

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. zuwendungsfinanzierte 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

des Folgeprojektes „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG)“ gemeinsam mit den Bezirken die **Zielstruktur des ÖGD** im Land Berlin einschließlich der erforderlichen **Personalressourcen** entwickelt und abgestimmt. Der Personalbedarf für die Aufgabenwahrnehmung in einer einheitlichen Grundstruktur und den Zentren (neben den Gesundheitsämtern eingerichtete Zentren, welche die dort verorteten Aufgaben für die gesamte Stadt wahrnehmen) sowie für die Durchführung der regionalisierten Aufgaben basiert ausschließlich auf europa-, bundes- und landesrechtlichen Vorgaben. Damit liegt nach mehrjähriger Diskussion erstmals eine einheitliche Ämterstruktur im Sinne eines „Mustergesundheitsamtes“ vor (vgl. auch http://www.berlin.de/sen/gesundheits/oegd_reform/gesetze_literatur/).

Entwicklung einer einheitlichen Ämterstruktur im Sinne eines „Mustergesundheitsamtes“

Personal - Verteilungsschlüssel, derzeitige Ausstattung und Nachbesetzungsbedarf

Für die personelle Ausstattung der Fachbereiche und Zentren im ÖGD wurden **Verteilungsschlüssel** vorgelegt, die sich an bundesweit gültigen Standards ebenso orientieren wie an fallbezogenen bzw. bevölkerungsbezogenen Dimensionen und damit der Unterschiedlichkeit zwischen den Bezirken in der Sozial- und Aufgabenstruktur Rechnung tragen.

Für den ÖGD wurde der **Personalbedarf** mit einer **Zielzahl von 1.905 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bis 2015** ermittelt. Unter Berücksichtigung des Personalbedarfskonzeptes des Senats wurde die Zwischenstufe bis 2013 mit 1.844 VZÄ beschlossen. Diese bis 2013 angestrebte Zielzahl von 1.844 VZÄ ist nach derzeitigem Stand mindestens erforderlich, um die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben weitestgehend erfüllen zu können.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist von einem **dynamischen Prozess des Personalbedarfs** auszugehen. Mit der Anwendung der unterschiedlichen Schlüssel als Grundlage für die Personalbemessung ist ein Modell geschaffen worden, das sowohl den derzeitigen Personalbedarf abbildet als auch in der Zukunft die ggf. erforderliche Anpassung der Ausstattung ermöglicht. Hierbei ist sowohl eine Korrektur der Zielzahl nach oben als auch nach unten denkbar, für die jeweils das erforderliche Budget zur Verfügung gestellt werden muss.

neues Personal-Bemessungsmodell erlaubt flexible Anpassung an veränderte Bedingungen

Die **derzeitige Ausstattung des ÖGD** erlaubt nur eingeschränkt, sein besonderes Profil im Wettbewerb mit anderen Leistungsanbietern flexibel und schnell auf sich ändernde Bedarfslagen auszurichten und sein Leistungsspektrum im Versorgungsnetz optimal darzustellen.

Zurzeit sind die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben nicht in vollem Umfang und mit der erforderlichen Qualität in allen Bezirken zu erfüllen. Damit ist bereits jetzt absehbar, dass das Modell in einem nächsten Schritt modifiziert werden muss. Die dem Personalbedarf des ÖGD zugrunde gelegten **Berechnungsschlüssel** müssen bezüglich der Tiefenschärfe der zu erledigenden Aufgaben **einer weitergehenden Prüfung unterzogen** werden. Das kann sowohl zur Novellierung des GDG als auch in letzter Konsequenz zur Konzipierung eines Landesgesundheitsamtes führen.

Aus der Abfrage in den Bezirken (Stand: Januar 2011) wird deutlich, dass insbesondere in den medizinischen Qualifikationen ((Fach-)Ärztinnen/Ärzte) und bei der Ausstattung der Fachbereiche und Zentren mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern ein erheblicher **Nachbesetzungsbedarf** besteht, weil u. a. hier vorhersehbar in den nächsten drei Jahren zahlreiche Dienstkräfte durch Erreichen des Rentenalters bzw. die Beendigung der Altersteilzeit ausscheiden.

Arbeitsfeld ÖGD

Perspektivisch kann der ÖGD seinem gesetzlichen und gesellschaftlichen Auftrag nur gerecht werden, wenn neben der Klärung der Tarifsituation für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch die Erhöhung der Attraktivität in den Fokus weiterer Bemühungen rückt.

Aufgabenerfüllung sichern durch Gestaltung und Darstellung des ÖGD als attraktives Arbeitsfeld

Dazu gehören Angebote für **interessierte Ärztinnen und Ärzte** zur beruflichen Entwicklung (z. B. die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin im öffentlichen Gesundheitswesen). Dies setzt voraus, dass eine enge Verzahnung von medizinischen Fakultäten und dem ÖGD vorgenommen wird z. B. durch praxisbezogene Ausbildungsphasen für die Bereiche Kinderheilkunde, Psychiatrie und Allgemeinmedizin. Es muss gelingen, jungen Ärztinnen und Ärzten den ÖGD als interessantes Arbeitsfeld sowohl bei der Erfüllung der klassischen Aufgaben des Gesundheitsschutzes (z. B. Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) als auch bei Aufgaben im Rahmen des Kinderschutzes und der Koordination früher Hilfen nahe zu bringen. Nicht zuletzt könnte die Darstellung der Vorteile der Beschäftigung im ÖGD nach außen (z. B. günstigere Arbeitszeitgestaltung als in Krankenhäusern) dazu führen, dass die Entscheidung potenzieller Bewerberinnen und Bewerber, eine Tätigkeit im ÖGD aufzunehmen, positiv ausfällt.

Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination

Zu den künftigen Herausforderungen eines an den Grundsätzen von Public Health orientierten ÖGD gehören außerdem gemäß § 6 GDG die **Berücksichtigung sozialräumlicher Problemlagen** und die **Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen des ÖGD**.

Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination sowie die finanzpolitische Steuerung sind nur auf der Grundlage **belastbarer Daten für eine Bestands- und Bedarfsanalyse** umsetzbar. Die Anforderungen bezüglich der Datenerhebung werden durch die bestehenden und noch ausbaufähigen Fachverfahren gewährleistet.

Maßnahmen zur besseren Nutzung der Ressourcen und zur Geschäftsprozessoptimierung

Für die Zukunft sind bereits vorhandene **Steuerungsinstrumente** kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ferner gilt es, die Entwicklung von Verfahrensstandards, Bearbeitungsformen und Formen der weiteren Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den Fachbereichen sowie zwischen dem ÖGD und anderen Leistungserbringern zu befördern. Veränderte **Zusammenarbeitsformen** sind durch Personalentwicklungsmaßnahmen zu stabilisieren.

Durch die Fachbereichsgründungen und die Zentrenbildung wurden Prozesse in Gang gesetzt, die eine bessere Nutzung der verbleibenden Ressourcen und Geschäftsprozessoptimierungen zur Folge haben werden. Ein relevanter Baustein wird dabei die Anwendung bereits bewährter Komponenten der Informations- und Kommunikationstechnik wie z. B. der bestehenden Fachverfahren sein. Die im Folgenden aufgelisteten wichtigsten **Komponenten für effiziente Arbeits- und Geschäftsprozesse** sind zu berücksichtigen:

- Sicherstellung des Verfahrensbetriebs (Verfahrensbetreuung) in allen Diensten durch die Einrichtung einer zentralen Instanz, der IT-Bereichsordinatorin/dem IT-Bereichsordinator im Bereich der Amtsleitung.
- Weiterentwicklung des vorhandenen Portfolios an IT-Fachverfahren und Konsolidierung auf einer aktuellen technologischen Basis mit möglichen zentralen Betriebsformen, beispielsweise bei den Verfahren Sozialpsychiatrischer Dienst Informationssystem (SpDI), Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Informationssystem (KiPsi) und Beratungsstellen für Behinderte Informationssystem (BfBI).
- Anstreben der einheitlichen Anwendung der Module aus dem Projekt EPIDEM über alle Fachbereiche.
- Schulungsoffensive als Ergänzung zu den Angeboten der Verwaltungsakademie oder standardisierter Fortbildungsangebote anderer Einrichtungen mit einer speziellen Ausrichtung auf den Adressatenkreis des ÖGD und auf vorhandene IT-Lösungen.

Die Struktur der Fachverfahren, bestehend aus klientspezifischen Daten (Basisdaten, Verlaufsdaten und Daten für die Kosten-Leistungs-Rechnung), schafft bei vollständiger Erhebung aller Merkmale **eine der Voraussetzungen für die Steuerung des Personalbedarfs** im ÖGD.

4.4.2 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie

Angaben zur *Verträglichkeit von Medikamenten in der Schwangerschaft* auf Beipackzetteln, in der Roten Liste und in Pharmakologiebüchern sind teils von haftungsrechtlichen und ökonomischen Erwägungen beeinflusst, teils auch zu allgemein gehalten und wissenschaftlich oft nicht aktuell. Daraus resultiert häufig ein Überschätzen des **Medikamentenrisikos** mit der Folge, dass

Arzneimittel-
informationen zur
Schwangerschaft
oft missverständlich

- notwendige Medikamente nicht verschrieben oder nicht eingenommen werden oder
- nach bereits erfolgter Einnahme erwünschte und intakte Schwangerschaften abgebrochen werden oder
- überzogene Diagnostik durchgeführt wird.

Andererseits kann ein Informationsmangel dazu führen, dass unzureichend erprobte oder riskante Medikamente mit einem erhöhten Risiko für das Ungeborene verschrieben werden.

Falldokumentation - Grundlage der Pharmakovigilanz-Tätigkeit

Hier springt das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum (PVZ) Embryonaltoxikologie (angesiedelt im BGGes - Berliner Betriebe für zentrale gesundheitliche Aufgaben) ein und bietet unabhängig und für jeden zugänglich aktuelle Informationen an, damit die Pharmakotherapie bei Schwangeren optimiert und Ängste und Fehlentscheidungen vermieden werden können (Pharmakovigilanz heißt in diesem Zusammenhang die **Erfassung und Auswertung von Schwangerschaftsverläufen nach Medikamenteneinnahme** zur Verbesserung der Arzneisicherheit für das ungeborene Kind).

Pharmakovigilanz
zur Verbesserung der
Arzneisicherheit für
das ungeborene Kind

Das Pharmakovigilanz-Zentrum Embryonaltoxikologie hat 2010 insgesamt 12.167 Beratungen zu Arzneimittel-Expositionen oder Kontakt mit anderen Noxen durchgeführt. Anlässlich der Beratung wird eine Follow-up-Prozedur verabredet, um den Schwangerschaftsverlauf nach Arzneimittelaufnahme und das Befinden des Kindes beim Stillen unter Medikamenten zu erfragen. Diese **Falldokumentationen** sind Grundlage der Pharmakovigilanz-Tätigkeit im weiteren Sinne, d. h. dem Erfassen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), dem Aufdecken von Signalen und der Durchführung epidemiologischer Studien zur Arzneisicherheit in der Schwangerschaft. Der weitaus größte Teil der 2010 begonnenen Falldokumentationen ist aufgrund der zum Zeitpunkt der Berichterstattung (21.03.2011) noch ausstehenden Schwangerschaftsergebnisse unvollständig, d. h. hinsichtlich des Schwangerschaftsausgangs liegen noch keine Daten vor.

Grundlage der **Falldatenerhebung** ist ein detaillierter Fragenkatalog, der zu mindestens drei Zeitpunkten abgefragt wird: a) bei Erstkontakt mit dem Pharmakovigilanzzentrum, z. B. während der Frühschwangerschaft anlässlich einer Arzneimittelberatung, b) 6 Wochen nach der Ersterfassung sowie c) 8 Wochen nach dem errechneten Geburtstermin bzw. während der Stillzeit.

Jeweils wird nach allen Expositionen einschließlich Genussmitteln und Drogen gefragt. Außerdem werden die Eigen- und Familienanamnese, die Ergebnisse pränataler Diagnostik, der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie das Befinden bzw. die Entwicklungsdaten des Kindes erhoben (vgl. die Online- und Download-Fragebögen in der Embryotox-Informationsdatenbank <http://www.embryotox.de/fragebogen.html>).