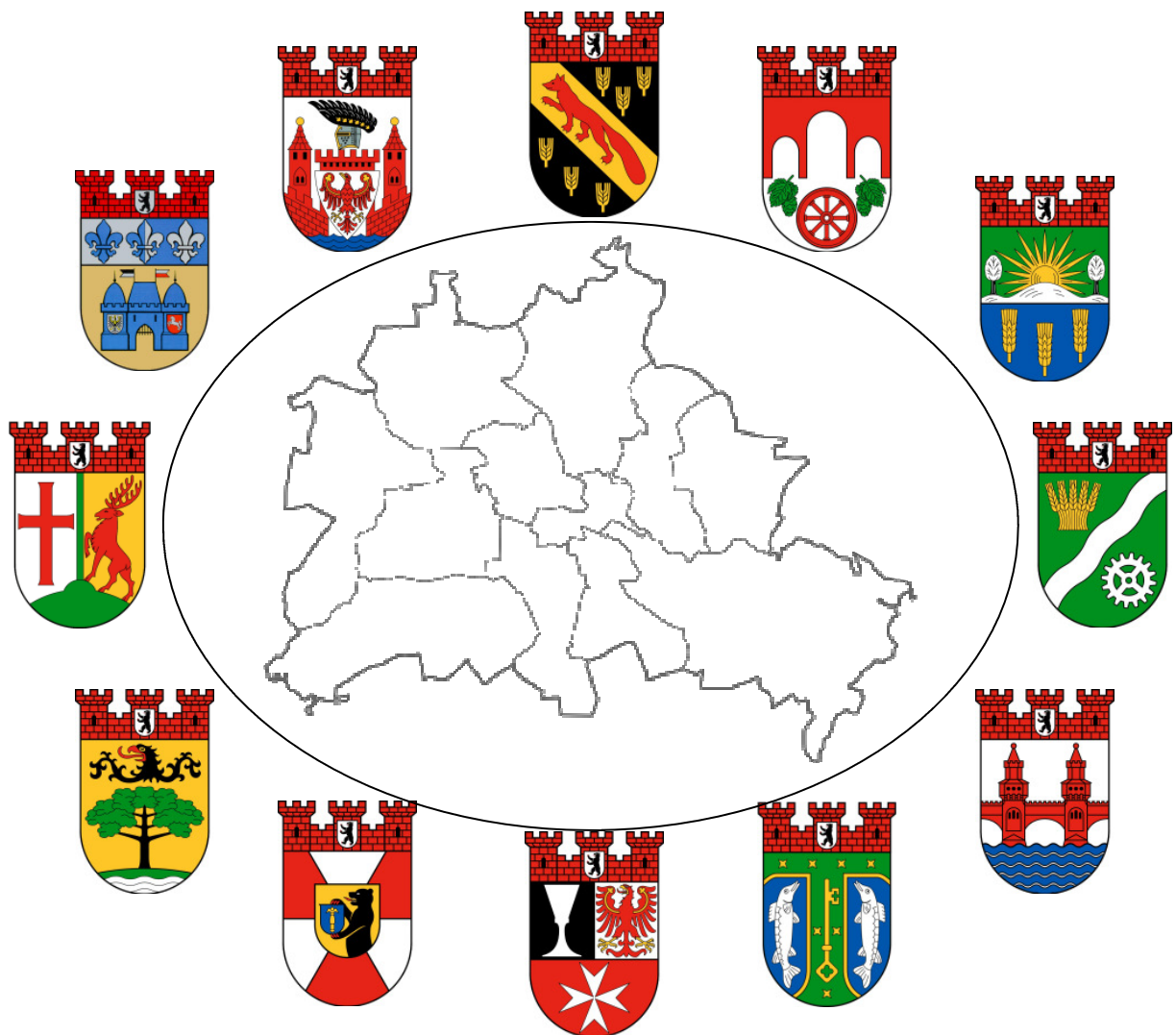


Die Organisationseinheiten „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ im Land Berlin



Abschlussbericht der bezirksübergreifenden Arbeitsgruppe
„Qualitätszirkel der OE QPK“

Juli 2012

Die Organisationseinheiten „Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ im Land Berlin

Abschlussbericht der bezirksübergreifenden Arbeitsgruppe „Qualitätszirkel der OE QPK“

Inhaltsverzeichnis	Seite
1 Vorbemerkungen	1
2 Einordnung der OE QPK in den ÖGD im Land Berlin	2
3 Zur Einrichtung von „Plan- und Leitstellen“ in den Bezirken	3
4 Aufgabenspektrum und Zielstruktur der OE QPK	5
5 Arbeitsteilungen mit Gesundheit, Soziales und Fachplanungen	7
6 Sozialraumorientierung der Verwaltungen	9
Annex 1: Grundlagen von Public Health	11
Annex 2: Abbildung in der Kosten- und Leistungsrechnung (KLR)	13
Annex 3: Literatur	15
Anmerkungen	16

Verwendete Abkürzungen

BezVerwG	Bezirksverwaltungsgesetz
GDG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz)
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
LGK	Landesgesundheitskonferenz
MPH	Master of Public Health
OE	Organisationseinheit(en)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OE QPK	Organisationseinheit(en) Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
VT	Verwaltungstransfer
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. Horst-Dietrich Elvers (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin)
Elke Harms (Bezirksamt Mitte von Berlin)
Hermann Henke (Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin)
Dr. Peter Tinnemann (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales)
Ines Vahlefeld (Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin)
Marko Zoschke (Bezirksamt Reinickendorf von Berlin)

Redaktion

Dr. Horst-Dietrich Elvers und Hermann Henke

Lektorat

Dr. Ute Bandelin, www.schriftgut-bandelin.de

Druck

JVA Tegel

1 Vorbemerkungen

Das vorliegende Dokument ist das Ergebnis eines intensiven Diskussionsprozesses in den Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) des Landes Berlin. Im Zuge von Erörterungen der Empfehlungen zur Personalstruktur der OE QPK im Zusammenhang mit Projektberichten zur Reform des ÖGD in Berlin (sog. „Mustergesundheitsamt“) etablierte sich auf der Ebene der Leiterinnen und Leiter der OE QPK im Jahr 2011 ein Qualitätszirkel. Dieser hatte sich zum Ziel gesetzt, eine möglichst einvernehmliche Positionierung der OE QPK zu den bis dahin vorgelegten Gutachten und Empfehlungen zum Reformprozess des ÖGD zu befördern und diese zu fixieren. Diese Zusammenstellung sollte zugleich den für Gesundheit zuständigen Mitgliedern der Bezirksämter als Arbeitshilfe zu Konzeption, Aufgaben und Arbeitsweise der OE QPK zur Verfügung gestellt werden.

Für den vorliegenden Abschlussbericht wurden folgende Themen als Schwerpunkte definiert und ziehen sich dementsprechend als roter Faden durch die folgenden Seiten:

- Darstellung und Begründung der gesundheitswissenschaftlichen Arbeitsweise der OE QPK
- Darstellung und Begründung der Entstehung der OE QPK im Zuge eines reformierten ÖGD im Land Berlin
- Darstellung der aufgabenbezogenen Zielstruktur für die weitere Ausrichtung der OE QPK
- Darstellung der Arbeitsteilung zwischen den OE QPK und den Gesundheitsämtern
- QPK und Sozialraumorientierung in der Berliner Verwaltung

Für eilige Leserinnen und Leser empfiehlt es sich, lediglich das zweite Kapitel zu lesen, das sich als Zusammenfassung des gesamten Papiers versteht. Eine differenzierte Darstellung wesentlicher Grundlagen von Public Health, eine Beschreibung der bebuchten Produkte sowie eine Übersicht über verwendete Literatur finden sich im Anhang.

Unser Ziel war es, in knappen Worten, aber hinreichend genau auf die Besonderheiten der OE QPK einzugehen. Wir sind froh darüber, dass es gelungen ist, hierfür einen weitestgehenden Konsens der Leiterinnen und Leiter der OE QPK aus allen Bezirken zu erreichen. Wir senden damit ein Signal der inhaltlichen Geschlossenheit und ein fachliches Bekenntnis zu den Grundsätzen eines modernen öffentlichen Gesundheitsdienstes, so wie sie im Gesundheitsdienst-Gesetz des Landes Berlin niedergelegt sind.

Wir bedanken uns für die freundliche Unterstützung, die wir durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in der Diskussion und Erarbeitung dieses Papiers erfahren haben, namentlich bei Frau Monika Hachmann-Schöneck. Gedankt sei auch allen Kolleginnen und Kollegen aus den OE QPK, die uns in der Diskussion und bei der Endredaktion dieses Abschlussberichtes unterstützt haben.

2 Einordnung der OE QPK in den ÖGD im Land Berlin

Die Aufgabenwahrnehmung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Berlin basiert auf den im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz, GDG) des Landes Berlin vom 25. Mai 2006 festgeschriebenen Aufgabenstellungen. In § 2 GDG heißt es dazu:

„Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nach § 1 werden von

1. der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und den ihr nachgeordneten Behörden (Sonderbehörden) und nicht rechtsfähigen Anstalten,
2. den zuständigen Ämtern der Bezirke und
3. den gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination der Bezirksämter

wahrgenommen“.

Den Organisationseinheiten Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (OE QPK) werden laut § 1 GDG folgende Aufgaben zugeordnet:

- Gesundheits- und Sozialberichterstattung
- Sozialindikative Gesundheitsplanung
- Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe
- Initiierung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements
- Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit der Leistungen des Gesundheitssystems, soweit es dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt

Die organisatorische Anbindung der OE QPK in den Bezirken ist in § 3 GDG geregelt. Darin heißt es, „In jedem Bezirk wird das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Bezirksamtes durch eine gesonderte Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination bei der Erfüllung der Aufgaben nach § 1 unterstützt. Der gesonderten Organisationseinheit gehören ein Psychiatriekoordinator oder eine Psychiatriekoordinatorin sowie ein Drogen- und Suchthilfekordinator oder eine Drogen- und Suchthilfekordinatorin an“.

Die Definitionen für die Aufgabenstellungen der OE QPK sind im Wesentlichen in den §§ 5-7 GDG beschrieben, die §§ 8-20 GDG regeln die Aufgabengebiete, die vorwiegend in den Zuständigkeitsbereich der bezirklichen Gesundheitsämter fallen.

Seit der Neufassung des Bezirksverwaltungsgesetzes (8. Änderungsgesetz aus dem Jahr 2008) sind die OE QPK mit Beginn der Wahlperiode 2011-2016 in den Bezirken auch als eigenständige Organisationseinheiten rechtlich und strukturell verankert.¹

Wie oben beschrieben, handelt es sich bei den Aufgabenstellungen der OE QPK im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Bezirken im Wesentlichen um planende und koordinierende Arbeitsweisen, die auf die Entwicklung von fachlichen Zielvorstellungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und deren Weiterentwicklung auf der Grundlage der Gesundheits- und Sozialberichterstattung ausgerichtet sein sollen.

Dazu gehören laut GDG § 6 „insbesondere das Aufzeigen von Schwachstellen und Problemfeldern in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie die Definition von Schnittstellen einschließlich des Koordinierungs- und Vernetzungsbedarfs zwischen den verschiedenen Handlungsträgern und Planungsbereichen“. Räumliche Bezugseinheit für den Planungs- und Koordinierungsbereich ist hierbei der Bezirk mit seinen Sozialräumen.

Auf den Erkenntnissen einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung aufbauend nimmt der Aufgabenbereich bezirkliche Gesundheitsförderung und Prävention in der OE QPK einen zentralen Stellenwert ein, der nach § 7 GDG insbesondere durch „Sicherstellung des Zusammenwirkens der im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Institutionen, Träger und Körperschaften, durch die Initiierung, Unterstützung, Förderung, Auswertung und Bewertung kommunaler und regionaler gesundheitsfördernder Aktivitäten sowie von Selbsthilfegruppen und durch die Durchführung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention“ wahrgenommen wird.

3 Zur Einrichtung von „Plan und Leitstellen“ in den Bezirken

Die Einrichtung und Profilierung der OE QPK der Berliner Bezirke² im öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Berlin ist einzuordnen vor dem Hintergrund der Entstehung von Public Health in Deutschland. Vorläufer dieser modernen bevölkerungsbezogenen gesundheitlichen Perspektive sind etwa die sozialhygienischen und -medizinischen Ansätze von Virchow, Grotjahn oder von Pettenkofer. Sie entstanden als Reaktion auf die schlechten hygienischen Lebensbedingungen der Arbeiter in den Industriestädten des 19. Jahrhunderts und nahmen umweltbezogene Maßnahmen zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten in den Bereichen Wohnen, Ernährung und Wasserversorgung in den Blick.³



Die Besonderheit der modernen Public-Health-Perspektive für den ÖGD erschließt sich aber vor allem aus dem Vergleich mit klassischen humanmedizinischen Ansätzen. Gesundheit wird nicht als individuelle Angelegenheit betrachtet, sondern das Augenmerk wird vorrangig auf die objektiven Lebensbedingungen der Bevölkerung gerichtet und eine systemische Betrachtungsweise gewählt (vgl. Schwartz 1998, S. 3). Gesundheit ist dabei laut WHO-Definition nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung, sondern markiert einen Zustand umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (WHO 1946, vgl. Annex 1).



Konkretisiert wird dieser Gesundheitsbegriff mit der Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahr 1986 und ihrem Bekenntnis zu Gesundheitsförderung (vgl. Annex 1). Letztere wird darin definiert als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen,“ (vgl. Trojan 2001, S. 28). Der Schwerpunkt liegt hier auf der Förderung von Gesundheit statt lediglich auf der Verhinderung von Krankheiten („Salutogenese“), der Förderung von Kompetenzen zur gesundheitsorientierten Lebensweise und einem sozial-ökologischen Verständnis der Bedingungen von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Die Ottawa-Charta beförderte auch die im Land Berlin stattfindenden Diskussionen um eine Reform des öffentlichen Gesundheitsdien-



tes und die Betonung kommunaler, partizipativer und vernetzender Ansätze für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung.

Einen entscheidenden Startpunkt hin zur Etablierung von Organisationseinheiten zur Planung und Koordination des Gesundheitsdienstes und damit eine wichtige Etappe für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in den Berliner Bezirken markierte das sog. Dornier-Gutachten⁴ aus dem Jahr 1992, das vom damaligen Gesundheitssenator in Auftrag gegeben worden war. Ein Eckpunkt des Gutachtens war die Empfehlung, den ÖGD stärker auszurichten in Bezug auf die Bereiche Gesundheitsförderung/Prävention sowie Umweltmedizin und Gesundheitsberichterstattung/Epidemiologie. Ferner schuf es die Grundlage für eine Aufgabeneingrenzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Hinblick auf organisatorische Straffung, Aufgabenkonzentration und subsidiäre Leistungserbringung. Diese Grundsätze bildeten die Basis dafür, in allen Berliner Bezirken „Plan- und Leitstellen Gesundheit“ einzurichten. Durch diese sollten die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung mit wissenschaftlichen Methoden beobachtet und bewertet werden, um darauf basierend zur Planung, Durchführung und Koordination gesundheitsrelevanter Maßnahmen zu kommen und somit eine vorausschauende und nachhaltige Gesundheitsförderung aufzubauen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit 1994). Infolge des Senatsbeschlusses Nr. 3368/93 vom 18.05.1993 wurde den bezirklichen Abteilungen für das Gesundheitswesen die Möglichkeit eröffnet, solche Plan- und Leitstellen mit einem Stellenrahmen zwischen 7 und 11 Personalstellen zu bilden.

Dornier-Gutachten

Entsprechend wurden auf der Grundlage des reformierten Gesundheitsdienstgesetzes vom 04.08.1994 in den Jahren 1994 und 1995 „Plan- und Leitstellen Gesundheit“ in allen Berliner Bezirken eingerichtet. Sie wurden als Stabsstellen bei den für das Gesundheitsressort zuständigen Stadträtinnen und Stadträten angesiedelt. Sie richteten ihre Arbeitsweise, gemeinsam mit den anderen beiden Säulen des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Berlin – der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und den ihr nachgeordneten Behörden und Institutionen sowie den zuständigen Ämtern der Bezirke – an folgendem in § 1 Abs. I GDG (in der Fassung vom 25. Mai 2006) formulierten Grundsatz aus:

Plan- und Leitstellen Gesundheit

„Der öffentliche Gesundheitsdienst des Landes Berlin orientiert sein Handeln an einem Leitbild. Er stellt sich den großstadttypischen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen und reagiert flexibel auf sich verändernde Rahmenbedingungen.“ Dazu formuliert das GDG als Leitbild die Stärkung der Eigenverantwortung sowie des bürgerschaftlichen Engagements, die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer, behinderungsspezifischer und ethnisch-kultureller Aspekte und die Orientierung seiner Arbeit insbesondere „am Programm des Gesunde-Städte-Netzwerkes und an den Grundsätzen von Public Health“.⁵

Leitbild

4 Aufgabenspektrum und Zielstruktur der OE QPK

Als Bestandteil der Neuordnungagenda des Berliner Senats wurde das Projekt „Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)“ initiiert, das in der Verabschiedung des reformierten GDG am 1. Juli 2006 zugleich einen wesentlichen Meilenstein absolvierte. Der Zuständigkeitsbereich der Planungs- und Koordinierungsstellen Gesundheit/Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination wird hierin auf die Wahrnehmung folgender Kernaufgaben bezogen (§ 1 Abs. III Zf. 1 GDG):

Kernaufgaben

- Gesundheits- und Sozialberichterstattung
- Sozialindikative Gesundheitsplanung
- Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung und der Suchthilfe
- Initiierung und Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements
- Erarbeitung und Weiterentwicklung fachlicher Standards zur Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit der Leistungen des Gesundheitssystems, soweit es dem öffentlichen Gesundheitsdienst obliegt.⁶

Mit dem GDG in der seit 2006 gültigen Fassung wurden zugleich Zielsetzungen festgelegt, die spätestens im Jahr 2015 erreicht sein sollen. Sie sind Grundlage für die im Rahmen des GDG-Umsetzungsprozesses zu bildenden Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Berlin und damit auch handlungsleitend für die Organisation der Planungs- und Koordinierungsstellen sowie die Aufgabenteilung zwischen den Akteuren („3 Säulen“) des ÖGD:⁷

Zielsetzungen bis 2015

1. Schwerpunktverschiebung vom individuenzentrierten zum bevölkerungsbezogenen und sozialkompensatorischen Ansatz
2. Stärkere Orientierung an Gesundheit als an Krankheit
3. Schwerpunktsetzung auf die Prävention von Zivilisationskrankheiten, psychosomatischen, psychischen Erkrankungen und Süchten
4. Stärkerer Stellenwert koordinierender und steuernder Aufgaben gegenüber reinen Durchführungsaufgaben
5. Einheitliche Grundstruktur des ÖGD in den zwölf Berliner Bezirken: vier Fachbereiche und eine das für das Gesundheitswesen zuständige Mitglied des Bezirksamtes unterstützende gesonderte Organisationseinheit für Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination
6. Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter/-innen im ÖGD als Ergebnis eines abgestimmten institutionalisierten Verfahrens zur Steuerung der vorhandenen Ressourcen, welche unter Berücksichtigung von epidemiologischen und sozialräumlichen Parametern eingesetzt werden.

Da das GDG keine exakte Vorgabe über die in den Bezirken zu realisierende Organisation des ÖGD – sowohl die zuständigen Ämter als auch die OE QPK betreffend – macht, bedurfte es weiterer Konkretisierungen. Seit Jahren wird an einer verbindlichen Zielstruktur gearbeitet, mit der der hohe fachliche Anspruch des GDG trotz enormer Sparanstrengungen im öffentlichen Dienst des Landes Berlin effektiv umgesetzt werden kann. Im Jahr 2010 wurde im Ergebnis eines intensiven Abstimmungsprozesses durch koordinierende Federführung einer Projektgruppe bei der für das Ge-

Mustergesundheitsamt

sundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung und unter aktiver Einbeziehung der für Gesundheit zuständigen Mitglieder aller Bezirksämter (Beirat der Bezirksstadträte) und eines projektbegleitenden Fachgremiums, in dem neben allen Amtsärzten zwei Vertreter der OE QPK beteiligt waren, die bislang aktuellste und weitreichendste Synopse aus den bis dato vorliegenden Reformbestrebungen des ÖGD vorgelegt (Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz 2010).

Um die Aufgaben Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination wahrnehmen zu können, wurde im Ergebnis des Projektes auch für die OE QPK eine einheitliche Grundstruktur vorgeschlagen. Diese ergänzt die im GDG benannten Aufgabenschwerpunkte vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen um den Bereich der Planung, Steuerung und Koordination der Altenhilfe und positioniert auch die Sozialplanung in den Zuständigkeitsbereich der OE QPK, wenn und insoweit diese beiden Aufgabengebiete aus den Sozialämtern ausgelagert werden. Damit liegt die personelle Grundausstattung einer jeden OE QPK bei insgesamt 6,0 Personalstellen (5,5 Fachstellen + 0,5 Verwaltungsstelle) bzw. 7,75 Stellen inkl. Stellen für Sozialplanung und Altenhilfekoordination (a. a. O., S. 12-19). Das Anforderungsprofil für alle Fachstellen setzt wissenschaftliche Abschlüsse der Fachrichtungen Sozialwissenschaften, Master of Public Health (MPH), ggf. Medizin oder vergleichbare Qualifikationen voraus. Im Sinne des Reformprozesses zum GDG werden mit dieser Vorlage, die laut Koalitionsvertrag zwischen SPD und CDU zur Bildung der seit dem 24.11.2011 amtierenden Landesregierung von Berlin umzusetzen ist, die OE QPK zu einer zentralen planenden und koordinierenden OE der Bezirke in Bezug auf bevölkerungsbezogene und altersübergreifende gesundheitliche und soziale Problemstellungen. In der Vorlage zur Beschlussfassung über das Gesundheitsdienstreformgesetz vom 23.02.2006 heißt es hierzu wörtlich: „Die gesonderte Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination geht aus der früheren Plan- und Leitstelle hervor. Sie bietet die Gewähr, im Gegensatz zur bisherigen Plan- und Leitstelle ressortübergreifend tätig zu werden, und baut bestehende Doppelzuständigkeiten im Bereich der Planung ab. Langfristig sollen in ihr weitere planerische Kompetenzen des Bezirkes gebündelt werden.“⁸

Einheitliche Grundstruktur

Folgerichtig ist nach dem Bezirksverwaltungsgesetz (8. Änderungsgesetz vom 22.10.2008) der Bereich Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination als eigenständige Organisationseinheit wie beispielsweise das Rechtsamt oder der Steuerungsdienst rechtlich verankert.⁹ So sind die OE QPK ihrer Aufgabenstellung und dem Willen des Gesetzgebers folgend als planende und koordinierende Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention der Bezirke anzusehen.

Eigenständige OE QPK

Diese Intention des Gesetzgebers lässt sich ferner aus der korrespondierenden Installation einer Fachstelle zur Prävention und Gesundheitsförderung auf Landesebene ableiten, die am 1. Juli 2008 ihre Arbeit aufnahm. Eine ihrer Aufgaben ist die Funktion einer Geschäftsstelle für die Landesgesundheitskonferenz (LGK), die Verzahnung von Akteuren im Gesundheitsbereich mit Aktivitäten der Berliner Bezirke sowie die Information der Berliner Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit über aktuelle Entwicklungen des Gesundheitszielprozesses in Berlin. Ziel der Fachstelle ist es ferner, die gesamtstädtische Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Gesundheitszielprozesses durch Bündelung und Vernetzung bereits vorhandener präventiver Ressourcen zu stärken sowie Umsetzungsprozesse transparent zu gestalten.¹⁰

5 Arbeitsteilungen mit Gesundheit, Soziales und Fachplanungen

Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit

Die inhaltliche Unterscheidung zwischen den beiden bezirklichen Säulen des ÖGD, den Gesundheitsämtern und den OE QPK, ergibt sich aus dem GDG und soll mithilfe der folgenden Tabelle beispielhaft verdeutlicht werden. Gesundheitsämter und OE QPK werden arbeitsteilig im Hinblick auf Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz tätig. Weitere, über die gesetzlichen Rahmenseetzungen hinausgehende Überschneidungen ergeben sich aus der Praxis.

OE QPK und
Gesundheitsämter

Tabelle 1: Aufgabenteilung zwischen OE QPK und Gesundheitsämtern

OE QPK § 2 (1) Zf. 3 GDG	Gesundheitsamt § 2 (1) Zf. 2 GDG
§1 (3) Zf. 1 - Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (vgl. Abschn. 2 der Handreichung)	§1 (3) Zf. 2-7 - Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche - Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfe für Erwachsene - Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz und Katastrophenschutz - Aufsicht über die Berufe und die Einrichtungen des Gesundheitswesens - gesundheitlicher Verbraucherschutz - Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln
§3 (1) - Leitung des Gesundheitsamtes, Leitungen der Fachbereiche und Leitung der gesonderten OE müssen über Kenntnisse in Gesundheits- und Wirtschaftswissenschaften verfügen.	
§3 (3) - Der gesonderten OE gehören ein/-e Psychiatriekoordinator/-in und ein/-e Drogen- und Suchthilfekoordinator/-in an.	§3 (2) - Amtsarzt/Amtsärztin wird von der zuständigen Behörde berufen.
§3 (5) - Erarbeitung bezirklicher Gesundheitsziele und Einrichtung bezirklicher Gesundheitskonferenzen	§3 (5) - Mitarbeit bei Gesundheitskonferenzen
§5 (1) - Integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung	§5 (3) - Erstellung von Statistiken zur Erfüllung der Berichtspflicht
§6 - Sozialindikative Gesundheitsplanung	
§8 (4) - Wirkt mit an Planung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur.	§8 (1-5) - Beratung, psychosoziale Unterstützung und Hilfevermittlung; Sicherstellung der Behandlung
	§§9 ff. - originäre Aufgaben des Gesundheitsamtes

Anhand der vergleichenden Betrachtung der jeweiligen Arbeitsweisen und Handlungsfelder von OE QPK und Gesundheitsamt wird zugleich deutlich, wie eng diese miteinander verzahnt sind, aufeinander aufbauen und z. T. sogar einander bedingen. Deutlich wird auch, dass das Erheben von Daten und Erstellen von Statistiken zur Erfüllung der Berichtspflicht nicht gleichzusetzen sind mit einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung im Sinne des § 5 GDG. Der bislang weitreichendste Vorschlag zur ein-

heitlichen inhaltlichen und personellen Präzisierung dieser Aufgaben findet sich im Schlussbericht zum Projekt „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes“ vom Juni 2010 (vgl. Abschnitt 4).

Zusammenarbeit bei der Planung von Hilfen

Die Verpflichtung zur Einrichtung Psychosozialer Arbeitsgemeinschaften (PSAG) ist für alle Bezirke im Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) festgeschrieben. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer regelmäßigen Zusammenarbeit

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG)

insbesondere zwischen den Psychiatrie- und Suchthilfe Koordinator(inn)en der OE QPK, den freien Trägern und den Sozial- und Gesundheitsämtern. Die PSAGen haben den Auftrag, die gemeindepsychiatrische Pflichtversorgung in Übereinstimmung mit dem PsychKG im Sinne der Betroffenen und möglichst mit ihnen untereinander abzustimmen. Sie haben auf eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände hinzuwirken und sind von den zuständigen Behörden bei der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages für eine gemeindenahе und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu hören. Der Aufbau von Gemeindepsychiatrischen Verbänden, als verbindlicher Zusammenschluss von Institutionen und freien Trägern in den Bezirken, soll die Zusammenarbeit so verbessern, dass seelisch behinderte Menschen entsprechend ihrer Betreuungsbedürftigkeit in einem optimalen Behandlungs- und Betreuungssetting wohnortnah versorgt werden. Die Beteiligung der OE QPK an diesen fachübergreifenden Abstimmungen und an der Entwicklung verbindlicher Kooperationsstrukturen ergibt sich nicht nur in Bezug auf die Psychiatrie- und Suchthilfekoordination. Auch die integrierte Gesundheits- und Sozialberichterstattung, die sozialindikative Gesundheitsplanung und die Altenhilfe koordination sollten in Prozesse zur Optimierung von Vorgängen der Sozial- und Gesundheitsdienste eingebunden sein.

Zusammenarbeit bei der Ressourcensteuerung von Hilfen

Eine konsequente Weiterführung der Abstimmung von Strukturplanung in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, in den Verbänden und in den Psychiatriebeiräten hin zur einzel-

Steuerungsgremien

fallbezogenen Ressourcensteuerung bilden die „Steuerungsgremien Psychiatrie“ in den Berliner Bezirken. Die Rahmengesäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie in den Berliner Bezirken (RGO-SGP) vom 20.02.2012 beschreibt u. a. die Aufgaben, die Zusammensetzung und die Arbeitsweise. Teilweise gibt es im Land Berlin eine Differenzierung nach allgemeiner Psychiatrie und Sucht. In der Verantwortung der Psychiatriekoordinatorin oder des Psychiatriekoordinators bzw. der Suchthilfe koordinatorin oder des Suchthilfe koordinators werden unter Beteiligung der relevanten Ämter, Einrichtungen und Dienste sowie des Kostenträgers einzel-

fallbezogene, verbindliche fachliche Hilfeempfehlungen entwickelt. Diese verbinden hohe Fachlichkeit mit effektivem Mitteleinsatz und reduzieren teure Fehlplanungen. Gleichzeitig entsteht eine Funktion als Qualitätszirkel für die Beteiligten. Als Stabsstelle der für die Gesundheit zuständigen Mitglieder der Bezirksämter hat die OE QPK die organisatorische Voraussetzung zur Wahrnehmung dieser übergreifenden Aufgabe.

Zusammenarbeit im Bereich von Fachplanung und Planungskoordination

Maßgeblich für die Arbeitsteilung zwischen den OE QPK und den einzelnen Fachplanungen ist neben der – angesichts reduzierter Personalstellen umso wichtigeren – Einsicht in die Notwendigkeit einer fachübergreifenden Zusammenarbeit auch der Wille, diese engagiert anzustoßen und aufgabenbezogen wahrzunehmen. Fachliche Überschneidungen lassen sich diesbezüglich weder abschließend definieren noch im Sinne einer festgefügtten Arbeitsanweisung themenspezifisch festlegen. Grundsätzlich ist es aber vor allem die Aufgabe der OE QPK, die weitreichende Bedeutung des Themas „Gesundheit“ über den Bereich des Gesundheitsamtes hinausgehend in den verschiedensten Zusammenhängen zu artikulieren und sich daran zu beteiligen, dass die Verwaltung in allen Fachplanungen die Gesundheit der Menschen im Sinne der WHO-Definition als einen Prüfstein begreift. Überschneidungen ergeben sich vor allem mit den Bereichen Jugend (vgl. BMFSFJ, 2009) und Soziales, aber auch in Fragen von Stadt- und Umweltplanung. Die Zusammenarbeit mit anderen planerischen Bereichen sowohl auf Bezirksebene als auch überbezirklich kann in diesem Sinne als „Health-Mainstreaming“ begriffen werden. Mit einem Fokus auf den sozialkompensatorischen Auftrag des ÖGD kommt es darauf an, diesen Anspruch gesundheitszielbezogen für alle Alters- und Bevölkerungsgruppen zu realisieren. Eine besondere Form der Zusammenarbeit könnte sich hier mit den ab 2012 in allen Bezirken neu einzurichtenden Organisationseinheiten für sozialraumorientierte Planungskoordination (OE SRO) abzeichnen.

„Health-Mainstreaming“

6 Sozialraumorientierung der Verwaltungen

Definition und gesetzliche Grundlagen

Sozialraumorientierung ist eine „Strategie, die von den Bedürfnissen und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner eines Stadtteils ausgeht. (...) Sie ist raumbezogen und fachübergreifend und vernetzt die Akteure von Verwaltung und Zivilgesellschaft“ (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2009, S. 11). Sie ist fünf Prinzipien verpflichtet (vgl. Hinte 2008):

1. Orientierung am Willen der Menschen
2. Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe
3. Konzentration auf die Ressourcen (der Menschen und des Sozialraumes)
4. Zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise sowie
5. Kooperation und Koordination

In den Berliner Verwaltungen wurde Sozialraumorientierung in den vergangenen Jahren verstärkt diskutiert und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Spätestens mit dem Achten Gesetz zur Änderung des Bezirksverwaltungsgesetzes (vom 22.10.08) und in Zusammenhang mit dem Senatsbeschluss zu den „Einheitlichen Ämterstrukturen in den Bezirken“ sind die Berliner Bezirke verpflichtet, mit Beginn der Wahlperiode 2011 eine „Organisationseinheit Sozialraumorientierte Planungskoordination“ einzurichten. Ihre wesentliche Aufgabe ist es, die ämterübergreifende Zusammenarbeit im Bezirksamt mit Blick auf den Sozialraum stärker zu koordinieren sowie eine Abstimmung und Zusammenführung der jeweiligen abteilungsspezifischen Fachplanungen vorzunehmen. Dabei bleibt den Bezirken überlassen, in welcher Form diese Regelung im Einzelnen umgesetzt wird. Hier können die im berlinweiten Projekt „Rahmenstrategie Soziale Stadtentwicklung“ erfolgten Vorschläge zur fachlich-inhaltlichen Aus-

Einheitliche Ämterstruktur

gestaltung dieser gesetzlichen Vorgabe hilfreich sein. Die Rahmenstrategie wurde gemeinsam von allen Bezirken und Senatsverwaltungen im Konsens entwickelt und im Handbuch Sozialraumorientierung, welches per Senatsbeschluss vom 24.11.2009 verabschiedet wurde¹¹, beschrieben (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung 2009).

Setting-Ansatz

Entsprechend dem Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung sehen sich die Organisationseinheiten OE QPK seit Langem dem Handlungs- und Wirkprinzip Sozialraumorientierung verpflichtet. Sie können sich mit ihrer Expertise und Erfahrung dementsprechend in die zukünftigen ressort- und Ebenen übergreifenden bezirklichen Aufgabenstellungen kompetent einbringen und daran mitwirken. Der Setting-Ansatz ist ein anwendungsorientierter, von der WHO unterstützter Ansatz der Verhältnisprävention, der in den aktuellen WHO Gesundheitszielen für Europa seinen Niederschlag gefunden hat (vgl. WHO 1998). Er zielt auf die Veränderung des Alltags durch niedrigschwellige, systemische Interventionen in konkreten Lebenswelten, wie Schule, Betrieb oder Stadtteil, die alle Beteiligten einbeziehen. Grundlegende Philosophie der Setting-Intervention ist, dass die Zielgruppen als aktiv Handelnde Kompetenzen (Life-Skills) zur Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen erwerben (Empowerment) und nicht passive Empfänger von gesundheitsförderlichen Botschaften und Angeboten sind. Grundlegende Elemente des Setting-Ansatzes sind die Entwicklung von Life-Skills, Partizipation und Strukturentwicklung. Es handelt sich bei Settings also um relativ dauerhafte Sozialzusammenhänge, von denen wichtige Impulse für Gesundheit (Gesundheitsbelastungen wie Gesundheitsressourcen) ausgehen (vgl. Baric/Conrad 1999, Rosenbrock 2004).

Interventionen in
Lebenswelten

Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung im sozialen Umfeld

Der entscheidende Faktor bei der an Settings orientierten Gesundheitsförderung im sozialen Wohnumfeld ist, dass die Menschen ihr soziales Wohnumfeld selbst definieren und erleben, dass sie etwas für ihre gemeinsame Zukunft, die Dienstleistungsangebote und das Erscheinungsbild ihrer Wohngegend tun. Durch eine direkte Auseinandersetzung mit dem Sozialgefüge und der Lebensqualität können die Bewohner mehr Kontrolle über ihre Lebensbedingungen erhalten, ihre Nachbarn kennenlernen, ggf. aus der Isolation treten und mitbestimmen. Die Methoden der Gesundheitsförderung im Wohnumfeld stammen zum großen Teil aus der Gemeinwesenarbeit. Anwendung findet die Theorie zum Beispiel im Quartiersmanagement, einem Instrument des Programms „Soziale Stadt“ des Bundes.

Gesundheitsförderung im
Wohnumfeld

Ein zweiter Ansatz, die „Gesunde Stadt“ im Sinne der WHO, ist einem ganzheitlichen Ansatz (Körper, Geist und Seele) verpflichtet. Das Prinzip der gesunden Stadt sollte in allen für die Gesundheit in einer Kommune relevanten Settings (Kindergärten, Schulen, Betriebe, Krankenhäuser und in der allgemeinen Gesundheitsförderung) verankert und entfaltet werden. Die besondere Stärke von Gesundheitsförderung im Wohnumfeld ist die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Menschen und Menschen in schwierigen Lebenssituationen. Damit bietet sich die Möglichkeit, einen effizienten Beitrag zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit zu leisten. Derzeit sind das Land Berlin und neun Bezirke Mitglied im Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland und haben sich damit ausdrücklich zu einem abgestimmten und ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Handeln verpflichtet.

Gesunde Stadt

Annex 1 Grundlagen von Public Health

Die Entstehung und Profilierung der OE QPK der Berliner Bezirke innerhalb der Struktur des ÖGD des Landes Berlin sind vor dem Hintergrund der Entstehungsgeschichte der Public Health in Deutschland einzuordnen.

Historische Entwicklungen

Die Ursprünge des modernen ÖGDs finden sich in den von Virchow, Grotjahn, von Pettenkofer und anderen geprägten sozialhygienischen und -medizinischen Ansätzen des 19. Jahrhunderts. Die damaligen Ansätze entstanden als Reaktion auf schlechte hygienische Lebensbedingungen der Arbeiter in den rapide wachsenden Industriestädten und führten vor allem zu umweltbezogenen Maßnahmen. Zentral dabei waren die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und die Verbesserung der Lebensbedingungen, besonders in den Bereichen Wohnen, Ernährung und Trinkwasserversorgung. Als eine – nicht nur für Berlin – Standards setzende Untersuchung gilt beispielsweise die Wohnungsenquête der Berliner Ortskrankenkassen. In diesem Rahmen wurden zwischen 1901 und 1920 bei Patientinnen und Patienten fotodokumentarische Aufnahmen der Wohnbedingungen gemacht, um darauf basierend Maßnahmen für eine gesundheitsförderliche Wohnumgebung einleiten zu können (vgl. Asmus 1982).

Die Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Lage von Bevölkerungen, den gesamtgesellschaftlichen Bedingungen für Gesundheit, der Bewältigung von Krankheit und den damit verbundenen Determinanten werden heute unter dem Begriff der Public Health zusammengefasst. Eine wichtige Aufgabe von Public Health ist es, im öffentlichen Interesse den gesellschaftlichen Bedarf an spezifischen Gesundheitsleistungen in der Gesundheitsversorgung festzustellen, beispielsweise in Form einer Gesundheitsberichterstattung, zu bewerten und zu organisieren, ohne dabei individuelle Wünsche und Bedürfnisse aus dem Auge zu verlieren.

Die wichtigsten Ziele im Sinne einer öffentlichen Sorge für Gesundheit sind dabei auf die Ebene der Gesamtbevölkerung und auf bestimmte Risikogruppen ausgerichtet:

- die Verbesserung der Lebensqualität
- die Verlängerung der Lebenszeit sowie
- die Sicherung einer gerechten Gesundheitsversorgung aller Bevölkerungsgruppen

Präventionsstudien (1970/80er)

Die Konzepte von Gesundheit und Gesundheitserziehung folgten bis weit in die 70er-Jahre ganz dem kurativ-medizinischen Paradigma. Dabei konzentrierte man sich vornehmlich auf Veränderungen des Individualverhaltens zur Reduzierung medizinisch definierter Risikofaktoren für chronische körperliche Erkrankungen, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, durch Betonung der Wissensvermittlung und durch negative Appelle, wie „Du darfst nicht“. Erst im Gefolge großer Präventionsstudien, z. B. der amerikanischen Framingham-Studie oder der finnischen „Nord-Karelien-Studie“ in den 70er- und 80er-Jahren, erfolgte insbesondere in Europa eine deutliche Umorientierung auf Gesundheitsprävention und die wirtschaftlichen, ökologischen und sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Der Prozess kann durch das Zitat des berühmten Wissenschaftlers Louis Pasteur zusammengefasst werden: „*Der Erreger ist nichts, das Umfeld ist alles*“ (Geene et al. 2006, S. 17).

Im weiteren Verlauf der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung trugen auch kulturelle Bewegungen aus den USA, wie die Jogging- und Aerobicwelle, mit zur Veränderung bei.

„Salutogenese“ des Aaron Antonovsky (1979)

Mit der Einführung der grundlegenden Theorie der „Salutogenese“ bewirkte Aaron Antonovsky endgültig den Paradigmenwechsel (vgl. Antonovsky/Franke 1997). Er kritisiert eine rein pathogenetisch-kurative Betrachtungsweise und stellt mit seinem salutogenetischen Ansatz die Frage, warum Menschen gesund bleiben und welche Wirkfaktoren für die Erhaltung der Gesundheit verantwortlich sind. In seiner Theorie stellen Gesundheit und Krankheit keine Gegensätze dar, sondern sind Pole auf einem Kontinuum, das Gesundheit mehr oder weniger beschreibt. Antonovsky geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand dabei in einer permanenten dynamischen Veränderung zwischen diesen beiden Polen befindet. Der Mensch verfügt dabei in unterschiedlichem Maße über gesundheitliche Ressourcen, welche die Wahrscheinlichkeit zu erkranken senken oder die Genesung erleichtern. Zu den gesundheitlichen Ressourcen zählen sowohl äußere Bedingungen, wie soziale und finanzielle Lebensumstände und ökologische Umweltbedingungen, als auch psychologische Voraussetzungen.

Antonovskys Modell ist gesundheitsbezogen, ressourcenorientiert, präventiv und „für viele Autoren (ist) die Umsetzung des salutogenetischen Modells in der Prävention gleichbedeutend mit dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung“, wie es historisch richtungsweisend auf der ersten internationalen Fachkonferenz zur Gesundheit 1986 in Ottawa, Kanada verabschiedet wurde (vgl. BzGA 1998, S. 81).

Die Ottawa-Charta (1986)

Die Ottawa-Charta der WHO formuliert „Grundlegende Bedingung und konstituierende Momente von Gesundheit (sind) Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WHO 1986). Weiterhin formuliert die Charta erstmals eine tragfähige Zieldefinition für Gesundheitsförderung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Trojan 2001, S. 28).

Dazu hat die Ottawa-Charta fünf wesentliche Handlungsbereiche identifiziert:

1. Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
2. Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
4. Die Gesundheitsdienste neu organisieren, d. h. ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch-kurative Betreuungsleistung weit hinausgeht in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung
5. Persönliche Kompetenzen entwickeln

Die Ottawa-Charta gilt bis heute als ein Grundsatzdokument moderner Gesundheitspolitik. Vor ihrem Hintergrund entfaltet eine nachhaltige Gesundheitspolitik Aktivitäten zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die andere Lebensbereiche und Politikfelder einbezieht, die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten fördert, die Neuorientierung der Gesundheitsämter gemäß Public-Health-Leitlinien forciert und die Entwicklung und Stärkung gesundheitsrelevanter Ressourcen in der Bevölkerung und in bestimmten Zielgruppen unterstützt.

Mit der Verabschiedung der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ fand die Suche nach neuen Ansätzen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in den modernen Industriegesellschaften ihren vorläufigen Höhepunkt und ihren Abschluss mit der Begründung der sogenannten „New Public Health“.

New Public Health (1980er-Jahre)

Der mit der Ottawa-Charta stattgefundenen Paradigmenwechsel zur Gesundheitsförderung stellt erstmalig einen Versuch dar, Maßstäbe für eine nachhaltige Gesundheit zu entwickeln. Darüber hinaus handelt es sich um das erste Gesundheitskonzept, welches global Geltung beanspruchen kann. Dieser Paradigmenwechsel, der seit Ottawa mit dem Begriff „New Public Health“ gleichgesetzt wird, hat aber nicht nur in der Theoriebildung, sondern insbesondere in Bezug auf die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung großen Einfluss genommen.

Die Besonderheiten der New-Public-Health-Perspektive auf Gesundheit erschließen sich aus dem direkten Vergleich mit klassischen kurativ-medizinischen Ansätzen. In der kurativen Medizin ist die individuelle Behandlung von Patienten zentral, während in der New Public Health Gesundheit nicht als individuelle Angelegenheit betrachtet wird. Hier werden systemisch die objektiven Lebensbedingungen von Bevölkerungen betrachtet: „Public Health umfasst alle Analysen und Management-Ansätze, die sich vorwiegend auf ganze Populationen oder größere Subpopulationen beziehen, und zwar organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung und der Krankheitsbekämpfung [...]“ (Schwartz 1998, S. 3).

Gesundheit wird dabei nach der WHO-Definition nicht nur durch das Fehlen von Krankheit oder Behinderung charakterisiert, sondern als ein Zustand umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens (vgl. WHO 1947). Betont wird weiterhin die Orientierung einer Gesundheitspolitik auf Gesundheit statt Krankheit sowie Gesundheitsförderung und die Förderung von Kompetenzen für eine gesundheitsorientierte Lebensweise. Gleichzeitig soll ein sozial-ökologisches Verständnis der Entstehung von Gesundheit und Krankheit in Bevölkerungen zu einer stärkeren Orientierung auf sektorübergreifende Gestaltbarkeit gesundheitsrelevanter Faktoren hinführen (vgl. ebd.).

Annex 2 Abbildung in der Kosten- und Leistungsrechnung (KLR)

Die Kosten- und Leistungsrechnung ist seit 1994 ein zentrales Element im Berliner Konzept der Verwaltungsmodernisierung. Die bisherige bundesrechtlich vorgegebene Kameralistik wurde ergänzt durch eine Kosten- und Leistungsrechnung, basierend auf einer sachlich tief gegliederten Produktsystematik. Ziel ist es, Kosten und Erträge zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit transparent darzustellen und Vergleiche von Kostendaten innerhalb der Verwaltung und mit Stellen außerhalb der Verwaltung zu ermöglichen.

In der Regel sind von allen Bezirken erbrachte Verwaltungsprodukte einheitlich definiert und werden im Rahmen des berlinweit gültigen KLR-Verfahrens bebucht, sodass durchgehend produktbezogene Vergleiche möglich sind. An dieser Stelle muss jedoch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die aktuell gültige Produktdefinition für das Produkt 79710 „Maßnahmen der Gesundheitsplanung, Koordination und Qualitätsentwicklung“ genau diesen ergebnisbezogenen Vergleich nicht erlaubt. Es können hier sowohl von den personell kleinen, also personalkostengünstigen, als auch von den großen, also personalkostenintensiven, OE QPK monatlich maximal 16 Mengen gebucht werden. Diese erreichbare Maximalmenge ist zwar unsensibel gegenüber den je nach Höhe des Personaleinsatzes möglich werdenden Unterschieden bei der inhaltlichen Vertiefung dieser Aufgabengebiete zwischen den einzelnen OE QPK, wird aber dennoch in der KLR zur Berechnung von Durchschnittskosten (Median) genutzt und ist somit budgetwirksam.

Alle OE QPK haben vier Produkte für ihre Arbeit abzurechnen, die OE QPK des Bezirks Charlottenburg-Wilmersdorf weist fünf Produkte aus. Diese Produkte sind Grundlage für die Haushaltsaufstellungen. Dabei sind die Produktbudget-Vergleichsberichte sinngemäß die Abschlüsse des für die Haushaltsaufstellung zugrunde liegenden Berichtsjahres.

Die Produkte sind im Produktkatalog für Berlin im Produktbereich 1130 „Gesundheitsplanung, Koordination und Qualitätsentwicklung“ zusammengefasst.

Produkt 79 710	Maßnahmen der Gesundheitsplanung, Koordination und Qualitätsentwicklung
Bezugsgröße	Anzahl der bearbeiteten Aufgabengebiete
Aufgabengebiete	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kinder, Jugendliche und Familien (sozialkompensatorisch, vorrangig settingbezogen) 2. Menschen mit Behinderungen 3. Menschen mit chron. Krankheiten einschließlich Alterskrankh. u. Aids 4. Menschen mit Migrationshintergrund 5. Ausgleich bei geschlechtsspezifischen Benachteiligungen 6. Integrierte Gesundheit- und Sozialberichterstattung 7. Gesunde-Städte-Netzwerk 8. Lokale Agenda 9. Gesundheitlicher Verbraucherschutz und Aufklärung 10. Bürgerengagement 11. Psychiatriekoordination 12. Suchthilfeoordination und Suchtprävention 13. Gewaltprävention 14. Altenhilfeplanung und -koordination 15. Mithilfe bei Planung und Steuerung, Indikatoren, Sollgrößen 16. Qualitätsmanagementsystem
Qualitätskriterien	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sozialraumorientierung von Planung, Koordination und Berichterstattung zu 100 % 2. Einbeziehung Betroffener in Planungs- und Koordinierungsprozesse zu mind. 75 % der Fälle 3. Gender-Perspektive in Planungs- und Koordinierungsarbeit zu mind. 75 % der Fälle

Eine besondere Stellung nehmen die sogenannten „Verwaltungs-Transfer-Produkte“ ein: Sie werden nicht von den OE QPK erbracht, sondern durch Freie Träger. Die OE QPK leisten das fachliche Controlling sowie die verwaltungsrechtliche Handhabung der Zuwendungsmittel entsprechend den Standards für zuwendungsfinanzierte Angebote der psychiatrischen Pflichtversorgung im Land Berlin.

Produkt 79 711 VT	Führung und Unterhaltung von Kontakt- und Beratungsstellen im Rahmen der Pflichtversorgung psychisch kranker Menschen durch freie Träger
Bezugsgröße	Angebotsstunden
Aufgabengebiete	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontakt und Information im Offenen Treff, Gruppenaktivitäten und Rei-

	<ul style="list-style-type: none"> 1. ...sen 2. Gründung von Selbsthilfegruppen 3. Thematische Veranstaltungen 4. Teamgespräche, Supervision, Bürotätigkeit 5. Beteiligung an der Weiterentwicklung der Versorgungsregion 6. Berichterstattung 7. Trägerzusammenarbeit
Qualitätskriterien	<ul style="list-style-type: none"> 1. Verlässlichkeit der Angebote, Kontinuität, Öffnungszeiten 2. Standortsicherheit für die Dauer des Bewilligungszeitraums 3. Internes Qualitätsmanagement des Trägers

Produkt 79 713 VT	Schaffung und Bereitstellung von Zuverdienstmöglichkeiten im Rahmen der Pflichtversorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen durch freie Träger
Bezugsgröße	Anzahl der Vereinbarungen mit den Nutzern
Aufgabengebiete	<ul style="list-style-type: none"> 1. Planung, Vorbereitung, Durchführung der Angebote 2. Akquisen für Beschäftigung der Klienten (Firmenkontakte/Kundenpflege) 3. Schaffung von Eigenproduktion 4. Erstkontakte, Anleitung, begleitende Gesprächsangebote 5. Rehabilitations- und Behandlungsplanung 6. Unterstützung bei Arbeitsanschlussmaßnahmen 7. Aufwandsentschädigungen verwalten 8. Trägerzusammenarbeit 9. Beteiligung an der Weiterentwicklung der Versorgungsregion 10. Berichterstattung
Qualitätskriterien	<ul style="list-style-type: none"> 1. Verlässlichkeit des Angebots, zeitliche Kontinuität, Öffnungszeiten 2. Standortsicherheit im Bewilligungszeitraum 3. Internes Qualitätsmanagement des Trägers

Produkt 80 043 VT	Sicherstellung der Suchtberatung im Rahmen der Pflichtversorgung suchtkranker Menschen durch freie Träger
Bezugsgröße	Anzahl der Kontakte nach Deutschem Kerndatensatz der Suchtkrankenhilfe
Aufgabengebiete	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kooperation, Vernetzung mit Anbietern psychosozialer/medizinischer Leistungen 2. Konzeptionsverantwortung, Berichterstattung 3. Trägerzusammenarbeit 4. Planung, Organisation der Angebote, zielgruppenorientiert 5. Weitervermittlung in stat./komplementäre Einrichtungen 6. Voraussetzungslose Erstkontakte, Motivierung + Strukturierung v. Hilfe 7. Behandlung i. R. rententrägerfinanzierter Empfehlungsvereinbarung 8. Prävention, Betreuung, aufsuchende Arbeit 9. Angehörigenberatung, Öffentlichkeitsinformation 10. Krisenintervention, Multiplikatorenfunktion
Qualitätskriterien	<ul style="list-style-type: none"> 1. Verlässlichkeit des Angebots, Kontinuität 2. Standortsicherheit für die Dauer der Bewilligung 3. Internes Qualitätsmanagement des Trägers

Aufgrund einer Absprache zwischen den Bezirken wird die Zuwendungsbearbeitung für den Berliner Krisendienst für alle Bezirke durch das BA Charlottenburg-Wilmersdorf vorgenommen.

Produkt 79 714 VT	Maßnahmen der Pflichtversorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen durch den Berliner Krisendienst
Bezugsgröße	Anzahl der Kontakte
Aufgabengebiete	<ul style="list-style-type: none"> 1. Niedrigschwelliges telefonisches + persönliches Angebot 2. Erstgespräche mit kurzfristiger Entlastungs- u. Orientierungshilfe 3. Weiterverweisung, Krisenbegleitung, mobiler Einsatz evtl. mit Facharzt 4. Berichterstattung, Trägerzusammenarbeit 5. Planung, Vorbereitung, Organisation der Angebote 6. Konzeptionsentwicklung
Qualitätskriterien	<ul style="list-style-type: none"> 1. Verlässlichkeit des Angebots, Kontinuität 2. Standortsicherheit für den Zeitraum der Bewilligung 3. Internes Qualitätsmanagement des Trägers

Annex 3 Literatur

Antonovsky, A., Franke, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen

Asmus, G. (1982): Hinterhof, Keller und Mansarde. Einblicke in Berliner Wohnungselend 1901-1920. Die Wohnungs-Enquête der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker. Reinbek

Baric, L., Conrad, G. (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Hamburg

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2009): 13. Kinder- und Jugendbericht: Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA; 1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Band 6. Köln

Geene, R., Kilian, H., Ryl, L., Schütte, C. (Hrsg.) (2006): Qualitäten der Gesundheitsförderung. Konzepte für die Praxis. Dokumentation einer Workshoptagung. Berlin. Online: http://www.gesundheitberlin.de/download/Dokumentation_Qualitaeten_www.pdf (Letzter Zugriff: 07.05.2012)

Hinte, W. (2008): Sozialraumorientierung: ein Fachkonzept für Soziale Arbeit. Fulda. Online: http://www.fulda.de/fileadmin/buergerservice/pdf_amt_51/sonstiges/Sozialraumorientierung_Vortrag_W.Hinte_28.5.08.pdf (Letzter Zugriff: 07.05.2012)

Rosenbrock, R. et al. (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit - Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle". Bremerhaven

Schwartz, F. W. (1998): Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In: Ders., Badura B., Leidl R., Raspe H & J Siegrist (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, S. 2-5

Senatsverwaltung für Gesundheit (1994): Plan- und Leitstellen der Bezirke. Empfehlungen der ad-hoc-Arbeitsgruppe. Berlin

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2010), Schlussbericht Projekt: Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG). Teile I und II. Berlin

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (Hrsg.; 2009): Handbuch zur Sozialraumorientierung. Grundlagen der integrierten Stadt(teil)entwicklung. Ergebnisbericht 2009. Berlin

Trojan, A., Legewie, H. (2001): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt/M.

WHO (1947): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Online: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Letzter Zugriff: 07.05.2012)

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online-Dokument, zu finden unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Letzter Zugriff: 07.05.2012)

WHO (1998): Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 5) Kopenhagen. Online: <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf> (Letzter Zugriff: 07.05.2012)

Anmerkungen

¹ Anlage zu § 37 Abs. 1 S. 1 BezVerwG

² Die Bezeichnung ist bis dato nicht einheitlich im Sinne der Vorgabe des 8. Gesetzes zur Änderung des Berliner Bezirksverwaltungsgesetzes umgesetzt.

³ Als eine – nicht nur für Berlin – Standards setzende Untersuchung kann die Wohnungs-Enquête der Berliner Ortskrankenkassen gelten. In deren Rahmen wurden zwischen 1901 und 1920 bei Patientinnen und Patienten fotodokumentarische Aufnahmen der Wohnbedingungen gemacht, darauf basierend Maßnahmen für eine gesundheitsförderliche Wohnumgebung einleiten zu können (vgl. Asmus 1982).

⁴ Gutachten der Dornier GmbH – Systemplanung im Gesundheitswesen.

⁵ GDG §1 Abs.1 Satz 4.

⁶ Mit dem Bereich „Qualitätsentwicklung“ ist seit 2006 eine neue Aufgabe in den Aufgabenkatalog der QPKs aufgenommen worden. Dazu heißt es in der Begründung zum Gesetz, dass ein effektives Qualitätsmanagement des ÖGD die Koordination der vorhandenen Angebote, die Festlegung von Qualitätsstandards, Methoden der Qualitätssicherung und die Durchführung von Qualitätskontrollen umfasst: „Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die Leistungen des ÖGD und der von ihm beauftragten Träger“. (vgl. Vorlage – zur Beschlussfassung – Gesundheitsdienstreformgesetz“, Abgeordnetenhaus Berlin, DS 15/4767 vom 23.02.2006, S. 22 (Online: <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/15/DruckSachen/d15-4767.pdf>). Letzter Zugriff: 31.07.2012)

⁷ Vgl. „Vorlage einer verbindlichen Zielstruktur für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Berlin“, Mitteilung zur Kenntnisnahme an das Abgeordnetenhaus von Berlin, Drs. 16/1051 (II.B.49.) vom 20.03.2008. Die „3 Säulen“ des ÖGD im Land Berlin sind gem. § 2 GDG die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung und ihr nachgeordnete Behörden, die zuständigen Ämter der Bezirke und die gesonderten Organisationseinheiten für Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination.

⁸ Vgl. „Vorlage – zur Beschlussfassung – Gesundheitsdienstreformgesetz“, s. o., Anm. 6

⁹ BezVG, Neufassung vom 10.11.2011 (Anlage zu § 37 Abs. 1 Satz 1)

¹⁰ Vgl. URL <http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/Fachstelle.1011.0.html>, Letzter Zugriff: 31.07.2012

¹¹ Senatsbeschluss Nr. 2219/09 vom 24.11.2009.