

Im Sinne der *inhaltlichen Aussagekraft des Morbiditätsindex I* sind demnach in der kleinräumigen Gliederung Berlins Zusammenhänge zwischen der sozialen Belastung und dem vermehrten Auftreten von akuten Krankheiten und Beschwerden (Infektionskrankheiten, Rückenschmerzen, Verletzungen etc.), chronischen Krankheiten der Atemwege (Bronchitis, chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Lungenkrebs), des metabolischen Syndroms (Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Insulinresistenz) sowie psychischen und Verhaltensstörungen (vgl. Tabellen 4.4 und 4.5) nachweisbar.

Die in dem vorliegenden Datenmaterial gefundene Beziehung zwischen sozialer Deprivation und der über den Morbiditätsindex I ausgedrückten Krankheitslast unterstreicht den aus der Sozialraumanalyse bekannten Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage und verweist auf die Komplexität dieses Zusammenhangs sowie der Wechselwirkungen. Hinsichtlich des mit steigender *sozialer Belastung* vermehrten Auftretens von akuten Krankheiten und Beschwerden könnte von einer erhöhten Infektanfälligkeit aufgrund eines schlechten körperlichen Gesamtzustandes ausgegangen werden. Ebenso könnten somatische Beschwerden als Folge der sozialen Belastung (in Verbindung mit psychischen Störungen) zur ärztlichen Inanspruchnahme führen.

Erkrankungsraten stehen in Zusammenhang mit Sozialstatus und Lebensstil

Bezüglich Krankheiten, deren Auftreten durch eine starke *Lebensstilkomponente* (z. B. Ernährung, Rauchen, Bewegung) bestimmt ist, verdeutlicht die dargestellte Korrelation zwischen Sozialindex I und Morbiditätsindex I die Beziehung von Sozialstatus, Lebensstil und Morbidität. Da ein niedriger Sozialstatus häufig mit ungünstigen Ernährungsgewohnheiten und Rauchen einhergeht, ist ein vermehrtes Auftreten von Adipositas oder Lungenkrebs in den entsprechenden Bevölkerungsgruppen zu erwarten. Obwohl eine Ursache-Wirkungsbeziehung zwischen Risikofaktor und Krankheit im Rahmen dieser Korrelationsanalyse nicht nachgewiesen werden kann, ist davon auszugehen, dass eine ungünstige soziale Lage über die genannten Lebensstilgewohnheiten die Entstehung oben genannter Krankheiten beeinflusst. Bezüglich des Auftretens von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen kann von einer wechselseitigen Beziehung zur sozialen Lage ausgegangen werden. Da psychische und soziale Problemlagen oft dicht beieinander liegen, ist im Rahmen dieser Analyse nicht trennbar, ob die soziale Belastung zu psychischen und Verhaltensstörungen geführt hat oder umgekehrt.

Morbiditätsindex II / III und Sozialindex II

Mit einem Korrelationskoeffizienten von jeweils -0,58 besteht zwischen den Morbiditätsindizes II und III und dem Sozialindex II eine mittelstarke negative lineare Abhängigkeit, d. h. dass mit sinkendem Sozialindex II (also hoher Anteil von Alg I-Empfängern und sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Sinne einer möglichen Vorstufe zur Manifestation sozialer Problemlagen) steigende Werte für die oben genannten Morbiditätsindizes einhergehen und umgekehrt.

Für den *Morbiditätsindex II* bedeutet dies im Detail, dass in Räumen mit unterdurchschnittlichem Sozialindex II vermehrt Krankheitsbilder aus dem Herz-Kreislauf-Bereich (Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten, Herzrhythmusstörungen), Diabetes, Krankheiten der Prostata und der Augen, Osteoporose, aber auch ein erhöhtes Impfvorsorgeverhalten beobachtet werden. Im Gegensatz zur räumlichen Verteilung des Sozialindex II sind jedoch Abweichungen zur räumlichen Ausdifferenzierung des Morbiditätsindex II zu beobachten. Dies betrifft zum einen die zentrumsnahen Bereiche der Bezirke Mitte (südöstliches Zentrum), Friedrichshain-Kreuzberg (Friedrichshain Ost und West) und Pankow (Prenzlauer Berg), in denen zum Teil überdurchschnittliche Sozialindex II-Werte (also niedrige Anteile Alg I-Empfänger) gepaart mit hohen Morbiditätsindex II-Werten vorliegen. Zum anderen liegen in Planungsräumen in Marienfelde (Tempelhof-Schöneberg) und Teilen Spandaus unterdurchschnittliche Sozialindex II-Werte vor, diese sind jedoch wiederum durch eine niedrige Ausprägung des Morbiditätsindex II gekennzeichnet.

Alterserkrankungen und Vorsorge stärker ausgeprägt in Gebieten mit niedrigem Sozialindex II

Die zuvor genannten Abweichungen spiegeln die scharfe Trennung von Räumen mit hohen und niedrigen Werten für den Morbiditätsindex II wieder (vgl. Abschnitt 4.2.4 Morbiditätsindizes in der räumlichen Gliederung und Abbildung 4.18). Für die Korrelation mit der Sozialstruktur, ausgedrückt über den arbeitsmarktbezogenen Sozialindex II, bedeutet das, dass die abgebildete Krankheitslast neben der Komponente Sozialstruktur noch durch weitere (unbekannte) Faktoren beeinflusst wird.

Die Korrelation zwischen Morbiditätsindex II und Sozialindex II kann auch im Sinne einer Stresshypothese interpretiert werden. In Räumen mit niedrigem Sozialindex II sind viele Bewohnerinnen und Bewohner abhängig beschäftigt oder beziehen Arbeitslosengeld I und sind potenziell von sozialem Abstieg bedroht, was sich negativ auf ihre gesellschaftliche Teilhabe und darüber vermittelt auf ihren gesundheitsbezogenen Lebensstil auswirken kann. Dies könnte eine höhere Rate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in diesen Räumen erklären.

frauenspezifische
Behandlungsanlässe
vermehrt in Sozial-
räumen mit niedrigem
Sozialindex II

Auf den *Morbiditätsindex III* bezogen wird über die Korrelation mit dem Sozialindex II ausgedrückt, dass in Räumen mit unterdurchschnittlichem Sozialindex II vermehrt gesundheitliche Problemlagen mit Ursprung in der Gynäkologie (Frauenheilkunde) auftreten sowie das damit zusammenhängende Inanspruchnahmeverhalten zur Krebsvorsorge und zur Empfängnisverhütung. Im Kontrast zum Morbiditätsindex II bilden hier

vermehrt Räume in den östlichen Bezirken Berlins Ausnahmen von diesem Zusammenhang, welche hinsichtlich des Morbiditätsindex III weniger stark betroffen sind als es die Ausprägung des Sozialindex II vermuten lassen würde. Dies gilt umgekehrt für einige Regionen von Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Reinickendorf, wo bei einem eher überdurchschnittlichen Sozialindex II hohe Ausprägungen des Morbiditätsindex III zu Tage traten. Diese Beobachtung könnte mit dem erhöhten Brustkrebsvorkommen in den ehemaligen Westberliner Bezirken erklärt werden.

Da es sich bei gynäkologischen Behandlungsanlässen zumeist nicht um durch den Lebensstil aktiv zu beeinflussende Gesundheitslagen handelt, ist nicht in erster Linie davon auszugehen, dass die soziale Lage und damit zusammenhängende Lebensgewohnheiten das Krankheitsrisiko bestimmen (ausgenommen Brustkrebs). Denkbar ist jedoch ein gewisses Inanspruchnahmeverhalten aufgrund einer möglicherweise drohenden prekären Lebenslage („Gehe ich zur Krebsvorsorge, bleibe ich gesund und behalte meine Arbeit“ oder „Lasse ich mir die Pille verschreiben, werde ich nicht schwanger und verliere nicht meinen Job“). Denkbar ist auch, dass eine gewisse soziale Belastung das Auftreten und Erleben gynäkologischer Beschwerden (z. B. Schmerz, klimakterische Beschwerden) und somit die medizinische Inanspruchnahme beeinflusst. Wie schon beim Morbiditätsindex II angeführt ist es wahrscheinlich, dass auch bei der räumlichen Ausprägung des Morbiditätsindex III weitere Faktoren eine relevante Rolle in Bezug auf das über diesen Index ausgedrückte Auftreten von Krankheiten spielen.

4.3 Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung - Ergebnisse einer Evaluation

4.3.1 Ausgangssituation, Ziele und Aufgabenstellung der Evaluation

Entwicklung fallbezogener und institutioneller Steuerung unter Beteiligung der Leistungsanbieter

Vor dem Hintergrund (begrenzter) öffentlicher Mittel stellt die *Optimierung von Steuerungsinstrumenten* und -verfahren eine zentrale Aufgabe der Kommunen und Länder dar. Diese Aufgabe ist unter der Bedingung segmentierter bzw. „versäulter“ Strukturen des Hilfesystems nur möglich, indem die Leistungsanbieter an der Steuerung der Hilfeerbringung (fallbezogene Steuerung) und der Angebotsentwicklung (institutionelle

Steuerung) beteiligt werden. Dies gilt vor allem für diejenigen Bereiche der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, in denen Menschen mit erheblichen (gesundheitlichen) Beeinträchtigungen

und schwierigen sozialen Problemlagen auf komplexe Hilfen angewiesen sind. So wurden denn auch vor allem im Bereich der psychiatrischen Versorgung inzwischen unterschiedliche Steuerungsinstrumente entwickelt. Diese zielen u. a. auf die Steuerung individueller Hilfeerbringung (wie z. B. Hilfeplanung, Fallkonferenzen), die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Angebote (Komplexleistungen) und die Strukturen des Hilfesystems (z. B. gemeindepsychiatrischer Verbund) sowie einen effektiven Ressourceneinsatz auf Basis festgelegter Budgets (regionale Psychiatriebudgets, Trägerbudgets etc.). Mit Blick auf diese Aspekte zeigen sich **bundesweit z. T. vergleichbare Anforderungen und Lösungsansätze, aber auch unterschiedliche Entwicklungsstände und Vorgehensweisen**. Dabei ergeben sich (länderspezifische/regionale) Unterschiede, z. B. hinsichtlich der Schwerpunktsetzung bei der Umsetzung der Instrumente sowie dem angestrebten bzw. erreichten Grad der Vereinheitlichung, Formalisierung und Verbindlichkeit:

- Für einige Leistungen der Eingliederungshilfe bestehen unterschiedliche Finanzierungsformen: Einerseits werden stationäre bzw. teilstationäre Leistungen ganz überwiegend einrichtungsbezogen auf Basis von (Hilfe-)Bedarfsgruppen finanziert. Andererseits erfolgt die Finanzierung ambulanter Hilfen (vor allem Betreutes Wohnen) z. T. zeitbasiert (z. B. nach Fachleistungsstunden).
- Zugleich werden zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfs der Leistungsberechtigten z. T. nach Zielgruppen (geistig und/oder körperlich behinderte Personen sowie psychisch Kranke und Suchtkranke) differenzierte Verfahren der Hilfeplanung (u. a. Metzler-Verfahren, Hilfeplandinstrumente der Aktion Psychisch Kranke) eingesetzt.

Fallbezogene Steuerung der psychiatrischen Hilfgewährung

Im Land *Berlin* erfolgen die **Vergabe und Steuerung von Leistungen der Eingliederungshilfe** nach § 53 und § 54 Sozialgesetzbuch (SGB) XII **für seelisch behinderte Menschen** seit vielen Jahren unter Einbeziehung der „Steuerungsgremien Psychiatrie“ (SGP), die in jedem der zwölf Berliner Bezirke bestehen. In diesen Steuerungsgremien werden der aktuelle Hilfebedarf der Betroffenen festgestellt und (bedarfsgerechte) Maßnahmen vorgeschlagen. Die SGP **setzen sich** i. d. R. aus Leistungserbringern, dem Leistungsträger (Fallmanagement), den psychiatrischen Kliniken, den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpD), den Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren und weiteren Diensten der psychiatrischen Versorgungsregion sowie - sofern gewünscht - den Klientinnen und Klienten **zusammen**.

Steuerungsgremium Psychiatrie (SGP) in jedem Berliner Bezirk

Die **Rahmengesäftsordnung der Steuerungsgremien Psychiatrie (RGO - SGP)**, mit der die Arbeit dieser Gremien einen verbindlichen, einheitlichen Rahmen erhalten hat, wurde im März 2007 in Kraft gesetzt. Auf Basis der RGO - SGP sowie der daraus abgeleiteten **Geschäftsordnungen der einzelnen bezirklichen SGP** nehmen die „Steuerungsgremien Psychiatrie“ seit diesem Zeitpunkt (landesweit vergleichbar) - in Abgrenzung zum Fallmanagement in der Eingliederungshilfe - verschiedene (grundsätzliche) Aufgaben wahr.

Die Bestimmungen zur Zuständigkeit, zu den Aufgaben und der Arbeitsweise der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie sind seit Februar 2007 in den **„Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch“** (AV Eingliederungshilfe - AV EH) grundlegend festgelegt. Dabei regeln vor allem die §§ 10 a bis 10 c (im Unterabschnitt 3: Verfahren zur Feststellung der Voraussetzungen der §§ 53 ff. SGB XII) der AV EH die Ausgestaltung der Zusammenarbeit von Fallmanagement und Steuerungsgremien mit Blick auf den Personenkreis seelisch behinderte Menschen.

Entsprechend diesen Bestimmungen der AV EH sowie RGO - SGP **erarbeiten die Steuerungsgremien ihre fachlichen Empfehlungen** auf der Grundlage des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BBRP), bei dessen Erstellung die Kompetenzen der Leistungserbringer aus dem jeweiligen bezirklichen Pflichtversorgungssystem frühzeitig einzubeziehen sind. Regelmäßig werden in den SGP alle Erstanträge behandelt sowie über Träger-/Maßnahmenwechsel bei divergierenden Einschätzun-

gen zwischen Leistungsanbieter, SpD und Fallmanagement entschieden. Die Steuerungsgremien arbeiten konsensorientiert; Beschlüsse basieren auf Mehrheitsentscheidungen, Minderheitsvoten werden dokumentiert. Die fachlichen Empfehlungen der SGP sind von allen beteiligten Personen und Institutionen bei ihren Entscheidungen und Maßnahmen maßgeblich zu berücksichtigen.

Evaluation der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie

Untersuchung der-zeitiger Steuerung mit Blick auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Vor diesem kurz beschriebenen Hintergrund und unter Berücksichtigung stark gestiegener Fallzahlen im Bereich des Betreuten Wohnens und der tagesstrukturierenden Angebote für seelisch behinderte Menschen sowie neuer Gruppen von Leistungsempfängern und -empfängerinnen wurde seitens der Gesundheitsverwaltung die Entscheidung getroffen, die derzeitige (fallbezogene) Steuerung an der Schnittstelle Gesundheit und Soziales mit Blick auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualität sowie Wirtschaftlichkeit zu untersuchen. Mit der Evaluation wurde im Oktober 2010 die Firma FOGS GmbH⁸ beauftragt. Die Evaluation war mit der **Erwartung** verknüpft, Hinweise zu einer zeitgemäßen, zukunftsorientierten und flexiblen Steuerung psychiatrischer Hilfen sowie Vorschläge zu deren Umsetzung zu erhalten.

Im Einzelnen sollten **Fragestellungen zu vier Themenkomplexen** beantwortet werden:

- Auf Basis einer **Bestandsaufnahme** und -analyse der bezirklichen Steuerungsgremien ist ein Ist-Soll-Vergleich aufzustellen.
- Analyse der **Handlungsfähigkeit** der bezirklichen Steuerungsgremien.
- Erfassung und Bewertung von Anreizen, Absprachen oder Verpflichtungen von Leistungserbringern, nicht nur in das entgeltfinanzierte System der Eingliederungshilfe hinein zu vermitteln, sondern **Klientinnen und Klienten auch aus dem Hilfesystem zu entlassen**.
- Beschreibung und Analyse der Konsequenzen, die sich daraus ergeben, dass das **Budgetkontrollsystem seit 2010 nicht mehr angewandt** wird.

4.3.2 Ausgewählte Ergebnisse der Untersuchung

Nachfolgend werden - mit Blick auf die Ziele und grundsätzlichen Fragestellungen - die wichtigsten Ergebnisse der Evaluation zusammengefasst, wobei sich die Struktur der nachfolgenden Ausführungen an den vier Themenkomplexen der Ausschreibung orientiert.

Umsetzung der Verfahrensregelungen und Funktion der Steuerungsgremien

- Es zeigt sich, dass die **Verwaltungs- und Ausführungsvorschriften**, die die Aufgaben, Arbeitsweise und Zusammensetzung der SGP landeseinheitlich und verbindlich beschreiben, in den zwölf befragten SGP (in den wesentlichen Teilen) **praktisch umgesetzt** werden. Darauf weisen sowohl die Analyse der Geschäftsordnungen von elf Bezirken als auch die Ergebnisse der verschiedenen durchgeführten Erhebungen hin.
- Sowohl die **Verfahrensregelungen der Rahmengeschäftsordnung (RGO)** als auch die **AVEH** werden von fast allen Berliner Bezirken und den im Rahmen der Evaluation befragten Akteuren als **positiv** und - gemessen an den intendierten Aufgaben der SGP - als **zielführend** bewertet. Die auf dieser (formalen) Grundlage herausgebildete Zusammenarbeit von SGP und Fallmanagement im Hinblick auf die jeweils definierten Aufgaben wird - nach anfänglichen Problemen - ganz überwiegend als kollegial und konstruktiv beurteilt. Als Stärken werden insbesondere die gute Kommunikation und die damit verbundene Verbindlichkeit der Absprachen hervorgehoben. Die regelmäßige Teilnahme des Fallmanagements an den SGP hat zu einer höheren (gegenseitigen) Akzeptanz der an der Erarbeitung fachlicher Empfehlungen beteiligten Akteure geführt.

⁸ Hartmann, Rüdiger; Kirvel, Sandra; Oliva, Hans (2011): Abschlussbericht - Projekt „Evaluation der Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung“ im Auftrag der SenGUV Berlin. FOGS, Köln. Im Internet verfügbar unter: www.berlin.de/lb/psychiatrie/veroeffentlichungen/index.html.

Diese zeigt sich auch darin, dass nur selten abweichende Einschätzungen zwischen den fachlichen Empfehlungen des SGP und dem Fallmanagement bestehen und insofern die Empfehlungen i. d. R. einvernehmlich getroffen werden. Nicht zuletzt die kontinuierliche Mitarbeit des Fallmanagements in den Steuerungsgremien hat im Verlauf der letzten Jahre dazu beigetragen, die administrativen Wege zu verkürzen und die Planungssicherheit für die Klientinnen bzw. Klienten und Leistungserbringer zu erhöhen.

positive Bewertung
der Zusammenarbeit
von SGP und
Fallmanagement

- Zu den **positiven Entwicklungen** der letzten Jahre zählen die gestiegene Verbindlichkeit fachlicher Empfehlungen der SGP, die „regelhafte“ Einbeziehung aller am Verfahren beteiligten Akteure - u. a. Leistungserbringer, Fallmanagement, SpD - und die damit für alle Seiten verbundene (Entscheidungs-)Transparenz. Die SGP tragen erheblich dazu bei, die bezirkliche Pflichtversorgung und eine personenzentrierte Hilfeerbringung umzusetzen. Insofern ist davon auszugehen, dass sich darüber auch die Qualität der Versorgung verbessert.
- Ein Vergleich der **Geschäftsordnungen (GO) der Bezirke** mit der landesweit gültigen RGO verdeutlicht, dass die große Mehrzahl der GO in Aufbau und Inhalt weitgehend an die RGO angelehnt ist. Abweichungen sind eher den jeweiligen „bezirklichen“ Rahmenbedingungen geschuldet, die sich aber nicht negativ auf die Aufgabenwahrnehmung und Arbeitsweise der SGP auswirken. Viele GO sind seit ihrer erstmaligen Erstellung aktualisiert worden und bilden weitgehend die Praxis der Arbeit in den SGP ab.
- Die Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren haben im Verlauf der letzten Jahre unterschiedliche Gründe beobachtet, **die eine (bedarfsgerechte) Vermittlung von Klientinnen und Klienten durch das Steuerungsgremium erschweren bzw. verhindern**: Rund drei Viertel der Befragten geben fehlende Kapazitäten bei einigen Leistungsangeboten und/oder zu lange Wartezeiten auf einen Platz an. Auch das Fehlen zielgruppenspezifischer Angebote - u. a. für Klientinnen und Klienten mit Mehrfachdiagnosen und/oder hohem Betreuungsbedarf bzw. bei wohnungslosen Personen - wird als Grund genannt.
- Aus den Befragungen geht hervor, dass die **Bezirke enger kooperieren**: In drei Viertel der Gremien bezieht sich die Zusammenarbeit in erster Linie auf die Aufnahme von Klientinnen und Klienten aus anderen Bezirken und/oder auf die Vermittlung von Betroffenen in Angebote anderer Bezirke. Als weitere Aspekte der Kooperation werden die (gegenseitige) kollegiale Beratung oder der regelmäßige Austausch der Psychiatrie-/Suchthilfe Koordination zu wichtigen (psychiatriepolitischen oder versorgungsstrukturellen) Themen sowie Versorgungsengpässe/-bedarfe genannt. Von der Mehrzahl der Befragten wird im Hinblick auf eine bezirksübergreifende (fallbezogene) Zusammenarbeit vorgeschlagen, eine einheitliche Vorgehens-/Verfahrensweise, z. B. auf Basis eines standardisierten Überleitungsbogens, umzusetzen. Als hilfreich wird auch die Einhaltung der Zuständigkeitsregelung durch alle Akteure erachtet. Angeregt wird außerdem die frühzeitige Information der SGP über die Notwendigkeit eines Wechsels eines Klienten/einer Klientin in einen anderen Bezirk.

Handlungsfähigkeit der Steuerungsgremien

- Die **bezirklichen Steuerungsgremien setzen sich** aus der zuständigen Psychiatriekoordinatorin bzw. dem Psychiatriekoordinator, dem Träger der Sozialhilfe (Fallmanagement), dem Sozialpsychiatrischen Dienst (als Fachbehörde), Vertreterinnen bzw. Vertreter der zuständigen Kliniken sowie den bezirklichen Leistungserbringern **zusammen**. In zwei Drittel der Gremien sind darüber hinaus noch weitere Institutionen/Personen repräsentiert, beispielsweise Vertreterinnen bzw. Vertreter überregional aufnehmender Heimeinrichtungen oder zuwendungsfinanzierte Angebote und/oder Zuverdienstprojekte. Die **Teilnahmefrequenz** wird für nahezu alle stimmberechtigten Institutionen als regelmäßig angegeben. Teilweise nehmen außerdem weitere nicht stimmberechtigte Institutionen teil. Dazu zählen u. a. rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, andere Leistungsanbieter

regelmäßige
Teilnahme aller
stimmberechtigten
Institutionen an den
SGP-Sitzungen

ter (z. B. Anbieter häuslicher psychiatrischer Pflege) und Klientinnen und Klienten bzw. deren Angehörige.

- Alle SGP verfügen über einen fixen **Sitzungsrhythmus**: Die Mehrzahl der Steuerungsgremien tagt alle 14 Tage bzw. zweimal im Monat, ein Drittel trifft sich monatlich, ein SGP wöchentlich. Bei der Hälfte der befragten Steuerungsgremien können - neben den regulären Sitzungen - bei Bedarf weitere außerordentliche Sitzungen stattfinden, wobei diese bisher eher selten einberufen wurden.
- Zu den Aufgaben der Psychiatriekoordinatorinnen bzw. Psychiatriekoordinatoren zählen i. d. R. die Vorbereitung und Moderation der SGP. Der **Zeitaufwand, der durchschnittlich mit der Teilnahme an einer Sitzung verbunden** ist, umfasst mindestens drei bis maximal 20 Stunden. Darüber hinaus entstehen auch bei anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bezirksamts Arbeitsaufwände für die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen. In über der Hälfte der SGP liegt der zeitliche Umfang der geleisteten Arbeit der bezirklichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwischen einer bis zu drei Stunden.
- Den Sitzungen der SGP gehen verschiedene vorbereitende Aktivitäten voraus, die jedoch nicht die fachliche Zuständigkeit des SGP berühren. Das SGP erarbeitet seine **fachlichen Empfehlungen auf der Grundlage des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans** (BBRP). Ein vollständig bearbeiteter BBRP liegt in den wenigsten Fällen vor: Die große Mehrzahl der Hilfepläne ist entweder „überwiegend bearbeitet“ oder „unvollständig bearbeitet“. In den Interviews im Rahmen der Evaluation wurde darauf hingewiesen, dass die BBRP „im Betreuungsverlauf des Klienten/der Klientin“ vervollständigt werden. I. d. R. können die fachlichen Empfehlungen des SGP auf der Grundlage vorliegender BBRP ausgesprochen werden, auch wenn vollständig bearbeitete BBRP „wünschenswert“ bleiben. Zu den Informationen, die in (fast) allen Steuerungsgremien in den Sitzungen zur Behandlung der Anträge regelhaft vorliegen, zählen der Hilfebedarf sowie Aussagen zu Krankheitserleben und Ressourcen der Klientinnen und Klienten, die Schweigepflichtentbindungserklärung, persönliche Angaben (u. a. Darstellung der Ziele und Wünsche) sowie Aussagen zum beteiligten Personenkreis im Rahmen der Hilfebedarfsfeststellung und die Benennung des geplanten Leistungsumfangs.
- Die **Träger der verschiedenen Hilfen und Angebote** sind Teil des bezirklichen Pflichtversorgungssystems Psychiatrie und leisten einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung seelisch behinderter Menschen. Die regelmäßige Teilnahme der Leistungsanbieter an den SGP stellt eine wichtige Voraussetzung dafür dar, dass die SGP ihre Steuerungsfunktion wahrnehmen können. Die Angaben der Träger bilden die Grundlage für die Einschätzung der Auslastung des Hilfesystems. „Naturgemäß“ haben die Träger ein (wirtschaftliches) Interesse daran, ihre Einrichtungen und Plätze zu belegen. Gleichwohl lässt sich - zumindest auf Basis der Evaluation - nicht erkennen, dass die Träger ihre „Marktmacht“ zu Lasten des Leistungsträgers und der Klientinnen und Klienten „missbrauchen“ würden.

Entlassung von Klientinnen und Klienten aus dem Hilfesystem

nicht in allen SGP gibt es ein Entlassungsmanagement

- Die praktischen Möglichkeiten, die bestehen, um im Rahmen der Steuerungsgremien ein „Entlassungsmanagement“ zu realisieren, werden unterschiedlich beurteilt: Während zwei Drittel der befragten Bezirke angeben, dass bereits (gute) Beispiele für ein Entlassungsmanagement existieren, betrachten die übrigen die Organisation des **Übergangs vom stationären in den ambulanten Bereich** entweder nicht als Aufgabe des SGP oder als generell schwierig bzw. im Rahmen des SGP nicht leistbar. Demnach kann Entlassungsmanagement nur in Ausnahme- bzw. Einzelfällen geleistet werden. Um eine effektive Überleitung zu realisieren, wird der regelhafte Austausch bzw. die ständige Kooperation der (Versorgungs-)Beteiligten als eine wichtige Voraussetzung eingestuft.
- Die Hälfte der befragten Bezirke gibt an, dass Klientinnen und Klienten auch ohne Einschaltung der SGP vermittelt werden. Auf eine **Stellungnahme des Gremiums** wird jedoch nur in Einzel-

oder Ausnahmefällen verzichtet (z. B. wenn sich eine Klinik an überregionale Leistungsanbieter wendet) sowie in eiligen Fällen/Notfällen. Häufig wird dann das Gremium nachträglich informiert bzw. einbezogen.

- In allen SGP werden auch **alternative Überlegungen zur Hilfestellung nach SGB XII** (z. B. zuzwendungsfinanzierte niedrigschwellige Hilfen oder nicht-psychiatrische Unterstützungsangebote) thematisiert: In der einen Hälfte der Gremien werden solche Überlegungen regelhaft oder häufig angestellt; in der anderen Hälfte werden alternative Überlegungen zur Hilfestellung nur selten diskutiert. Als Beispiele werden Empfehlungen zu/Hinweise auf Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstangebote und/oder Suchtberatungsstellen genannt. Da diese Maßnahmen die Bedarfe der betreffenden Personen oftmals nicht (vollständig) decken können, werden sie eher zur Überbrückung genutzt.

Beschreibung der Konsequenzen der Nicht-Fortführung der Budgetkontrolle

- Im Zusammenhang mit der künftigen **Überprüfung und Steuerung der Auslastung des Hilfesystems** verweist ein Teil der Bezirke darauf, dass der Fortfall des Budgetkontrollprogramms u. a. die Kontrolle der Träger-Auslastung erschwert hat. Von einigen Befragten wird vorgeschlagen, dass die SGP diese Aufgabe (auch weiterhin) wahrnehmen sollen, da sich das „Modell SGP“ nachhaltig bewährt hat und auch eine „gegenseitige Kontrollfunktion der Träger“ ausgeübt wird. Diese Kontrolle würde auf den umfassenden Angaben der beteiligten Träger basieren und eine Vertrauensbasis zwischen den Akteuren voraussetzen, die z. Z. gegeben ist. Andere empfehlen, das fehlende Budgetkontrollprogramm durch ein anderes Controllinginstrument wie z. B. regionale Psychriatriebudgets („Bezirksbudget“) zu ersetzen. Der Einsatz flexibler Budgets - z. B. mit der Möglichkeit, einen Teil der Mittel zwischen den Trägern umzusteuern - wird als weiterer (alternativer) Ansatz genannt.

Fortfall des Budgetkontrollprogramms erschwert Auslastungskontrolle

4.3.3 Schlussfolgerungen

Sowohl die Rahmengeschäftsordnung für die **bezirklichen Steuerungsgremien** als auch die Ausführungsvorschriften zur Eingliederung seelisch behinderter Menschen haben - wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen - zu einer Angleichung der Bezeichnungen, der Zuständigkeiten und Aufgaben, der Arbeitsweisen und der Dokumentation der SGP beigetragen. Gleichwohl bilden sich auch weiterhin - wie zu Beginn des Prozesses intendiert - „lokale bzw. bezirkliche Besonderheiten“ in der Arbeit der Steuerungsgremien ab. Die aus den SGP in den einzelnen Bezirken entwickelten Kooperationsbeziehungen stellen aus Sicht fast aller Befragten eine verlässliche „Vertrauens- und Arbeitsbasis“ dar, der auch künftig für die Arbeit ein hoher Stellenwert zukommt.

Arbeit der SGP durch Vereinheitlichung und weiterhin auch durch bezirkliche Besonderheiten geprägt

Nachfolgend sollen, ausgehend von den Befunden der Untersuchung sowie den daraus abgeleiteten Stärken und Problemfeldern der Steuerung, ausgewählte Schlussfolgerungen dargestellt werden:

- Die Arbeitsweise der SGP muss auch weiterhin durch eine **hohe Fachlichkeit** geprägt sein, wobei der fallbezogenen Steuerung - Fallvorstellungen und daraus abgeleitete fachliche Empfehlungen zu Leistungen der Eingliederungshilfe - eine herausragende Bedeutung zukommt.
- Hinsichtlich der Fallbesprechungen sollten in den SGP vor allem folgende **Qualitätsstandards** umgesetzt werden: (möglichst) vollständige Angaben zu den zu behandelnden Personen, ausreichende Zeitkontingente für die Erörterung der Einzelfälle sowie Vorstellung einer angemessenen Zahl von Klientinnen und Klienten.
- Die **Vermittlung von Klientinnen und Klienten in Angebote und Hilfeleistungen** sollte (weiterhin) am individuellen Hilfebedarf der Betroffenen orientiert sein und das Wunsch- und Wahlrecht des Einzelnen berücksichtigen. Dies setzt - auch bzw. vor allem angesichts der bestehenden

- Platzkapazitäten und der (möglicherweise) daraus resultierenden Konkurrenzsituationen zwischen den Anbietern - „ergebnisoffene“ Fallbesprechungen voraus. Keinesfalls sollten eindeutige „Vorfestlegungen“ in Hinblick auf das Hilfeangebot bzw. die Hilfeangebote getroffen werden.
- Auffallend ist, dass nur eine geringe Zahl von Klientinnen und Klienten **das psychiatrische Hilfesystem verlässt**. Auch mit Blick auf diesen Aspekt sollten ggf. vertiefende Analysen durchgeführt werden.
 - Unterlagen und Dokumente, die als **Informationsgrundlage der fachlichen Empfehlungen** dienen, sollten (möglichst) rechtzeitig und vollständig vorliegen. Zugleich wird auch eine zeitnahe Realisierung von Begutachtungsterminen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) angeregt. Dies war zum Befragungszeitpunkt aufgrund unzureichender personeller Ressourcen der SpD in einigen Fällen nicht möglich bzw. die Begutachtung durch den SpD war mit längeren Wartezeiten verbunden.
 - Seitens des Fallmanagements werden unterschiedliche Formen der **Mitwirkung im SGP** umgesetzt: Zum einen nehmen (meist mehrere) Fallmanagerinnen bzw. Fallmanager (auf Basis von Buchstabengruppen, Geburtsdaten etc.) an den Steuerungsgremien teil; zum anderen vertreten in einigen Gremien Leitungskräfte (Gruppenleitung) das Fallmanagement in den Steuerungsrunden. Vor diesem Hintergrund sollte das Fallmanagement prüfen, ob künftig neben einer „Koordination“, die kontinuierlich am SGP teilnimmt und auch als zentraler Ansprechpartner fungiert, weitere Fallmanagerinnen und Fallmanager einzelfallbezogen an dem SGP beratend teilnehmen.
 - Zu den zukünftigen Aufgaben des SGP sollte auch eine **Weiterentwicklung eines Entlassungsmanagements** gehören. Die SGP könnten sich darüber austauschen, welche Beispiele es für ein derartiges Entlassungsmanagement bereits gibt bzw. ob die SGP Entlassungsmanagement im Rahmen ihrer Arbeit überhaupt umfassend leisten können. Wichtig für eine erfolgreiche Überleitung von der stationären in die ambulante Betreuung ist zudem die Fortführung und/oder ggf. die Intensivierung des regelhaften Austauschs der Beteiligten.
 - Es kann davon ausgegangen werden, dass zukünftig auch „**neue**“ Träger ein Angebot für die Zielgruppe(n) in einigen Bezirken vorhalten werden und am Steuerungsgremium teilnehmen. Es sollte sichergestellt werden, auch diese Träger verbindlich in die regionale Pflichtversorgung einzubinden sind.

4.4 Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Einrichtungen

4.4.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst in Berlin - Zielstruktur und Personalbedarf

Seit der Verabschiedung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG) haben sich die **Rahmenbedingungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)** verändert. Dazu zählen die quantitative und strukturelle Bevölkerungsentwicklung ebenso wie die qualitativen Veränderungen von gesundheitlichen und sozialen Problemlagen in der Stadt. Darüber hinaus gewannen in den vergangenen Jahren Themen wie die Verbesserung des Kinderschutzes, in dessen Rahmen das Abgeordnetenhaus von Berlin das „Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes“ beschlossen hat, oder die Vermeidung von Altersarmut zunehmend an Bedeutung. Zudem wurden politische Programme wie z. B. das Demografiekonzept und das Integrationskonzept des Senats verabschiedet, das unter anderem eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in besonderen Problemlagen vorsieht.

Reformprozess im ÖGD - Folgeprojekt „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes“

Um den genannten Veränderungen sowie den beschriebenen Rahmenbedingungen des GDG gerecht zu werden, wurde auf der Basis des seit 2003 laufenden Reformprozesses im ÖGD im Rahmen