt sich dabei um personelle Anforderungen (Mindestpersonal, zusätzliches Fachpersonal), Regelungen zur Größe von Pflegeeinheiten, zu Leistungen der Verpflegung und zu zusätzlichen Betreuungsleistungen. Erfüllt eine Einrichtung diese Voraussetzungen, kann um die Zuerkennung des Psychiatriezuschlages angesucht werden. Wird dieser anerkannt, kann die Einrichtung in weiterer Folge für Bewohnerinnen und Bewohner mit psychiatrischen Erkrankungen um eine monetäre Abgeltung des Mehraufwandes in Form des Psychiatriezuschlages ansuchen.

Der Psychiatriezuschlag ist im § 2 Abs. 2f der LEVO-SHG geregelt⁵⁶. Für die Zuerkennung ist als Zuweisungskriterium eine fachärztlich diagnostizierte psychiatrische Diagnose notwendig. Als

⁵⁴ Derzeit wird auch in einigen Einrichtungen, die keine für den Psychiatriezuschlag bewilligten Betten haben, ein Psychiatriezuschlag für BewohnerInnen gewährt (insg. 60 Personen). Die Differenz ergibt sich u.a. daraus, dass dort forensische BewohnerInnen leben und im Laufe der Zeit Betten, für die ein Psychiatriezuschlag zuerkannt worden war, umgewandelt wurden (z.B. in nach dem Steiermärkischen Krankenanstaltengesetz (StKAG) bewilligte Betten), die BewohnerInnen mit psychischen Erkrankungen aber in den Pflegeheimen blieben. Auskunft des Referats Pflegemanagement der Abteilung 8 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung vom 9. Juli 2020.

⁵⁵ 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 (SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung 2017 – LEVO-SHG 2017), idGF vom 11.3.2020

⁵⁶ 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 (SHG-Leistungs- und Entgeltverordnung 2017 – LEVO-SHG 2017), idGF vom 2.7.2020

Beispiele werden folgende Erkrankungen angeführt: Schizophrenie, Intelligenzminderung (Oligophrenie), organische oder psychiatrische Störungen nach chronischem Suchtmittelmissbrauch, bipolare Störungen, hirnorganische Psychosyndrome, Depressionen, Wahnerkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Bei altersbedingten demenziellen Erkrankungen, einer akuten Suchterkrankung, einem Mini Mental State Examination-Wert unter 17 im Screening oder nur vorübergehenden, täglichen, kurzfristigen Stimmungsschwankungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die in Ausprägungsgrad und Intensität nicht als psychiatrische Erkrankung zu werten sind, wird kein Psychatriezuschlag zuerkannt.

Grundsätzlich ist in der Anlage 2, dem Entgeltkatalog zur LEVO-SHG, festgehalten, dass sich das tägliche Entgelt je Bewohnerin und Bewohner aus der Abgeltung für die Erbringung von Grundleistungen und dem jeweiligen Pflegezuschlag oder Psychatriezuschlag zusammensetzt. Der Psychatriezuschlag beträgt seit 01.09.2022 bei einer Pflegegeldstufe bis einschließlich Stufe 6 täglich 96,32 € und bei Vorliegen einer Pflegegeldstufe 7 101,01 €. Das entspricht dem Pflegezuschlag der Stufen 6 und 7 und bedeutet daher für die jeweilige Einrichtung einen monetären Mehrwert, wenn der Bewohner oder die Bewohnerin eine Pflegegeldstufe 1 bis inkl. Stufe 5 hat, ab der Stufe 6 sind Bewohner und Bewohnerinnen mit einer psychiatrischen Diagnose anderen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern gleichgestellt.⁵⁷

Der Psychatriezuschlag wurde im Juli 2007 eingeführt. Durch die Einführung des Psychatriezuschlages konnten auch Personen mit psychiatrischen Zustandsbildern, für welche in Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Kapazitäten vorhanden waren, in Pflegeheimen aufgenommen werden. Ziel der finanziellen Mehrleistung ist die bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterbringung inklusive der entsprechenden krankheitsbildadäquaten Förderung.

Vom Rechnungshof wurde im Bericht zu den psychosozialen Angeboten in den Ländern Salzburg und Steiermark kritisiert, dass die Qualitätsanforderungen an Pflegeheime im Vergleich zu psychosozialen Angeboten der Behindertenhilfe deutlich niedriger waren. (Rechnungshof 2019) Aus Sicht des Rechnungshofes ist die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pflegeheimen nur dann zweckmäßig, wenn der Pflegebedarf gegenüber der psychischen Beeinträchtigung im Vordergrund steht.

2.2.2 Akutstationäre psychiatrische Versorgung

Als überlange Belagsdauer ist hier definiert, wenn eine Patientin oder ein Patient als grundsätzlich entlassungsfähig galt, aufgrund fehlender adäquater sozialpsychiatrischer Wohnangebote im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt aber eine Entlassung nicht möglich war.

Da die Zielgruppe mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Krankenhausaufenthalt an der Abteilung für Psychiatrie am LKH Graz II, Standort Süd hatte, wurde von einer Auswertung aller Krankenhausaufnahmen mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose bei der Entlassung in allen anderen steirischen Krankenanstalten Abstand genommen. Analysiert wurden der K-Dok-Datensatz aus den Jahren 2017 und 2018 sowie eine KAGES-interne Erhebung zur fehlenden poststationären Betreuung. Beim K-Dok-Datensatz wurden jene Aufenthalte im LKH Graz II, Standort Süd, quantifiziert, bei welchen als Entlassungsgrund eine F-Diagnose dokumentiert wurde.

2018 wurden 4.512 Fälle aufgrund einer F-Diagnose stationär behandelt, darunter waren 127 Nulltages-Fälle. Der Mittelwert der Verweildauer lag 2018 bei 18,1 Tagen, der Median bei 13 Tagen. 217 Aufenthalte waren länger als 52 Tage und damit beinhalteten sie einen Anteil an Tagen, die nach dieser Definition aufgrund fehlender adäquater Angebote außerhalb der stationären Akutversorgung zustande kamen. Wahrscheinlich entspricht diese Zahl nicht exakt jener betroffenen Patientinnen und Patienten, da die Aufenthalte in der Datenquelle nicht bestimmten Personen zugeordnet werden konnte und eine Person mehr als einen Aufenthalt pro Jahr haben könnte.

⁵⁷ Pflegezuschläge: 16,07 € bei PG-Stufe 1, 23,25 € bei PG-Stufe 2, 41,46 € bei PG-Stufe 3, 61,07 € bei PG-Stufe 4, 74,42 € bei PG-Stufe 5, 90,74 € bei PG-Stufe 6 und 96,10 € bei PG-Stufe 7

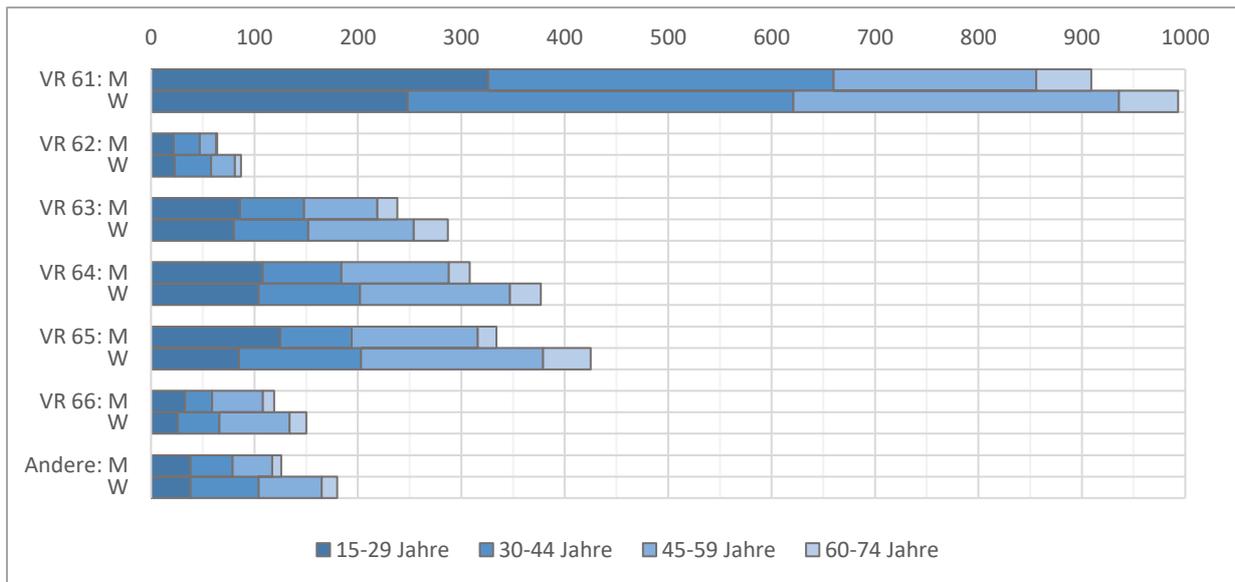


Abbildung 13: quellbezogene Betrachtung (nach Wohnort) der Aufenthalte aufgrund einer F-Diagnose im LKH Graz II, Standort Süd, 2018

Aus der zweiten Datenquelle, der KAGES-internen Erhebung zur fehlenden poststationären Betreuung geht hervor⁵⁸, dass bei 34 Patientinnen und Patienten der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie und der Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie am LKH Graz II, Standort Süd, die Entlassung, die in den meisten Fällen für das erste Quartal 2019 geplant war, aufgrund einer fehlenden poststationären Betreuung nicht zeitnahe erfolgen konnte. In 18 Fällen wurde der Einzug in ein Pflegeheim als geeignete nachfolgende Versorgungsform erachtet. Für 3 Personen wurde nach einem Platz in einer Einrichtung mit einem Demenz-Schwerpunkt gesucht, eine Person erhielt nach dem Aufenthalt eine 24-Stunden-Betreuung, eine Person erhielt nach der Entlassung mobile Betreuung und Pflege und eine Person wurde aufgrund eines schlechten Allgemeinzustandes in ein anderes Krankenhaus transferiert. Eine Person ist im Krankenhaus verstorben und eine Patientin oder ein Patient lehnte die Aufnahme in eine betreute Einrichtung ab. Außerdem wurde bei 8 Personen dokumentiert, dass ein spezifischer Platz entsprechend der jeweiligen Diagnose benötigt werden würde.

2.2.3 Psychiatrische Familienpflege

Bei der psychiatrischen Familienpflege⁵⁹ (PFP) handelt es sich um eine dauerhafte Wohnversorgung für psychisch erkrankte Personen und/oder Menschen mit kognitiver Behinderung. Die Klientinnen und Klienten sollen am täglichen Leben im Familienverband, in den sie eingegliedert werden, teilhaben. Ein weiteres definiertes Ziel ist auch die Zurückfindung zu einer relativ selbständigen Lebensführung.

Zur Zielgruppe zählen Menschen, die eine akute psychische Erkrankung überwunden haben und Unterstützung bei der Orientierung im Alltag sowie bei der Findung von Lebenszielen benötigen und für welche eine stationäre Pflegeeinrichtung ein Überangebot darstellt, da sie im Wesentlichen einer adäquaten Wohnversorgung bedürfen. Die Eingebundenheit in ein gemeindepsychiatrisches Betreuungsverbundsystem, die Kooperation mit psychiatrischen Kliniken und extramuralen Einrichtungen (psychosozialen Zentren, tagesstrukturierenden Einrichtungen, arbeitsrehabilitativen

⁵⁸ Die Erhebung fand im ersten Quartal 2019 statt

⁵⁹ In entsprechenden Konzepten wird die psychiatrische Familienpflege auch unter der Bezeichnung des psychiatrisch begleiteten Wohnens in Familien (PbWF) geführt

Einrichtungen und dergleichen) wie auch mit niedergelassenen Ärzten und PsychotherapeutInnen stellt eine Grundlage des Betreuungskonzeptes dar.

Die rechtliche Grundlage für diese Betreuungsform bildet die §§ 17 ff im StPHG⁶⁰. Grundsätzlich handelt es sich um eine Laienpflege gegen finanzielle Entschädigung, daher sind eine spezielle Ausbildung, Vorkenntnisse oder Vorerfahrungen mit psychisch kranken Menschen von Gesetzes wegen nicht erforderlich. Auch im § 17c des StPHG werden lediglich die körperliche und geistige Eignung für die Tätigkeit angeführt und keine weiteren Qualifikationen eingefordert. Zur Unterstützung der Begleitfamilien erfolgen regelmäßige Besuche durch ein multiprofessionelles Team.⁶¹

2.2.3.1 Strukturmerkmale und Inanspruchnahme

Das Team der psychiatrischen Familienpflege ist am LKH Graz II, Standort Süd, organisatorisch und formal angebunden. Geleitet wird das Team von einem Facharzt für Psychiatrie. Weitere Teammitglieder sind eine klinische Psychologin und Psychotherapeutin sowie vier psychiatrische diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Die Aufgaben des Teams bestehen in der Identifizierung von geeigneten Gastfamilien für Personen mit psychiatrischen Erkrankungen und in der Begleitung und Unterstützung dieser Familien und ihrer Klientinnen und Klienten durch regelmäßige Besuche. Diese Besuche finden in den ersten 1 bis 2 Jahren wöchentlich statt, danach gibt es 14-tägige und schließlich monatliche Intervalle zwischen den Besuchen der betreuten Personen bei den Gastfamilien.

Am 31.12.2021 lebten in den 57 Einrichtungen der psychiatrischen Familienpflege 69 Klientinnen und Klienten. Zu diesem Stichtag waren 94 Plätze bewilligt, die Auslastung lag also bei 73,4 %.

Durch die relativ langen Aufenthaltsdauern haben die bestehenden psychiatrischen Familienpflegeplätze wenig Dynamik in der Versorgungswirksamkeit. Durchschnittlich werden durch Veränderungen der Bedarfe der betroffenen Personen oder dadurch, dass betreute Personen versterben, pro Jahr zwischen 3 und 6 Plätze frei. Allerdings sind nicht alle Gastfamilien bereit, wieder Personen mit psychiatrischen Erkrankungen bei sich aufzunehmen. In den letzten 3 Jahren wurden von betroffenen Personen bzw. deren Angehörigen jährlich zwischen 10 und 15 Anfragen auf einen psychiatrischen Familienpflegeplatz gestellt. Für etwa die Hälfte dieser Personen konnte kein geeigneter Platz in der PFP gefunden werden.

Wie in der folgenden Abbildung ersichtlich ist, lebt ein Großteil der über die psychiatrische Familienpflege betreuten Menschen in den Bezirken Leibnitz (44,7 %), Südoststeiermark (25,0 %) und Deutschlandberg (15,8 %). Weitere Einrichtungen befinden sich in Voitsberg, Hartberg-Fürstenfeld, Murtal und Graz-Umgebung.

Aus der quellbezogene Betrachtung (linke Seite der Abbildung) ist jedoch ersichtlich, dass - obwohl die meisten Klientinnen und Klienten (18,4 %) aus Leibnitz stammen - Personen aus allen steirischen Bezirken in psychiatrischen Familienpflegeplätzen betreut werden und 5,3 % der Klientinnen und Klienten nicht aus der Steiermark stammen.

⁶⁰ Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen (Stmk. Pflegeheimgesetz 2003 – StPHG 2003); idGF vom 9.3.2020

⁶¹ Quelle: Leistungsbeschreibung der psychiatrischen Familienpflege (PFP), 2018

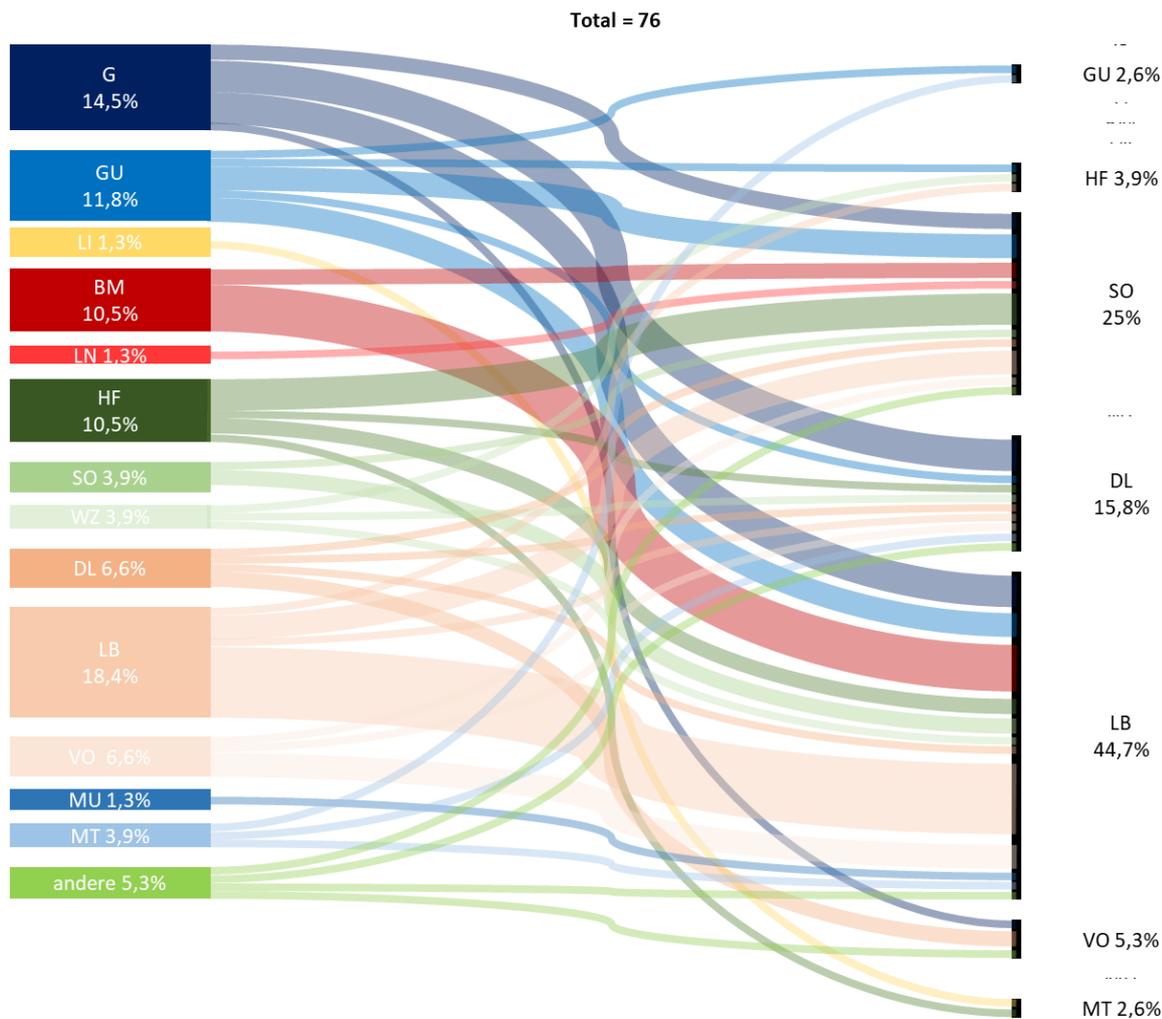


Abbildung 14: Klientinnen und Klienten der psychiatrischen Familienpflegeplätze, am 31.12.2018, quell- und zielbezogen

Die Betrachtung der Zahlen zur Inanspruchnahme zeigt deutlich, dass dieses Angebot regional nicht flächendeckend vorhanden ist. Außerdem kann aus der Ablehnung der Hälfte der Anfragen trotz einer geringen Auslastung daraus geschlossen werden, dass es herausfordernd ist, passende Familien zu den Bedarfen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten zu finden.

Neben diesen quantitativen Auswertungen wurden im Rahmen von Gesprächen Handlungsbedarfe deutlich, die die qualitative Ausgestaltung dieser Betreuungsform betreffen. So ist an manchen Pflegeplätzen ein Familienmitglied zugleich auch die Erwachsenenvertretung von Klientinnen und Klienten, was zu Interessenskonflikten führen kann.

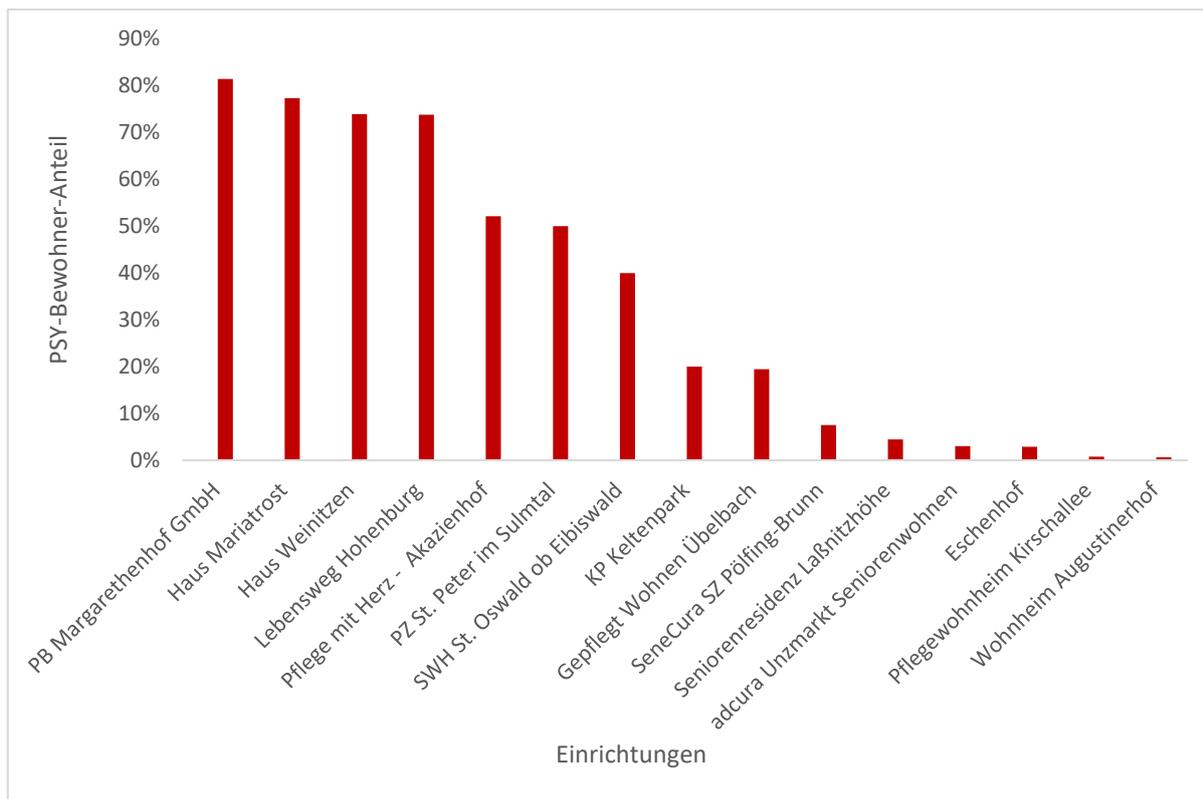


Abbildung 15: Anteil der Personen mit Psychiatriezuschlag an allen Bewohnerinnen und Bewohnern nach Pflegeheim 2021

2.3 Stichprobenerhebung in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag

2.3.1 Kritik des Rechnungshofs

Der Rechnungshof hielt in seinem Bericht 2019⁶² 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. 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.⁶³ Der RH kritisierte, dass die strukturellen Anforderungen an Pflege mit Psychiatriezuschlag vergleichsweise gering waren und dass Funktion, Ziel und Zielgruppe sowie die grundsätzliche Positionierung von Pflegeheimen im psychiatrischen Versorgungssystem nicht definiert waren.⁶⁴

Nach Ansicht des Rechnungshofs war die Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Pflegeheimen nur dann zweckmäßig, wenn der Pflegebedarf gegenüber der psychischen Beeinträchtigung überwog. Er 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.⁶⁵ Der RH empfahl dem Land Steiermark, im Zuge der bedarfsorientierten Weiterentwicklung des psychosozialen Leistungsangebots eine Alternative zur Unterbringung psychisch beeinträchtigter Menschen in Pflegeheimen zu schaffen.⁶⁶

⁶² Vgl. dazu Bericht des Rechnungshofs (2019), *Psychosozialen Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark, Reihe Steiermark 2019/2, Rechnungshof GZ 004.554/009-PR3/19, S 56 ff, insbesondere Kapitel 24.2 und 24.3, S 58, 59*

⁶³ Vgl. dazu Bericht des Rechnungshofs (2019), 24.1 (3), S 58.

⁶⁴ Vgl. dazu Bericht des Rechnungshofs (2019), 24.2 (1), S 58.

⁶⁵ Vgl. dazu Bericht des Rechnungshofs (2019), 24.2 (2), S 58.

⁶⁶ Vgl. dazu Bericht des Rechnungshofs (2019), 24.2 (3), S 59.

In einer Stellungnahme des Landes Steiermark teilte es die Empfehlung des RH, wonach die Versorgung psychisch kranker Personen in einem Pflegeheim nur dann stattfinden sollte, wenn der Pflegebedarf die Notwendigkeit einer Pflegeheimversorgung impliziert. 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. Weiters verwies das Land Steiermark neuerlich auf den gegenständlichen Bedarfs- und Entwicklungsplan Sozialpsychiatrie. Die Realisierung der entwickelten Maßnahmen bzw. Handlungsgrundlagen sei aber von einer entsprechenden budgetären Bedeckung abhängig.⁶⁷

2.3.2 Begutachtungen von Menschen in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag

Ausgehend von der Kritik des Rechnungshofs wurde in Zusammenarbeit der Abteilungen Soziales und Gesundheit unter Einbindung der jeweiligen Gutachterinnen und Gutachtern eine stichprobenhafte Begutachtung von derzeit in Pflegeheimen mit PSY-Zuschlag untergebrachten Personen durchgeführt. Die Stichprobenziehung erfolgte durch das Planungsinstitut EPIG, das von der Datenbasis der Pflegeheimstatistik ausging. Von allen Personen, für die zum Stichtag (31.12.2018) ein Psychiatriezuschlag bezogen wurde, wurden jene mit Pflegegeldstufe 4 oder höher, jene die zum Zeitpunkt des Eintritts in die Einrichtung 60 Jahre oder älter waren und jene, die durch die Bundesverwaltung finanzierte forensische Personen waren, abgezogen. Aus den verbleibenden 226 Personen wurde eine nach Geschlecht, Altersgruppe, Pflegegeldstufe und Einrichtungen geschichtete Stichprobe gezogen. Da für die Gutachter der Abteilung 11 aber nicht das Alter zum Zeitpunkt des Eintritts in die Einrichtung entscheidend war, sondern jenes zum Zeitpunkt der Begutachtung⁶⁸, wurde eine Stichprobenerweiterung durchgeführt. Personen obiger Stichprobe, die aktuell über 60 Jahre alt waren (11), wurden durch 14 Personen unter 60 Jahren ersetzt. Diese Personen wurden nur von den Gutachterinnen und Gutachtern des IHB-Teams begutachtet, die aktuell über 60 Jahre alten Personen nur vom Team der Abteilung 8 (Referat Pflegemanagement). Methodisch handelte es sich bei dieser Stichprobenerweiterung um eine reine Zufallsauswahl. Insgesamt 23 Personen wurden von beiden Teams unabhängig voneinander begutachtet.

Dabei ist festzuhalten, dass die Begutachtungen beider Abteilungen unterschiedliche Fragestellungen untersuchten und deshalb nicht direkt vergleichbar sind. Die Untersuchungsergebnisse beschreiben die untersuchten Sachverhalte aus Sicht der jeweils unterschiedlichen Kompetenzen und Aufgaben der Abteilungen 8 und 11.

Dabei standen aus der Sicht der Abteilung 8 folgende Fragestellungen im Fokus:

1. *Ist die bedarfsgerechte Versorgung von Person X im Pflegeheim mit Psychiatriezuschlag adäquat, d.h. passen die institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungsmöglichkeiten und Strukturen zum individuellen Bedarf? a. Rechtfertigt der pflegerische Bedarf einen Verbleib im Pflegeheim? b. Werden über den Psychiatriezuschlag für die psychiatrischen Problemstellungen hinreichend therapeutische Maßnahmen angeboten?*
2. *Wenn nein, welche Bedarfe hat die Person bzw. welche Verhaltensweisen zeigt sie (z.B. aktiver Nachtdienst, Fremd- und Selbstgefährdung etc.), die im Pflegeheim nicht abgedeckt werden können?*

⁶⁷ Vgl. dazu Bericht des Rechnungshofs (2019), 24.3 (1), S 59.

⁶⁸ Der Rechnungshof geht davon aus, dass Personen mit einer Pflegegeldstufe kleiner 4 und einem Alter unter 60 Jahren in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag potentiell fehlplatziert sind. Da eine Betrachtung der Personen aber nur für den aktuellen Zeitpunkt und nicht rückwirkend erfolgen kann, musste das aktuelle Alter der Zielgruppe unter 60 Jahren sein.

3. Warum können diese Bedarfe im Pflegeheim nicht gedeckt werden? (z.B. weil das Pflegeheimgesetz bzw. die LEVO-SHG diese Leistungen überhaupt nicht vorsieht, oder weil dieses spezielle Pflegeheim diese Leistungen nicht erbringt etc.)

Aus Sicht der Abteilung 11 waren es diese Fragestellungen:

1. Weist die begutachtete Person eine Behinderung im Sinne des § 1a StBHG⁶⁹ auf?
2. Welche Bedarfe hat die Person aus Sicht des StBHG?
3. Wie könnten diese Bedarfe im Rahmen der LEVO-StBHG bzw. des StBHG gedeckt werden?
- 4.a Ist die bedarfsgerechte Versorgung von Person X im Rahmen der LEVO- bzw. Sonderleistungen sinnvoll, d.h. passen die institutionellen Rahmenbedingungen, Handlungsmöglichkeiten und Strukturen zum individuellen Bedarf? a. Wenn ja, welche bereits existierenden Leistungen (LEVO- und Sonderleistungen) sind angezeigt und warum?
- 4.b Wenn nein, welche Bedarfe hat die Person (z.B. aktiver Nachtdienst, Fremd- und Selbstgefährdung, Suchterkrankung bei der die Abhängigkeit im Vordergrund steht, schwere intellektuelle und körperliche Beeinträchtigung, Mehrfachbeeinträchtigung etc.) und warum können Sie nicht gedeckt werden (z.B. weil das StBHG diese Leistungen überhaupt nicht vorsieht/ermöglicht, oder weil es keine adäquate Leistung gibt)?

Ergebnisse der Begutachtung durch die Sachverständigen der Abteilung 8:

- Insgesamt 82% (28 von 34) der begutachteten Personen sind im Pflegeheim adäquat untergebracht.
- Bei 62% (21 von 34) der begutachteten Personen rechtfertigt schon der pflegerische Bedarf einen Verbleib im Pflegeheim mit Psychiatriezuschlag.
- Weiters kommen die GutachterInnen der A8 zum Ergebnis, dass bei 79% (27 von 34) hinreichende therapeutische Maßnahmen über den PSY-Zuschlag angeboten werden.
- Demnach werden für 21% (7 von 34) der Fälle nicht hinreichend therapeutische Maßnahmen angeboten. Der Hauptgrund für die nicht adäquate Unterbringung liegt lt. den pflegefachlichen Gutachten vor allem bei fehlenden räumlichen und personellen (zu wenig ausreichend qualifiziertes Personal) Voraussetzungen.

Ergebnisse der Begutachtung durch die Sachverständigen der Abteilung 11:

- Die Frage, ob die individuellen Bedarfe im Rahmen der LEVO bzw. des StBHG gedeckt werden können, wurde bei 22% (8 von 37) mit „Nein“ beantwortet.
- Bei 97% der Personen (36 von 37) wurde festgestellt, dass sie (derzeit) nicht in der Lage sind, selbstständig zu wohnen.
- Bei 35% (13 von 37) wurde festgestellt, dass sie einen aktiven (pflegerischen oder pädagogischen) Nachtdienst benötigen bzw. in schwierigen Phasen einen aktiven Nachtdienst benötigen. Bei 24 Personen wurde festgehalten, dass sie keinen aktiven Nachtdienst benötigen.
- Bei 97% der Personen (36 von 37) wurde festgestellt, dass sie nicht arbeitsfähig sind. Der Großteil bezieht eine (unbefristete) Invaliditätspension.

Hinsichtlich des persönlichen Veränderungswunsches der befragten Personen gab es eine große Anzahl von spontanen Rückmeldungen:

- Elf Personen (30%) gaben explizit an, keine Änderung der derzeitigen Betreuungssituation zu wünschen.
- Zwei Personen gaben an, eine Veränderung zu wünschen.
- Eine Person bekundete Interesse hinsichtlich einer Veränderung.
- Eine Person gab an, gerne näher bei den Eltern sein zu wollen.

⁶⁹ Gesetz vom 10. Februar 2004 über Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung (Steiermärkisches Behindertengesetz – StBHG), idGF vom 9.3.2020

- Bei einer Person wird der Veränderungswunsch von einem Gericht geprüft.
- Von 4 Personen wurde ein Veränderungswunsch kundgetan (eigene Wohnung etc.); es besteht aber Zweifel, ob dieser Wunsch umsetzbar ist.
- Bei 17 Personen (46%) gab es diesbezüglich keine Informationen. Zusätzlich wurde von den Sachverständigen jedoch praktisch in jedem Fall angemerkt, dass plötzliche und nicht gut begleitete Veränderungsprozesse zu einer psychischen Destabilisierung führen können und dies zu vermeiden ist. Entscheidend sei jedenfalls der persönliche Veränderungswunsch.

Somit ergibt sich zusammenfassend, dass bei 62% der begutachteten Personen bereits der pflegerische Bedarf einen Verbleib im PSY-PH rechtfertigt. Somit könnten 38% auch in anderen Einrichtungen versorgt werden. Legt man diesen Prozentwert auf die Grundgesamtheit von 226 Personen um, dann ergibt sich ein potentieller Bedarf von bis zu 86 Plätzen für die Überführung von derzeit in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag betreuten Personen.

3 Strukturanalyse

Am 1.1.2018 lebten in der Steiermark 1.240.214 Personen, am 1.1.2019 waren es 1.243.052, am 1.1.2022 dann 1.252.922.⁷⁰ 2025 werden es laut Bevölkerungsprognose 1.256.197 sein.⁷¹ Die Bevölkerung wächst demnach von 2017 bis 2025 um 1,3 Prozent, von 2021 bis 2025 um 0,3 Prozent. Vier der sieben steirischen Regionen werden von 2017 bis 2025 allerdings einen Rückgang zwischen 1,6 und 3,7 Prozent verzeichnen. Davon betroffen sind neben der Südoststeiermark die drei obersteirischen Regionen Liezen, Obersteiermark Ost und Obersteiermark West. In den Regionen Oststeiermark und Südweststeiermark wird die Bevölkerungszahl bis 2025 wachsen. Am stärksten wächst der der Steirische Zentralraum. Am 01.01.2017 lebten hier 490.566 Personen. Für 2025 werden 512.532 Personen prognostiziert. Das entspricht einem Zuwachs von 4,5 Prozent.

Auch vom 1.1.2022 bis 2025 werden vier Regionen einen Rückgang verzeichnen: Liezen -1,0 Prozent, die Obersteiermark Ost -1,7 Prozent, die Obersteiermark West -1,8 Prozent und die Südoststeiermark -0,5 Prozent. Wachsen werden die Oststeiermark um 0,1 Prozent, die Südweststeiermark um 0,2 Prozent und der Zentralraum um 1,7 Prozent.

Die Altersstruktur der Bevölkerung wird sich verändern. Am 1.1.2018 lebten in der Steiermark 248.821 Personen, die 65 Jahre oder älter waren. Bis 2025 werden es 280.420 Personen sein, also um 12,7 Prozent mehr. Leicht gegenläufig entwickeln sich die Zahlen in den jüngeren Altersgruppen. 2025 werden in der Steiermark um 3,8 Prozent weniger Personen, die jünger als 30 Jahre alt sind, leben als 2017. 30- bis 59-Jährige wird es um 0,4 Prozent mehr geben.

Am 1.1.2022 lebten in der Steiermark 263.447 Personen, die 65 Jahre oder älter waren, bis 2025 werden es um 6,4 Prozent mehr sein. Jünger als 30 Jahre werden dann um 2,2 Prozent weniger sein, 30- bis 59-Jährige wird es um 0,7 Prozent weniger geben.

⁷⁰ Quelle: Statistik Austria; Bearbeitung: Landesstatistik Steiermark.

⁷¹ Alle folgenden Angaben dieses Kapitels – Quelle: Landesstatistik Steiermark und ÖROK-Regionalprognose 2018.

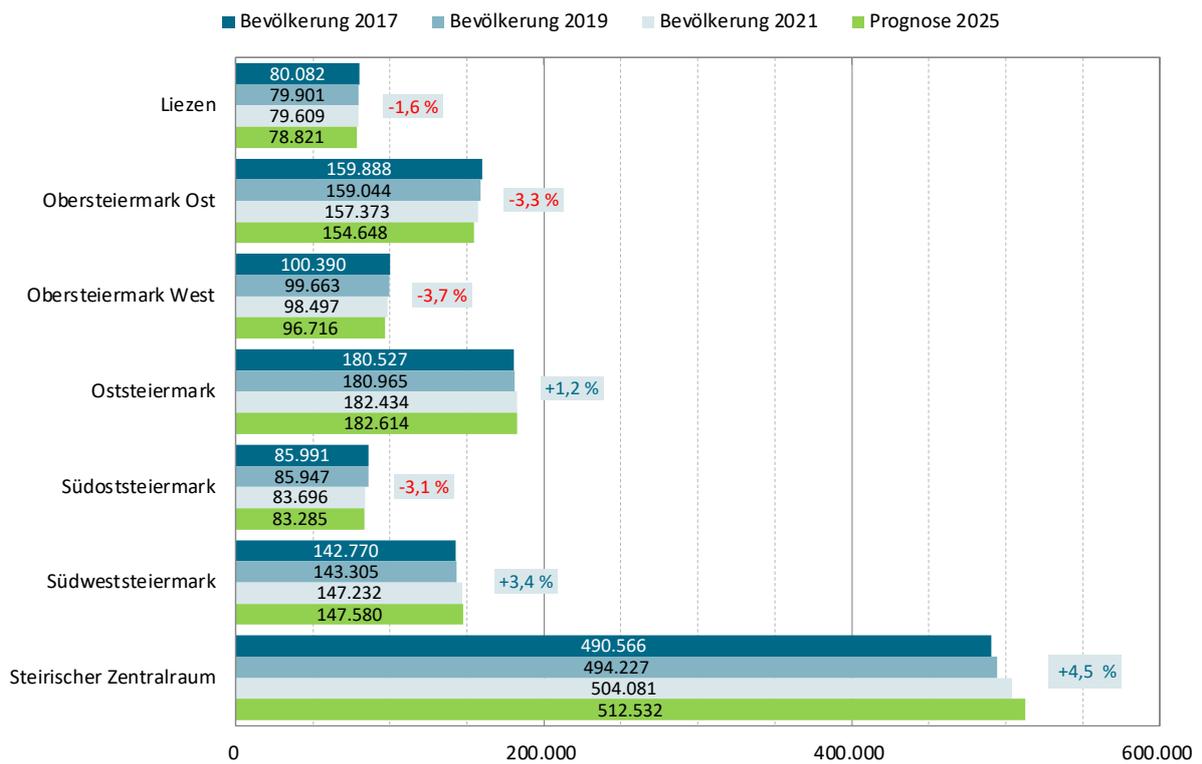


Abbildung 16: Regionale Verteilung der steirischen Bevölkerung am 01.01.2018, 01.01.2019, 01.01.2022 und Prognose 2025 je Region und die jeweilige Veränderung (in Prozent der Bevölkerung 2017)

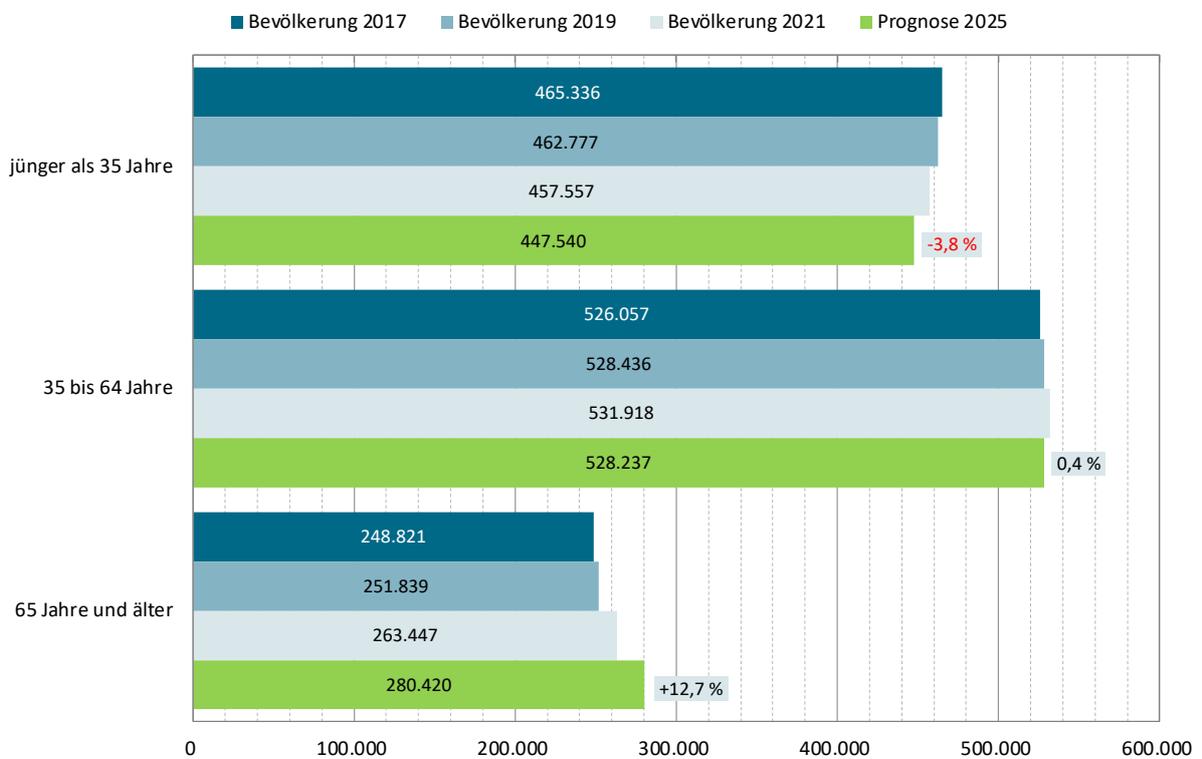


Abbildung 17: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung am 01.01.2018, 01.01.2019, 01.01.2022 und Prognose 2025 je Altersgruppe und die jeweilige Veränderung (in Prozent der Bevölkerung 2017 je Altersgruppe)

In der folgenden Abbildung ist die Veränderung der Altersstruktur von 2017 bis 2025 dargestellt. Zum Stichtag 2017 lebten in der Steiermark am meisten 45- bis 54-Jährige. In der Abbildung wandert dieser Gipfel der Alterskurve mit der Prognose nach rechts. 2025 wird es dann in der Folge am meisten Personen in der Altersgruppe „55 bis 64 Jahre“ geben. Die 2017 zweitstärkste Altersgruppe wandert ebenfalls nach rechts - das erklärt die Gesamtzunahme von 12,7 Prozent in der Altersgruppe über 65 Jahre.

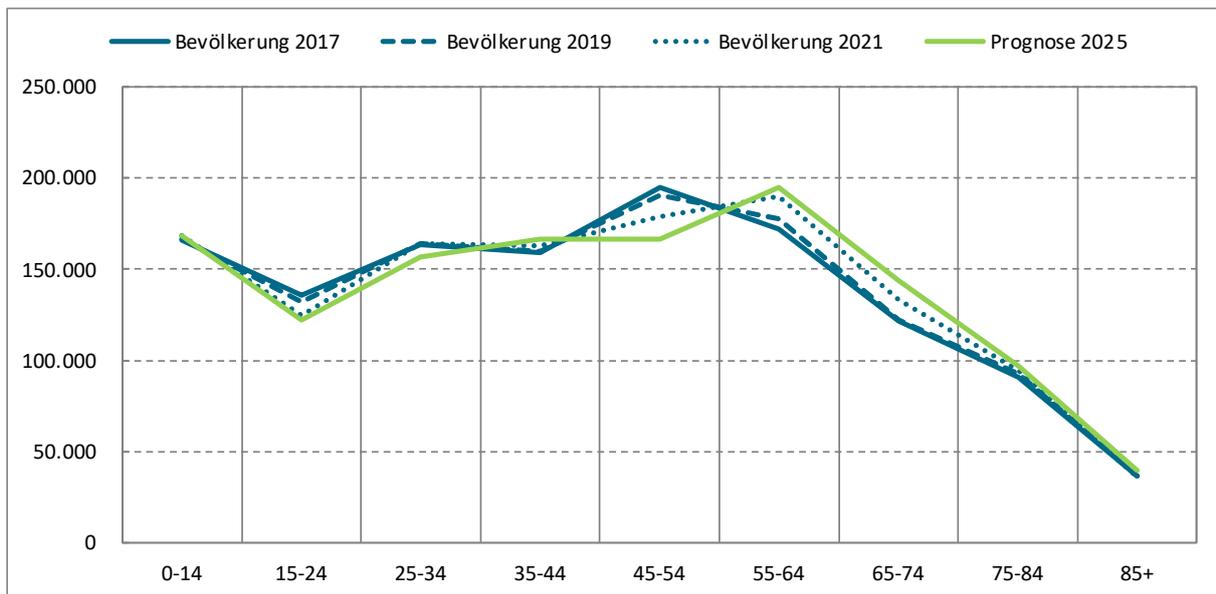


Abbildung 18: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung am 01 01 2018, 01 01 2019, 01 01 2022 und Prognose 2025

Dass der Gipfel der Alterskurve 2017 bei den 45- bis 54-Jährigen liegt, trifft auf alle steirischen Regionen außer den Steirischen Zentralraum zu. Wie in der folgenden Abbildung ersichtlich ist, verlaufen die Kurven in diesen sechs Regionen ähnlich. Das heißt, dass die Bevölkerung in diesen Regionen eine einigermaßen vergleichbare Altersstruktur aufweist.

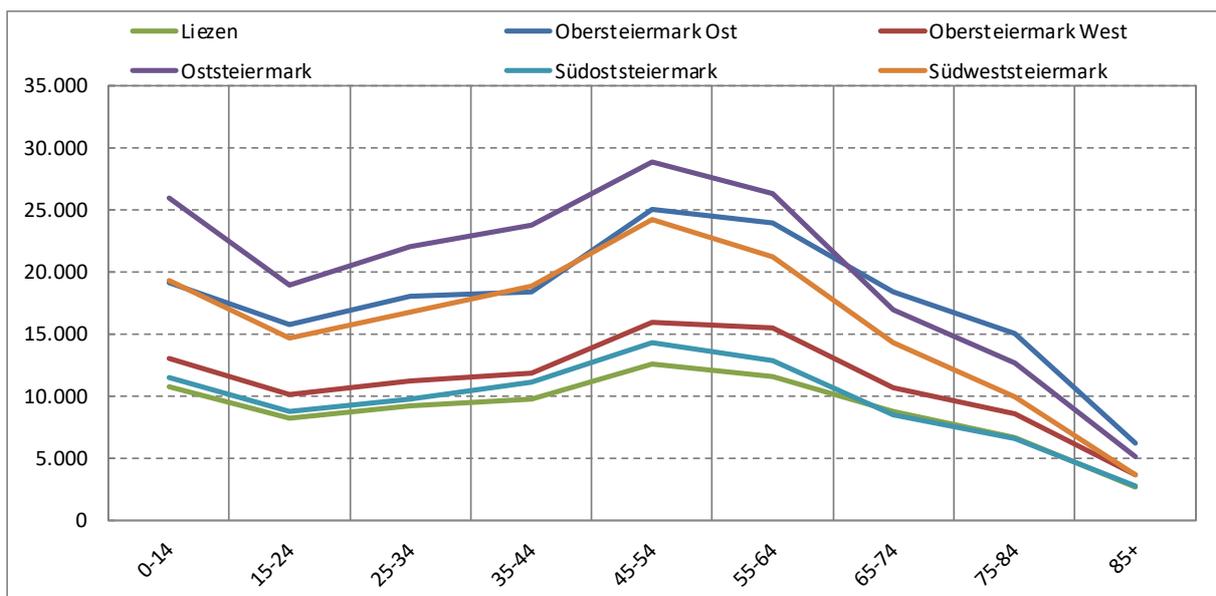


Abbildung 19: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung am 01 01 2018 nach Regionen

Werden die sechs Regionen ohne den Steirischen Zentralraum betrachtet (siehe folgende Abbildung), dann tritt die eingipflige Verteilung noch deutlicher hervor. Die Kurve der Prognose 2025 macht die deutliche Zunahme der älteren Bevölkerung ab 55 deutlich und zeigt einen teilweise starken Rückgang bei den jüngeren Gruppen.

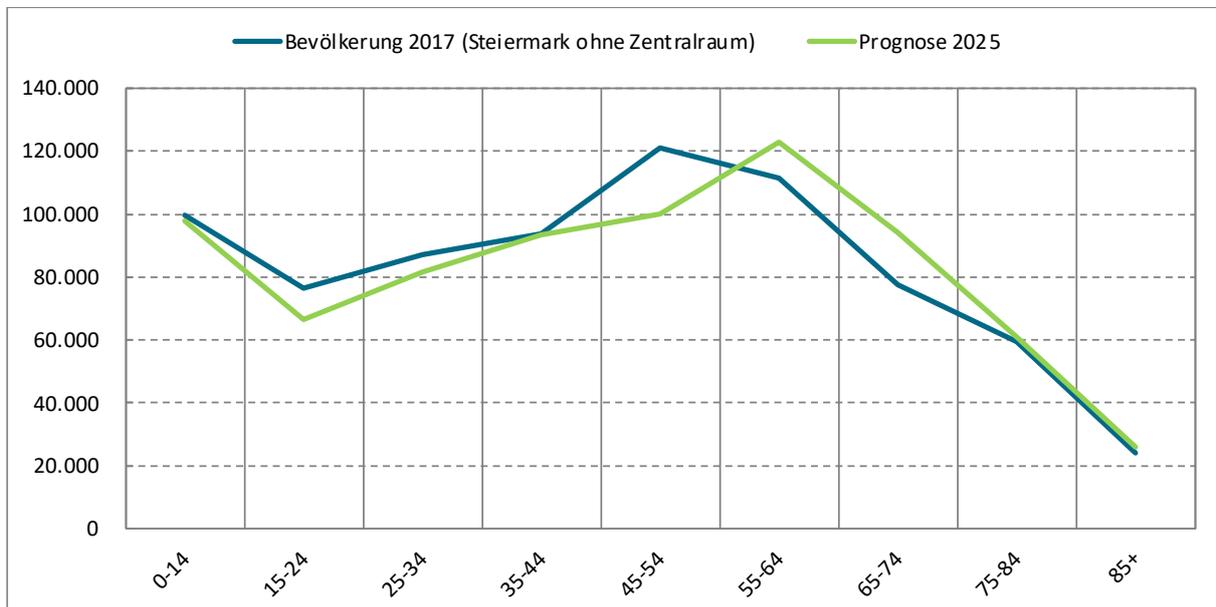


Abbildung 20: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung ohne die Region Steirischer Zentralraum am 01.01.2018 und Prognose 2025 je Altersgruppe

Im Steirischen Zentralraum zeigt sich ein anderes Bild. Hier gibt es zwei Gipfel in der Alterskurve – einen bei den 45- bis 54-Jährigen und einen zweiten, noch etwas höheren, bei den 25- bis 35-Jährigen (siehe folgende Abbildung). Auch hier errechnet die Prognose eine Zunahme der älteren Bevölkerung ab 55, die jüngeren Altersgruppen bleiben aber in Summe stabil.

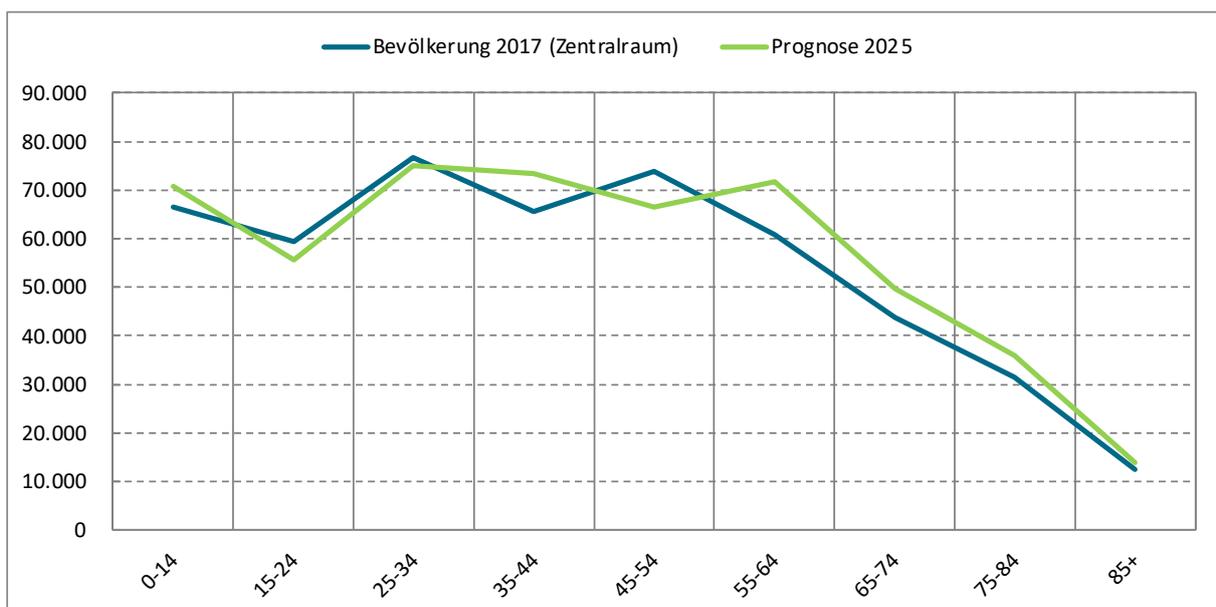


Abbildung 21: Altersstruktur der Bevölkerung in der Region Steirischer Zentralraum am 01.01.2018 und Prognose 2025 je Altersgruppe

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in der Steiermark in den kommenden Jahren regional unterschiedliche Entwicklungen geben wird. Während vor allem die Regionen im Norden der Steiermark mit Bevölkerungsrückgängen konfrontiert sind, wird die Bevölkerung im Steirischen Zentralraum wachsen. Die Anzahl an Personen, die 55 Jahre oder älter sind, wird in allen steirischen Regionen steigen. Die jüngere Bevölkerung wird dagegen in allen Regionen außer dem Steirischen Zentralraum abnehmen.

Die Bedarfsentwicklung der steirischen sozialpsychiatrischen Behindertenhilfe ist allerdings nicht direkt proportional an die dargestellte Bevölkerungsentwicklung gekoppelt. Hier spielen externe Einflussfaktoren (siehe das Kapitel zu den bedarfsrelevanten Einflussfaktoren und ihre Gewichtung) und auch die methodische Planung eine Rolle. Wie bereits beschrieben sehen die Planungswerte des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) bis zu sieben Wohnplätze und bis zu fünf Plätze für arbeitsintegrative Maßnahmen pro 10.000 EinwohnerInnen vor.

Das Bevölkerungswachstum von 2017 bis 2025 beträgt insgesamt 15.983, vom Stichtag 2021 bis 2025 12.708. Geht man also nur von einer wachstumsinduzierten Bedarfszunahme aus, dann werden für die gesamte Steiermark von 2021 bis 2025 zusätzlich 9 Plätze in stationären Einrichtungen und 6 in teilstationären Einrichtungen vorzusehen sein. Dazu müssen aber die regional unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklungen berücksichtigt werden, weil sie den Strukturbedarf entsprechend beeinflussen. So wird der steirische Zentralraum deutlich wachsen und die obersteirischen Regionen werden schrumpfen.

4 Bedarfs- und Entwicklungsplanung

Der vorliegende Bedarfs- und Entwicklungsplan hat mit seinem quantitativen Planungsteil die stationären und teilstationären Leistungen zum Gegenstand, weil diese Leistungen einer Bewilligung durch das Land unterliegen. Außerdem benötigen diese beiden Leistungsformen Infrastrukturen der Trägerorganisationen, die kurzfristig nicht flexibel an den quantitativen Bedarf angepasst werden können. Dazu kommt ihre budgetäre Bedeutung.

Hier soll auch darauf hingewiesen werden, dass ausreichende Versorgungs-, Infrastruktur- und Unterstützungsangebote des Pflege- und Gesundheitsbereichs eine hohe planungsrelevante Bedeutung für das System der Behindertenhilfe haben. Sie bestimmen, in welchem Ausmaß psychische Erkrankungen wirkungsvoll und rechtzeitig behandelt werden können, damit sie sich in der Folge nicht zu chronischen psychischen Behinderungen entwickelt. Unter stationären Leistungen sind die Leistungsarten WH PSY (vollzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen), TZW PSY (teilzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen) und SPWG PSY (betreute Wohngemeinschaft für psychisch beeinträchtigte Menschen) zu verstehen, unter teilstationär die Leistungsart BT PSY (Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen).

Die mobile sozialpsychiatrische Betreuung (MS BET PSY) hat höchste Bedeutung für die Umsetzung der sozialpsychiatrischen Behindertenhilfe, indem sie vor allem den gesamten Bereich des freien Wohnens (Familienpflege und Wohngemeinschaften mit Betreuung, freies Wohnen mit Betreuung) ermöglicht und somit das Gebot der Deinstitutionalisierung bedarfs- und bedürfnisgerecht umsetzt. Die zentrale Bedeutung dieser Leistung wurde bereits im Bedarfs- und Entwicklungsplan 2013 gesehen (BEP 2013, S. 26), diese Versorgungsschiene wurde jedoch - auch aufgrund der damaligen Datenlage - nicht weiter berücksichtigt (ebenda, S. 13). Weiters ist in Hinblick auf die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention festzuhalten, dass diese im Allgemeinen und der Artikel 19 (Selbstbestimmtes Leben und Inklusion in der Gemeinschaft) im Besonderen, seit dem Jahr 2013 zusehends an Bedeutung, sowohl in der strategischen, als auch operativen Arbeit der steirischen Behindertenhilfe gewonnen hat.⁷² Die UN-BRK stellt einen der wesentlichsten Bezugspunkt für die laufende Weiterentwicklung der steirischen Behindertenhilfe und somit auch der angewandten Arbeits- und Planungsmethoden dar. Die Leistung MS-BET-PSY leistet auch in dieser Hinsicht sowohl quantitativ, als auch qualitativ einen wesentlichen Beitrag um die Forderung des Artikel 19 praktisch umsetzbar zu machen.

Diese Leistung ist aber nicht direkt Gegenstand der quantitativen Planung, da sie bedarfsorientiert angeboten wird und keiner Bewilligung von Plätzen unterliegt. Trotzdem wird gerade die mobile sozialpsychiatrische Betreuung eine starke Berücksichtigung als direkter Einflussfaktor auf die stationären und teilstationären Bedarfe erfahren, indem die Planung dem Grundsatz „mobil vor stationär“ folgt.

4.1 Methode, Planungsablauf und -strategie

Ziel der vorliegenden Bedarfsberechnung ist eine quantitative Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Leistungen und die Ableitung von Planungsvorgaben für die stationären und teilstationären sozialpsychiatrischen Leistungsarten nach StBHG und LEVO-StBHG.

Das Modell schreibt die Planungsmethode des Bedarfs- und Entwicklungsplans für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie 2013 fort, indem auf die Planungsdaten der Richtlinie⁷³ des

⁷² Vgl. dazu auch Bedarfs- und Entwicklungsplan Behindertenhilfe 2030 S. 12

https://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/12588853_5339/48cb94a4/Bedarfs-%20und%20Entwicklungsplan.pdf

⁷³ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; Danmayr, Eberhard; Glatz, Waltraud (1998). Struktureller Bedarf in der Psychiatrischen Versorgung - Wartung und Fortführung.

Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG)⁷⁴ zurückgegriffen wird, die den strukturellen Bedarf an Wohn- und Betreuungsplätzen für eine Region ausweist.

Im vorliegenden Bedarfs und Entwicklungsplan sollen zusätzliche Daten zur prognostizierten Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark einfließen, sowie die Prognosen einer Expertenbefragung zur Beeinflussung der Leistungsbedarfe durch gesellschaftliche Veränderungen und Rahmenbedingungen (bedarfsrelevanten Einflussfaktoren). Außerdem wurde eine Erhebung zur Einschätzung der Bedarfslage bei den zuständigen Bezirksbehörden vorgenommen.

Die Ergebnisse finden Eingang in die gegenständliche Bedarfs- und Entwicklungsplanung, indem die Planungswerte des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen entsprechend deren eigener Empfehlung⁷⁵ angepasst werden.

An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass eine Prognoserechnung nur auf Basis der bestehenden Rahmenbedingungen (StBHG und LEVO-StBHG) möglich ist, weil zukünftige Entwicklungen zwar in ihrer Zielrichtung abgeschätzt werden können, aber nicht in ihrer konkreten Ausformung.

Gleiches gilt für Änderungen von anderen Leistungssystemen, die in den Leistungsbedarf nach dem StBHG hineinwirken. So können beispielsweise Veränderungen der Bedingungen für den Arbeitsmarkt von Menschen mit Behinderung wesentlichen Einfluss auf den Platzbedarf für teilstationäre Leistungen entwickeln, ebenso wie Änderungen der Rahmenbedingungen und Überschneidungen mit der Gesundheits- und Pflegeversorgung auf jenen für Wohnleistungen. Grundsätzlich wird es auch nicht möglich sein, fehlende Angebote anderer Systeme zu kompensieren. Dies ist auch nicht die Aufgabe der Behindertenhilfe.

4.2 Dynamik der Methode und Ausblick

Brülle und Altschiller deuten Sozialplanung folgendermaßen: „Wir verstehen Sozialplanung als wichtige Vermittlungsinstanz zwischen den Interessen und Bedürfnissen der Menschen, ihren annäherungsweise objektivierbaren Lebenslagen und Lebensführungsmustern und der öffentlichen Produktion sozialer Dienstleistungen in den kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Systemen des Sozialstaates. Sozialplanung kann nach dieser Konzeption keine objektiven Bedarfs- und Versorgungsstandards festlegen und deren Befriedigung über Maßnahmen programmieren. Sozialplanung übernimmt vielmehr Berichterstattungs-, Konstruktions- und Reflexionsfunktion im Prozess der Herstellung und Verteilung sozialer Dienstleistungen.“ (Brülle/Altschiller 1992, zit. n. Brülle 2000 S. 96)

Dieses Konzept der Planung von sozialen Dienstleistungen wurde auch im Entstehungsgeschehen dieses Bedarfs- und Entwicklungsplanes erfahrbar, denn im breit aufgestellten Erstellungs- und Diskussionsprozess mussten nicht nur wirksame Maßnahmen zur Sicherstellung des bedarfs- und bedürfnisgerechten sozialpsychiatrischen Versorgungssystems konstruiert werden, sondern es war auch notwendig, unterschiedliche Standpunkte und Sichtweisen der beteiligten Institutionen (z.B. Abteilung 11 und Abteilung 8 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Gesundheitsfonds

⁷⁴ Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wurde im Jahr 1973 gegründet. Seit 1. August 2006 ist das ÖBIG als Geschäftsbereich in die Gesundheit Österreich GmbH eingegliedert. Die Aufgaben des ÖBIG sind im GÖGG festgelegt (Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) BGBl. I Nr. 132/2006 idF BGBl. I Nr. 37/2018). Schwerpunkte sind die Erarbeitung von Informationsgrundlagen, Methoden und Instrumenten zur überregionalen bzw. bundesweiten Planung, Steuerung und Evaluierung im Gesundheitswesen.

⁷⁵ Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 11. Die angeführten Standards für die Ermittlung der benötigten Strukturen stellen Richtwerte dar, die vor dem Hintergrund der jeweiligen Situation des Bundeslandes kritisch geprüft und gegebenenfalls verändert werden müssen. ... Innovation und Weiterentwicklung des Angebotes in Abhängigkeit von regionalen Problemlagen und vorhandenem Expertenwissen machen unter Umständen eine Adaption notwendig.

Steiermark und Psychiatriekoordination) und Akteure auf eine inhaltlich tragfähige gemeinsame Basis zu bringen.

Durch die mittelfristige Umsetzung dieses Bedarfs- und Entwicklungsplanes bis zum Jahr 2025 kann ein generelles Problem bei der langfristigen Planung vermieden werden, nämlich die noch nicht prognostizierbaren und potentiell zukünftig eintretenden Änderungen in den zugrundeliegenden gesellschaftlichen, rechtlichen, politischen und finanziellen Randbedingungen. So hat auch das Kapitel 2.1.4. (Erfüllung des Bedarfs- und Entwicklungsplans für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie 2013) gezeigt, dass nicht alle der damals erstellten Prognosen mit den tatsächlich entstandenen, individuellen Bedarfen - welche wiederum auch von gesellschaftlichen Veränderungen beeinflusst werden - übereinstimmen. Durch die für Bedarfs- und Entwicklungspläne relativ kurze Umsetzungsfrist bis zum Jahr 2025 ist es möglich, die hier dargestellten Maßnahmen programmgemäß umsetzen zu können.

Ein weiterer Vorteil dieser kurzen Umsetzungszeiträume ist die baldige Wiederaufnahme der Planungstätigkeiten in diesem Handlungsfeld. So haben sich auch aufgrund des evaluierenden Charakters dieses Planungsdokumentes, bereits Änderungen in der Methodik bzw. Vorgehensweise im Vergleich zum Bedarfs- und Entwicklungsplanes des Jahres 2013 ergeben. Dies hat auch mit der bereits angesprochene, zunehmenden strategischen und operativen Fokussierung auf die Erfordernisse der UN-Behindertenrechtskonvention⁷⁶ und die damit zusammenhängende konsequente Weiterentwicklung der steirischen Behindertenhilfe zu tun. Somit ist es jedenfalls möglich und notwendig, dass auch zukünftige Planungen die jeweiligen gesellschaftlichen, rechtlichen, politischen und budgetären Rahmenbedingungen ins Kalkül ziehen und es bleibt festzuhalten, dass es sich bei der hier vorliegenden Planungsmethode nicht um einen fertigen Werkzeugkoffer handelt, der auch in den zukünftigen Planungsüberlegungen zwingend und in derselben Form Anwendung finden muss. Jedenfalls wird ein zukünftiger Planungsprozess in einen intensiven, aktiven Dialog zwischen allen in die Planungen Involvierten einzubetten sein, in welchem unterschiedliche methodische Ansätze jeweils in einer Phase des Planungsprozesses koordiniert werden können.

Da das soziale Leben einem stetigen Wandel unterworfen bleibt, muss sich die Planung bzw. die Planungsmethoden dabei auch an die jeweiligen gesellschaftlichen Rahmen- und Randbedingungen anpassen.

4.3 Planungsrichtwerte des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) für die komplementäre psychiatrische Versorgung

Unter komplementärer psychiatrischer Versorgung⁷⁷ versteht das ÖBIG Einrichtungen bzw. Dienste zur Unterstützung und Betreuung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur in wohnort- und

⁷⁶ „Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – UNBRK) erlangte mit der Zustimmung durch den Bundesgesetzgeber in seiner rechtlichen Bedeutung den Rang eines Bundesgesetzes. Der darin formulierte Anspruch an eine inklusive Gesellschaft stellt Sozialplanung vor neue Planungsherausforderungen, denn Inklusion erfordert die systematische Ausrichtung aller Planungsprozesse, Institutionen und Angebote am inklusiven Maßstab (VSOP 2012: 10)“

⁷⁷ In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Bezeichnung „komplementär“ in Fachkreisen zunehmend problematisiert wird, weil sie ja impliziert, dass das Krankenhaus das Zentrum der Versorgungslandschaft ist. Geht man - wie in den Anforderungen an eine psychiatrische Versorgung erläutert - von den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen nach dem Schutz des selbstgewählten Lebensortes als Prinzip der Versorgung aus, so wird die stationäre Versorgung zum

lebensnahen Kontexten. Ihre Funktion ist die Reintegration und Rehabilitation von psychisch chronisch kranken Menschen sowie die Stützung und Betreuung von psychisch Kranken, bei denen eine drohende Desintegration verhindert werden soll. Die Palette dieser Einrichtungen reicht von therapeutischen Übergangs- und Langzeitwohnheimen, betreuten Wohngemeinschaften, Wohnbetreuung und Notschlafstellen über Arbeits- und Berufstrainingszentren, Beschäftigungsprojekten und Einrichtungen der Arbeitsassistenten bis zu Tageszentren und Klubs als niedrigschwelligstes Angebot für psychisch belastete Menschen.

Das ÖBIG geht hier von einem Bedarf von fünf bis sieben Wohnplätzen, drei bis vier Plätzen an Tageseinrichtungen und drei bis fünf Plätzen für arbeitsintegrative Maßnahmen pro 10.000 EinwohnerInnen⁷⁸ aus.⁷⁹

4.4 Bedarfsrelevante Einflussfaktoren und ihre Gewichtung

Die Beschreibung und Einschätzung der folgenden bedarfsrelevanten dämpfenden oder verstärkenden Einflussfaktoren basiert ausschließlich auf qualifizierten Einschätzungen von ExpertInnen. Sie sind das Ergebnis von mehreren Interviews und einer Delphi-Befragung, die punktuell mit Aussagen der Fachliteratur ergänzt wurden.

Die Stärken der Faktoreinflüsse auf den Leistungsbedarf wurden auf Basis der Expertenstudie unter Zuhilfenahme einer siebenteiligen Skala von -3 (starke Dämpfung des Bedarfs) über 0 (keine Beeinflussung) bis +3 (hohe Verstärkung des Bedarfs) abgeschätzt. Das Ergebnis zeigt die folgende tabellarische Darstellung.

komplementären Element in Ergänzung der Angebote, die eine lebensfeldnahe Rehabilitation und Eingliederung ermöglichen. Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 9.

⁷⁸ *Der Begriff Einwohner wird in den Tabellen und in den Erläuterungstexten verwendet. Es gibt dabei keine abschließende Definition, ob darunter die Gesamtbevölkerung oder etwa nur die Bevölkerung ab einem bestimmten Alter zu verstehen ist. Da die Definition einer Region ebenfalls über den Begriff Einwohner erfolgt und die Tabelle 3.6 Blatt 1 und 2 zum Ist-Stand der Versorgung der Steiermark 1997/98 Gesamtbevölkerungszahlen verwendet, wird davon ausgegangen, dass sich auch die Richtwerte auf die Gesamtbevölkerung beziehen. Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998) S 10, 11, 52, 53.*

⁷⁹ *Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 13.*

Bedarfsrelevante Einflussfaktoren	
Definition des StBHG	+/-1
Sozialer Wandel insgesamt	0
Familiäre Lebens- und Haushaltsformen	0
Medien und Technik	0
Sozialer Statuswandel	-1
Arbeit und Beschäftigung	+1
Psychiatisierung	+2
Entstigmatisierung	+2
Psychiatrische Diagnosepraxis	+1
Pharmazeutische Behandlungsmethoden	0
biologischen Ursachen	0
Fachärztliche Versorgung	-1
Leistungsergänzungen/-Veränderungen (z.B. Alltagsbetreuung)	-1
alternative Angebote mit niederschwelligem Zugang	-1
konventionskonforme Umsetzung der Behindertenhilfe (selbstbestimmtes Leben und umfassende Normalisierung)	-1

Abbildung 22: Bedarfsrelevante Einflussfaktoren und Bewertung ihres Einflusses auf die Bedarfsplanung stationärer und teilstationärer sozialpsychiatrischer Leistungen

- Die Definition des StBHG hinsichtlich psychiatrischer Behinderung ist weit gefasst und etabliert eine weite Zielgruppe. Siehe dazu auch das Kapitel zum Steiermärkischen Behindertengesetz. Bei der Auslegung werden die Abgrenzung zu anderen Kompetenzbereichen und das Subsidiaritätsprinzip eine bedarfsbeeinflussende Wirkung entfalten.⁸⁰
- Die Frage nach einer grundsätzlichen Zunahme psychischer Störungen seit Mitte des 20. Jahrhunderts im Zusammenhang mit dem sozialen Wandel der Gesellschaft⁸¹ wird aus unterschiedlichen Betrachtungswinkeln immer wieder unterschiedlich beantwortet. Eine systematische Literaturanalyse kommt zum Schluss, dass diese Zunahme insgesamt nicht bestätigt werden kann, auch wenn unterschiedliche Autoren zu verschiedenen Schlussfolgerungen kommen.⁸²
- Psychiatrische Diagnosen werden schneller und „intensiver“ gestellt als in der Vergangenheit. Durch diese „Verhaltensänderung“ der fachärztlichen Betreuung⁸³ entsteht immer wieder der

⁸⁰ So kann jemand trotz sozialpsychiatrischer Beeinträchtigung arbeitsfähig sein. In diesem Fall würde die arbeitsrelevante Versorgung dem Bund zukommen.

⁸¹ Strukturelle Veränderungen der Gesellschaft können mit drei Hauptfeldern beschrieben werden: Entwicklung und Wandel von familiären Lebens- und Haushaltsformen, Arbeit und Beschäftigung, Medien und Technik. Vgl. dazu: Dominik Gruber, Martin Böhm, Marlene Wallner, Gernot Koren in Werner Schöny (Hrsg.) (2018). Sozialpsychiatrie - theoretische Grundlagen und praktische Einblicke. S 194 ff.

⁸² Vgl: Dirk Richter, Klaus Berger, Thomas Reker (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturanalyse. Psychiatrische Praxis, Heft35, Stuttgart-New York 2008.

⁸³ Anmerkung: Intensive Forschungen der letzten Jahre machen teilweise auch die Notwendigkeit einer passgenaueren Diagnostik sichtbar - auch in Bezug auf die pharmakologische Therapie. Zusätzlich gibt es wegen geänderter Diagnose-

Eindruck, die Anzahl der psychischen Erkrankungen würde steigen.⁸⁴ Außerdem ermöglichen Forschung und Weiterentwicklung der Diagnostik einen differenzierten Wissensstand, der Feststellungen ermöglicht, die bisher nicht getroffen werden konnten.

- Dem sozioökonomischen Status⁸⁵ - der mit seinen Ausprägungen aber wohl auch Teil eines gesellschaftlichen Wandels sein kann - muss hier wohl ein deutlich höherer Einfluss auf Erkrankungsrisiken zugeschrieben werden.⁸⁶
- Vor dem Hintergrund der psychosozialen Systematik in Bezug auf Beeinträchtigung bzw. Behinderung, kann man davon ausgehen, dass die biologischen Voraussetzungen für eine Erkrankung stabil bleiben bzw. weitestgehend statisch sind. Veränderungen finden bei den sozialen Rahmenbedingungen statt. Das soziale Gesamtsystem „Lebensumfeld“ wird schneller (Technik, Arbeitsmarkt etc.) und übt so mehr Druck auf die Einzelpersonlichkeit aus. Dadurch werden vermehrt Ereignisse (Stress, Konflikte, Trennung ...) bewirkt, die eine bisher gelungene Kompensation einer Beeinträchtigung plötzlich nicht mehr möglich macht.
- Arbeitsbezogene Belastungen und Risikofaktoren werden oft als insgesamt im Steigen begriffen beschrieben.⁸⁷ Auch hier sind epidemiologisch unterschiedliche Ergebnisse und Einflussfaktoren in Betracht zu ziehen.⁸⁸ Eine Einflussfaktorenanalyse für den Anstieg arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen, die zu einer Invaliditätspension führen können, zeigt die folgende Grafik:⁸⁹

Manuale - wie etwa die Änderung des DSM-IV zum DSM-V (Mai 2013) oder in den nächsten Jahren die Veränderungen im ICD-10 zum ICD-11 (bereits ratifiziert, aber die Implementierung im Alltag fehlt noch) - immer wieder Änderungen in der Diagnosestellung. Beispiel: Änderungen bei Autismus-Diagnosen hin zur Autismus-Spektrum-Störung.

⁸⁴ „In der neu herausgegebenen Version des DSM, der DSM-5 (Mai 2013) werden die o.g. Autismus-Spektrum-Störungen in eine Kategorie mit unterschiedlichen Schweregraden zusammengefasst. Dies reflektiert Befunde aus der Forschung zu Phänotypen, aber auch aus genetischen Studien, dass die zugrunde liegende Störungsursache (Ätiologie) sowie die Symptomausprägung nicht die bisherigen diagnostischen Grenzen einhält, sondern eher fließende Übergänge sowie eine überlappende Ätiologie anzunehmen sind. Wurde früher eine Vorkommenshäufigkeit (Prävalenz) des Autismus von 4 bis 5 auf 10.000 Kinder angenommen, sprechen neuere Untersuchungen von einer Häufigkeit aller Autismus-Spektrum-Störungen von ca. 1% im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Am häufigsten ist dabei der atypische Autismus gefolgt von frühkindlichem Autismus und dann dem Asperger Syndrom. Ausschlaggebend für den Anstieg in der Vorkommenshäufigkeit ist nur zu einem sehr kleinen Teil eine echte Zunahme der Erkrankungen. Vielmehr sind anscheinend die intellektuell besser begabten Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen früher übersehen worden, also jene ohne das gleichzeitige bestehende Handicap einer geistigen Behinderung. Dafür sprechen auch die Angaben, dass aktuell etwa ein Viertel bis zur Hälfte der Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen als geistig behindert gilt, gegenüber früheren Angaben von Dreiviertel und mehr. Jungen bzw. Männer sind von autistischen Störungen drei- bis viermal häufiger betroffen als Mädchen bzw. Frauen. Die Krankheit tritt weltweit in allen sozialen Schichten auf. Vgl. dazu: www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-juugend-psychiatrie/erkrankungen/autismus-spektrum-stoerung-ass/was-sind-autismus-spektrum-stoerungen/ fachlich unterstützt von Christine M. Freitag, Frankfurt (DGKJP).

⁸⁵ Ein Bündel von Merkmalen menschlicher Lebensumstände wie beispielsweise Bildung, Ausbildung, Beruf und Einkommen, Wohnort und Eigentumsverhältnisse, Kreditwürdigkeit ... Der soziale Status im engeren Sinn bezeichnet die Zuordnung der Position in einem System sozialer Rangordnung.

⁸⁶ Vgl dazu: Werner Schöny (2018). S 206.

⁸⁷ Vgl dazu: Werner Schöny (2018). S 208ff. Institut für Höhere Studien (IHS), Thomas Cypionka, Sarah Lappöhn, Alina Pohl, Gerald Röhring (2016). Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen. S 15.

⁸⁸ Insgesamt lassen die Psychiatrisierung von Belastungsreaktionen und die Entstigmatisierung einzelner psychischer Störungen (z.B. Depression) die Inanspruchnahme professioneller Hilfe steigen. Vgl. dazu: Dirk Richter, Klaus Berger, Thomas Reker (2008).

⁸⁹ Entnommen aus: Institut für Höhere Studien (IHS) (2016). S 15.

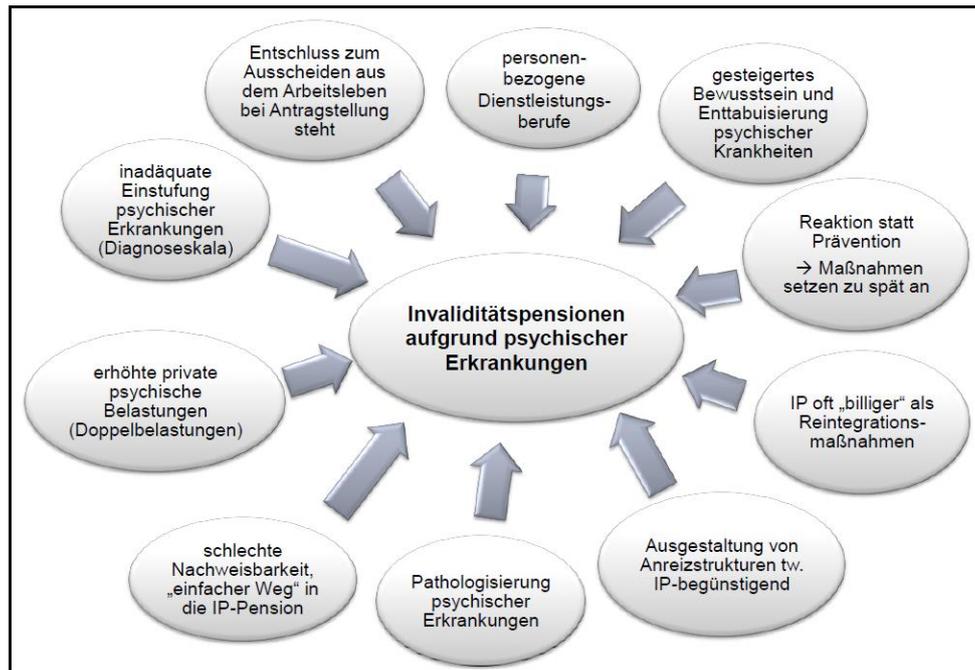


Abbildung 23: Mögliche Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen

- Medikamente werden zielgerichteter für das jeweilige Bedürfnis entwickelt resp. verschrieben, man geht immer mehr weg von „Breitbandlösungen“. Die differenziertere pharmazeutische Behandlung der Erkrankungen ermöglicht zwar eine stärkeren „Normalisierung“ des Lebensalltags der psychisch Beeinträchtigten, die Chronifizierung⁹⁰ an sich kann dadurch aber nicht verhindert bzw. verändert werden.
- Medikamente alleine sind jedoch nur ein Teil der Lösung, es bedarf auch immer ein Verhaltens-, Einstellungs- und/oder Lebensstil-Änderung (Therapie, Bewältigungs- bzw. Copingstrategien, Kassenpsychiater, psychologische Behandlung auf Krankenschein)
- Chronifizierte Erkrankungen sind nicht zurückgegangen. Hier ist insbesondere das Gesundheitssystem mit seiner Versorgungsdichte gefordert, denn eine rechtzeitige und richtige Therapie kann in vielen Fällen einer Chronifizierung entgegenwirken bzw. sie verhindern.
- Veränderungen des sozialen familiären Umfeldes (Berufstätigkeit beider Elternteile, erhöhter ökonomischer Druck, Einwirkung von arbeitsbezogenen Belastungen und Risikofaktoren, steigender Bildungsdruck ...) könnten vermehrt zu Entwicklungsstörungen bei Kindern führen.
- Fällt man einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung aus dem jeweiligen gesellschaftlichen Teilsystem wie z.B. Arbeit⁹¹ oder Freundschaften heraus, ist es schwierig und energieraubend, wieder in das System zurückzukehren.⁹² Damit beginnen Strukturen und stabile Rahmenbedingungen zu fehlen, die für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig sind.
- Oftmals werden mobile Leistungen wie MS-BET PSY nachgefragt, die aber eigentlich nicht adäquat sind, da eine intensivere fachärztliche Behandlung notwendig wäre. Diese kann aber nicht in

⁹⁰ Anmerkung: Hier hat die Forschung in den letzten Jahren auch gezeigt, dass eine Früherkennung (hier auch eine frühzeitige und korrekte Diagnosestellung und beginnende Behandlung) besonders wichtig ist, da z.B. Bipolaren affektiven Störungen mit jeder Krankheitsphase auch strukturelle Veränderung im Gehirn einhergehen, welche sich nachteilig auf den Alltag auswirken.

⁹¹ Arbeit trägt als sinnstiftende Tätigkeit zum psychischen Wohlbefinden bei.

⁹² Vgl dazu: Institut für Höhere Studien (IHS) (2016). S 5.

Anspruch genommen werden, weil die psychiatrische Gesundheitsversorgung nicht ausreichend ist. Siehe auch die Ausführungen zu chronifizierten Erkrankungen.

- Beratungszentren bieten Erstkontaktmöglichkeiten, bieten aber zu wenig Möglichkeiten für eine intensive Beratung.
- Eine aufsuchende mobile Betreuung verhindert oft die Notwendigkeit stationärer Leistungen.
- Die aufsuchende mobile Betreuung muss nicht immer therapeutisch sein. Es wäre ein zusätzliches niederschwelliges Hilfeangebot im Sinne von Alltagsbegleitung denkbar, um die Abdeckung der Grundbedürfnisse zu sichern.
- Alternative Angebote mit niederschwelligem Zugang können eine psychische Erkrankung vor der Chronifizierung abschwächen. So bieten etwa Peer-Gruppen eine gute Möglichkeit im niederschweligen, extramuralen Bereich. Sie bergen aber auch Gefahren (z.B. Meinungsaustausch betroffener Laien über die Sinnhaftigkeit von Medikamenten und Weitergabe ihrer persönlich subjektiven Wahrnehmungen bewirken nicht zielführende Verhaltensänderungen). Auch Onlineberatung kann einen niederschweligen Zugang für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen.

4.5 Versorgungsquote und Bedarf bei stationären Wohnleistungen

Das Bundesinstitut für Gesundheitswesen geht von einem Bedarf von fünf bis sieben Wohnplätzen, drei bis vier Plätzen an Tageseinrichtungen und drei bis fünf Plätzen für arbeitsintegrative Maßnahmen pro 10.000 EinwohnerInnen⁹³ aus.⁹⁴

Wendet man diese Richtwerte nur auf die stationären und teilstationären Wohnleistungen nach StBHG und LEVO-StBHG an, dann ergibt sich eine scheinbare durchschnittliche Unterversorgung über alle Regionen von 55 Prozent für 2017, von 53 Prozent für 2019 und von 51 Prozent für 2021.

Das Bundesinstitut geht mit seinen Richtwerten aber nicht nur von Leistungen im Sinne des StBHG aus, sondern meint ein breites Leistungsangebot sogenannter komplementärer Einrichtungen.⁹⁵ Die stationären Wohnleistungen nach StBHG und LEVO-StBHG stellen demnach nur einen Ausschnitt der vom Bundesinstitut für Gesundheitswesen beschriebenen Standards dar.⁹⁶

⁹³ Der Begriff Einwohner wird in den Tabellen und in den Erläuterungstexten verwendet. Es gibt dabei keine abschließende Definition, ob darunter die Gesamtbevölkerung oder etwa nur die Bevölkerung ab einem bestimmten Alter zu verstehen ist. Da die Definition einer Region ebenfalls über den Begriff Einwohner erfolgt und die Tabelle 3.6 Blatt 1 und 2 zum Ist-Stand der Versorgung der Steiermark 1997/98 Gesamtbevölkerungszahlen verwendet, wird davon ausgegangen, dass sich auch die Richtwerte auf die Gesamtbevölkerung beziehen. Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998) S 10, 11, 52, 53.

⁹⁴ Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 13.

⁹⁵ Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 9. Die erforderlichen Strukturen auf komplementärer Ebene sind Einrichtungen bzw. Dienste zur Unterstützung und Betreuung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur in wohnort- und lebensnahen Kontexten. Ihre Funktion ist die Reintegration und Rehabilitation von psychisch chronisch kranken Menschen sowie die Stützung und Betreuung von psychisch Kranken, bei denen eine drohende Desintegration verhindert werden soll. Die Palette der Einrichtungen reicht von therapeutischen Übergangs- und Langzeitwohnheimen, betreuten Wohngemeinschaften, Wohnbetreuung und Notschlafstellen über Arbeits- und Berufstrainingszentren, Beschäftigungsprojekten und Einrichtungen der Arbeitsassistenz bis zu Tageszentren und Klubs als niedrigschwelliges Angebot.

⁹⁶ Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 13. Wohnformen (rund um die Uhr betreut, Betreuung tagsüber und fallweise betreut): Langzeitwohnheime, Übergangswohnheime, betreute Wohngemeinschaften, Familienpflege und Wohngemeinschaften mit Beratungsangebot, freies Wohnen mit Beratungsangebot, Notschlafstellen. Arbeit: Arbeitserprobung und -training, geschützte Werkstätten und Arbeitsplätze, sozio-ökonomische Beschäftigungsprojekte, Arbeitsassistenz. Tagesstruktur: Tageszentren, tagesstrukturierende Einrichtungen,

Zusätzlich nehmen die ÖBIG-Planungsgrößen für den strukturellen Bedarf in der psychiatrischen Versorgung keinen Bezug auf gesetzliche Vorgaben der Länder und integrieren daher auch psychiatrische Strukturen für LeistungsempfängerInnen ohne Ansprüche nach StBHG. Die Richtwerte gehen damit natürlich über die gegenständliche Bedarfsplanung hinaus, deren Gegenstand nur Leistungsansprüche von Menschen mit dauerhaften Behinderungen entsprechend §1a StBHG sind.⁹⁷ Für die Anwendung der ÖBIG-Planungszahlen müssten daher die stationären, teilstationären und mobilen Leistungen nach StBHG und LEVO-StBHG noch um Gesundheitsleistungen der psychiatrischen Familienpflege und Pflegeleistungen mit PSY-Zuschlag in Pflegeheimen ergänzt werden. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen sind die Berechnungen des Psychiatrieberichts Steiermark 2017 Kapitel 2.8 zur Unterversorgung mit Wohneinrichtungen⁹⁸ und auch der Bedarfs- und Entwicklungsplan 2013 zur Nichterfüllung der Versorgungsquote⁹⁹ insofern unrichtig, weil sie die Richtwerte nur für stationäre Wohnleistungen des StBHG anwenden. Speziell bei den Wohnleistungen ist nämlich darauf hinzuweisen, dass die Planungswerte des Bundesinstituts auch Familienpflege und Wohngemeinschaften mit Beratungsangebot sowie freies Wohnen mit Beratungsangebot integrieren.¹⁰⁰ Genau diese Versorgungsformen werden durch die mobile Leistungsart MS BET PSY ermöglicht und ohne quantitative Begrenzung vorgehalten.¹⁰¹ Die Leistungen der mobilen sozialpsychiatrischen Betreuung MS BET PSY¹⁰² werden vorwiegend vor Ort, im sozialen Umfeld der zu betreuenden Personen erbracht. Dabei ist der Besuch der zu betreuenden Person in ihrer Wohnung (Hausbesuch) zentrales Element dieser Betreuungsform.¹⁰³ Inhalte, Intensität und Dauer der Betreuung werden direkt mit den KlientInnen vereinbart (Bedarfsorientierung) und regelmäßig mit ihnen gemeinsam evaluiert. So wird eine Form der Unterstützung ermöglicht, die sich laufend dem persönlichen Bedarf anpasst. Damit entspricht diese Leistungsform am besten den Postulaten des Artikels 19 der Behindertenrechtskonvention.¹⁰⁴ Eine Anwendung der Richtwerte analog der vom Bundesinstitut beschriebenen Standards unter Berücksichtigung der Leistung MS BET PSY ergibt folgendes Versorgungsbild:

Beschäftigungsinitiativen. Für betagte Menschen spezielles Angebot an aktivierender und validativer Pflege. Hol- und Bringdienste. Klubs.

⁹⁷ Das Bundesinstitut für Gesundheitswesen spricht hier auch nicht von Menschen mit Behinderung, sondern von psychisch chronisch kranken Menschen und psychisch Kranken. Vgl. dazu: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 9.

⁹⁸ Vgl. dazu: Gesundheitsfonds Steiermark (2018), S 86.

⁹⁹ Vgl. Amt der Steiermärkischen Landesregierung Abteilung 11 Soziales (2013), S 7.

¹⁰⁰ Vgl. dazu die Tabelle 2.2: Strukturbereiche in der komplementären psychiatrischen Versorgung - Beschreibungskriterien und Standards des Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (1998), S 13.

¹⁰¹ Hier kann es also keine Unterversorgung im Sinne der Planung von Wohnleistungen geben.

¹⁰² Vgl. dazu LEVO StBHG 2015 Anlage 1 idF LGBl. Nr. 70/2017, S 86, Kapitel VI.A Mobile sozialpsychiatrische Betreuung (MS-BET PSY).

¹⁰³ Ebenda, S 86. Zielgruppe sind Menschen mit psychischer Erkrankung, die in ihrer Wohnung dauerhafte oder zeitlich begrenzte sozialpsychiatrische Betreuung/Therapie benötigen.

¹⁰⁴ Artikel 19 folgt der Zielsetzung der Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Gemeinschaft. Er postuliert das Recht, den Wohnort selbst zu wählen bzw. nicht gezwungen zu werden, in besonderen Wohnformen leben zu müssen. Er ist als Absage an Einrichtungen zu interpretieren, die ausschließlich der Betreuung von Menschen mit Behinderungen dienen.

Alle Wohnleistungen PSY nach StBHG inkl. freies Wohnen mit mobiler Betreuung (MS-Bet PSY) Berechtigte					
	31.12.2021				
	Bevölkerung	Bedarf ÖBIG (7/10.000)	Berechtigte	Abweichung absolut	Abweichung %
ZR	504.081	353	1454	1101	312%
O	182.434	128	487	359	281%
SO	83.696	59	210	151	258%
SW	147.232	103	325	222	215%
OO	157.373	110	347	237	215%
LI	79.609	56	123	67	121%
OW	98.497	69	213	144	209%
Gesamt	1.252.922	877	3159	2282	260%

Abbildung 24: Bedarfsberechnung für Wohnleistungen unter Berücksichtigung von freiem Wohnen mit Beratung nach den Richtwerten des ÖBIG für 31.12.2021

Dabei wurden alle bewilligten stationären Wohnleistungen und jene Leistungsberechtigten gezählt, die einen Anspruch auf mobile sozialpsychiatrische Leistungen nach StBHG und LEVO-StBHG haben. Die mobile sozialpsychiatrische Leistungsart versorgt die mit Abstand größte Gruppe von Leistungsberechtigten (siehe auch das Kapitel zur Bestandsaufnahme). Diese Tatsache spiegelt damit auch eine konventionskonforme Umsetzung der steirischen sozialpsychiatrischen Behindertenhilfe wider, da sie ein möglichst selbstbestimmtes Leben und umfassende Normalisierung der Lebensbedingungen ermöglicht.¹⁰⁵ Diese Deinstitutionalisierung, die eine Substitution stationärer und teilstationärer Leistungen durch mobile und ambulante Unterstützungen zum Ziel hat, ist demnach ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention¹⁰⁶ und einer gemeindenahen Versorgung. Die so errechnete Versorgungsquote ist unter Berücksichtigung der höheren Bedarfsannahme von sieben Wohnplätzen je 10.000 EinwohnerInnen in jedem steirischen Bezirk erfüllt. Die durchschnittliche steirische Gesamtversorgungsquote ist damit um 151 (Stichtag 31.12.2017) bzw. 199 Prozent (Stichtag 31.03.2019) höher als die Richtversorgungsquote, zum Stichtag 2021 liegt dieser Wert bei 260 Prozent. Damit werden unter Berücksichtigung des freien Wohnens, das durch mobile sozialpsychiatrische Betreuung ermöglicht wird, die Planungsvorgaben des ÖBIG bei weitem übertroffen.

Trotzdem wurde eine Erhebung bei den zuständigen Bezirksbehörden durchgeführt, um einen etwaigen zusätzlichen Platzbedarf bei stationären und teilstationären Leistungen zu identifizieren. Es wurde die Frage gestellt, wie viele Personen es derzeit gibt, die aufgrund fehlender Platzkapazitäten im Bereich der sozialpsychiatrischen Leistungen, trotz gültigen StBHG-Bescheides, nicht die zuerkannten

¹⁰⁵ Genau das ist das Ziel dieser Leistungsart. LEVO StBHG 2015 Anlage 1, S. 86. „Psychisch erkrankten Menschen soll durch sozialpsychiatrische Betreuung in Form von mobiler sozialpsychiatrischer therapeutischer Hilfe und Begleitung ein möglichst eigenständiges und integriertes Leben in einer selbst gewählten und vertrauten Umgebung ermöglicht werden. Durch Hilfsangebote im lebenspraktischen und psychosozialen Bereich soll die Erhaltung bereits bestehenden Wohnraums und somit bereits bestehender sozialer Kontakte und Beziehungen ermöglicht werden bzw. für Personen, die in Anstalten oder Heimen untergebracht waren, diese Lebensform ermöglicht werden. Durch die (Re-)Integration in den Lebensalltag, einer Verringerung von Fremdbestimmung zugunsten einer Erhöhung der Autonomie der Betroffenen, wird durch die Bereitstellung bedarfsorientierter Hilfsangebote im unmittelbaren Lebensumfeld der Betroffenen, eine Stabilisierung und Verbesserung des psychischen und sozialen Wohlbefindens angestrebt. Dadurch soll das Ziel einer Reduktion von stationären Aufenthalten bzw. der „Unterbringung“ von psychisch erkrankten Personen in vollzeitbetreuten Einrichtungen erreicht werden.“

¹⁰⁶ Siehe dazu das Kapitel Rechtliche Grundlagen zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen)

Leistungen in Anspruch nehmen können. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle. (Bedarfsintensität zusätzliche Leistungen: 0 kein Bedarf, + schwacher Bedarf, ++ starker Bedarf)

Bedarf bei stationären und teilstationären Leistungen		
	Wohnen PSY	BT Psy
ZR	++*	++*
O	0	0
SO	+	0
SW	0	0
OO	+	+
LI	+	0
OW	0	0

Abbildung 25: Erhebung der Einschätzungen der zuständigen Bezirksbehörden zu zusätzlichen Platzbedarfen bei stationären und teilstationären Leistungen. * Die ermittelte Bedarfslage gilt vor allem für die Stadt Graz

Insgesamt gleicht sich der Bedarf durch Wanderungsbewegungen über Regionsgrenzen hinweg aus. Leistungsberechtigte sollten allerdings nicht dazu gezwungen sein, ihre Heimatregion zu verlassen, um eine adäquate Versorgungsstruktur vorzufinden. Deshalb sollten regionale Versorgungslücken bei stationären und teilstationären Leistungen geschlossen werden.

4.6 Versorgungsquote und Bedarf bei teilstationären Beschäftigungsleistungen

Das Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen geht hier von einem Bedarf von drei bis fünf Plätzen für arbeitsintegrative Maßnahmen pro 10.000 EinwohnerInnen aus. Wendet man diesen Richtwert auf die bewilligten Plätze für teilstationäre Beschäftigungsleistungen (BT PSY) an, dann zeigt sich, dass alle Regionen bis auf die Obersteiermark West die Richtwerte unterschreiten. Bewilligte Plätze für Beschäftigungsleistungen werden aber für mehrere KlientInnen genützt, da es sehr verschiedene Stundenausmaße der Beschäftigung gibt. So nutzen zum Stichtag 2017 im Durchschnitt 2,1 Leistungsberechtigte einen bewilligten Platz, zum Stichtag 2019 sind es 2,2 Leistungsberechtigte, zum Stichtag 2021 dann wieder 2,1.¹⁰⁷ Geht man davon aus, dass der Richtwert des Bundesinstitutes für Gesundheit mit dem Ausdruck Platz nicht den bewilligten Platz im Sinne des StBHG meint, sondern den „einen Platz für eine Person“, dann ergibt sich das folgende Gesamtbild:

¹⁰⁷ Berechnung auf Basis ISOMAS

Teilstationäre Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen nach StBHG (BT PSY) Berechtigte					
	31.12.2021				
	Bevölkerung	Bedarf ÖBIG (5/10.000)	Berechtigte	Abweichung absolut	Abweichung %
ZR	504.081	252	324	72	29%
O	182.434	91	134	43	47%
SO	83.696	42	61	19	46%
SW	147.232	74	121	47	64%
OO	157.373	79	95	16	21%
LI	79.609	40	59	19	48%
OW	98.497	49	117	68	138%
Gesamt	1.252.922	626	911	285	45%

Abbildung 26: Bedarfsberechnung für teilstationäre Beschäftigungsleistungen BT PSY nach den Richtwerten des ÖBIG (auf Basis der Leistungsberechtigten) für 31.12.2021

Die so errechnete Versorgungsquote ist unter Berücksichtigung der höheren Bedarfsannahme von fünf Plätzen für arbeitsintegrative Maßnahmen je 10.000 EinwohnerInnen in jedem steirischen Bezirk erfüllt.

Die durchschnittliche steirische Gesamtversorgungsquote liegt damit um 44 (Stichtag 31.12.2017) bzw. 48 Prozent (Stichtag 31.3.2019) bzw. 45 Prozent (Stichtag 31.12.2021) über dem Richtwert. Damit werden die Planungsvorgaben des ÖBIG deutlich überschritten.

Bei dieser Rechnung müssen aber auch noch Sonderleistungen und geförderte Maßnahmen berücksichtigt werden, die zusätzlich zu den Standards nach StBHG und LEVO StBHG finanziert werden (siehe die Kapitel zu den Sonderleistungen). So werden in Summe zusätzliche 202 Plätze für arbeitsmarktrelevante Kompetenzförderung und Eingliederungshilfe gefördert und 30 weitere über Sonderleistungen (Zentralraum). Damit liegt die durchschnittliche steirische Gesamtversorgungsquote dann noch deutlich weiter über dem Richtwert.

Die bereits zu Ende des vorigen Kapitels beschriebene Erhebung bei den zuständigen Bezirksbehörden zeigt stärkeren Bedarf für den Zentralraum (Graz) und leichten für die Obersteiermark West. Dieses Ergebnis bestätigt die rechnerische Ermittlung, die für diese beiden Regionen die geringsten der Versorgungsquoten ausweist (siehe obenstehende Tabelle).

4.7 Festlegung der zu bewilligenden Plätze

Die gegenständliche Festlegung der zu bewilligenden Plätze ist dem zugrundeliegenden Regierungsbeschluss entsprechend eine Fortschreibung des im Jahr 2013 erstellten Bedarfs- und Entwicklungsplans für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie. Die Planung wird deshalb mit den Richtwerten des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) für die komplementäre psychiatrische Versorgung vorgenommen. Zusätzlich werden sie den Erkenntnissen dieses Bedarfs- und Entwicklungsplans folgend adaptiert:

1) Ausgehend von den errechneten Versorgungsquoten unter Berücksichtigung der Unterstützungsleistungen für freies Wohnen und der Nutzung bewilligter Plätze für teilstationäre Beschäftigungsleistungen durch mehrere KlientInnen, kann grundsätzlich von einer adäquaten Versorgung der steirischen Bevölkerung ausgegangen werden, bei der sich regional unterschiedliche Bedarfe durch Wanderungsbewegungen über Regionsgrenzen hinweg ausgleichen.

- 2) Leistungsberechtigte sollten allerdings nicht dazu gezwungen sein, ihre Heimatregion zu verlassen, um eine adäquate Versorgungsstruktur vorzufinden. Deshalb sollten Versorgungslücken bei stationären und teilstationären Leistungen geschlossen werden.
- 3) Generell soll für alle Regionen eine Versorgung mit stationären und teilstationären Leistungen nahe der durchschnittlichen Versorgungsquote der Steiermark angestrebt werden.¹⁰⁸
- 4) Zusätzlich werden Effekte der Bevölkerungsentwicklung mit den regional unterschiedlichen wachstumsinduzierten Bedarfsveränderungen berücksichtigt.
- 5) Außerdem fließen die Erkenntnisse aus der Erhebung der Bedarfseinschätzung bei den zuständigen Bezirksbehörden ein.
- 6) Einschätzungen von ExpertInnen zu bedarfsrelevanten dämpfenden oder verstärkenden Einflussfaktoren finden ebenso Berücksichtigung. Hier geht es insbesondere um Psychiatisierung und Entstigmatisierung, die die größten bedarfsverstärkenden Effekte erwarten lassen und sich auf alle Regionen gleich auswirken.
- 7) Die Schaffung neuer niederschwelliger Betreuungsleistungen und der Ausbau von mobilen vor stationären Leistungen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention hingegen dämpfen den zusätzlichen Bedarf von stationären Leistungen für alle Regionen in vergleichbarem Ausmaß. Für den Bedarf an zusätzlichen Beschäftigungsleistungen können verstärkte Kooperationen mit Unternehmen und Projekte zur stundenweisen Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen (Versorgung von deutlich mehr Berechtigten je Platz möglich) dämpfend wirken.
- 8) Die zusätzliche Anzahl von Plätzen für psychisch beeinträchtigte Menschen in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag soll auf Basis der Stichprobenergebnisse abgeschätzt werden.
- 9) Grundsatz: Sozialpsychiatrische Bedarfe, die erst durch eine Unterversorgung mit Leistungen anderer Systeme entstehen, können nicht durch Leistungen des BHG kompensiert werden.

4.7.1 Bedarf bei stationären Wohnleistungen

Die Strategie zur Festlegung der zu bewilligenden Plätze führt zu folgenden Empfehlungen:

Die in der folgenden Tabelle dargestellten zusätzlich zu bewilligenden Plätze stellen die regionspezifischen Priorisierungen dar. Der gesamte empfohlene Ausbauplan bis 2025 umfasst demnach bis zu 64 Plätze für stationäre Wohnleistungen. Die regionalen Bedarfsberechnungen sind als Richtwerte zu verstehen. Eine bedarfsinduzierte regionale Umverteilung wird natürlich möglich sein.

¹⁰⁸ Hier soll die durchschnittliche Versorgungsquote der Steiermark (= arithmetisches Mittel der Abweichungen der Regionen von den Richtwerten des ÖBIG je Region) als Referenz herangezogen werden.

Bedarfsberechnung alle Wohnleistungen PSY nach StBHG (WH PSY, TZW PSY, SPWG PSY)									
	Bewilligung 31 12 2021	Abweichung %	zusätzliche Plätze	Wachstum %	Einfluss- faktoren	Behörde	Deinstitution- alisierung	Summe %	zusätzliche Plätze gesamt
ZR	173	19,5%	0	1,7%	5,0%	5,0%	-5,0%	6,7%	12
O	32	-14,1%	13	0,1%	5,0%	0,0%	-5,0%	0,1%	13
SO	13	-18,1%	8	-0,5%	5,0%	2,5%	-5,0%	2,0%	8
SW	30	-8,4%	0	0,2%	5,0%	0,0%	-5,0%	0,2%	0
OO	28	-13,6%	11	-1,7%	5,0%	2,5%	-5,0%	0,8%	11
LI	0	-49,2%	20	-1,0%	5,0%	2,5%	-5,0%	1,5%	20
OW	32	15,8%	0	-1,8%	5,0%	0,0%	-5,0%	-1,8%	0

Abbildung 27: Planungsrechnung für Wohnleistungen PSY

Der Ausbau für die Region Liezen begründet sich vor allem damit, dass hier bisher keine stationären Wohnleistungen angeboten werden und auch die Bezirksbehörden Bedarf sehen. Andererseits lässt die Bevölkerungsentwicklung sinkenden Bedarf erkennen, sodass in einem ersten Schritt zusätzlich zu den durch mobile Leistungen ermöglichten freien Wohnplätzen ein Bewilligungsvolumen von bis zu 20 Plätzen als hinreichend zu sehen ist.

Für den Zentralraum ist vor allem die wachstumsinduzierte Bedarfszunahme zu berücksichtigen und der von den Bezirksbehörden festgestellte starke Bedarf an zusätzlichen Plätzen. Da diese Region mit rund 40 Prozent der steirischen Bevölkerung die mit Abstand größte Versorgungsstruktur benötigt, soll hier zusätzlich zum Ausbau des freien Wohnens ein Bewilligungsvolumen für stationäre Leistungen von bis zu 12 Plätzen vorgeschlagen werden, obwohl die Versorgungsquote über dem steirischen Durchschnitt liegt.

Für die Regionen Obersteiermark Ost und die Südoststeiermark ist vor allem die unterdurchschnittliche Ausstattung mit bewilligten stationären Wohnleistungen entscheidend. Für beide Regionen lässt die Bevölkerungsentwicklung sinkenden Bedarf erwarten. Für beide Regionen stellen die Bezirksbehörden allerdings zusätzlichen Bedarf fest. Deshalb sollten für die Südoststeiermark bis zu acht zusätzliche Plätze geplant werden, für die Obersteiermark Ost bis zu elf Plätze.

Die Region Oststeiermark hat ebenso eine unterdurchschnittliche Ausstattung mit bewilligten stationären Wohnleistungen. Die Bevölkerung wächst aber in geringem Ausmaß. Deswegen ist ein leichter Ausbau der Plätze um bis zu 13 begründbar.

4.7.2 Bedarf bei teilstationären Beschäftigungsleistungen

Die Strategie zur Festlegung der zu bewilligenden Plätze führt zu folgenden Empfehlungen: Die in der folgenden Tabelle dargestellten zusätzlich zu bewilligenden Plätze stellen die regionsspezifischen Priorisierungen dar. Der gesamte empfohlene Ausbauplan bis 2025 umfasst demnach bis zu 42 Plätze für teilstationäre Beschäftigungsleistungen. Die regionalen Bedarfsberechnungen sind als Richtwerte zu verstehen. Eine bedarfsinduzierte regionale Umverteilung wird natürlich möglich sein.

Bedarfsberechnung teilstationäre Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen nach StBHG (BT PSY)										
	Berechtigte 31 12 2021	Abweichung %	zusätzliche Berechtigte	Wachstum %	Einfluss- faktoren	Behörde	Koop., Projekte	Summe %	zusätzliche Berechtigte gesamt	zusätzliche Plätze gesamt
ZR	324	-16,9%	43	1,7%	5,0%	5,0%	-5,0%	6,7%	67	32
O	134	1,5%	0	0,1%	5,0%	0,0%	-5,0%	0,1%	0	0
SO	61	0,3%	0	-0,5%	5,0%	0,0%	-5,0%	-0,5%	0	0
SW	121	18,9%	0	0,2%	5,0%	0,0%	-5,0%	0,2%	0	0
OO	95	-24,7%	19	-1,7%	5,0%	2,5%	-5,0%	0,8%	20	10
LI	59	2,8%	0	-1,0%	5,0%	0,0%	-5,0%	-1,0%	0	0
OW	117	92,2%	0	-1,8%	5,0%	0,0%	-5,0%	-1,8%	0	0

Abbildung 28: Planungsrechnung für teilstationäre Beschäftigungsleistungen PSY

Obwohl die Richtwerte des ÖBIG in allen Regionen übererfüllt sind, kommt es in den zwei Regionen zu Ausbauempfehlungen, weil für alle Regionen eine Versorgung nahe der durchschnittlichen angestrebt werden soll. Im Sinne dieses Grundsatzes kommt es im Zentralraum und in der Obersteiermark Ost zu negativen Abweichungen von der durchschnittlichen Versorgungsquote, die einen entsprechenden Platzbedarf induzieren.

Für den Zentralraum ist zusätzlich vor allem die wachstumsinduzierte Bedarfszunahme zu berücksichtigen und der von den Bezirksbehörden festgestellte starke zusätzliche Bedarf. Deshalb soll hier ein Bewilligungsvolumen für teilstationäre Leistungen von bis zu 32 Plätzen vorgeschlagen werden. Ist es möglich, diese Beschäftigungsleistungen über Projekte oder eine neu geschaffene Leistung zur stundenweisen Beschäftigung in Einrichtungen für psychisch beeinträchtigte Menschen zu erbringen, dann kann sich der Platzbedarf etwa durch eine intensivere Mehrfachnutzung des einzelnen Platzes deutlich reduzieren.

Für die Obersteiermark Ost ist die unterdurchschnittliche Ausstattung mit Plätzen und der von Bezirksbehörden angegebene Bedarf ausschlaggebend, zehn zusätzliche Plätze vorzuschlagen.

4.7.3 Bedarf für psychisch beeinträchtigte Menschen aus Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag

Grundsätzlich sollen für die Abschätzung des Bewilligungsbedarfs nur jene Personen berücksichtigt werden, die im Pflegeheim mit Psychiatriezuschlag nicht adäquat untergebracht sind. Wenn zusätzlich auch der Wunsch nach Veränderung gegeben ist und die individuellen Bedarfe einen Wechsel in das System des StBHG zulassen, dann soll dieser Übergang ermöglicht werden.

Für die Bedarfsplanung wird deshalb ein möglicher Rahmen für die Anzahl stationärer Betreuungsleistungen abgeschätzt. Die genaue bedarfsorientierte Konfiguration ist derzeit allerdings noch zu wenig bekannt. Den Gutachten zufolge wird hier vor allem mit Leistungen WH int PSY und WH PSY im quantitativen Verhältnis 40:60 zu rechnen sein.

Ausgehend von den 226 Personen (jünger als 60 Jahre und Pflegestufe kleiner 4), die derzeit in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag betreut werden, führen die obigen Ausführungen (vgl. auch Kapitel 2.3.2) zu einer Bedarfsquantifizierung von maximal 86 Plätzen für stationäre Leistungen im Bereich des Wohnens. Damit verbunden sind bis zu 48¹⁰⁹ zusätzliche Plätze im Bereich der Beschäftigung. Diese Gesamtzahl an Plätzen kann für die gesamte Steiermark bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden, das heißt, die regionale Umsetzung dieser Plätze orientiert sich sowohl qualitativ, als auch quantitativ an den individuellen (Hilfe-)Bedarfen und Bedürfnissen. Die in den Kapiteln 4.7.1 und 4.7.2. dargestellten, bereits regional spezifizierten Ausbauerfordernisse bleiben hiervon unberührt und stellen somit einen separaten Umsetzungs- bzw. Bedarfsdeckungsprozess dar. Dies ergibt einen Gesamtausbaubedarf von bis zu 150 Wohn- und bis zu 90 Beschäftigungsplätzen bis zum Ende des Jahres 2025, welcher in qualitätsgesicherter Form, von fachlich-inhaltlich dafür ausgewiesenen Anbietern der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft, in Umsetzung zu bringen ist.

¹⁰⁹ Plätze für Beschäftigungsleistungen werden für mehrere KlientInnen genützt, da es sehr verschiedene Stundenausmaße der Beschäftigung gibt. So nutzen im Durchschnitt 2,1 Leistungsberechtigte einen bewilligten Platz (Berechnung ISOMAS)

5 Resümee und Ausblick

Laut Regierungssitzungsbeschluss in der 100. Regierungssitzung vom 22.03.2018, wurden die Abteilungen Soziales, Arbeit und Integrationen sowie Gesundheit und Pflege beauftragt, den Bedarfs- und Entwicklungsplan 2013 zu evaluieren und fortzuschreiben, um so auch das Schnittstellenmanagement zwischen den Bereichen Gesundheit und Behindertenhilfe im Versorgungsfeld für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie psychischen Erkrankungen zu verbessern. Zielsetzung ist die Weiterentwicklung eines bedarfsorientierten Unterstützungsangebotes, damit Menschen mit psychiatrischer Erkrankung die nötige Versorgung erhalten, um – auch außerhalb von Kranken- und Pflegeanstalten – ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können. Das hier vorliegende Planungs- und Entwicklungsinstrument stellt eine zeitgemäße und bedarfsorientierte Handlungsgrundlage für ein gemeinsames Vorgehen der Ressorts Soziales und Gesundheit dar.

Auf der Basis der Richtwerte des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen (ÖBIG) aus dem Jahr 1998 wurde das bereits im Bedarfs- und Entwicklungsplan 2013 eingeführte Bedarfsberechnungsmodell evaluiert und weiterentwickelt, welches nunmehr ergänzend zu den von der ÖBIG empfohlenen Richtwerten auch die für die Steiermark spezifische Versorgungsstruktur berücksichtigt. Dadurch kann der Prämisse „mobil vor stationär“, welche für beide Ressorts handlungsleitend ist, zukünftig noch besser entsprochen werden.

Die empirischen qualitativen und quantitativen Befunde dieses kombinierten Planungsmodells zeigen eine grundsätzlich adäquate Versorgung der steirischen Bevölkerung, bei der sich regional unterschiedliche Bedarfe durch Wanderungsbewegungen über Regionsgrenzen hinweg ausgleichen. Leistungsberechtigte sollen jedoch auch in ihren Heimatregionen eine adäquate Versorgungsstruktur vorfinden, was dazu führt, dass in einer Reihe der steirischen Regionen sowohl Wohn- als auch Beschäftigungsleistungen ausgebaut werden sollen, um bestehende „weiße Flecken“ in der Versorgungslandschaft zu beseitigen. Der gesamte empfohlene Ausbauplan dieser Bedarfsschiene beträgt bis zum Jahr 2025 bis zu 64 Plätze für stationäre Wohnleistungen bzw. bis zu 42 Plätze für Beschäftigungsleistungen.

Ergänzend zu dieser ersten Bedarfsschiene wurde aufsetzend auf einer Empfehlung des Rechnungshofes ein von beiden Ressorts getragener Begutachtungsprozess durchgeführt, der die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse von in Pflegeheimen mit Psychiatriezuschlag versorgten Menschen in den Mittelpunkt stellte. Es wurde festgestellt, dass die Erhebungsergebnisse einen zusätzlichen Ausbau von bis zu 86 Wohn- bzw. bis zu 48 Beschäftigungsplätze abseits von Pflegeheimen rechtfertigen, um dadurch die Versorgung dieser Zielgruppe zukünftig selbstbestimmter, inklusiver und jedenfalls bedarfs- bzw. bedürfnisgerecht gewährleisten zu können.

Die dargestellten gesamten Ausbaubedarfe im Ausmaß von bis zu 150 Plätzen im Bereich des Wohnens und von bis zu 90 Plätzen im Bereich der Beschäftigung sollen im Sinne des gemeinsamen Vorgehens der Ressorts Soziales und Gesundheit bis Ende 2025 bedarfsgerecht umgesetzt werden.

Um diese Umsetzungsbedarfe entsprechend der Notwendigkeiten für die Zielgruppen umsetzen zu können, benötigt es neben einem abgestimmten Vorgehen der beteiligten Ressorts, auch eine gemeinsame Anstrengung hinsichtlich der Weiterentwicklung des Gesamtsystems. Dies beinhaltet neben dem Ausbau von bestehenden, selbstermächtigenden und inklusiven Leistungen auch die Adaptierung der bestehenden, ressortspezifischen Leistungsangebote sowie die Neuschaffung von Leistungen an der Schnittstelle der Ressorts Soziales und Gesundheit. Denn nur durch eine bereichs- bzw. ressortübergreifende Zusammenarbeit kann gewährleistet werden, dass die breite und heterogene Zielgruppe dieses Bedarfs- und Entwicklungsplanes jene Versorgungsstruktur vorfindet, die Bedarfe und Bedürfnisse bestmöglich abdeckt. Im gesamten Spektrum dieses Prozesses ist es

jedenfalls notwendig, eine selbstbestimmte und inklusive Teilhabe an der Gesellschaft und ihren Teilsystemen zu ermöglichen. Dies kann jedoch nur dann gelingen, wenn beide Ressorts mit derselben Bemühung die in diesem Bedarfs- und Entwicklungsplan dargelegten Ausbauerfordernisse umsetzen.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stichtagsvergleich der Leistungsberechtigten je Leistungsart (ISOMAS).....	14
Abbildung 2: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der Steiermark) zum Stichtag 2021	15
Abbildung 3: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Wohnleistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der Steiermark) zum Stichtag 2021	15
Abbildung 4: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der jeweiligen Region) zum Stichtag 2021	16
Abbildung 5: Regionale Verteilung der Leistungsberechtigten nach Leistungsarten (in Prozent aller Leistungsberechtigten der jeweiligen Leistungsart) in Gegenüberstellung zur Einwohnerzahl der Region zum 01.01.2022 Stichtagsvergleich zum Stichtag 2021	17
Abbildung 6: Ausbauplan WH PSY	19
Abbildung 7: Ausbauplan TZW PSY	20
Abbildung 8: Ausbauplan SPWG PSY	20
Abbildung 9: Ausbauplan BT PSY	21
Abbildung 10: Gesamtübersicht zur Umsetzung des Bedarfs- und Entwicklungsplans 2013 für das Handlungs- und Arbeitsfeld Sozialpsychiatrie.....	22
Abbildung 11: Gesamtübersicht zu Sonderleistungen und Pilotprojekten PSY	23
Abbildung 12: Gesamtüberblick über alle steirischen Pflegeeinrichtungen (inkl. KAG-bewilligte Einrichtungen), in welchen mit Stichtag 31.12.2021 Bewohnerinnen und Bewohner mit Psychiatriezuschlag leben; Quelle: Pflegeheim-Landesliste, Auswertung über Klientinnen und Klienten mit Psychiatriezuschlag, Abteilung 8 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Referat Pflegemanagement;.....	24
Abbildung 13: quellbezogene Betrachtung (nach Wohnort) der Aufenthalte aufgrund einer F-Diagnose im LKH Graz II, Standort Süd, 2018.....	26
Abbildung 14: Klientinnen und Klienten der psychiatrischen Familienpflegeplätze, am 31.12.2018, quell- und zielbezogen.....	28
Abbildung 15: Anteil der Personen mit Psychiatriezuschlag an allen Bewohnerinnen und Bewohnern nach Pflegeheim 2021	29
Abbildung 16: Regionale Verteilung der steirischen Bevölkerung am 01.01.2018, 01.01.2019, 01.01.2022 und Prognose 2025 je Region und die jeweilige Veränderung (in Prozent der Bevölkerung 2017)	34
Abbildung 17: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung am 01.01.2018, 01.01.2019, 01.01.2022 und Prognose 2025 je Altersgruppe und die jeweilige Veränderung (in Prozent der Bevölkerung 2017 je Altersgruppe).....	34
Abbildung 18: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung am 01.01.2018, 01.01.2019, 01.01.2022 und Prognose 2025	35
Abbildung 19: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung am 01.01.2018 nach Regionen	35
Abbildung 20: Altersstruktur der steirischen Bevölkerung ohne die Region Steirischer Zentralraum am 01.01.2018 und Prognose 2025 je Altersgruppe	36
Abbildung 21: Altersstruktur der Bevölkerung in der Region Steirischer Zentralraum am 01.01.2018 und Prognose 2025 je Altersgruppe.....	36
Abbildung 22: Bedarfsrelevante Einflussfaktoren und Bewertung ihres Einflusses auf die Bedarfsplanung stationärer und teilstationärer sozialpsychiatrischer Leistungen	42
Abbildung 23: Mögliche Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen	44
Abbildung 24: Bedarfsberechnung für Wohnleistungen unter Berücksichtigung von freiem Wohnen mit Beratung nach den Richtwerten des ÖBIG für 31.12.2021	47
Abbildung 25: Erhebung der Einschätzungen der zuständigen Bezirksbehörden zu zusätzlichen Platzbedarfen bei stationären und teilstationären Leistungen. * Die ermittelte Bedarfslage gilt vor allem für die Stadt Graz.....	48
Abbildung 26: Bedarfsberechnung für teilstationäre Beschäftigungsleistungen BT PSY nach den Richtwerten des ÖBIG (auf Basis der Leistungsberechtigten) für 31.12.2021	49
Abbildung 27: Planungsrechnung für Wohnleistungen PSY	51
Abbildung 28: Planungsrechnung für teilstationäre Beschäftigungsleistungen PSY.....	51