



FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221-973101-0
Fax: 0221-973101-11

E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Abschlussbericht

Projekt „Evaluation der Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung“

im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) Berlin

Bearbeiter:

Rüdiger Hartmann
Sandra Kirvel
Hans Oliva

Köln, Februar 2011
787/2010

Inhaltsverzeichnis

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	EINLEITUNG	7
1.1	Ausgangssituation	7
1.2	Ziele und Aufgabenstellung der Evaluation	8
1.3	Aufbau des Abschlussberichts	9
2	EVALUATIONSANSATZ UND METHODISCHES VORGEHEN	10
2.1	Evaluationsansatz	10
2.2	Methodisches Vorgehen	10
2.2.1	Arbeitsschritte der Breiterevaluation	11
2.2.2	Arbeitsschritte der Tiefenevaluation	13
2.3	Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber	15
3	REFERENZ- UND BEZUGSRAHMEN DER EVALUATION	16
4	ERGEBNISSE DER BREITENEVALUATION	18
4.1	Organisatorische, strukturelle und personelle Aspekte der bezirklichen Steuerungsremien	18
4.1.1	Formale Grundlagen der Arbeit: Geschäftsordnung	18
4.1.2	Aufgaben und Zielgruppe	21
4.1.3	Leitung und Leitungsaufgaben	22
4.1.4	Zusammensetzung und Teilnahmefrequenz	23
4.1.5	Sitzungsrhythmus und Zeitaufwand	24
4.2	Arbeitsweise der bezirklichen Steuerungsremien	25
4.2.1	Antragsarten und Fallvorstellungen	25
4.2.2	Fachliche Empfehlungen	28
4.2.3	Informationsgrundlage fachlicher Empfehlungen	30
4.2.4	Teilnahme und Vermittlung von KlientInnen	32
4.2.5	Dokumentation	34
4.3	Zusammenarbeit zwischen bezirklichen Steuerungsremien und relevanten Akteuren	36
4.3.1	Zusammenarbeit mit Fallmanagement	36
4.3.2	Zusammenarbeit mit Steuerungsremien anderer Bezirke	38
4.3.3	Zusammenarbeit mit Akteuren der psychiatrischen Versorgung (PSAG, GPV)	39
4.4	Bewertung verschiedener Aspekte der Arbeit des Steuerungsremiums	39
4.5	Stärken und Schwächen der Steuerungsremien, Perspektiven	43
5	ERGEBNISSE DER TIEFENEVALUATION	45
5.1	Effekte der Verfahrensregelungen der RGO bzw. GO	45
5.2	Einschätzung der Zusammenarbeit der TeilnehmerInnen der SGP untereinander	46
5.2.1	Zusammenarbeit der Leistungsanbieter untereinander	47
5.2.2	Zusammenarbeit der Bezirke untereinander	48
5.2.3	Stärken und Schwächen des SGP	48
5.2.4	Anregungen/Verbesserungsvorschläge	49

5.2.5	Zusammenlegung der Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht	50
5.3	Fokusgruppe mit Betroffenen	51
6	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	52
6.1	Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse und grundsätzliche Bewertung	52
6.2	Schlussfolgerungen und Ausblick für die zukünftige Arbeit der SGP in Berlin	56
7	LITERATUR	60
8	ANHANG	61

Abbildungsverzeichnis

<u>Abb.</u>		<u>Seite</u>
Abb. 1:	Institutionen, die Fallvorstellungen im SGP vornehmen	27
Abb. 2:	Beurteilung der Qualität der Aufgabenerfüllung des SGP nach Inkrafttreten der RGO (bzw. der daraus abgeleiteten eigenen GO)	40
Abb. 3:	Bewertung einzelner Aspekte der Arbeit des SGP	41
Abb. 4:	Bewertung der RGO und der AV EH in Hinblick auf Wahrnehmung der Aufgaben des SGP	42

Tabellenverzeichnis

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>	
Tab. 1:	Übersicht über die Berliner Steuerungsgremien für Psychiatrie	18
Tab. 2:	Aufgaben, die derzeit vom SGP wahrgenommen werden	21
Tab. 3:	Zusammensetzung des SGP: Anzahl der teilnehmenden stimmberechtigten Institutionen	23
Tab. 4:	Tagungsrythmus des SGP	24
Tab. 5:	Zeitaufwand (Stunden/pro Sitzung), der bei dem/der PsychiatriekoordinatorIn durchschnittlich durch die Teilnahme an einer Sitzung anfällt (inkl. Vor-/Nachbereitung und Fahrzeit)	25
Tab. 6:	Zeitaufwand (Stunden/pro Sitzung), der für andere MitarbeiterInnen des Bezirksamts anfällt	25
Tab. 7:	Art von Anträgen, die das SGP behandelt	26
Tab. 8:	Vorgänge, bei denen der/die PsychiatriekoordinatorIn Mitteilungen erhält	26
Tab. 9:	Einrichtungs- bzw. Angebotstypen, zu denen das SGP (fallbezogen) fachliche Steuerungsempfehlungen vornimmt	28
Tab. 10:	Informationen bzw. vorbereitende Aktivitäten, die dem SGP i.d.R. vorliegen	30
Tab. 11:	Informationen, die zur Behandlung der Anträge i.d.R. in der Sitzung des SGP vorliegen	31
Tab. 12:	Unterlagen, die die Mitglieder des SGP vorab erhalten	32
Tab. 13:	Regelungen für Meldungen über freie Platzkapazitäten bzw. vorhandene Ressourcen (Budget) an das SGP	33
Tab. 14:	Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement insgesamt (d.h. seit in Kraft treten der RGO sowie der AV EH)	37

Anhang: Tabellenverzeichnis

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. A1: Mitglieder der PAG (in alphabetischer Reihenfolge)	61
Tab. A2: Zielgruppen, für die das SGP zuständig ist	61
Tab. A3: Aufgaben der Leitung des SGP	61
Tab. A4: Wahrnehmung von einzelnen (Leitungs)Aufgaben durch andere MitarbeiterInnen des Bezirks	62
Tab. A5: Derzeitige Zusammensetzung des SGP: geschätzte Teilnahmefrequenz der teilnehmenden stimmberechtigten Institutionen	62
Tab. A6: Teilnahme nicht stimmberechtigter Institutionen am SGP	62
Tab. A7: Durchführung von außerordentlichen Sitzungen – neben regulären Sitzungen	62
Tab. A8: Häufigkeit mit der das SGP bei Beendigung einer Maßnahme (fallbezogen) informiert wird	62
Tab. A9: Institutionen, die Fallvorstellungen im SGP vornehmen	63
Tab. A10: Existenz eines Vetorechts bezogen auf fachliche Empfehlungen des SGP	64
Tab. A11: Anzahl der fachlichen Empfehlungen des SGP zu denen im Jahr 2010 (Stichtag: 01. Oktober 2010) abweichende Entscheidungen getroffen wurden	64
Tab. A12: Keine abweichenden Entscheidungen zu den fachlichen Empfehlungen des SGP im Erhebungszeitraum	64
Tab. A13: Größe des Anteils an KlientInnen, die am Steuerungsgremium teilnehmen (bezogen auf die Anzahl der in einer Sitzung vorgestellten Fälle)	65
Tab. A14: Vermittlung von KlientInnen ohne Stellungnahme des SGP	65
Tab. A15: Vorgehensweise in Fällen, in denen der Hilfe-/Untersuchungsbedarf aktuell nicht gedeckt werden kann	65
Tab. A16: Aufnahme in Warteliste und Vermittlung in andere Bezirke: Angaben zur Anzahl der Fälle und Dauer der Wartezeit	65
Tab. A17: Anzahl der Fälle, die in Warteliste aufgenommen wurden, weil Hilfe-/Untersuchungsbedarf nicht gedeckt werden konnte und Dauer der Wartezeit	66
Tab. A18: Anzahl der Fälle, die in andere Bezirke vermittelt wurden, weil Hilfe-/Untersuchungsbedarf nicht gedeckt werden konnte	66
Tab. A19: Häufigkeit mit der alternative Überlegungen zur Hilfestellung nach SGB XII in den SGP vorgeschlagen werden	66
Tab. A20: Existenz praktischer Möglichkeiten um im Rahmen der SGP ein „Entlassungsmanagement“ zu realisieren/Existenz guter Beispiele	66
Tab. A21: Bewährung des Dokumentationsverfahren	67
Tab. A22: Ergänzungsbedarf hinsichtlich der dokumentierten Verfahrensdaten bzw. fallbezogenen Klientendaten	67

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. A23: Bewährung der Verfahrensregelungen (der RGO), die die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und SGP regeln	67
Tab. A24: Bewährung der Verfahrensregelungen (der AV EH), die die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und SGP regeln	67
Tab. A25: Aspekte auf die sich Zusammenarbeit mit SGP anderer Bezirke vorrangig bezieht	68
Tab. A26: Bewertung der (fallbezogenen) Zusammenarbeit mit einzelnen SGP	68
Tab. A27: Findet mit einzelnen Steuerungsgremien keine Zusammenarbeit statt, obwohl es fachlich als notwendig angesehen wird?	68
Tab. A28: Bewertung der RGO und der AV EH in Hinblick auf Wahrnehmung der Aufgaben des SGP	68
Tab. A29: Bewertung einzelner Aspekte der Arbeit des SGP	69
Tab. A30: Beurteilung der Qualität der Aufgabenerfüllung des SGP nach in Kraft treten der RGO (bzw. der daraus abgeleiteten eigenen GO)	70
Tab. A31: Wird die (von einer kleinen Zahl von Bezirken) realisierte (zielgruppenbezogene) Unterteilung der Steuerungsgremien (Zuständigkeit nur für psychisch Behinderte bzw. Suchtkranke) als sinnvoll angesehen?	70

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

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). 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 (i.d.R. nach [Fach-]Leistungsstunden).
- Zugleich werden zur Erfassung des individuellen Hilfebedarfs der Leistungsberechtigten¹ z.T. nach Zielgruppen (geistig und/oder körperlich behinderte Personen sowie psychisch Kranke und Suchtkranke) differenzierte Verfahren der Hilfeplanung (u.a. Metzler-Verfahren, Hilfeplaninstrumente der Aktion Psychisch Kranke [APK]) eingesetzt.

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 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 Psychiatrie-koordinatorInnen und weiteren Diensten der Versorgungsregion sowie den Hilfesuchenden selbst (soweit sie dies wünschen) zusammen.

Als Folge der in den Jahren 2004/2005 von FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich, Köln – im Auftrag der SenGUV – durchgeführten Evaluation der SGP (vgl. Görgen & Oliva, 2005) wurde am 1. März 2007 eine *Rahmengesäftsordnung* (RGO – SGP) in Kraft gesetzt, mit der die Arbeit dieser Gremien einen verbindlichen, einheitlichen Rahmen erhalten hat. Auf Basis der RGO – SGP

¹ Im Weiteren werden die Begriffe Leistungsberechtigte, PatientInnen und KlientInnen synonym verwendet.

sowie der daraus abgeleiteten Geschäftsordnungen (GO) der einzelnen bezirklichen SGP (vgl. § 1 Abs. 3) nehmen die Steuerungsgremien Psychiatrie seit diesem Zeitpunkt (landesweit vergleichbar) – in Zusammenarbeit mit dem *Fallmanagement* in der Eingliederungshilfe – verschiedene (grundsätzliche) Aufgabenbereiche wahr.

Die Bestimmungen zur Zuständigkeit, den Aufgaben und der Arbeitsweise der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie sind seit dem 9. Februar 2007 in den „Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (AV Eingliederungshilfe – AV EH) grundlegend festgelegt (ABl., S. 667). Dabei regeln vor allem die §§ 10a bis 10c (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 seelisch behinderte Menschen (vgl. auch Kapitel 3).

1.2 Ziele und Aufgabenstellung der Evaluation

Vor diesem kurz beschriebenen Hintergrund (Umsetzung RGO – SGP sowie AV EH) und unter Berücksichtigung gestiegener Fallzahlen im Bereich des Betreuten Wohnens und der tagesstrukturierenden Angebote für seelisch behinderte Menschen sowie neuer Gruppen von LeistungsempfängerInnen wurde seitens der SenGUV die Entscheidung getroffen, die derzeitige (fallbezogene) Steuerung an der Schnittstelle Gesundheit und Soziales erneut mit Blick auf Bedarfsgerechtigkeit, Qualität sowie Wirtschaftlichkeit zu untersuchen. Mit der Evaluation wurde im Oktober 2010 die FOGS GmbH beauftragt.

Aus Sicht der SenGUV ist mit der Evaluation die Erwartung verknüpft, Hinweise zu einer zeitgemäßen, zukunftsorientierten und flexiblen Steuerung psychiatrischer Hilfen sowie Vorschläge zu deren Umsetzung zu erhalten. Im Einzelnen sollen – getrennt nach vier Leistungsbestandteilen – die nachfolgenden Fragestellungen beantwortet werden:

1. Umsetzung eines Ist-Soll-Vergleichs (auf Basis einer Bestandsaufnahme und -analyse der bezirklichen Steuerungsgremien):
 - Die Aufgaben, Arbeitsweise und Zusammensetzung der SGP sind – wie in der Ausgangssituation dargestellt – durch Verwaltungs- und Ausführungsvorschriften landeseinheitlich beschrieben. Werden diese Vorgaben umgesetzt? Wenn nicht, was sind die Hintergründe dafür?
 - Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement in der Eingliederungshilfe und bezirklichen SGP und wie ist sie zu bewerten?
 - Sind die bezirklichen Steuerungsgremien im Bereich der psychiatrischen Versorgung – vor dem Hintergrund vielfältiger Veränderungen in den vergangenen Jahren – noch zeitgemäß und verbessern sie die Qualität der Versorgung?
 - Im Rahmen eines Vergleichs der landesweiten RGO – SGP und der Geschäftsordnungen der bezirklichen SGP ist zu ermitteln, hinsichtlich welcher Bestimmungen Abweichungen zu konstatieren sind und worauf diese zurückzuführen sind.
 - Welche Hindernisse/Barrieren bestehen bei der Vermittlung von KlientInnen?
 - Wie lässt sich die Zusammenarbeit der bezirklichen Steuerungsgremien, z.B. beim Wechsel eines/einer KlientIn in einen anderen Bezirk, verbessern?
2. Erfassung und Bewertung von Anreizen, Absprachen oder Verpflichtungen von Leistungserbringern, nicht nur in das entgeltfinanzierte System der Eingliederungshilfe hinein zu vermitteln, sondern KlientInnen auch aus dem Hilfesystem zu entlassen:

- Welche praktischen Möglichkeiten bestehen, um im Rahmen der bezirklichen Steuerungsgremien ein Entlassungsmanagement zu realisieren? Gibt es dafür bereits heute gute Beispiele?
 - Werden KlientInnen ohne Einschaltung der SGP vermittelt?
 - Welche (alternativen) Überlegungen zur Hilfgewährung (z.B. ehrenamtliche Hilfen, zuwendungsfinanzierte niedrigschwellige Hilfen oder nicht-psychiatrische Unterstützungsangebote) werden in den bezirklichen Steuerungsgremien vorgeschlagen?
3. Beschreibung und Analyse der Konsequenzen, die sich daraus ergeben, dass das Budgetkontrollprogramm seit 2010 nicht mehr angewandt wird:
- Wie soll die Auslastung des Hilfesystems zukünftig kontrolliert und wie soll es gesteuert werden?
 - Sind regionale Psychriatriebudgets für den entgeltfinanzierten Bereich der Eingliederungshilfe eine sinnvolle Orientierung für die Leistungsgewährung? Was wäre dazu fachlich und ökonomisch notwendig?
4. Analyse der Handlungsfähigkeit der bezirklichen Steuerungsgremien:
- Wie viele Mitglieder (TeilnehmerInnen) haben zz. die SGP?
 - Welche zeitlichen Ressourcen werden derzeit für die SGP aufgewendet?
 - Welche Mechanismen/Instrumente haben die verantwortlichen PsychiatriekoordinatorInnen zur Strukturierung der Sitzungen und Entscheidungsfindung der SGP geschaffen?
 - Ist die „Macht“ der Träger zu groß oder ist der Eingriff in die Trägerautonomie zu groß? Wie viel Transparenz ist möglich?

1.3 Aufbau des Abschlussberichts

Der Abschlussbericht „Evaluation der Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung“ gliedert sich – nach den einleitenden Überlegungen (*Kapitel 1*) – in folgende Hauptkapitel:

In *Kapitel 2* werden der Evaluationsansatz, das methodische Vorgehen bzw. die einzelnen Arbeitsschritte beschrieben.

Gegenstand des *Kapitels 3* ist der Referenz- und Bezugsrahmen, der von FOGS für die Bewertung der Erhebungsergebnisse herangezogen wurde.

Kapitel 4 beschreibt die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der PsychiatriekoordinatorInnen im Rahmen der Breiterevaluation sowie die Ergebnisse der Sekundäranalyse der Geschäftsordnungen der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie.

Kapitel 5 beinhaltet die Ergebnisse der Tiefenevaluation, d.h. der leitfadengestützten Interviews mit PsychiatriekoordinatorInnen, FallmanagerInnen und MitarbeiterInnen des SpD, der Fokusgruppen mit Leistungserbringern der SGP sowie der teilnehmenden Beobachtung von vier Steuerungsgremien.

Im abschließenden *Kapitel 6* werden die Ergebnisse der Evaluation zusammengefasst und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Arbeit der Steuerungsgremien Psychiatrie vorgestellt.

2 Evaluationsansatz und methodisches Vorgehen

2.1 Evaluationsansatz

Aufgrund der komplexen Fragestellungen der Untersuchung wurde von FOGS ein *mehrdimensionaler Evaluationsansatz* umgesetzt, der quantitative und qualitative Methoden – in der Literatur auch als „Triangulation“ bezeichnet (vgl. Denzin, 1978) – kombiniert. Ein derartiger Ansatz ist in besonderer Weise geeignet, Steuerungs- und Planungsverfahren zu erfassen und zu bewerten. Mit der Triangulation mehrerer, aufeinander abgestimmter Methoden kann gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Probleme und die Vielfalt der Perspektiven relevanter Akteure (Leistungserbringer und Leistungsträger, LeistungsempfängerInnen) ausreichend berücksichtigt werden. Im vorliegenden Projekt wurde damit vor allem das Ziel verfolgt, die Aussagekraft und die Gegenstandsangemessenheit der Evaluation der Berliner Steuerungsstrukturen im Bereich psychiatrischer Versorgung zu erhöhen:

- Durch die Kombination unterschiedlicher Methoden kann eine umfassendere und vielfältigere Materialbasis für die Analyse und Bewertung gewonnen werden.
- Die Anwendung quantitativer und qualitativer Verfahren ermöglicht es, unterschiedliche Perspektiven einzunehmen.
- Indem die Einzelergebnisse zueinander in Beziehung gesetzt werden, können deren jeweilige Zuverlässigkeit und Belastbarkeit verbessert werden (vgl. Müller, 2002).

Mit dem von FOGS verfolgten Evaluationsansatz konnten sowohl die zu beobachtenden Wirkungen der Implementierung der – auf der Basis der RGO – weiterentwickelten Steuerungsverfahren als auch deren Akzeptanz (als ein Prädiktor für künftige Effekte) ausreichend erfasst werden. Die (qualitative Einbeziehung) wichtiger Akteure (im Rahmen der Tiefenevaluation) eröffnete zudem die Möglichkeit, Stärken und Schwächen der derzeitigen Praxis bzw. ihrer verschiedenen Umsetzungsformen zu erfassen und Anregungen und Verbesserungsvorschläge der Beteiligten zu erheben.

Die FOGS GmbH arbeitet bei der Durchführung von (wissenschaftlichen) Studien, Untersuchungen sowie Evaluationen auf der Grundlage der *Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation* (vgl. DeGEval, 2002). Die Standards zu Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit sind dabei wichtige Orientierungshilfen bei der Studienplanung, -umsetzung und Berichterstattung. Selbstverständliche Praxis ist zudem die Berücksichtigung von *Gender Mainstreaming* und *Ethnicity Mainstreaming*.

2.2 Methodisches Vorgehen

Anknüpfend an diesen Evaluationsansatz werden im Folgenden die wesentlichen Arbeitsschritte sowie die in der Untersuchung umgesetzten Methoden der empirischen Sozialforschung dargestellt. Grundlage sowie Fokus des Vorgehens stellen dabei die o.g. Ziele und Fragestellungen der Evaluation dar. Aufgrund des begrenzten Projektzeitraums (1. Oktober 2010 bis 31. Januar 2011) zielte nur ein Teil der von FOGS durchgeführten Erhebungen/Befragungen auf *alle bezirklichen Steuerungsgremien* („Breitenevaluation“). Weitere, insbesondere *qualitative Untersuchungsschritte*, wurden auf *vier, d.h. auf ein Drittel aller SGP* (das allerdings deren fachliche und strukturelle Bandbreite ausreichend repräsentiert), ausgerichtet („Tiefenevaluation“). Aufgrund der Befunde der Erstevaluation sowie der Kenntnis der Berliner Situation wurden für die Tiefenevaluation die bezirklichen Steuerungsgremien *Charlottenburg-Wilmersdorf, Mitte, Spandau* sowie *Treptow-Köpenick* gemeinsam mit der Projektgruppe festgelegt.

Insgesamt besteht das Evaluationsdesign aus den folgenden *Modulen/Bestandteilen*:

(1) *Breitenevaluation*

- (leitfadengestützte) Gespräche mit VertreterInnen der SenGUV und SenIAS.
- Sekundäranalyse (relevanter) Materialien/Unterlagen/Papiere aller bezirklichen Steuerungsgremien (insbesondere Geschäftsordnungen und aktuelle Materialien)
- schriftliche (teilstandardisierte) Befragung aller bezirklichen Steuerungsgremien (adressiert an die jeweiligen PsychiatriekoordinatorInnen in ihrer Funktion als AnsprechpartnerInnen/LeiterInnen der SGP)

(2) *Tiefenevaluation*

- (leitfadengestützte) Interviews mit den (zuständigen) PsychiatriekoordinatorInnen, FallmanagerInnen und MitarbeiterInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpD) der o.g. vier bezirklichen Steuerungsgremien (zwölf Interviews)
- moderierte (leitfadengestützte) Gruppengespräche (Fokusgruppen) mit VertreterInnen der Leistungserbringer aus den vier SGP (insgesamt vier Fokusgruppen)
- eine Fokusgruppe mit VertreterInnen von Selbsthilfegruppen/Betroffenen
- teilnehmende Beobachtung von jeweils *einer* Sitzung in den vier SGP.

Die Ergebnisse der Breiten- und Tiefenevaluation dienen sowohl als Grundlage für den *Ist-Soll-Vergleich* (Bestandsaufnahme und -analyse) der bezirklichen Steuerungsgremien als auch zur Beantwortung der über diesen Vergleich hinausgehenden Fragestellungen der Untersuchung (s. Kap. 1.2).

2.2.1 Arbeitsschritte der Breiterevaluation

Leitfadengestützte Befragung der MitarbeiterInnen von SenGUV und SenIAS

Im Verlauf der Evaluation wurden *zwei leitfadengestützte Interviews* mit MitarbeiterInnen der SenGUV und der SenIAS geführt.² Im Rahmen dieser Gespräche ging es vor allem um Einschätzungen zu den seit 2007 (Inkrafttreten der RGO – SGP sowie AV EH) erfolgten Entwicklungen, zur derzeitigen Situation sowie zu den Zukunftsüberlegungen hinsichtlich der bezirklichen Steuerungsgremien für seelisch behinderte Menschen. Im Einzelnen wurden in den Interviews folgende Themen angesprochen:

- Umsetzung der Vorgaben entsprechend der RGO – SGP sowie AV EH
- Ausgestaltung der Kooperation zwischen Fallmanagement der Eingliederungshilfe und bezirklichen SGP
- Zeitgemäßheit der SGP vor dem Hintergrund stattgefundener Veränderung und des Stellenwerts der Gremien für die Verbesserung der Versorgungsqualität
- Stärken/Schwachstellen der bezirklichen Steuerungsgremien
- Trägermacht/-ohnmacht

² Darüber hinaus fand ein umfassender Austausch mit dem Auftraggeber zur Umsetzung der Evaluation statt (s. hierzu vor allem Kap. 2.3).

- Überlegungen zur (zukünftigen) Kontrolle/Steuerung des Hilfesystems (nach Einstellung des Budgetkontrollprogramms)
- (künftiger) Stellenwert (regionaler) Psychiatriebudgets für die Leistungsgewährung im Bereich der Eingliederungshilfe.

Darüber hinaus wurde in den Gesprächen geklärt, ob bei den beiden Senatsverwaltungen – nach Inkrafttreten der RGO – SGP sowie der AV EH – (relevante) Unterlagen/Materialien/Papiere vorliegen, die in die Evaluation einbezogen werden müssen.

Sekundäranalyse

Parallel und den ersten Arbeitsschritt ergänzend wurden (wesentliche) die bezirklichen Steuerungsgremien betreffende *Unterlagen/Materialien/Papiere* systematisch erfasst und mit Blick auf die Ziele und Aufgabenstellung der Untersuchung *sekundäranalytisch* ausgewertet. Einbezogen wurden u.a.:

- Anfragen/Stellungnahmen zur Arbeit der bezirklichen Steuerungsgremien, z.B. des Abgeordnetenhauses
- Stellungnahmen der bezirklichen Steuerungsgremien zur Umsetzung der RGO – SGP
- Stellungnahmen, die sich mit der Umsetzung von Fallmanagement und der Arbeit der bezirklichen Steuerungsgremien auseinandersetzen
- Papiere der SenIAS, die die Ausgestaltung der Zusammenarbeit von Fallmanagement und bezirklichen Steuerungsgremien betreffen.

Im Verlauf der Evaluation wurden außerdem die jeweiligen Geschäftsordnungen der bezirklichen Steuerungsgremien systematisch ausgewertet. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschritts wurden u.a. für die Erstellung des Fragebogens genutzt, mit dem die PsychiatriekoordinatorInnen der Steuerungsgremien schriftlich befragt wurden.

Schriftliche Befragung der bezirklichen Steuerungsgremien

Den (zentralen) Arbeitsschritt der Breiterevaluation stellte die Durchführung der *schriftlichen (teilstandardisierten) Befragung* der *zwölf bezirklichen Steuerungsgremien* dar. Anknüpfend an die Fragestellungen der Evaluation und an die Ausführungen der Rahmengeschäftsordnung, wurden in der schriftlichen Befragung vor allem folgende Aspekte thematisiert:

- Aufgaben und Zielgruppen des Gremiums
- Zusammensetzung (Art und Anzahl stimmberechtigter Mitglieder)
- Zeitaufwand für Mitarbeit in Steuerungsgremien
- Tagungsrhythmus (Häufigkeit regulärer Sitzungen, Anzahl außerordentlicher Sitzungen)
- Leitung/Moderation
- Aufgaben und Arbeitsweise (Erstellung fachlicher Empfehlungen)
- Entscheidungsfindung/Beschlussfassung (Instrumente/Verfahren)
- Antragsbearbeitung

- Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement
- Aspekte der Dokumentation
- Einbeziehung der PatientInnen/KlientInnen
- Entlassungsmanagement
- Beurteilung von Verfahrensregelungen
- Beurteilung der Qualität der Aufgabenerfüllung
- Stärken bzw. Schwachstellen des Steuerungsgremiums
- Zusammenarbeit der bezirklichen Steuerungsgremien.

Die Auswertung der schriftlichen Befragung der bezirklichen Steuerungsgremien bildete zum einen die Basis für die Beantwortung der Fragestellungen insbesondere im Hinblick auf den *Ist-Soll-Vergleich*; zum anderen wurden – darauf aufbauend – ausgewählte qualitative Aspekte im Rahmen der Tiefenevaluation erhoben.

2.2.2 Arbeitsschritte der Tiefenevaluation

Leitfadengestützte Befragung der PsychiatriekoordinatorInnen, der FallmanagerInnen und der MitarbeiterInnen der SpD

Zur Bewertung der aktuellen Situation und den in den vergangenen Jahren erfolgten Entwicklungen in den bezirklichen Steuerungsgremien wurden *leitfadengestützte (qualitative) Interviews* mit den *PsychiatriekoordinatorInnen, FallmanagerInnen und MitarbeiterInnen der SpD* der – im Rahmen der Tiefenevaluation – ausgewählten vier SGP durchgeführt. Die *insgesamt zwölf Gespräche* waren dabei – je nach InterviewpartnerIn spezifisch akzentuiert – vor allem auf folgende Aspekte ausgerichtet:

- Aufgaben, Arbeitsweise und Zusammensetzung der SGP vor dem Hintergrund der Vorgaben der RGO – SGP sowie AV EH
- Leitung/Moderation der SGP sowie Mechanismen/Instrumente zur Strukturierung der Entscheidungsfindung/Beschlussfassung
- Ausgestaltung der Kooperation zwischen Fallmanagement und SpD bzw. Psychiatriekoordination (Wahrnehmung und Arbeitsteilung dieser Akteure)
- Einbeziehung der PatientInnen/KlientInnen in die SGP
- Vermittlung von PatientInnen/KlientInnen (Hindernisse/Barrieren)
- Umsetzung eines Entlassungsmanagements
- (alternative) Überlegungen zur Hilfestellung
- Zeitgemäßheit der SGP vor dem Hintergrund stattgefundener Veränderung und des Stellenwerts der Gremien für die Verbesserung der Versorgungsqualität
- Trägermacht/-ohnmacht
- Überlegungen zur (zukünftigen) Kontrolle/Steuerung des Hilfesystems (nach Einstellung des Budgetkontrollprogramms)
- (künftiger) Stellenwert der (regionalen) Psychiatriebudgets für die Leistungsgewährung im Bereich der Eingliederungshilfe

- abschließende Bewertung der bisherigen Erfahrungen.

Sämtliche Gespräche wurden von FOGS protokolliert und themenspezifisch ausgewertet.

Fokusgruppen mit den Leistungserbringern der bezirklichen Steuerungsgremien

Daneben wurden auch die *Leistungserbringer* der vier bezirklichen Steuerungsgremien umfassend zur Arbeit der SGP befragt. Die Befragungen wurden im Rahmen von (*leitfadengestützten*) *Gruppengesprächen (Fokusgruppen³)* durchgeführt.

Die Fokusgruppen widmeten sich – analog zu den Gesprächen mit den o.g. Akteuren – ebenfalls den oben beschriebenen Aspekten, die diese jedoch aus der „Anbieter“-Perspektive bewerten sollten. Waren einzelne Leistungsanbieter in mehreren SGP vertreten, so war eine wesentliche Frage darauf gerichtet, ob bzw. in welcher Weise sich die bezirklichen Steuerungsgremien in ihrem Vorgehen ggf. voneinander unterscheiden.

Teilnehmende Beobachtung an Sitzungen der bezirklichen Steuerungsgremien

Um einen unmittelbaren Eindruck von der Arbeit der bezirklichen Steuerungsgremien zu erhalten, hat FOGS – wie im Rahmen der Erstevaluation – an jeweils *einer Sitzung* der vier in die Tiefenevaluation einbezogenen SGP teilgenommen. Die teilnehmende Beobachtung ermöglichte einen (externen) Blick auf die Vorbereitung, die Arbeitsweise sowie die Entscheidungs-/Beschlussmodalitäten der einzelnen Gremien. Dem Arbeitsschritt lag ein *Beobachtungsbogen* zu Grunde, mit dem wesentliche Gesichtspunkte des Ablaufs (u.a. Zusammensetzung, Arbeitsatmosphäre/Klima, Anzahl der Fälle, Dauer der Beratung) sowie die erörterten Themen/Inhalte der Steuerungsgremien erhoben wurden.

Fokusgruppe mit den Betroffenen

Aufgrund der Bedeutung, die den Einschätzungen und Wahrnehmungen der KlientInnen – u.a. in Fragen der Betreuungssituation, Bedarfsermittlung bzw. individuellen Hilfeplanung zukommt – hat FOGS *eine Fokusgruppe* mit Betroffenen durchgeführt. Alle Befragten waren TeilnehmerInnen des „Zuverdienstes Spandau“⁴. In dem Gruppengespräch wurden u.a. die aktuelle Betreuungssituation, der Zugang in das aktuelle Angebot sowie die Erfahrungen mit dem Steuerungsgremium Psychiatrie thematisiert.

Sämtliche Ergebnisse der Fokusgruppen wurden von FOGS protokolliert und themenspezifisch ausgewertet.

³ Eine Fokusgruppe stellt ein gebräuchliches Instrument qualitativer Datenerhebung dar. Fokusgruppen finden in Form von moderierten Gruppendiskussionen statt, und zwar immer zu einem klar abgesteckten Thema (Fokus). Der Vorteil dieser Methode besteht vor allem darin, dass sie im Vergleich zum Einzelinterview oder Fragebogen häufig einen vertieften Einblick in Einstellungen der Befragten ermöglicht. Man kann durch sie gut erkennen, welchen Themen/Fragestellungen aus Sicht der Gruppe besondere Bedeutung zukommt.

⁴ FOGS möchte sich an dieser Stelle für die Unterstützung bei der Durchführung der Fokusgruppe beim „Freundeskreis – Integrative Dienste“ bedanken. Der Verein hat Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt und die Bewirtung der Betroffenen organisiert. Die MitarbeiterInnen des Vereins haben außerdem die Betroffenen eingeladen.

2.3 Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber

Um die in den Bezirken bestehenden SGP und ihre Mitglieder angemessen in die Evaluation einzubeziehen und im Vorgehen eine möglichst hohe Transparenz und Partizipation zu erreichen, wurde zu Beginn des Vorhabens – in Abstimmung mit der SenGUV – eine projektbegleitende Arbeitsgruppe (PAG) konstituiert. In der PAG waren folgende Mitglieder vertreten:

- VertreterInnen der bezirklichen Steuerungsgremien
- VertreterInnen des SenGUV bzw. SenIAS
- VertreterInnen weiterer Institutionen (s. Anhang Tab. A1)
- MitarbeiterInnen von FOGS.

Die PAG hat sich bis zur Erstellung des Abschlussberichts zu insgesamt drei Sitzungen getroffen, die jeweils von FOGS vor- und nachbereitet sowie moderiert wurden. Im Rahmen der PAG-Treffen wurden u.a. der Arbeits- und Zeitplan konkretisiert, das Evaluationskonzept und die eingesetzten Befragungsinstrumente abgestimmt, (Zwischen-)Ergebnisse der schriftlichen Befragung sowie der Entwurf des Abschlussberichts vorgestellt und diskutiert. Im Projektverlauf wurde von den Mitgliedern der PAG eine Vielzahl konstruktiver Hinweise und Anregungen zur Umsetzung der Untersuchung gegeben, die FOGS – soweit es bei der Aufgabenstellung möglich war – zu berücksichtigen versucht hat.⁵

⁵ Für die Mitarbeit in der projektbegleitenden Arbeitsgruppe möchten wir uns an dieser Stelle bei allen Mitgliedern nochmals herzlich bedanken.

3 Referenz- und Bezugsrahmen der Evaluation

Aufgrund der mit psychischen Erkrankungen einhergehenden vielfältigen Hilfebedarfe müssen die Leistungsangebote auf die individuellen Bedürfnisse der Hilfe suchenden Menschen zugeschnitten werden. Die damit verbundene Abkehr von einem institutionsbezogenen hin zu einem personenzentrierten Versorgungssystem setzt die Entwicklung komplexer, am individuellen Bedarf orientierter Hilfeangebote voraus, die über Fall- und Hilfeplankonferenzen sowie (gemeindenahen) Verbundsysteme koordiniert bzw. gesteuert werden müssen.

In Deutschland liegen nur wenige Evaluationsstudien und Untersuchungen vor, die sich – in diesem Sinne – mit Koordination, Planung und Steuerung von *Hilfesystemen* (vor allem speziell im Bereich der Eingliederungshilfe) auseinandersetzen, zur Begriffsbildung beitragen und Kriterien für die Bewertung praktischer Steuerungsansätze liefern (vgl. Badura, Sigrüst u.a., 2000; MFJFG, 2003, insbesondere den Abschnitt 5.3.1 Kommunale Gesundheitskonferenz; Oliva, 2009; Oliva u.a., 2001). Auch generelle Überlegungen der Versorgungsforschung können nur begrenzt auf Verfahren von (fallbezogener und institutioneller) Vernetzung bzw. auf die Evaluation, z.B. von Steuerungsgremien, angewendet werden.

Vor diesem Hintergrund hat FOGS die einschlägigen Papiere des Landes Berlin sowie der SenGUV/SenIAS mit den darin formulierten (versorgungspolitischen und steuerungsbezogenen) Vorgaben als *Referenz- und Bezugsrahmen* für die Evaluation der bezirklichen Steuerungsgremien herangezogen. Mit Blick auf die Aufgabenstellung der Evaluation sind dies vor allem die

- Ausführungsvorschriften zur Eingliederung behinderter Menschen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (AV Eingliederungshilfe – AV EH) vom 9. Februar 2007
- Rahmengeschäftsordnung (RGO) für die Steuerungsgremien Psychiatrie (SGP) in den Berliner Bezirken (RGO – SGP) vom 1. März 2007
- Verordnung zum Verfahren in den Steuerungsgremien (die bindend für die Gesundheitsämter sind)
- Ausführungsvorschriften zur Eingliederungshilfe (die bindend für den Sozialhilfeträger sind)
- Festlegung im Landeskrankenhausgesetz, die die klinischen Bereiche zur Kooperation mit den regionalen Steuerungsgremien verpflichtet.

Außerdem wurden die Ergebnisse des Abschlussberichts „Evaluation der Steuerungsgremien der Bezirke im Bereich der psychiatrischen Versorgung des Landes Berlin mit Vorschlägen zu einem landeseinheitlichen Verfahrensweg“ (November 2005) – wenn fachlich sinnvoll – als Vergleichsmaßstab herangezogen.

Gegenstand der Beratungen in den zwölf bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie sind alle Leistungen der Eingliederungshilfe sowie Leistungen, die im Rahmen von Einzelfallhilfe (gilt nur für den Bereich des SGB XII) erbracht werden. Folgt man der *AV EH* und dort insbesondere den *besonderen Verfahrensregelungen, die für seelisch behinderte Menschen gelten (Nummer 10a)*, so können folgende Verfahrensschritte besonders hervorgehoben werden:

- Für die Gruppe der seelisch behinderten Menschen hat das Fallmanagement das Prinzip der regionalisierten Pflichtversorgung sowie die frühzeitige Abstimmung der Leistungen zwischen allen Verfahrensbeteiligten im Bezirk zu beachten.

- Erfolgt die Bedarfsvermutung für eine Maßnahme der Eingliederungshilfe durch die Klinik, handeln das Fallmanagement und der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD) zusammen mit den Verantwortlichen der Klinik. Wird die Bedarfsvermutung z.B. durch Angehörige, rechtliche Betreuer oder Leistungserbringer getroffen, bezieht das Fallmanagement den SpD in diesen Abstimmungsprozess ein.
- Das Fallmanagement ist verantwortlich für die Koordinierung und Feststellung des Hilfebedarfs, die Zielbestimmung sowie die Wahl eines Leistungstyps. Die Hilfebedarfsermittlung erfolgt unter Federführung des Fallmanagements in Kooperation mit dem SpD sowie durch Einbeziehung relevanter Verfahrensbeteiligter im Rahmen einer Hilfeplankonferenz (gem. den Fallkonstellationen nach Nummer 10b) mittels des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans (BBRP) (in der jeweils gültigen Fassung).
- Die vorbereitete Rehabilitations- und Behandlungsplanung wird zur Fallbesprechung in Verantwortung des Fallmanagements stets im SGP mit dem Ziel der Erarbeitung und Abgabe fachlicher Empfehlungen
 - zum ermittelten Hilfebedarf,
 - zur Hilfebedarfsgruppierung und
 - zum Leistungstyp

sowie mit Blick auf die Umsetzungsmöglichkeiten (auch) unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie

 - der Steuerung der Belegung,
 - der Vermittlung in Angebote/Einrichtungen und
 - der Kontrolle der Ressourcennutzung/des Budgets

vorgelegt.
- Die im SGP angestrebte Verbindlichkeit wird nur erreicht, wenn das Fallmanagement dem Beratungsergebnis zustimmt. Eine von der fachlichen Empfehlung des SGP abweichende Entscheidung des Fallmanagements ist inhaltlich zu begründen.

Entsprechend dieser Bestimmungen erarbeiten die Steuerungsgremien ihre fachlichen Empfehlungen auf der Grundlage des 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 Träger-/Maßnahmenwechsel bei divergierenden Einschätzungen zwischen Leistungsanbieter, SpD und Fallmanagement. 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 (vgl. im Einzelnen §§ 3, 6 und 8 der RGO – SGP).

Inwieweit diese (auf Basis der AV EH sowie RGO – SGP) skizzierten Verfahrensschritte auch in der Praxis der bezirklichen Steuerungsgremien Anwendung finden, wird im nachfolgenden Kapitel 4 – Ergebnisse der Evaluation – vertieft dargestellt und analysiert.

4 Ergebnisse der Breiterevaluation

In den nachfolgenden Kapiteln werden – anknüpfend an die Fragestellungen der Evaluation – die zentralen Befunde der im Rahmen der Breiterevaluation durchgeführten Erhebungen beschrieben. Die Darstellung basiert dabei hauptsächlich auf der schriftlichen Befragung der zwölf PsychiatriekoordinatorInnen (in ihrer Funktion als LeiterInnen der bezirklichen Steuerungsgremien).

4.1 Organisatorische, strukturelle und personelle Aspekte der bezirklichen Steuerungsgremien

Im Land Berlin erfolgen Bedarfsermittlung und Steuerung von Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) und Einzelfallhilfe (EFH) für seelisch behinderte Menschen unter Einbeziehung der SGP. Tab. 1 gibt eine Übersicht über die in den zwölf Berliner Bezirken arbeitenden Steuerungsgremien und ihre jeweilige örtliche/regionale Zuständigkeit.

Tab. 1: Übersicht über die Berliner Steuerungsgremien für Psychiatrie

Name des Steuerungsgremiums	örtliche/regionale Zuständigkeit
Steuerungsgremium Psychiatrie Charlottenburg-Wilmersdorf	Charlottenburg-Wilmersdorf
Steuerungsgremium Psychiatrie	Friedrichshain-Kreuzberg
Steuerungsgremium Psychiatrie und Sucht Lichtenberg	Lichtenberg
Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirks Marzahn-Hellersdorf	Marzahn-Hellersdorf
Steuerungsgremium Psychiatrie Mitte	Mitte, Tiergarten und Wedding
Steuerungsgremium Psychiatrie Neukölln	Bezirk Neukölln
Steuerungsgremium Psychiatrie Pankow	Pankow
Steuerungsgremium Psychiatrie Reinickendorf	Reinickendorf
Steuerungsgremium Psychiatrie Spandau	Spandau
Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirks Steglitz-Zehlendorf	Steglitz-Zehlendorf
Steuerungsgremium Psychiatrie	Tempelhof-Schöneberg
Steuerungsgremium Psychiatrie	Treptow-Köpenick

4.1.1 Formale Grundlagen der Arbeit: Geschäftsordnung

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, wurde am 1. März 2007 die „Rahmengeschäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie in den Berliner Bezirken (RGO – SGP)“ in Kraft gesetzt, die den Gremien einen verbindlichen, (landes)einheitlichen Rahmen geben und einen Mindeststandard sicherstellen sollte. Auf Basis der RGO – SGP sollten die zwölf Gremien jeweils eine eigene Geschäftsordnung (GO) erstellen.

Die Frage nach dem *Vorliegen einer Geschäftsordnung* ergab, dass elf SGP über eigene GO verfügen, die ganz überwiegend in den Jahren 2007 oder 2008 in Kraft gesetzt wurden und die z.T. in den Folgejahren aktualisiert wurden. In einem Bezirk lag – zum Zeit-

punkt der Befragung – keine Geschäftsordnung vor. In einem weiteren Bezirk war die GO noch nicht in Kraft getreten.

In einem ersten Schritt wurden die Geschäftsordnungen von FOGS systematisch verglichen und danach mit Blick auf die Fragestellungen der Evaluation analysiert (Sekundäranalyse). Der Vergleich der elf Geschäftsordnungen zeigt, dass sie ganz überwiegend in Aufbau und Inhalt, z.T. sogar im Wortlaut, mit der Rahmengeschäftsordnung übereinstimmen. Lediglich zwei GO weichen in einigen Bestimmungen substantziell von der RGO ab.

Nachfolgend werden die Unterschiede bzw. Abweichungen zwischen den Geschäftsordnungen und der RGO – bereichsbezogen – dargestellt.

„Zuständigkeiten und Aufgaben“ (§ 3 RGO)

- In zwei Bezirken bezieht sich die Steuerungsfunktion des SGP aufgrund der Bezirksgröße auf einen definierten Zuständigkeitsbereich.
- Auf die (regelmäßige) Weitergabe von Informationen des SGP bei der Belegung überregionaler Angebote – wie sie die RGO vorsieht – wird lediglich in drei von elf Geschäftsordnungen verwiesen.
- Neun von elf GO nennen Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) und Einzelfallhilfe (EFH) als Gegenstand fachlicher Empfehlungen. In zwei Geschäftsordnungen wird darauf hingewiesen, dass Fälle der EFH nicht im Steuerungsgremium besprochen werden. Daneben werden in fünf GO fachliche Empfehlungen zu Angeboten außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems ausgesprochen oder zu Leistungen der Soziotherapie.
- Sechs von elf Geschäftsordnungen geben ausdrücklich an, dass das SGP KlientInnen und Versorgungsbeteiligte zu den (bezirklichen) Angeboten/Einrichtungen sowie – bei Bedarf – zu Betreuungs- bzw. Aufnahmealternativen, falls notwendig auch außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems, berät. Die Hälfte davon berät – bei Bedarf – auch jenseits des Leistungsspektrums SGB XII oder zu überregionalen Angeboten.
- Obwohl nicht durch die RGO vorgegeben, werden in einigen Geschäftsordnungen die Weiterentwicklung des Versorgungssystems und/oder die Feststellung von Versorgungsempfängern o.ä. explizit als Aufgabe genannt.
- In Abweichung zur RGO, die zwar Zuständigkeiten und Aufgaben vorgibt, unterscheiden einige Gremien zwischen *fallbezogenen* (z.B. Erarbeitung und Abgabe fachlicher Empfehlungen zum ermittelten Hilfebedarf, zur Hilfebedarfseingruppierung und zum Leistungstyp) und *institutionellen* Aufgaben (z.B. Weiterentwicklung des Versorgungssystems, Feststellung von Versorgungsempfängern, Sicherstellung von Transparenz und Kommunikation in der Pflichtversorgung).

Zusammensetzung (§ 4)

- Zehn von elf GO beschreiben die (personelle und institutionelle) Zusammensetzung des SGP. Davon führen sechs zusätzlich VertreterInnen des pflichtversorgenden Krankenhauses/zuständigen Fachkrankenhauses/der zuständigen psychiatrischen Klinik auf. Vier Geschäftsordnungen listen die VertreterInnen/Träger namentlich auf, zwei gehen auch auf die Zusammensetzung des Steuerungsgremiums Suchtkrankenhilfe ein.
- Lediglich zwei von elf GO weisen auf Vertretungsregelungen hin.

- In nur vier von elf Geschäftsordnungen wird die Gewährleistung einer personellen Kontinuität ihrer Mitglieder erwähnt.

Leitung (§ 5)

- Neun von elf Geschäftsordnungen thematisieren die Leitung der SGP durch den/die zuständige/n bezirklichen PsychiatriekoordinatorInnen und die Leitungsaufgaben. Darüber hinaus benennen vier GO weitere Aufgaben der Leitung (z.B. Annahme von Anmeldungen, Auswertung des Beratungsgeschehens, Erstellung der Statistik).
- In einem weiteren Fall werden (zusätzlich) auch die mit der Leitung des Suchtgremiums verbundenen Aufgaben aufgeführt.
- Zweimal wird ausgeführt, dass Aufgaben durch den SpD übernommen werden, darunter die Vorbereitung der Sitzung, die Führung der Geschäfte der SGP-Fallkonferenz sowie die Organisation der Treffen.

Arbeitsweise (§ 6)

- In neun von elf Geschäftsordnungen werden die regelhafte Behandlung von Erstanträgen sowie Träger- und Maßnahmewechsel benannt. Nur fünf GO thematisieren die Information des/der PsychiatriekoordinatorIn bei Verlängerungen und Beendigungen von Maßnahmen sowie einvernehmliche Veränderungen des Leistungstyps bzw. der Hilfebedarfsgruppe. Davon weist eine GO darauf hin, dass bei einer Verlängerung die Information über die Meldung zum Trägerbudgetkontrollprogramm erfolgt.
- Lt. einer GO werden Verlängerungen nicht besprochen.
- Eine andere GO verweist darauf, dass nur Beendigungen besprochen werden, die ohne/gegen den Willen des/der KlientIn erfolgen.
- Der frühzeitige Austausch von Informationen und Dokumenten vor der Vorstellung im SGP wird nur in ca. der Hälfte der GO vorgeschrieben.
- Sechs von elf Geschäftsordnungen thematisieren (im Unterschied zur RGO) die Versorgung von Betroffenen aus anderen Bezirken. Davon weisen fünf darauf hin, dass das SGP vorrangig für die Versorgung von Betroffenen aus dem Bezirk bzw. mit Hauptwohnsitz im Bezirk zuständig ist. Die Berücksichtigung von Hilfesuchenden aus anderen Bezirken ist abhängig von den Betreuungskapazitäten und freien Plätzen oder erfolgt nur nach fachlicher Beratung im SGP bzw. nur, wenn sie nachvollziehbar und begründet ist.
- Eine Geschäftsordnung erläutert, dass bei Aufnahmen aus anderen Bezirken der Hilfebedarf bei der Anmeldung dort festzulegen ist, wo die Person bisher bekannt war. Eine GO verweist bei Anfragen nicht eindeutig zuordenbarer Personen auf die Nutzung der Geburtsdatenregelung der Wohnungslosenhilfe.
- Die RGO umfasst keine Regelungen zu Fallvorstellungen und Anmeldungen. In einigen GO ist festgehalten, wer die Vorstellung von KlientInnen übernimmt, durch wen und bis zu welchem Tag die Anmeldungen zu erfolgen haben (z.B. die Vorstellung von KlientInnen erfolgt durch Mitglieder des SGP; im Vorfeld soll festgelegt werden, wer KlientInnen vorstellt, Anmeldungen erfolgen durch Fallmanagement oder PsychiatriekoordinatorIn).
- Obwohl die RGO keine Vorgaben zum Sitzungsrythmus macht, nehmen acht von elf GO dazu Stellung (z.B. ein- oder zweimal im Monat, ggf. bei Bedarf öfter).

- Sechs von elf Geschäftsordnungen treffen Regelungen hinsichtlich der Behandlung eiliger Fälle: So werden in fünf GO bei eiligem Hilfebedarf in Einzel-/Ausnahmefällen eine Eilentscheidung oder Entscheidung in einer „kleinen Fallkonferenz“ getroffen bzw. eine kurzfristige Versorgung/ein sofortiger Beginn von Hilfen ermöglicht und die Abstimmung/Entscheidung in der nächsten Sitzung des SGP nachträglich besprochen. Eine GO weist auf die Möglichkeit hin, in Ausnahmefällen kurzfristige Fälle ohne Voranmeldung zu besprechen.
- Die RGO befasst sich nicht mit der Dokumentation. Gleichwohl gehen sieben Geschäftsordnungen auf die Dokumentation der Arbeit auf Basis einheitlicher Merkmale (KlientInnendaten und Angaben zur Arbeit des SGP) ein. Einige regeln (zusätzlich) die Erfassung von Beratungsergebnissen und Betreuungsentscheidungen mittels eines Ergebnisprotokolls.

Zusammenfassend kann aus FOGS-Sicht festgehalten werden, dass sich die GO der bezirklichen SGP – trotz einiger abweichender Regelungen – hinsichtlich Aufbau und Inhalt stark an die RGO anlehnen. Die derzeit vorliegenden GO stellen insofern eine gute (formale) Grundlage für die Arbeit der SGP dar. Der Großteil der Geschäftsordnungen ist relativ aktuell und bildet die Praxis der SGP angemessen ab. FOGS ist aus den Interviews bekannt, dass einige SGP eine Überarbeitung der GO nach Beendigung der Evaluation planen. Aus dem Vergleich der bezirklichen GO mit der RGO ergeben sich keine Hinweise, dass (Regelungs-)Unterschiede zwischen GO und RGO die Arbeitsfähigkeit der SGP negativ beeinflussen.

4.1.2 Aufgaben und Zielgruppe

Auf Basis der RGO – SGP und den daraus abgeleiteten, einzelnen Geschäftsordnungen nehmen die Steuerungsgremien Psychiatrie – in Abgrenzung zum Fallmanagement in der Eingliederungshilfe – folgende grundsätzliche Aufgaben wahr:

Tab. 2: Aufgaben, die derzeit vom SGP wahrgenommen werden

	abs.	in %
Empfehlungen zum Leistungstyp	12	100,0
Steuerung der Belegung	12	100,0
Empfehlungen zum ermittelten Hilfebedarf	11	91,7
Vermittlung in Angebote/Einrichtungen	11	91,7
Kontrolle der Ressourcennutzung	9	75,0
Empfehlungen Hilfebedarfseingruppierung	8	66,7
Beratung von KlientInnen bzw. Versorgungsbeteiligten	8	66,7
Sonstige (fachliche) Aufgaben (auch außerhalb SGB XII-Bereichs)	7	58,3

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, zählen zu den derzeit von allen SGP wahrgenommenen *Aufgaben* die Abgabe fachlicher Empfehlungen zum Leistungstyp sowie die Belegungssteuerung (zwölf Nennungen). Darüber hinaus gehören Empfehlungen zum ermittelten Hilfebedarf sowie die Vermittlung von KlientInnen in Angebote oder Einrichtungen zu den Kernaufgaben der Steuerungsgremien (elf Nennungen). Immerhin drei Viertel der SGP gaben an, eine Kontrolle der Ressourcennutzung durchzuführen. In der Mehrzahl der Steuerungsgremien werden außerdem Empfehlungen zur Hilfebedarfseingruppierung ab-

gegeben (66,7 %) sowie eine Beratung von KlientInnen bzw. Versorgungsbeteiligten zu den (bezirklichen) Angeboten und Einrichtungen, zu Betreuungs- bzw. Aufnahmealternativen, falls notwendig auch außerhalb des psychiatrischen Hilfesystems, vorgenommen (58,3 %). Knapp 60 % der Gremien nehmen noch sonstige (fachliche) Aufgaben wahr. Dazu gehören für ein Drittel der Steuerungsgremien das Aufdecken von Angebotslücken und die Feststellung von Versorgungsengpässen. Ein weiteres Drittel der SGP gibt fachliche Empfehlungen zu anderen (Leistungs)Bereichen ab wie z.B. Zuverdienstangebote, arbeitstherapeutische Angebote, Kontakt- und Beratungsstellen, Selbsthilfe u.a. In Einzelfällen wurden von den PsychiatriekoordinatorInnen folgende sonstige Aufgaben des Steuerungsgremiums genannt:

- Bedarfsermittlung oder Feststellung (und Dokumentation) nicht gedeckter Hilfebedarfe
- Anregungen zu gesetzlichen Betreuungen
- Anregung zur Überarbeitung von Konzepten
- Sicherstellung von Transparenz und Kommunikation im Rahmen der Pflichtversorgung
- Sammlung von Grundsatzfragen.

Entsprechend der Regelungen der RGO steht für die Steuerungsgremien Psychiatrie die Versorgung der am schwersten seelisch behinderten Menschen im Vordergrund der psychiatrischen Versorgungsverpflichtung (§ 1 Abs. 2b). In Übereinstimmung mit dieser Zielsetzung ist die Arbeit der SGP aller Bezirke erwartungsgemäß vor allem auf Menschen mit psychischen bzw. seelischen Behinderungen ausgerichtet. Mehr als die Hälfte der befragten SGP (58 %) gaben an, sich zudem um weitere Zielgruppen zu kümmern: In sechs der zwölf Bezirke sind die SGP auch für Personen mit Suchtproblematiken bzw. mit Doppeldiagnosen zuständig. Einzelne Nennungen entfallen auf die folgenden sonstigen Zielgruppen (s. Anhang Tab. A2):

- Menschen, bei denen die Behinderung noch nicht eindeutig festgestellt ist
- Menschen, die wohnungslos sind
- Menschen, die aus der Forensik bzw. Justizvollzugsanstalt entlassen werden.

4.1.3 Leitung und Leitungsaufgaben

In allen zwölf Berliner Bezirken werden die Steuerungsgremien in Verantwortung der zuständigen bezirklichen PsychiatriekoordinatorInnen geleitet. Die *Stellvertretung der Leitung* ist in den einzelnen Bezirken unterschiedlich geregelt. In den meisten Gremien erfolgt die Vertretung durch den SpD (58 %), den/die zuständige/n bezirkliche/n SuchthilfekordinatorIn (33 %) oder durch Klinik- oder TrägervertreterInnen (17 %). Jeweils eine Nennung entfällt auf die Vertretung durch die Planungs- und Koordinierungsstelle und die fachliche Vertretung in der Organisationseinheit.

Die *Leitungsaufgaben* beinhalten in fast allen Gremien die Vorbereitung und Durchführung der Treffen (83 %) sowie die Moderation der Steuerungsrunde (92 %). Auch die Dokumentation der Arbeit gehört in allen SGP zu den Tätigkeiten der PsychiatriekoordinatorInnen. Die Hälfte der Befragten gibt darüber hinaus folgende sonstige Leitungsaufgaben (jeweils eine oder zwei Nennungen) an (s. Anhang

Tab. A3):

- Überprüfung des Maßnahmenbeginns/Aufforderung der Träger zu regelmäßiger Rückmeldung in Hinblick auf Beginn und Beendigung von Maßnahmen, Veränderung der Hilfebedarfsgruppen, Dokumentation von Gewalt
- Führen von Wartelisten
- Funktion als AnsprechpartnerIn für gesetzliche BetreuerInnen, Träger, KlientInnen usw.
- Vorhalten der „Fliegenden Steuerungsrunde“ in eiligen Fällen/Krisensituationen
- aktive Teilnahme an Unterarbeitsgruppe "Planungsgruppe SGP" zur Vorbereitung von Entscheidungen und Entwicklung von Maßnahmen und Instrumenten für eine sachgerechte Steuerung
- Teilnahme an Helferkonferenzen bei besonders schwierigen KlientInnen
- Übernahme der inhaltlichen Verantwortung
- Ergebnisführung.

In zwei Drittel der Steuerungsgremien werden einzelne Aufgaben, die lt. RGO den PsychiatriekoordinatorInnen obliegen, von anderen MitarbeiterInnen des Bezirks wahrgenommen (s. Anhang Tab. A4). Darunter fallen am häufigsten die Dokumentation (inkl. der Führung der Senatsstatistik und der Eintragung von Träger-Rückmeldungen ins Protokoll) (75 %) sowie die Vorbereitung der Sitzungen (63 %) durch MitarbeiterInnen des SpD oder der Planungs- und Koordinierungsstelle. In einem Gremium wurde die Aufgabe der Moderation an MitarbeiterInnen des SpD übertragen.

4.1.4 Zusammensetzung und Teilnahmefrequenz

Die personelle Zusammensetzung der SGP geht aus der nachfolgenden Tabelle hervor.

Tab. 3: *Zusammensetzung des SGP: Anzahl der teilnehmenden stimmberechtigten Institutionen*

Institutionen	Anzahl (min./max.)
der/die zuständige Psychiatriekoordinator/in	1 bis 2
Träger der Sozialhilfe/Fallmanagement	1 bis 8
sozialpsychiatrischer Dienst als Fachbehörde	1 bis 3
Kliniken	1 bis 3
bezirkliche Leistungserbringer	4 bis 12
Sonstige	1 bis 5

Derzeit setzen sich die Steuerungsgremien der zwölf Bezirke vor allem aus folgenden Mitgliedern zusammen: der/dem zuständigen PsychiatriekoordinatorIn sowie einer unterschiedlichen Anzahl von FallmanagerInnen (bzw. VertreterInnen des Sozialhilfeträgers), dem sozialpsychiatrischen Dienst als Fachbehörde, KlinikvertreterInnen sowie bezirklichen Leistungserbringern. Dabei erklärt sich die unterschiedliche bzw. hohe Zahl der teilnehmenden VertreterInnen des Sozialhilfeträgers durch die Anwesenheit der verschiedenen fallbearbeitenden FallmanagerInnen. In zwei Dritteln der Gremien sind darüber hinaus noch sonstige Personen im Gremium vertreten, darunter VertreterInnen einer überregional aufnehmenden Heimeinrichtung, eines Heims für psychisch Kranke (SGB XI) so-

wie der stationären, psychiatrischen Pflege, VertreterInnen von zuwendungsfinanzierten Projekten, Kontakt- und Beratungsstellen und Zuverdienstprojekten, VertreterInnen der Einzelfallhilfe oder des Dachverbands der Einzelfallhilfe.

Die *Teilnahmefrequenz* der stimmberechtigten Institutionen wird von fast allen Gremien (91 % bis 92 %) als regelmäßig eingeschätzt. Nur in einem Fall wird die Teilnahme des Fallmanagements als selten eingestuft (s. Anhang Tab. A5).

In rd. 42 % der Gremien nehmen neben den oben aufgeführten stimmberechtigten Institutionen weitere *nicht stimmberechtigte Institutionen* teil (s. Anhang Tab. A6). Dazu zählen insbesondere gesetzliche BetreuerInnen, Leistungsanbieter (Anbieter häuslicher psychiatrischer Pflege, Einrichtungen aus anderen Bezirken) und KlientInnen bzw. deren Angehörige oder MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Arbeitskontexten, die KlientInnen mit ihrem Hilfebedarf vorstellen. Die Angaben zur Häufigkeit der Sitzungsteilnahme der nicht stimmberechtigten Institutionen reichen von „selten“ über „in 10 % der Sitzungen“ bis hin zu „regelmäßig“. In der schriftlichen Befragung wird außerdem darauf hingewiesen, dass nicht stimmberechtigte Institutionen oftmals nur im Rahmen von Vorstellungen von KlientInnen am SGP teilnehmen und die Steuerungsrunde nach der Vorstellung wieder verlassen.

4.1.5 Sitzungsrhythmus und Zeitaufwand

Die Sitzungen der bezirklichen Steuerungsgremien Psychiatrie finden in regelmäßigen Abständen statt, d.h. alle Gremien verfügen über einen festen *Tagungsrhythmus*.

Tab. 4: *Tagungsrhythmus des SGP*

	abs.	in %
wöchentlich	1	8,3
14-täglich/zweimal im Monat	7	58,3
monatlich	4	33,3
Gesamt	12	100,0

Die Mehrzahl der Steuerungsgremien (58 %) tagt alle 14 Tage bzw. zweimal im Monat. Ein Drittel der Gremien (33 %) trifft sich monatlich.

Bei der Hälfte der befragten Steuerungsgremien erfolgen neben den regulären – bei Bedarf – auch weitere *außerordentliche Sitzungen* (s. Anhang Tab. A7), wobei diese bisher eher selten einberufen wurden („einmal“, „zweimal im Jahr“, „bisher nicht gebraucht“).

Wie oben dargestellt, zählen die Vorbereitung und Durchführung der Sitzungen des Steuerungsgremiums zu den Leitungsaufgaben. Gefragt nach dem *Zeitaufwand*, der bei den PsychiatriekoordinatorInnen durchschnittlich durch die Teilnahme an einer Sitzung (inkl. Vor-/Nachbereitung und Fahrzeit) anfällt, zeigt sich ein sehr unterschiedliches Spektrum, das von mindestens drei bis maximal 20 Stunden reicht (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Zeitaufwand (Stunden/pro Sitzung), der bei dem/der PsychiatriekoordinatorIn durchschnittlich durch die Teilnahme an einer Sitzung anfällt (inkl. Vor-/Nachbereitung und Fahrzeit)

	Abs.	in %
3 bis 4 Stunden	2	16,6
5 bis 6 Stunden	3	25,0
7 bis 8 Stunden	1	8,3
9 bis 10 Stunden	1	8,3
11 bis 12 Stunden	2	16,6
17 bis 18 Stunden	1	8,3
19 bis 20 Stunden	2	16,6
Gesamt	12	100,0

In elf Gremien wurden allerdings nicht nur für die PsychiatriekoordinatorInnen, sondern auch für andere MitarbeiterInnen des Bezirksamts, Zeitaufwände für die Vor- und Nachbereitungen der Sitzungen dokumentiert. Konkrete Angaben zu dem zeitlichen Umfang machten jedoch nur neun Personen (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Zeitaufwand (Stunden/pro Sitzung), der für andere MitarbeiterInnen des Bezirksamts anfällt

	Abs.	in %
1 bis 2 Stunden	4	44,4
2 bis 3 Stunden	1	11,1
3 bis 4 Stunden	2	22,2
15 Stunden	1	11,1
38 Stunden	1	11,1
Gesamt	9	100,0

Der zeitliche Aufwand, der für andere MitarbeiterInnen des Bezirksamts anfiel, beträgt in über 50 % der FOGS genannten Angaben ein bis drei Stunden und fällt deutlich geringer aus als bei den PsychiatriekoordinatorInnen. In einem Gremium ist der dokumentierte zeitliche Umfang mit 38 Stunden pro Sitzung auffallend hoch und liegt damit über dem jeweiligen persönlichen Zeitaufwand der PsychiatriekoordinatorInnen.

4.2 Arbeitsweise der bezirklichen Steuerungsgremien

4.2.1 Antragsarten und Fallvorstellungen

Regelhaft sollen in den SGP alle Erstanträge sowie Träger- und Maßnahmewechsel behandelt werden. Bei Verlängerungen und Beendigungen von Maßnahmen sowie einvernehmlichen Veränderungen des Leistungstyps sollen die PsychiatriekoordinatorInnen informiert und von diesen dokumentiert werden. Die nachfolgenden Tabellen geben Auskunft darüber, über welche Art von Anträgen faktisch in den Steuerungsgremien entschieden wird (vgl. Tab. 7) und bei welchen Veränderungen die/der PsychiatriekoordinatorIn eine Mitteilung erhält (vgl. Tab. 8).

Tab. 7: Art von Anträgen, die das SGP behandelt

	abs.	in %
Erstanträge	12	100,0
Träger-/Maßnahmenwechsel bei divergierender Einschätzung von beteiligten Akteuren	9	75,0
Verlängerungsanträge	3	25,0
sonstige Anträge*	8	66,7

* sonstige Anträge: Träger- und Maßnahmewechsel (allgemein, auch ohne divergierende Einschätzungen), Beratung von Trägern zu Versorgungsalternativen bei laufenden Fällen, Änderung des Leistungstyps auch innerhalb desselben Trägers, Veränderung von Hilfebedarfsgruppen auch im laufenden Maßnahmezeitraum, ergänzende Leistungen wenn kein Konsens erreicht werden konnte

Alle zwölf Steuerungsgremien diskutieren Erstanträge. Drei Viertel der Gremien entscheiden zudem über Träger- oder Maßnahmenwechsel bei divergierender Einschätzung der beteiligten Akteure. Lediglich drei SGP setzen sich regelhaft mit Verlängerungsanträgen auseinander. Acht Steuerungsgremien behandeln außerdem noch sonstige Anträge wie z.B. Träger- und Maßnahmewechsel im Allgemeinen ohne divergierende Einschätzungen, Beratung von Trägern zu Versorgungsalternativen bei laufenden Fällen, Änderung des Leistungstyps auch innerhalb desselben Trägers, Veränderung von Hilfebedarfsgruppen auch im laufenden Maßnahmezeitraum, ergänzende Leistungen im Falle, dass kein Konsens erreicht werden konnte.

Tab. 8: Vorgänge, bei denen der/die PsychiatriekoordinatorIn Mitteilungen erhält

	abs.	in %
Änderung des Leistungstyps	11	91,7
Beendigung von Maßnahmen	6	50,0
Änderung der Hilfebedarfsgruppe	4	33,3
Verlängerung der gleichen Maßnahme	3	25,0
weiteren Themen*	7	58,3

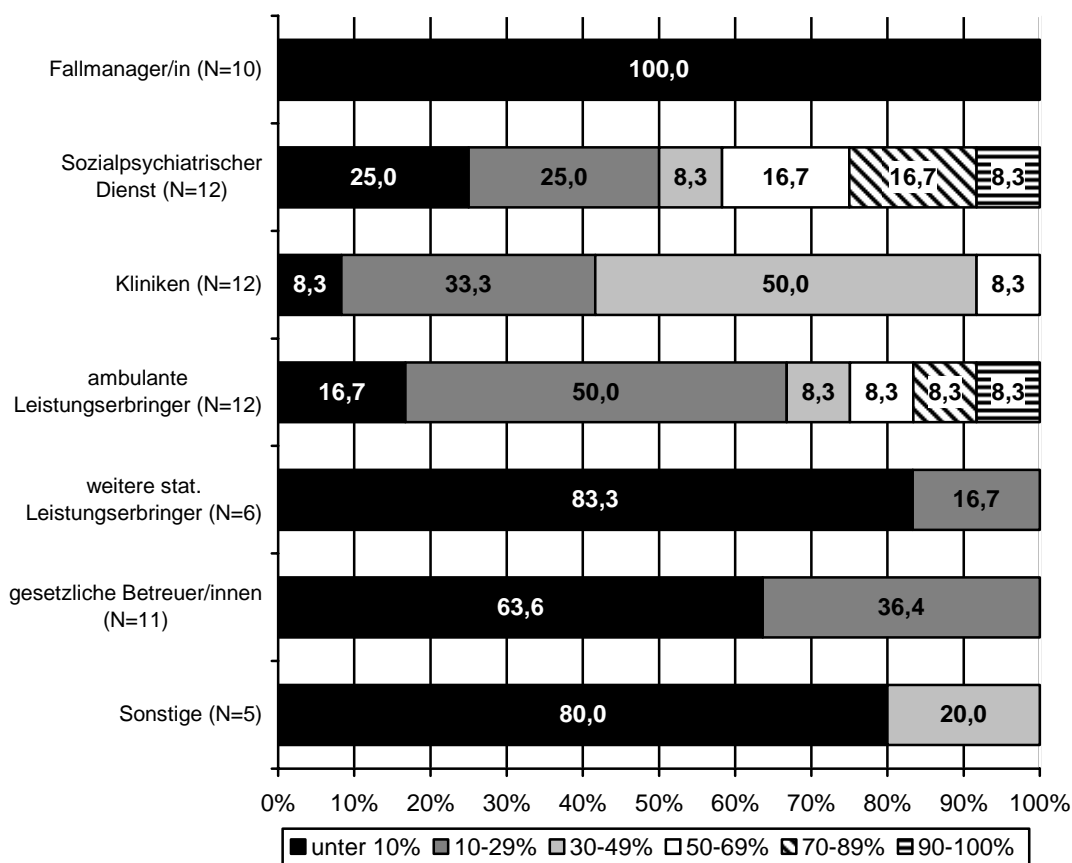
* weitere Themen (Mehrfachnennungen möglich): außerplanmäßige Beendigung der Maßnahme, strittige Verlängerungen, Probleme, fehlende Mitwirkung/Ablehnung durch Klienten, negative/positive Veränderungen, Tod eines Klienten, psychiatrische Krankenhausaufenthalte

Hinsichtlich der Weitergabe von (veränderungsrelevanten) Informationen an die PsychiatriekoordinatorInnen geben fast alle Befragten an, bei Veränderungen des Leistungstyps eine Mitteilung zu erhalten (92 %). Über Änderungen der Hilfebedarfsgruppe (33 %) und die Verlängerung der gleichen Maßnahme (25 %) werden hingegen die wenigsten informiert. Die Hälfte aller befragten PsychiatriekoordinatorInnen wird über die Beendigung von Maßnahmen, z.B. über einen Rückmeldebogen oder am Ende der Sitzungen des SGP, unterrichtet. Die Übrigen werden selten oder nie über die Beendigung einer Maßnahme in Kenntnis gesetzt. Die Ausnahme bilden in einigen Fällen außerplanmäßige Entlassungen, z.B. bei schwierigen KlientInnen. Als Gründe für die Unterlassung der Information werden ein zu hoher zeitlicher und protokollarischer Aufwand genannt sowie (aktuell) fehlende Beendigungen.

Fallvorstellungen

Die *Vorstellung eines Falls* in der Steuerungsrunde kann grundsätzlich durch jede Person oder (teilnehmende) Einrichtung, durch den/die KlientIn oder seine/ihre Angehörigen erfolgen. Bei der Frage: „Durch wen werden die Fallvorstellungen im Steuerungsgremium vorgenommen?“ sollten von den befragten PsychiatriekoordinatorInnen die Anteile geschätzt werden, die auf die jeweiligen vorstellenden Akteure (bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle pro Sitzung) entfallen (vgl. *Abb. 1*).

Abb. 1: Institutionen, die Fallvorstellungen im SGP vornehmen



Die Ergebnisse in *Abb. 1* zeigen, dass in den meisten Gremien die wenigsten Fallvorstellungen durch das Fallmanagement erfolgen (unter 10 % der Fälle pro Sitzung). Ein ähnlicher Befund gilt für stationäre Leistungserbringer, gesetzliche BetreuerInnen und sonstige Akteure. Der überwiegende Anteil der Fälle wird – wie aus der Befragung hervorgeht – von VertreterInnen der Sozialpsychiatrischen Dienste, (dem Sozialdienst der) Kliniken oder ambulanten Leistungserbringern vorgestellt. Insgesamt weisen die Angaben jedoch eine relativ große Spannweite auf, die bezüglich der Fallvorstellungen auf unterschiedliche Arbeits- und Vorgehensweisen in den einzelnen Gremien schließen lässt.

4.2.2 Fachliche Empfehlungen

Eine (zentrale) Aufgabe der SGP besteht darin, über fachliche Empfehlungen die bezirklichen Versorgungsangebote und die Umsetzung der Hilfen im Bereich der Eingliederungshilfe und der Einzelfallhilfe SGB XII zu steuern.

Tab. 9: *Einrichtungs- bzw. Angebotstypen, zu denen das SGP (fallbezogen) fachliche Steuerungsempfehlungen vornimmt*

	abs.	in %
betreutes Einzelwohnen	12	100,0
therapeutische Wohngemeinschaften	12	100,0
Betreuung in Tagesstätten	12	100,0
Übergangwohnheim	9	75,0
Heim SGB XII	9	75,0
Einzelfallhilfe (SGB XII)	9	75,0
sonstige Einrichtungen/Angebote, und zwar (auch außerhalb des SGB XII-Bereichs)	10	83,3

In Hinblick auf die einzelnen *Einrichtungs- bzw. Angebotstypen*, in die die KlientInnen im Rahmen der Eingliederungshilfe vermittelt werden können, lässt sich festhalten, dass alle Steuerungsgremien fachliche Empfehlungen zu betreutem Einzelwohnen, therapeutischen Wohngemeinschaften und zur Betreuung in Tagesstätten vornehmen. Drei Viertel der SGP geben außerdem fachliche Steuerungsempfehlungen zu Übergangwohnheimen, Heimen nach SGB XII sowie zu Einzelfallhilfe (SGB XII) ab. In sonstige Einrichtungen/Angebote, auch außerhalb des SGB XII-Bereichs, vermitteln 83 % der Gremien, darunter vor allem in Zuverdienstangebote oder MAE-Maßnahmen (fünf Nennungen) und in Kontakt- und Beratungsstellen (vier Nennungen).

Auf die Nachfrage, zu welchen *weiteren* Einrichtungs- und Angebotstypen das Steuerungsgremium (fallbezogen) Empfehlungen zur Inanspruchnahme ausspricht, werden die folgenden ambulanten und stationären Angebote jeweils mehrfach genannt:

- betreutes (Einzel-)Wohnen Wohnangebote der Wohnungslosenhilfe, Wohnverbund, Appartementwohnen, therapeutische Wohngemeinschaft mit Nachtwache
- Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für geistig behinderte Menschen
- ambulante (psychiatrische) Pflege und heilpädagogische Ambulanzen
- ambulante Arbeitstherapie, Soziotherapie, niedergelassene PsychotherapeutInnen
- Einrichtungen nach § 67 SGB XII
- (stationäre) Drogen-/Suchteinrichtungen (außerhalb Berlins), Suchtberatungsstellen.

Einzelne Gremien sprechen außerdem fachliche Empfehlungen zur gesetzlichen Betreuung, Selbsthilfe, zu niedergelassenen FachärztInnen, Maßnahmen der Jugendhilfe, zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget sowie zu Angeboten außerhalb des psychiatrischen Versorgungssektors oder zu Leistungen der Krankenkassen aus.

Wie oben dargestellt, geben drei Viertel der SGP fachliche Steuerungsempfehlungen zu Leistungen der Einzelfallhilfe ab. Auf die Frage, in welcher Art und Weise die *Einzelfallhilfe nach SGB XII* im Bezirk des Steuerungsgremiums in die Steuerung eingebunden ist, äußern 83 % der Befragten, dass die geplanten bzw. umzusetzenden Maßnahmen der Einzelfallhilfe im SGP benannt/vorgelegt werden. Dabei reicht die Art der Vorstellung von

einem monatlichen Überblick über eingesetzte Einzelfallhilfen (nach Diagnose und Dauer) über „Vorab-Behandlung“ bis hin zur (regelmäßigen) Berichterstattung über die Anzahl der EFH. Gleichwohl besteht bei zwei PsychiatriekoordinatorInnen die Vermutung, dass nicht immer alle Einzelfallhilfen im SGP vorgestellt werden. In einem Bezirk wird die Einzelfallhilfe (nach SGB XII) nicht im Steuerungsgremium behandelt.

Im Falle von *Eil- bzw. Krisensituationen* werden in der Mehrzahl der Steuerungsgremien fachliche Empfehlungen über telefonische oder persönliche „Vorab-Absprachen“ zwischen den Versorgungsbeteiligten getroffen (zehn Nennungen). Dabei wird z.B. die Zusage des Leistungsträgers zum geplanten Leistungstyp und zu vorgesehenen Hilfebedarfsgruppen eingeholt, sodass in eiligen Fällen ein vorzeitiger Maßnahmebeginn erfolgen kann (fünf Nennungen). In fast allen Gremien, in denen eine „Vorab-Absprache“ stattfindet, wird der Fall in der nächsten Sitzung des Steuerungsgremiums nachträglich vorgestellt (neun Nennungen).

Die fachlichen Empfehlungen werden in den zwölf Steuerungsgremien auf der Grundlage von *Mehrheitsentscheidungen* getroffen. Auf die Frage nach dem Umgang mit Minderheitsvoten weisen 58 % der befragten PsychiatriekoordinatorInnen darauf hin, dass die Arbeit grundsätzlich konsensorientiert erfolgt. Dazu werden in zwei Gremien im Falle von Minderheitsvoten Unstimmigkeiten diskutiert. In der Hälfte der Steuerungsgremien kam es bisher jedoch äußerst selten bzw. noch nie zu unterschiedlichen Einschätzungen. In zwei Gremien werden Minderheitsvoten protokolliert/dokumentiert (und quartalsweise besprochen). Ein Viertel der Gremien betont ausdrücklich, dass im Falle von abweichenden Meinungen die letzte Entscheidung dem Fallmanagement obliegt.

Ein *Vetorecht* mit Blick auf die fachlichen Empfehlungen des Steuerungsgremiums besteht in drei Viertel der Gremien (s. Anhang Tab. A10). In der Hälfte der Gremien liegt dieses Recht beim Fallmanagement. In zwei Gremien hat der Sozialpsychiatrische Dienst das Recht, Einspruch gegen fachliche Empfehlungen einzulegen. Zwei weitere Gremien weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung eines Vetorechts bisher nicht erforderlich gewesen ist.

Die *Gesamtzahl fachlicher Empfehlungen*, die die Steuerungsgremien bis zum 1. Oktober 2010 (Stichtag) abgeben hatten, beläuft sich insgesamt auf 2.222 fachliche Empfehlungen. In den einzelnen Gremien variiert die Anzahl jedoch stark und schwankt zwischen 67 und 413 fachlichen Empfehlungen im Jahr 2010. In der Mehrzahl der Gremien wurden im Erhebungszeitraum zu den fachlichen Empfehlungen keine *abweichenden Entscheidungen* getroffen (s. Anhang Tab. A12). Nur drei Gremien geben an, dass solche Unstimmigkeiten vorlagen. Davon wurde in einem Gremium bei 89 von insgesamt 328 Empfehlungen (27 %) diesen seitens des Fallmanagements nicht entsprochen. In zwei Gremien wurde einem geringen Anteil (zwei von 67 bzw. fünf von 127 fachlichen Empfehlungen, d.h. ca. 3 % bis 5 %) aus anderen Gründen nicht zugestimmt (s. Anhang Tab. A11). Ein/e PsychiatriekoordinatorIn gab an, keine Angaben zur Anzahl abweichender Entscheidungen machen zu können, da ihm/ihr „ein verlässliches Rückmeldeverfahren für die Umsetzung der Steuerungsempfehlungen“ fehlt.

Als *Gründe* für abweichende Entscheidungen werden insbesondere fehlende Angebote/im Bezirk nicht zu deckender Hilfebedarf, keine Mitwirkung/Ablehnung der KlientInnen und Selbstzahler genannt.

Wird ein *Antrag* basierend auf einer fachlichen Empfehlung des Steuerungsgremiums *abgelehnt*, wird in einem Drittel der Gremien eine Empfehlung zu Betreuungsalternativen ausgesprochen bzw. versucht, eine Kompromisslösung zu finden. In einem weiteren Drittel der SGP findet ein erneutes Gespräch/eine erneute Beratung statt. Zweimal wird darauf hingewiesen, dass im Falle der Ablehnung eines Antrags diese durch das Fallmana-

gement begründet werden muss. In einem Gremium wird der Sozialpsychiatrische Dienst beauftragt, den Kontakt zu den KlientInnen aufrechtzuerhalten. (Insgesamt machen neun Befragte Angaben zu dieser Frage.)

4.2.3 Informationsgrundlage fachlicher Empfehlungen

Den Sitzungen der Steuerungsgremien bzw. der Abgabe fachlicher Empfehlungen sollten – wie aus den GO der SGP hervorgeht – vorbereitende Aktivitäten vorausgehen, die jedoch nicht die fachliche Zuständigkeit des SGP berühren. So erarbeitet das SGP seine fachlichen Empfehlungen auf der Grundlage des Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplans. Die Behandlung von Anträgen in den Sitzungen des SGP erfordert außerdem das Vorliegen unterschiedlicher Informationen und Unterlagen.

Tab. 10: Informationen bzw. vorbereitende Aktivitäten, die dem SGP i.d.R. vorliegen

	geschätzter Anteil in % (min./max.)	rechnerischer Mittelwert in %
(fast) vollständig bearbeiteter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (BBRP)	3,0 – 100,0	18,7
überwiegend bearbeiteter BBRP	5,0 – 70,0	28,1
unvollständiger BBRP	5,0 – 90,0	40,6
Begutachtung durch Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD)	15,0 – 100,0	62,0
Sonstiges	5,0 – 100,0	60,4

Die Auswertung der Frage „Welche Informationen bzw. vorbereitenden Aktivitäten liegen dem Steuerungsgremium i.d.R. vor?“ zeigt, dass nur in einem Gremium für sämtliche Fälle ein vollständiger BBRP vorliegt. In den übrigen Gremien liegt in den wenigsten Fällen ein fast vollständig bearbeiteter BBRP vor: Acht Gremien können bei max. 20 % der Fälle auf einen fast vollständig ausgefüllten BBRP zurückgreifen. Ähnliches gilt für die Vorlage eines überwiegend bearbeiteten BBRP: In dem überwiegenden Anteil der Gremien liegt für die Mehrzahl der behandelten Fälle kein ausreichend bearbeiteter BBRP vor. Einen unvollständigen BBRP weisen in sechs Gremien bis zu 50 % der Fälle pro Sitzung auf, in zwei Gremien beträgt dieser Wert sogar 70 % bis 90 % der Fälle. Eine Begutachtung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst liegt im Vergleich dazu häufiger und bei einem höheren Anteil der Fälle pro Sitzung vor: Zumindest vier Gremien gaben an, dass bei 70 % bis 100 % der Fälle eine Begutachtung durch den SpD vorgenommen wurde. Einmal wird darauf hingewiesen, dass die Begutachtung erst nach der Tagung des SGP erfolgt. In sieben Gremien liegen neben dem BBRP und der Begutachtung durch den SpD sonstige Angaben vor, darunter: Daten entsprechend dem Anmeldebogen und der abgestimmten Kurzanleitung zur Vorstellung der KlientInnen im SGP, Begutachtung durch KlinikärztInnen, Ergebnisse von Helferkonferenzen, Ersterfassungsbogen des SpD, Gutachten von anderen Stellen/Kliniken/Bundesländern, mündliche Vorstellung zu KlientInnen und Hilfebedarf, Anfragen aus anderen Bezirken und laufender Vorgang des SpD mit Epikrisen.

Die in Tab. 11 dargestellten „rechnerischen Mittelwerte“ spiegeln die beschriebenen Tendenzen wider: Durchschnittlich liegt in einer Sitzung in weniger als der Hälfte der Fälle weder ein fast vollständiger (19 %) oder überwiegend bearbeiteter BBRP (28 %) noch ein unvollständiger BBRP (40 %) vor. Eine Begutachtung durch den SpD wird im Schnitt in 62 % der Fälle pro Sitzung vorgelegt. Darüber darf jedoch nicht die hohe Streuung ver-

gessen werden, die bei den geschätzten Anteilen zur Vorlage der einzelnen Unterlagen in den Gremien konstatiert werden kann (vgl. Tab. 11): Zwischen dem abgebildeten Minimal- und Maximalwert wird ein breites Spektrum anderer Werte genannt.

Tab. 12 gibt Auskunft darüber, welche *Informationen zur Behandlung der Anträge* i.d.R. in der Sitzung des Steuerungsgremiums vorliegen:

Tab. 11: *Informationen, die zur Behandlung der Anträge i.d.R. in der Sitzung des SGP vorliegen*

	abs.	in %
formulierter Hilfebedarf	12	100,0
Aussagen zu Krankheitserleben, Beeinträchtigungen und Ressourcen	12	100,0
Schweigepflichtentbindungserklärung der KlientIn	11	91,7
persönliche Angaben zur KlientIn	11	91,7
Darstellung der Ziele und Wünsche der KlientIn	11	91,7
Aussagen zum beteiligten Personenkreis im Rahmen der Hilfebedarfsfeststellung	11	91,7
Benennung des geplanten Leistungsumfangs und Leistungstyps	10	83,3
aktuelle Daten zur Auslastung des Trägerbudgets	6	50,0
weitere Informationen*	6	50,0

* weitere Informationen: Informationen zu Platzkapazitäten von (überregionalen) Angeboten, Neuzugang/bereits im Versorgungssystem/derzeitige Betreuung/Vermittlung durch

In (fast) allen Steuerungsgremien liegen in den Sitzungen regelhaft die Schweigepflichtentbindungserklärungen der KlientInnen vor, die formulierten Hilfebedarfe, persönliche Angaben zu den KlientInnen, die Darstellung ihrer Ziele und Wünsche, Aussagen zum Krankheitserleben, Beeinträchtigungen und Ressourcen sowie Aussagen zum beteiligten Personenkreis im Rahmen der Hilfebedarfsermittlung.

Die für die zu behandelnden Anträge erforderlichen Informationen sollten lt. Rahmengeschäftsordnung frühzeitig, d.h. vor Vorstellung im SGP, ausgetauscht werden. Tatsächlich gaben – mit einer Ausnahme – alle PsychiatriekoordinatorInnen an, dass die in Tabelle 11 aufgeführten Angaben i.d.R. *termingerecht vorliegen*. Gefragt nach Problemen, die in diesem Kontext genannt werden können, weisen zwei Befragte darauf hin, dass bei Nichtvorliegen der Daten der Fall in die nächste Sitzung vertagt wird. Jeweils einmal wird kritisiert, dass i.d.R. kein BBRP vorliegt, unzureichende Aussagen zum Leistungsumfang vorliegen und – bedingt durch Zeitdruck – keine prospektiven Aussagen möglich sind.

Tab. 12 zeigt, welche *weiteren Unterlagen* die Mitglieder des Steuerungsgremiums vorab erhalten:

Tab. 12: Unterlagen, die die Mitglieder des SGP vorab erhalten

	abs.	in %
Informationen zu den Antragstellern (z.B. Platzsuchebogen)	7	58,3
Informationen zu den vorhandenen Plätzen (z.B. Platzmeldebogen)	6	50,0
Meldebogen über bereits aufgenommene KlientInnen	1	8,3
sonstige Informationen*	8	66,7

* sonstige Informationen: Terminplan, Tagesordnung mit Ablauf der Fallvorstellungen, Protokoll der letzten Sitzung, Informationen zur Wiedervorstellung noch nicht versorgter KlientInnen, Vorstellungsliste mit Namen, Geburtsdatum, Herkunftsbezirk, BRP (Seite 1-3, 11, 4 [nur Diagnose] vorhanden ja oder nein, wer stellt vor

In zwei Gremien erhalten die Mitglieder des Steuerungsgremiums vorab keine Informationen, sondern erst zu Beginn bzw. im Verlauf der Sitzung, darunter eine aktualisierte Liste der noch nicht betreuten KlientInnen. Ein weiteres Gremium plant, zukünftig allen Mitgliedern des SGP eine Übersicht über die angemeldeten KlientInnen zur Verfügung zu stellen.

4.2.4 Teilnahme und Vermittlung von KlientInnen

KlientInnen haben grundsätzlich ein Anhörungs- und Teilnahmerecht in den SGP. Ihre Einbeziehung sollte jedoch vorrangig im Rahmen vorbereitender Aktivitäten erfolgen. Eine regelhafte Teilnahme von KlientInnen am SGP sieht die Rahmengeschäftsordnung nicht vor.

Von Interesse war deshalb, wie viele KlientInnen tatsächlich an den Sitzungen des SGP teilnehmen. Die Frage nach der *Größe des Anteils der KlientInnen* (bezogen auf die Anzahl der in einer Sitzung vorgestellten Fälle) ergab, dass in allen Steuerungsgremien eher wenige Betroffene an den Sitzungen teilnehmen: In elf Gremien liegt der geschätzte Anteil bei unter 10 %. Ein Gremium schätzt den Anteil auf 10 % bis 29 % (s. Anhang Tab. A13). Als häufigsten Grund für die seltene Teilnahme von KlientInnen an den Steuerungsrounds führen die PsychiatriekoordinatorInnen den „großen Rahmen“ der Sitzungen mit einer hohen Teilnehmerzahl an (sieben Nennungen), der für eine persönliche Vorstellung der KlientInnen ungeeignet erscheint, da er den Interessen der Betroffenen nicht gerecht wird und/oder sich KlientInnen nicht trauen und sich von der Größe der Runde überfordert fühlen. Etwa die Hälfte der Gremien weist darauf hin, dass die Teilnahme deshalb nur im Ausnahmefall bzw. auf ausdrücklichen Wunsch von KlientInnen erfolgt. In zwei SGP erfolgt der Einbezug von KlientInnen in einem anderen Zusammenhang bzw. vorher im Rahmen vorbereitender Aktivitäten (Fallkonferenzen).

Meldungen über freie Platzkapazitäten bzw. über vorhandene Ressourcen (Budget) an das Steuerungsgremium erfolgen auf unterschiedlichen Wegen.

Tab. 13: Regelungen für Meldungen über freie Platzkapazitäten bzw. vorhandene Ressourcen (Budget) an das SGP

	abs.	in %
die freien Platzkapazitäten/Ressourcen jedes Trägers liegen vor der jeweiligen Steuerungsgruppensitzung vor	5	41,7
die Träger berichten in regelmäßigen Abständen über freie Platzkapazitäten/Ressourcen	3	25,0
sonstige Regelungen	9	75,0

In fünf Gremien liegen die freien Platzkapazitäten/Ressourcen jedes Trägers in der jeweiligen Sitzung der Steuerungsgruppe vor. Drei SGP berichten, dass die Träger in regelmäßigen Abständen ihre freien Platzkapazitäten/Ressourcen mitteilen. In der Mehrzahl der Gremien werden (sonstige) Regelungen für die Meldung freier Platzkapazitäten umgesetzt, darunter die Abfrage der Kapazitäten zu Beginn (vier Nennungen) oder am Ende (drei Nennungen) der Steuerungsrunde. In zwei Gremien werden Platzkapazitäten während der Sitzung erfragt.

In der Hälfte der Steuerungsgremien werden KlientInnen auch *ohne Stellungnahme des Gremiums vermittelt* (s. Anhang Tab. A14). Die überwiegende Zahl verzichtet jedoch nur in Einzel- oder Ausnahmefällen (z.B. wenn das Fallmanagement Einzelfallhilfe ohne Rücksprache gewährt, insbesondere bei Vereinbarungen zum trägerübergreifenden persönlichen Budget oder wenn sich Kliniken an überregionale Angebote wenden) auf eine Stellungnahme des Gremiums bzw. in eiligen Fällen/Notfällen, in denen das SGP dann allerdings häufig nachträglich einbezogen und/oder informiert wird. Zweimal wird eine Dunkelziffer in diesem Bereich vermutet, die den Befragten eine Einschätzung der Größenordnung unmöglich macht. In einem Gremium werden KlientInnen nur dann ohne Stellungnahme vermittelt, wenn die Empfehlung des SGP von dem Klienten/der Klientin abgelehnt wird: Hier erfolgen eine anonyme Auskunft und die Weitervermittlung in Abstimmung mit dem Fallmanagement und dem SpD.

Gefragt nach den *Gründen* die im Verlauf der letzten Jahre beobachtet werden konnten, die eine (bedarfsgerechte) *Vermittlung von KlientInnen durch das Steuerungsgremium erschweren* bzw. verhindern, nennen drei Viertel der befragten PsychiatriekoordinatorInnen fehlende Kapazitäten und/oder zu lange Wartezeiten, die z.B. bewirken, dass KlientInnen erst gar nicht im SGP vorgestellt werden. Ein Drittel sieht die Gründe in fehlenden Angeboten und/oder Einrichtungen, insbesondere für KlientInnen mit Mehrfachdiagnosen und/oder hohem Betreuungsbedarf. Jeweils ein Viertel ist der Ansicht, dass die Vermittlung von KlientInnen zum einen erschwert wird durch die steigende Zahl von Wohnungslosen/einem Mangel an Wohnraum, zum anderen durch die zunehmende Zahl junger KlientInnen (junge psychisch kranke Erwachsene, die nach Ansicht des Sozialhilfeträgers auf Basis des KJHG hätten versorgt werden müssen). Auch eine fehlende Mitwirkung der KlientInnen wird als Ursache für eine erschwerte Vermittlung betrachtet (zwei Nennungen). Als weitere Gründe werden jeweils einmal genannt:

- zu geringe Finanzausstattung im Rahmen des gewährten Budgets
- mangelndes psychiatrisches Verständnis seitens des FM
- Nutzung von Angeboten im Bereich der ambulanten oder stationären Pflege mit geringerem Steuerungs/Vermittlungsaufwand.

Die Sicherstellung regionaler Pflichtversorgung ist eine der Hauptaufgaben des SGP. Deshalb soll eine Versorgung der KlientInnen i.d.R. im Bezirk erfolgen, auch dann, wenn

keine ausreichenden Ressourcen bzw. Kapazitäten für die Deckung des Hilfebedarfs zur Verfügung stehen. Von Interesse war deshalb die Frage, was konkret passiert, wenn der *Hilfe-/Untersuchungsbedarf (aktuell) nicht gedeckt* werden kann. In fast allen Gremien (92 %) werden die Betroffenen in eine *Warteliste* aufgenommen. Dabei variiert die geschätzte Anzahl der Fälle zwischen drei und 80 Fällen. Die *Dauer der Wartezeit* beläuft sich auf 28 bis 60 Tage, kann erfahrungsgemäß jedoch auch drei (z.B. bei „Rund-um-die-Uhr-Betreuungen), vier oder bis zu fünf Monate (z.B. bei der Vermittlung in ein Übergangwohnheim) betragen. Ein Befragter beklagte in diesem Kontext fehlende Entlassungsmöglichkeiten, die freie Plätze für Neuaufnahmen schaffen. Drei Viertel der SGP vermitteln – im Falle fehlender Kapazitäten – KlientInnen in andere Bezirke, die geschätzte Fallzahl reicht hierbei von einem bis zu 25 Fällen. In 83 % der Steuerungsrunden werden sonstige „bedarfnahe“ (Übergangs-)Lösungen angestrebt. Meist wird auf andere Angebote (Einzelfallhilfe, andere Leistungstypen) oder Überbrückungsmaßnahmen zurückgegriffen, die in Einzelfällen (auch) die übergangsweise Nutzung niedrigschwelliger Angebote, Heime für Wohnungslose, häusliche Pflege oder die Weiterbehandlung in einer Klinik/Tagesklinik beinhalten können. Zwei Gremien greifen auch auf überregionale Angebote zurück und vermitteln ggf. in Betreuungen außerhalb Berlins (s. Anhang Tab. A15, Tab. A17, Tab. A18).

Alternative Überlegungen zur Hilfestellung nach SGB XII wie z.B. ehrenamtliche Hilfen, zuwendungsfinanzierte niedrigschwellige Hilfen oder nicht-psychiatrische Unterstützungsangebote werden in der Hälfte der Steuerungsgremien ebenfalls vorgeschlagen: Davon in 25 % regelhaft und in 25 % häufig. Es handelt sich dabei vorwiegend um Empfehlungen zu/Hinweise auf Kontakt- und Beratungsstellen, Zuverdienstangebote und Suchtberatungsstellen. In den übrigen 50 % werden nur selten alternative Überlegungen angestellt und allenfalls zur Überbrückung genutzt, da diese Maßnahmen die Hilfebedarfe der betreffenden KlientInnen oftmals nicht decken können (s. Anhang Tab. A19).

Welche praktischen Möglichkeiten bestehen, um im Rahmen der Steuerungsgremien ein „*Entlassungsmanagement*“ zu realisieren? Nach Ansicht der Mehrzahl der Steuerungsgremien gibt es bereits aktuell gute Beispiele für ein derartiges Entlassungsmanagement. Die übrigen 40 % betrachten die Organisation des Übergangs vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor entweder nicht als Aufgabe der SGP oder als schwierig/generell nicht leistbar (u.a. wegen zu hoher KlientInnenzahlen) und leisten dieses Management deshalb nur in Ausnahme- oder Einzelfällen (s. Anhang Tab. A20).

Als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Überleitung von der stationären in die ambulante Betreuung wird der regelhafte Austausch bzw. die ständige Kooperation der Versorgungsbeteiligten betrachtet, z.B. im Rahmen von Qualitätszirkeln mit dem Themenschwerpunkt Entlassungsmanagement mit KlinikvertreterInnen oder einer Facharbeitsgruppe, die vorgehalten wird, um Entlassungen zu regeln oder der Besprechung von weiterführenden Brückenbetreuungen bei Entlassungen dienen sollen. Ein Gremium bemüht sich um ein Entlassungsmanagement, das KlientInnen, die länger als fünf Jahre in einer Maßnahme sind, erneut vorstellt.

4.2.5 Dokumentation

Die RGO sieht die *Dokumentation* der Arbeit der Steuerungsgremien in einheitlicher Form, auf Basis eines mit der SenGUV abgestimmten Verfahrens, vor. Im Rahmen der Dokumentation sollen sowohl Verfahrensdaten als auch fallbezogene Daten der KlientInnen erfasst werden. Alle befragten PsychiatriekoordinatorInnen gaben an, die Arbeit des SGP i.S. des vereinbarten Verfahrens zu dokumentieren. Allerdings kritisieren mehrere

Befragte den (sehr) hohen Aufwand, da viele Daten nachträglich recherchiert (vier Nennungen) oder am Jahresende bereinigt werden müssen (eine Nennung). Weitere Kritikpunkte lauten: Die Auswertungen lassen keine Rückschlüsse auf die Qualität der Arbeit der SGP zu, für die bezirkliche Psychiatrieplanung sind weitergehende und spezifischere Daten erforderlich; zudem bestehen Inkompatibilitäten zwischen den Diagnosen und dem F-Schlüssel (jeweils eine Nennung). Gleichwohl beschreiben die Befragten auch positive Aspekte, da das Dokumentationsverfahren einen schnellen Überblick gestattet und wichtige Aspekte des Versorgungsgeschehens abbildet, die u.a. für die Bedarfsplanung verwendet werden können (drei Nennungen).

Trotz einiger Kritikpunkte hat sich das Dokumentationsverfahren nach Ansicht des überwiegenden Teils der PsychiatriekoordinatorInnen gut (36 %) oder eher gut (ebenfalls 36 %) bewährt. Nur 27 % der Befragten schätzen es als eher schlecht ein (s. Anhang Tab. A21).

Zwei Fünftel der PsychiatriekoordinatorInnen sehen hinsichtlich der dokumentierten Verfahrensdaten bzw. der fallbezogenen KlientInnendaten an einigen Stellen durchaus *Weiterentwicklungsbedarf*. Vorgeschlagen werden Ergänzungsmöglichkeiten in Hinblick auf folgende Aspekte: Verlauf von Fällen mit wechselndem oder aktuell nicht erfüllbarem Hilfebedarf/veränderte Hilfebedarfsgruppen in laufenden Kostenübernahmen, mehrere Maßnahmen eines/einer Klientin, unterjährige Maßnahmen, differenziertere Angaben zum Migrationshintergrund und zur Diagnose (da die derzeitigen Diagnoseklassen zu grob sind), vorstellende Institution/Person, „Umsetzungscontrolling der Empfehlungen des SGP“.

Obwohl „nur“ 40,0 % der PsychiatriekoordinatorInnen einen Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich der Dokumentation sehen, so geben doch alle an, dass in ihrem Bezirk – *über das abgestimmte Dokumentationsverfahren hinaus – weitere Aspekte erfasst* werden: Zum einen werden die o.g. zusätzlichen Angaben überwiegend in „Eigenregie“ festgehalten; zum anderen wird eine Vielzahl weiterer Aspekte dokumentiert: So wird in einem SGP z.B. über alle vorgestellten KlientInnen eine Dokumentation erstellt, die alle im Vorfeld und im Prozess erhobenen Daten erfasst. Andere Gremien dokumentieren alle Hilfebedarfsanmeldungen für den Personenkreis seelisch behinderte Menschen, den Hilfebedarf inklusive der Aufnahme in eine Warteliste bzw. die Vermittlungsergebnisse oder Betreuungsverläufe in Hinblick auf die Umsetzungsmöglichkeiten der Empfehlungen. Zwei Gremien geben an, Protokolle bzw. Kurzprotokolle aller vorgestellten Fälle zu erstellen. Darüber hinaus wird von den Steuerungsgremien eine Vielzahl von Einzelaspekten dokumentiert: Vermittlung/Anmeldung durch Betreuungsträger, Betreuungsbeginn, Betreuung außerhalb Berlins/in anderem Bezirk, Anwesenheitsbereitschaft/Nachtbereitschaft/Besuchstage, psychotherapeutische Zusatzleistungen, Vermittlung von Zuverdienstplätzen (zuwendungsfinanziert), Ablehnung der Hilfeleistungen durch KlientIn, Wiedervorlagen/Grund der Wiedervorlage, fallbezogene Ergebnisse gegenseitiger fachlicher Beratung. Neben diesen fallbezogenen Angaben werden die Kapazitäten, die Zunahme des Anteils junger Erwachsener und der Doppeldiagnosen im Vergleich zum Vorjahr sowie Informationen zu institutionellen Aufgaben des SGP/zu Absprachen des SGP im Bezirk sowie zusätzliche Daten, für die bezirkliche Arbeit erfasst.

4.3 Zusammenarbeit zwischen bezirklichen Steuerungsgremien und relevanten Akteuren

4.3.1 Zusammenarbeit mit Fallmanagement

In der AV EH sowie der RGO – SGP werden die Aufgaben des Fallmanagements sowie deren Funktion in den bezirklichen Steuerungsgremien detailliert beschrieben. Im Einzelnen geht es dabei vor allem um die Koordinierung und Ermittlung des Hilfebedarfs (in Kooperation mit dem SpD sowie anderen Versorgungsbeteiligten) sowie um die Vorstellung der Rehabilitations- und Behandlungsplanung mit dem Ziel der Erarbeitung und Abgabe fachlicher Empfehlungen in den Steuerungsgremien.

Da eine wesentliche Frage der Evaluation der bezirklichen Steuerungsgremien darin bestand, die *Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und Steuerungsgremien zu bewerten*, soll im Folgenden darauf vertieft eingegangen werden.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung heben elf der zwölf PsychiatriekoordinatorInnen explizit *Stärken* in der Kooperation zwischen Fallmanagement und SPG hervor. Am häufigsten werden die (sehr) gute Kommunikation und die zielführende (fallbezogene) Zusammenarbeit sowohl im Vorfeld als auch im Rahmen der Sitzungen der SGP betont (sieben Nennungen). Dabei wird insbesondere auf die (regelmäßige) Teilnahme der FallmanagerInnen an den SGP, auf gemeinsam getroffene Absprachen sowie konstruktive Beratungsgespräche verwiesen. In den SGP hat sich durch die Teilnahme des Fallmanagements an den SGP bzw. am Prozess der Entscheidungsfindung die gegenseitige Akzeptanz im Hinblick auf die jeweilige Aufgabenwahrnehmung erhöht (fünf Nennungen). Die Tatsache, dass nur selten abweichende Einschätzungen in Hinblick auf fachliche Empfehlungen zwischen SGP und Fallmanagement auftreten und die Empfehlungen in den meisten Fällen im Einvernehmen getroffen werden, wird ebenfalls als Stärke beschrieben (drei Nennungen). Einzelnennungen entfallen auf folgende Stärken:

- Steigerung der Fachkompetenz durch Einsatz kontinuierlicher ErstansprechpartnerInnen beim Fallmanagement
- Gewährleistung von Planungssicherheit für die Leistungserbringer
- Anerkennung des (bewilligten) Hilfebedarfs durch regelmäßige Teilnahme des Fallmanagements (zuständige Gruppenleiterin) am Steuerungsgremium.

Schwachstellen nennen sieben der befragten PsychiatriekoordinatorInnen: So wird in zwei Nennungen darauf hingewiesen, dass die für die vorgestellten Fälle zuständigen FallmanagerInnen nicht am SGP teilnehmen. Zudem lässt sich aus ihrer Sicht ein unterschiedlich hohes Engagement unter den FallmanagerInnen beobachten (engagierte vs. wenig interessierte FallmanagerInnen). Kritisiert wird außerdem häufiger das Fehlen von Unterlagen oder Rückmeldungen zu Wiedervorlagen (drei Nennungen) sowie Konflikte mit dem Fallmanagement, welches auf „Alleinentscheidung“ besteht und die fachliche Empfehlung des SGP ablehnen kann (zwei Nennungen). In einem Fall gibt es Hinweise auf eine konfliktbelastete Zusammenarbeit aufgrund von Kostenproblemen beim Sozialamt.

Haben sich die *Verfahrensregelungen der Rahmengesäftsordnung*, die die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und Steuerungsgremium regeln, bewährt? Alle elf PsychiatriekoordinatorInnen, die Angaben zu dieser Frage machen, bewerten die Verfahrensregelungen der RGO als gut bzw. eher gut (s. Anhang Tab. A23). Dies insbesondere deshalb, weil es nur wenige strittige Fälle und Unstimmigkeiten gibt und das Fallmanagement i.d.R. mit den fachlichen Empfehlungen des SGP übereinstimmt (vier Nennungen). Hinzu kommen der Kompetenzzuwachs des Fallmanagements, eine transparente Ar-

beitsweise durch einheitliche Verfahren und ein gutes Arrangement aller Beteiligten. Gleichwohl wird erläuternd darauf hingewiesen, dass sich die derzeitige Zufriedenheit mit der Verfahrensweise zukünftig durchaus ändern kann (z.B. wenn sich Rahmenbedingungen oder Akteure ändern oder Versorgungsbedarfe komplizierter werden) (drei Nennungen) und dass die Forderungen der RGO in mindestens 50 % der Fälle nicht erfüllbar seien, insbesondere im Krankenhausbereich, da hier die Zahl der notwendigen Fallbesprechungen (500 – 700 Fälle/pro Jahr) die personellen Ressourcen weit übersteigt (eine Nennung).

Haben sich die *Verfahrensregelungen der AV EH*, die die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und Steuerungsgremium regeln, bewährt? Zehn Befragte machen zu dieser Frage Angaben: Davon sind neun der Ansicht, die Verfahrensregelungen haben sich gut oder eher gut bewährt. Ein Befragter bewertet die Regelungen der AV EH als eher schlecht (s. Anhang Tab. A24). Diejenigen, die eine positive Bewertung abgeben, weisen mehrfach auf die gute und unkomplizierte Zusammenarbeit hin, welche in einigen Gremien allerdings nicht erst durch die getroffenen Regelungen entstand, sondern bereits vorher existierte und nach Ansicht der Befragten beispielsweise auf einem regelmäßigen Austausch, der Besprechung von Problemen oder Initiierung einer Projektgruppe basiert. Ein/e PsychiatriekoordinatorIn äußert die Befürchtung, dass die gute Zusammenarbeit aller Beteiligten ggf. nur von begrenzter zeitlicher Dauer und mit der Veränderung von Rahmenbedingungen oder Akteuren beendet sein kann. In den Erläuterungen wird außerdem darauf hingewiesen, dass das Fallmanagement „zwar das letzte Wort hat“, Lösungen zu sozialhilferechtlichen Regelungen seitens des Fallmanagements jedoch i.d.R. akzeptiert werden, sich die starke Orientierung an der Konsenserzielung bewährt hat und das Fallmanagement von seiner Entscheidungsgewalt keinen Gebrauch macht und dass die Hilfebedarfsermittlung unter Federführung des Fallmanagements und des SpD sowie unter Beteiligung des Klienten/der Klientin stattfindet. Kritisch angemerkt wird, dass aufgrund zu frühzeitiger Fallvorstellungen wegen erhöhtem Nachfragedruck oftmals unvollständige BRP vorliegen, das Vorgehen nicht personen-, sondern kostenzentriert ausgerichtet ist, eine zeitnahe Realisierung von Begutachtungsterminen wegen Überlastung des Sozialpsychiatrischen Dienstes häufig nicht möglich und das teilweise zu hohe Anspruchsniveau des Fallmanagements (welches z.B. ein regelmäßiges Erstgespräch vor der Sitzung des SGP verlangt) häufig nicht praxistauglich ist. Außerdem wird in einem Gremium hinsichtlich der Verfahrensweise mit Erstanträgen ein von der RGO und der AV EH abweichendes Verfahren angewendet, wengleich innerhalb des Gremiums eine klare Absprache zwischen SpD und Eingliederungshilfe in Bezug auf die Verfahrensweise mit Erstanträgen besteht.

Tab. 14: *Bewertung der Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement insgesamt (d.h. seit in Kraft treten der RGO sowie der AV EH)*

	abs.	in %
gut	10	90,9
eher gut	1	9,1
eher schlecht	0	0,0
schlecht	0	0,0
Gesamt	11	100,0

Insgesamt wird die *Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement* von den PsychiatriekoordinatorInnen seit Inkrafttreten der RGO und der AV EH als positiv bewertet. Erläuternd wird noch einmal auf die bestehende gute, konstruktive und/oder unkomplizierte Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement hingewiesen (fünf Nennungen), die oftmals mit ei-

nem regelmäßigen, intensiven und/oder verstärkten Austausch (z.B. fallbezogen, hinsichtlich der Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems oder bei auftauchenden Problemen) einhergeht (drei Nennungen). Die getroffenen Regelungen haben eine engere und zielführendere Kooperation von Fallmanagement und SGP bewirkt (drei Nennungen).

4.3.2 Zusammenarbeit mit Steuerungsgremien anderer Bezirke

In elf Bezirken findet – wie die schriftliche Befragung zeigt – eine *Zusammenarbeit/Abstimmung mit Steuerungsgremien anderer Bezirke* statt; nur in einem Bezirk ist dies nicht der Fall. In den Bezirken, in denen eine Kooperation erfolgt, bezieht sich diese vorrangig auf die Aufnahme von KlientInnen aus anderen Bezirken und die Vermittlung von KlientInnen in Angebote anderer Bezirke (72 %). Bei ca. einem Viertel der Gremien konzentriert sich die Zusammenarbeit noch auf weitere Aspekte wie z.B. die gegenseitige fachliche Beratung oder auf den regelmäßigen Austausch der Psychiatrie-/Suchthilfe KoordinatorInnen über Schwerpunkte, Engpässe oder Bedarfe (s. Anhang Tab. A25).

Insgesamt wird die (fallbezogene) Zusammenarbeit der Steuerungsgremien untereinander ganz überwiegend als gut bewertet. Nur in zwei Fällen wird sie als (eher) schlecht eingeschätzt (s. Anhang

Tab. A26). Die Befragten weisen in ihren schriftlichen Erläuterungen i.d.R. auf eine gute und problemlose Zusammenarbeit mit den SGP anderer Bezirke hin. Dabei findet Zusammenarbeit z.B. im Rahmen von Abstimmungsgesprächen auf gleicher Ebene statt oder es werden E-Mails zu Versorgungsanfragen zwischen den SGP ausgetauscht, die erfahrungsgemäß von allen beantwortet werden. Bei räumlich sehr weit entfernten Bezirken, die kein passgenaues Angebot vorhalten und deren KlientInnen keinen Bezug zu dem Bezirk des betreffenden SGP haben (wollen), wird auf eine Zusammenarbeit auch schon einmal verzichtet.

Auf die Frage nach *Verbesserungsvorschlägen für die Zusammenarbeit* der Steuerungsgremien, insbesondere in Hinblick auf den Wechsel von KlientInnen in einen anderen Bezirk, fordert der überwiegende Teil der PsychiatriekoordinatorInnen eine *einheitliche Vorgehens-/Verfahrensweise*, z.B. auf Basis eines standardisierten Überleitungsbogens, da die Antragssteller eine unterschiedliche Praxis in den Bezirken beklagen (vier Nennungen). Als hilfreich werden auch eine eindeutige Zuständigkeitsregelung erachtet sowie eine Erweiterung der Ressourcen und Verringerung der Wartezeiten (jeweils zwei Nennungen). Angeregt werden außerdem die frühzeitige Information über die Notwendigkeit eines Wechsels sowie die Schaffung der grundsätzlichen Möglichkeit, bei Wunsch des/der KlientIn den Bezirk zu wechseln. Ein Befragter äußert: *„Es gibt immer wieder Klienten, die von sich aus Kontakt zu Trägern im Bezirk aufnehmen, ohne dass der Herkunftsbezirk Bescheid weiß. Diese werden an die jeweiligen Steuerungsgremien verwiesen. Es wäre hilfreich, wenn solche Fälle direkt den Steuerungsgremien mitgeteilt würden.“*

Obwohl eine eindeutigere Zuständigkeitsregelung angeregt und eine fehlende Zusammenarbeit durch falsch interpretierte Zuständigkeitsregelungen kritisiert werden (s.o.), weisen die PsychiatriekoordinatorInnen bei der Frage „Ist die Zuständigkeit der jeweiligen bezirklichen Steuerungsgremien eindeutig geregelt?“ ein einheitliches Antwortverhalten auf: Alle Befragten sind der Ansicht, dass die *Zuständigkeit* der jeweiligen bezirklichen Steuerungsgremien klar geregelt ist. Gleichwohl wird auf Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen den Steuerungsgremien hingewiesen, die fallbezogen Auseinandersetzungen und Verzögerungen bewirken. Insgesamt leitet sich aus der Darstellung der Bedarf nach

einer Überarbeitung der Zuständigkeitsregelung ab bzw. die Notwendigkeit, dass die bestehenden Regelungen auch faktisch umgesetzt werden.

4.3.3 Zusammenarbeit mit Akteuren der psychiatrischen Versorgung (PSAG, GPV)

Die Zusammenarbeit und den Austausch der SGP mit den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) beschreiben 42 % der PsychiatriekoordinatorInnen als gut. Ein ebenso großer Anteil der Gremien erstattet – regelmäßig, auf Anfrage oder bei Bedarf – in der PSAG Bericht über die Arbeit der Steuerungsgremien, d.h. bei Vorliegen wichtiger Themen, besonderer Probleme etc. In drei Gremien sind TeilnehmerInnen des SGP auch in der PSAG repräsentiert, davon ist diese in einem Fall mit den versorgungsstrukturellen Aufgaben des SGP (Analyse, Bedarfsfeststellung, konzeptuelle Diskussion) beauftragt. Insgesamt berichten 83 % der Steuerungsgremien über eine gute Zusammenarbeit mit bzw. Einbindung in die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft.

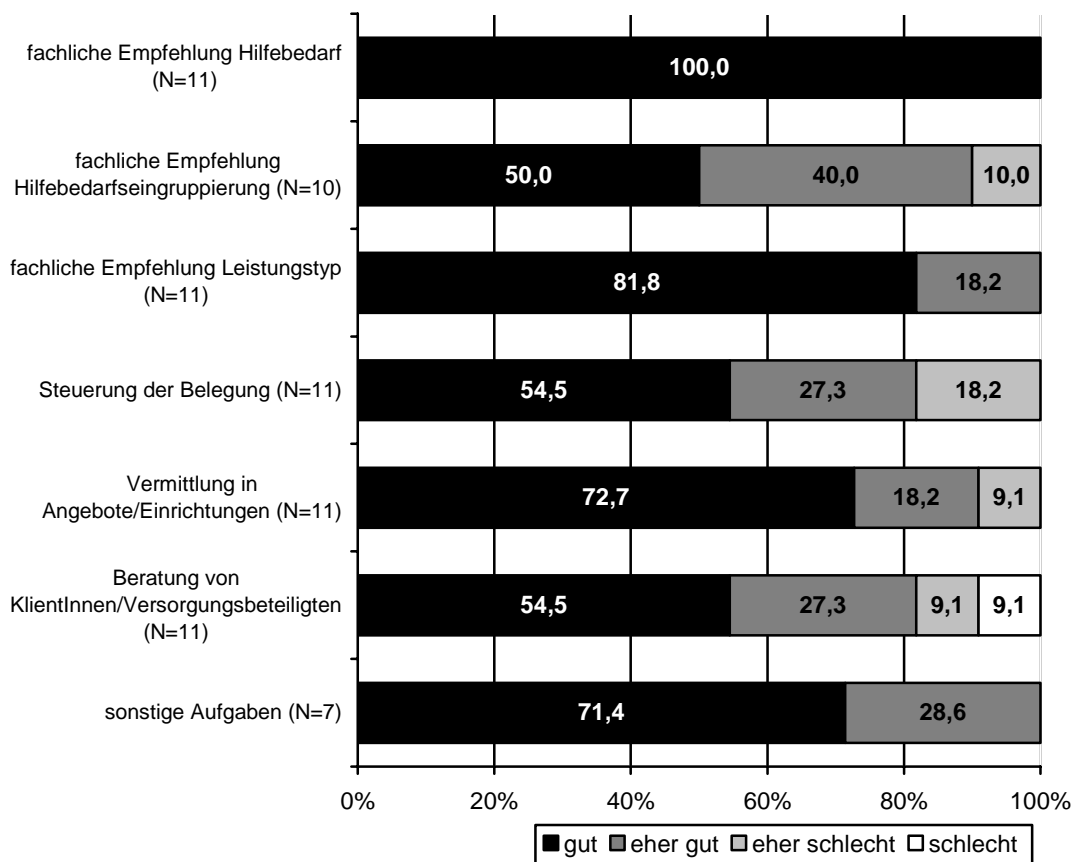
Die Einbindung der SGP in den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) stellt sich wie folgt dar: Nur 25 % der Steuerungsgremien berichten über eine gute Einbindung. Bei 42 % liegt keine Einbindung vor, da im Bezirk kein GPV existiert oder das SGP dort „keine Rolle spielt“. Weitere 25 % machen zu dieser Frage keine Angaben.

Auf die Frage nach der Einbindung des SGP in die bezirklichen Strukturen der psychiatrischen Versorgung in Hinblick auf weitere Akteure machen 50 % der Befragten keine Angaben. 25 % berichten über eine Zusammenarbeit mit dem Psychiatriebeirat, der ein wichtiges Gremium für die Klärung inhaltlicher und struktureller Fragen sein kann, in dem die Träger der Pflichtversorgung stimmberechtigte Mitglieder sind und in dem bei Bedarf berichtet wird. Jeweils einmal wird auf einen sehr guten Austausch mit dem Sozialspsychiatrischen Dienst, auf zweimal jährlich stattfindenden Austausch zwischen Leistungserbringern und Fallmanagement zur Klärung offener Fragen sowie auf zusätzliche, zweimal pro Woche stattfindende Tagungen der Steuerungsrunde zwecks Bearbeitung aller im SGP anfallenden Themen hingewiesen.

4.4 Bewertung verschiedener Aspekte der Arbeit des Steuerungsgremiums

Von den Steuerungsgremien werden – wie in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt – verschiedene Zuständigkeiten und Aufgaben wahrgenommen, die auf der Grundlage der Regelungen der RGO – SGP bzw. den daraus abgeleiteten Geschäftsordnungen der Gremien basieren. Um Hinweise auf die Qualität der Aufgabenerfüllung zu erhalten, wurden die PsychiatriekoordinatorInnen gebeten, verschiedene Aspekte der Arbeit des Steuerungsgremiums zu bewerten.

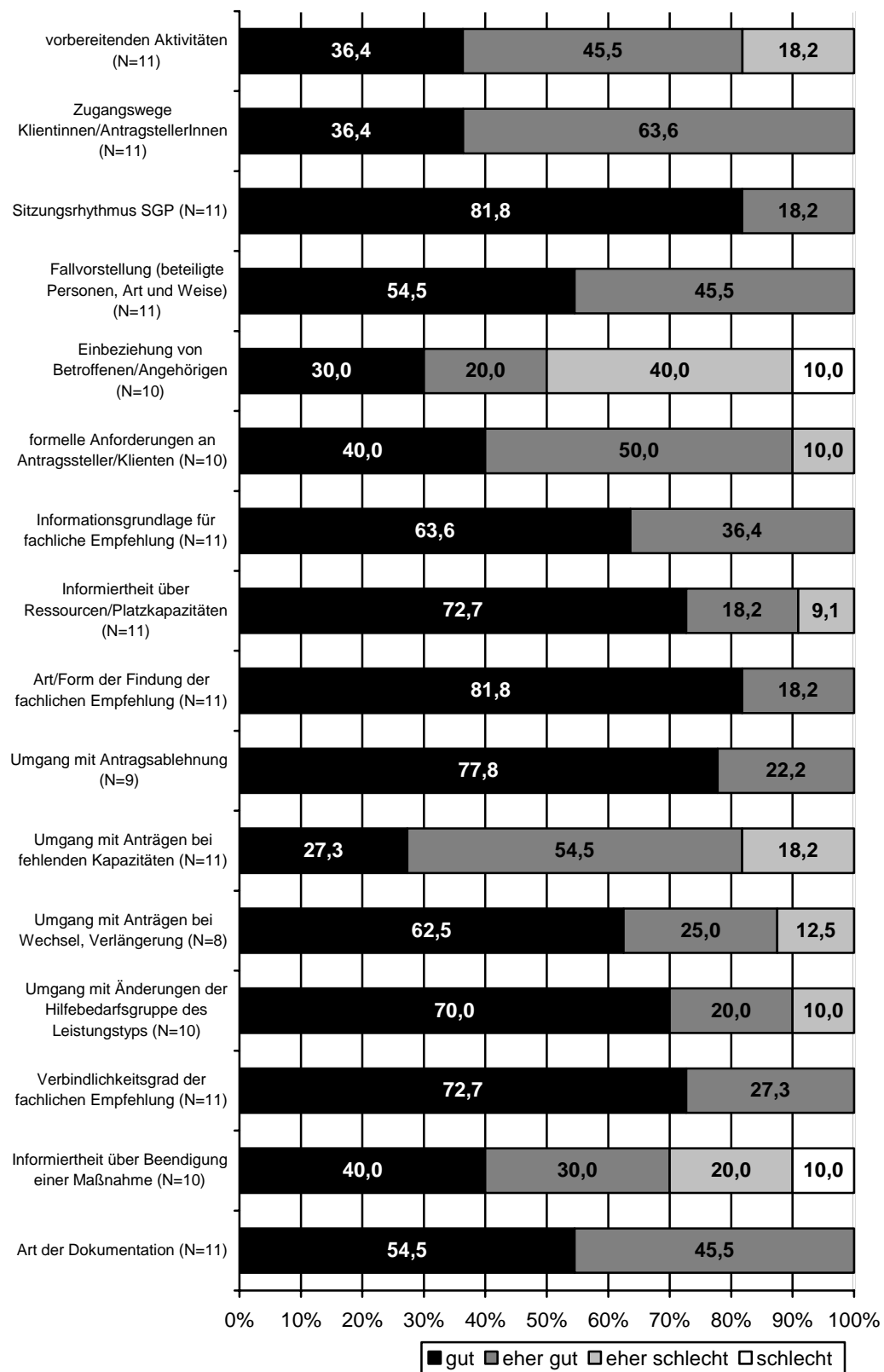
Abb. 2: Beurteilung der Qualität der Aufgabenerfüllung des SGP nach Inkrafttreten der RGO (bzw. der daraus abgeleiteten eigenen GO)



Die Aufgabenerfüllung des SGP hinsichtlich der verschiedenen Aspekte wird mehrheitlich positiv bewertet. Eine ausschließlich positive Bewertung erhält die Aufgabenerfüllung bezogen auf die „fachliche Empfehlung des ermittelten Hilfebedarfs“ und die „fachliche Empfehlung des Leistungstyps“ sowie auf „sonstige Aufgaben“. Dazu zählen beispielsweise die Feststellung von Versorgungsengpässen/-lücken und nicht gedeckte Hilfebedarfe bzw. die Bedarfsermittlung, die Sicherstellung von Transparenz, gegenseitige Kontrolle der Träger, Kommunikation zwischen den Versorgungsbeteiligten, die Ableitung von Themen, die die Versorgung betreffen und deren Diskussion in anderen Gremien oder die gegenseitige Qualifikation der Beteiligten im Rahmen von Qualitätszirkeln. Die „fachliche Empfehlung der Hilfebedarfseingruppierung“ und die „Vermittlung in Angebote/Einrichtungen“ werden zu insgesamt 90 % als gut bzw. eher gut bewertet; jeweils ein Befragter schätzt die Umsetzung dieser Tätigkeiten mit eher schlecht ein. Zudem wird darauf hingewiesen, dass eine fachliche Empfehlung der Hilfebedarfseingruppierung kaum möglich ist, da sich dies als komplexer Prozess zwischen KlientIn, Leistungsanbieter, SpD und FallmanagerIn gestaltet, der bei der Vielzahl der Fallvorstellungen nicht zu leisten ist. Die „Steuerung der Belegung“ sowie die „Beratung von KlientInnen und Versorgungsbeteiligten“ beurteilen insgesamt knapp 82 % als gut oder eher gut; jeweils zwei Befragte geben eine (eher) schlechte Bewertung ab.

Zusätzlich sollte eine Vielzahl weiterer Aspekte der Arbeit und Verfahrensweise der SGP bewertet werden. Die Ergebnisse sind in Abb. 3 zusammengefasst.

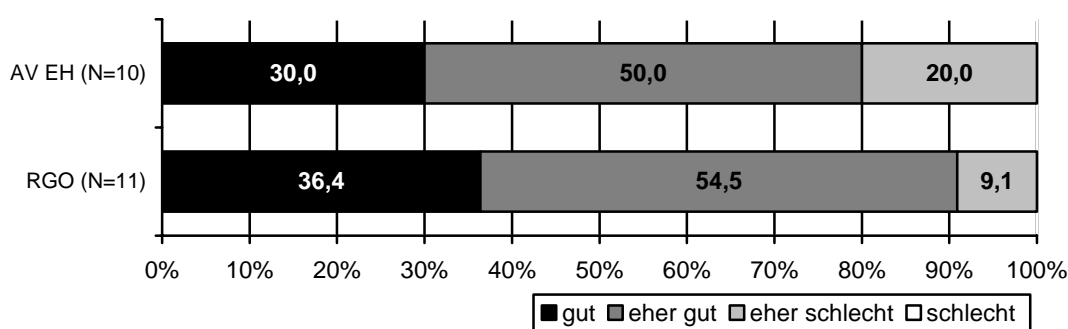
Abb. 3: Bewertung einzelner Aspekte der Arbeit des SGP



Auch hier werden (fast) alle abgefragten Aspekte mehrheitlich positiv bewertet. Die einzige Ausnahme stellt die „Einbeziehung von Betroffenen/Angehörigen“ dar, welche gleichermaßen zu insgesamt jeweils 50 % als (eher) gut und (eher) schlecht bewertet wird. Die besten Beurteilungen erhalten die Aspekte: Sitzungsrhythmus, Art bzw. Form der Findung fachlicher Empfehlungen, Grad der Verbindlichkeit fachlicher Empfehlungen, Umgang mit Antragsablehnung, Informationsgrundlage für fachliche Empfehlungen sowie die Art der Dokumentation. Diese Aspekte werden nicht nur ausschließlich positiv sondern mehrheitlich mit gut bewertet.

Da die Arbeit des Steuerungsgremiums auf der Grundlage der Regelungen der Rahmen-geschäftsordnung basiert, ist auch die *Bewertung der Funktion der RGO* für die Wahrnehmung und Umsetzung der Aufgaben des SGP insgesamt von Interesse.

Abb. 4: Bewertung der RGO und der AV EH in Hinblick auf Wahrnehmung der Aufgaben des SGP



Elf PsychiatriekoordinatorInnen machen zu dieser Frage Angaben. Davon bewerten insgesamt zehn (90 %) die *RGO – SGP* als gut oder eher gut. Auch die *AV EH* wird von der Mehrheit der Befragten positiv beurteilt, obgleich die Bewertung etwas schlechter ausfällt: Insgesamt 80 % der Befragten bewerten die *AV EH* mit gut oder eher gut. Zwei von zehn Personen (20 %) beurteilen sie mit eher schlecht.

Die *Arbeitsatmosphäre* der Steuerungsgremien wird ausschließlich positiv bewertet.

In einigen Bezirken bestehen *zielgruppenspezifische Steuerungsgremien*, und zwar für seelisch behinderte Menschen und suchtkranke Personen. Aus der schriftlichen Befragung der PsychiatriekoordinatorInnen geht hervor, dass nur zwei Befragte diese Konstruktion als sinnvoll ansehen. Die Mehrzahl der Befragten schätzt diese Unterteilung sowohl aus organisatorischen (oftmals sind die Mitglieder identisch) als auch fachlichen (multiple Störungsbilder der Betroffenen) Gesichtspunkten als wenig zielführend ein (s. Anhang Tab. A31). Eine Zusammenlegung gewährleistet - nach Ansicht der PsychiatriekoordinatorInnen - zudem, dass die Fachkompetenzen hinsichtlich beider Zielgruppen in einem Gremium gebündelt und Umsteuerungen ohne große Friktionen und Informationsverluste möglich sind.

Hinsichtlich des zeitlichen Aufwands bestehen unterschiedliche Meinungen: So betrachtet ein Befragter eine Zusammenlegung aus fachlichen Gründen zwar als sinnvoll, führt als Gegenargumente jedoch eine damit verbundene Erhöhung des Zeitaufwands für alle Beteiligten an sowie eine Vergrößerung des TeilnehmerInnenkreises, welche sich negativ auf die Teilnahme von KlientInnen an der Steuerungsrunde auswirkt. Als weiterer Grund gegen eine Zusammenlegung wird zudem „die Aufteilung der fachlichen Zuständigkeit für die Projekte der Psychiatrie und der Suchtkrankenhilfe auf zwei Personen“ genannt,

aufgrund derer die zielgruppenbezogene Unterteilung der Steuerungsgremien als folgerichtig bewertet wird.

Betrachtet man die Antworten differenziert nach den Gremien, in denen zum Zeitpunkt der Befragung eine Unterteilung vorlag, und solchen, in denen eine gemeinsame Zuständigkeit für die beiden Zielgruppe gegeben war, zeigt sich, dass von den Gremien mit getrennten Zuständigkeiten drei diese Unterteilung als sinnvoll, folgerichtig und effektiv betrachten, während zwei Gremien die Unterteilung kritisieren aufgrund eines in vielen Fällen identischen Teilnehmerkreises bzw. KlientInnen mit Doppeldiagnosen. Alle „zusammengelegten“ Gremien hingegen halten eine zielgruppenbezogene Unterteilung für nicht sinnvoll und sehen in der praktizierten Bündelung ausschließlich Vorteile, insbesondere wegen der Vielzahl von Doppeldiagnosen und einer effektiveren Arbeitsweise.

4.5 Stärken und Schwächen der Steuerungsgremien, Perspektiven

Um Hinweise für die (erfolgreiche) Umsetzung der Vorgaben der RGO – SGP zu erhalten und ggf. Optimierungsmöglichkeiten daraus abzuleiten, wurden im Rahmen der schriftlichen Befragung (auch) die Stärken und Schwächen des bezirklichen Steuerungsgremiums im Vergleich zur Zeit vor Einführung der Rahmengesäftsordnung (und daraus abgeleiteter GO) erfragt.

Als *Stärken* bzw. *positive Veränderungen* nennen die PsychiatriekoordinatorInnen in erster Linie die *gestiegene Verbindlichkeit der Gremien und ihrer fachlicher Empfehlungen* (sechs Nennungen). Als ebenso vorteilhaft werden die Einbeziehung und die Teilnahme *aller* in der RGO genannten Akteure beschrieben (fünf Nennungen): SpD, Kliniken, (bezirkliche) Leistungserbringer und Fallmanagement sind in allen Sitzungen repräsentiert, sodass eine Umsetzung der fachlichen Empfehlung hinsichtlich Hilfebedarf, Leistungstyp, Hilfebedarfsgruppe und Beginn der Maßnahme durch alle Akteure sichergestellt ist. Hinzu kommen eine bessere Übersicht und höhere Transparenz, u.a. hinsichtlich des Personenkreises der Hilfesuchenden, der erbrachten Leistungen im Bezirk, der Ausgestaltung und Umsetzung der bezirklichen Pflichtversorgung sowie bzgl. der Versorgungsstrukturen, Versorgungslücken und -bedarfe (vier Nennungen). Schließlich bestehen nach Ansicht der PsychiatriekoordinatorInnen weitere Stärken in der institutionsübergreifenden Kooperation, die mit einem verbindlichen, reibungslosen und fachlichen Austausch einhergeht (drei Nennungen), sowie in einem einheitlicheren Vorgehen in den einzelnen Bezirken bzw. verbindlichen Rahmenbedingungen für die Arbeit (zwei Nennungen).

Als *Schwachstellen* des Steuerungsgremiums (nach Verabschiedung der RGO) nennen jeweils zwei PsychiatriekoordinatorInnen den Verlust an Flexibilität sowie die (gestiegene) Abhängigkeit von Entscheidungen des Fallmanagements (es wird zumindest eine zeitweilige Dominanz des Leistungsträgers, z.B. bei der Steuerung des Zugangs in die SGP oder in das Versorgungssystem, beschrieben). Darüber hinaus werden in Einzelnennungen folgende Kritikpunkte genannt: Die Steuerung über das SGP erfordert einen hohen zeitlichen Aufwand für alle TeilnehmerInnen, der die Besprechung aller budgetrelevanten Veränderungen nicht mehr zulässt. Hinzu kommt ein hoher (zeitlicher) Aufwand im Allgemeinen, während in anderen Versorgungsbereichen (z.B. Pflege, zuwendungsfinanzierte Hilfen) deutlich geringere Steuerungsbemühungen zu verzeichnen sind und die Versuchung besteht, andere Hilfen mit deutlich reduziertem Aufwand zu vermitteln. Kritisiert werden außerdem unzureichende Regelungen für den Wechsel der KlientInnen in andere Bezirke sowie der Funktionsverlust des Gremiums in Hinblick auf Beratungsaufgaben. Als problematisch werden schließlich unzureichende Ressourcen in Bezug auf Platzkapa-

zitäten und Angebote beschrieben, die keine zeitnahe Umsetzung der fachlichen Empfehlungen erlauben.

Im Rahmen der schriftlichen Befragung der PsychiatriekoordinatorInnen wurden abschließend Einschätzungen zur *Steuerung und Kontrolle der Auslastung des Hilfesystems* erhoben.

Von einem Teil der Befragten wird vorgeschlagen, die Steuerung und Kontrolle hinsichtlich der Auslastung des Hilfesystems über das Steuerungsgremium fortzuführen (vier Nennungen), da „sich das Modell des SGP voll bewährt hat“ und das Steuerungsgremium „als multiprofessioneller Qualitätszirkel mit gegenseitiger Kontrollfunktion“ den „mit Abstand fachlich besten Ansatz“ darstellt. Zugleich sollte weiterhin mit Hilfe der Trägerbudgets gesteuert werden (fünf Nennungen), da dieses „eindeutige Aussagen zur Auslastung der Angebote“ zulässt. Mit diesen Einschätzungen ist allerdings die Annahme verbunden – insbesondere seit dem Wegfall des Budgetkontrollprogramms –, dass alle Träger wahrheitsgemäße Angaben vorlegen. Alternativ wird ein Ersatz für das fehlende Budgetkontrollprogramm gefordert (drei Nennungen), da ansonsten keine Überprüfung der Auslastung des Hilfesystems möglich ist.

Als Gründe für die Nicht-Fortführung des Budgetkontrollprogramms werden insbesondere der hohe Zeit- und Arbeitsaufwand für die Erfassung und Pflege der Daten gesehen (neun Nennungen), die zudem doppelt, d.h. an mehreren Stellen (Träger und Bezirke) erfasst wurden. Als weiterer Grund wird die „Unbrauchbarkeit“ des Budgetkontrollprogramms als direktes Steuerungs-/Kontrollinstrument angeführt (drei Nennungen): Aufgrund der zeitverzögerten Erfassung war keine Darstellung bzw. Kontrolle der aktuellen Budgetauslastung möglich. Zudem sind einigen Befragten die Gründe für die Abschaffung nicht ersichtlich (fünf Nennungen). Zugleich wird die grundsätzliche Notwendigkeit eines solchen Programms bzw. eines adäquaten Ersatzes betont (vier Nennungen).

Als Alternativen zum Budgetkontrollprogramm wurde von den Befragten u.a. auf folgende Instrumente hingewiesen:

- bedarfsgerechter Einsatz von Budgets (z.B. mit der Möglichkeit, einen Teil der Mittel zwischen den Trägern umzusteuern; zuwendungsfinanzierte Gestaltung einzelner Bausteine; „Einfrieren der Budgets und portionsweises Auftauen“) (vier Nennungen)
- regionale Psychriatriebudgets/regionale Budgets/Bezirks-Budgets (als Schritt zur besseren Versorgung und finanzieller Entlastung des Gesamtsystems, für Koordinationsaufgaben und Finanzkontrolle Bedarf nach weiterer Instanz neben SGP) (vier Nennungen)
- leistungsübergreifende Finanzierungsmodelle, da diese die Umsetzung von Komplexleistungen eher zulassen (eine Nennung)
- Überwindung trägerfixierter Budgets (eine Nennung)
- Deckungsfähigkeit der Budgets mit Blick auf niedrigschwellige, zuwendungsfinanzierte Hilfen (eine Nennung).

5 Ergebnisse der Tiefenevaluation

Im Rahmen der Tiefenevaluation wurden zwölf leitfadengestützte persönliche Interviews mit den PsychiatriekoordinatorInnen, MitarbeiterInnen des Fallmanagements und des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den vier ausgewählten Steuerungsgremien Charlottenburg-Wilmersdorf, Mitte, Spandau und Treptow-Köpenick geführt. Außerdem wurden VertreterInnen der Leistungserbringer sowie Kliniken in vier Gruppengesprächen (Fokusgruppen) befragt. Im Mittelpunkt der Gespräche standen vor allem folgende Themen:

- „Effekte“ der RGO – SGP
- Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure untereinander
- Stärken und Schwächen der SGP
- zielgruppenbezogene Unterteilung der SGP
- zukünftige Entwicklungen.

Die Interviews und die Fokusgruppengespräche fanden im November und Dezember 2010 statt. Die VertreterInnen der Leistungserbringer kamen u.a. aus den Bereichen Einzelwohnen, (intensiv) Betreutes Wohnen, Wohnheime, Betreutes Wohnen für junge Erwachsene, Wohnen für junge Erwachsene mit Beigebrauch, Tagesstätte und tagesstrukturierende Maßnahmen. FOGS hat sämtliche Gespräche protokolliert und themenspezifisch ausgewertet. Die wichtigsten Ergebnisse werden nachfolgend zusammenfassend beschrieben.

5.1 Effekte der Verfahrensregelungen der RGO bzw. GO

Nach Ansicht der befragten *Leistungserbringer* hat das Inkrafttreten der Rahmengesäftsordnung zum 1. März 2007 verschiedene Veränderungen hinsichtlich der Arbeits- und Vorgehensweise des SGP bewirkt.

Insgesamt haben die – an die RGO – SGP angelehnten – bezirklichen GO (als formale Grundlage der Arbeit) zu einer Vereinheitlichung in der personellen Zusammensetzung, der Aufgabenwahrnehmung sowie Arbeitsweise geführt.

Als (wesentliche) Veränderung wird die regelmäßige Teilnahme des Fallmanagements an den SGP hervorgehoben, wobei diese von den Leistungsanbietern überwiegend als positiv wahrgenommen und bewertet wird, da sie u.a. mit einer Verbesserung der administrativen Vorgänge – z.B. hinsichtlich der Antragstellung oder Bearbeitung von Anträgen – und einer höheren Verbindlichkeit einhergeht.

Aus Sicht des *Fallmanagements* und des *SpD* haben sich der Ablauf bzw. das Verfahren in den SGP eingespielt und bewährt. Die jeweils aktuellen Fassungen der GO stellen eine gute Grundlage für die gemeinsame Arbeit im SGP dar. Auch wenn „regelhafte“ Fallbesprechungen im Vorfeld als geeigneter betrachtet werden, um die spezifischen Problemlagen der KlientInnen besser kennenzulernen, ist das Gremium auch arbeitsfähig, wenn die KlientInnen erst in der SGP-Sitzung vorgestellt werden.

5.2 Einschätzung der Zusammenarbeit der TeilnehmerInnen der SGP untereinander

Insgesamt kann die Arbeitsatmosphäre in den vier SGP – wie die schriftliche Befragung, aber auch die teilnehmende Beobachtung der Gremien gezeigt hat – als (sehr) gut charakterisiert werden; die Arbeitsweise ist überwiegend zielgerichtet und stellt die bedarfsgerechte und passgenaue Versorgung der KlientInnen in den Mittelpunkt.

Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement

Die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und Leistungserbringern wird aus deren Sicht überwiegend positiv beurteilt. Es bestehen wenige Reibungspunkte und Konflikte, Entscheidungen werden größtenteils im Konsens mit dem Fallmanagement getroffen. Die Kooperation wird insgesamt als harmonisch und hilfreich empfunden, z.T. als Folge eines Entwicklungsprozesses, in dessen Verlauf sich aus der anfangs eher schwierigen Zusammenarbeit eine positive Kooperationsbeziehung entwickelt hat. Kurze Wege begünstigen den wechselseitigen Austausch, die regelmäßige Teilnahme des Fallmanagements an der Steuerungsrunde bewirkt sowohl ein stärkere inhaltliche Präsenz des Fallmanagements als auch einen hohen Grad an Verbindlichkeit, die eine bessere Planung erlaubt. Einige Befragte wünschen sich eine noch stärkere Beteiligung des Fallmanagements, z.B. in Hinblick auf die Hilfebedarfsfeststellung sowie hinsichtlich des Teilnahmeverhaltens, insbesondere der FallmanagerInnen, die für die Fallvorstellungen zuständig sind und umfassendere Informationen zu den Fällen liefern könn(t)en.

Die Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement wird aus Sicht des *SpD* überwiegend als konstruktiv beschrieben. Die beiden Akteure nehmen unterschiedliche Aufgaben wahr, die langjährige Zusammenarbeit im SGP hat inzwischen dazu beigetragen, die fachlichen Einschätzungen gegenseitig zu respektieren. Es wird darauf hingewiesen, dass die Notwendigkeit zu einem Arrangement besteht.

Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst

Von den *Leistungsanbietern* wird die Kooperation mit dem *SpD* als harmonisch und reibungslos erlebt: „*Man kommt gut miteinander aus*“. Die Leistungsanbieter empfinden sich nicht länger als „Bittsteller“ beim Sozialpsychiatrischen Dienst, sondern als gleichwertige „Partner“, mit denen im SPG (aber auch darüber hinaus) ein Austausch auf „Augenhöhe“ stattfindet. Die Arbeit des *SpD* wird als qualitativ hochwertig eingestuft. Während die Ermittlung der Hilfebedarfe und die Bearbeitung eiliger Fälle häufig relativ zügig erfolgen, dauern (Erst-)Begutachtungen oftmals (sehr) lange. In einigen Fällen können Termine nicht immer zeitnah vereinbart werden, da die z.T. bestehenden (begrenzten personellen) Ressourcen des *SpD* keine kurzfristigen Gesprächstermine erlauben. Gleichwohl wird betont, dass der *SpD* besonders in dringenden (und schwierigen) Fällen um zeitnahe Termine bemüht ist. Insgesamt wird der Wunsch geäußert, eine schnellere Bewertung der Hilfebedarfe sicherzustellen.

Aus Sicht der Mehrzahl der befragten *FallmanagerInnen* wird die Zusammenarbeit mit dem *SpD* ebenfalls überwiegend als konstruktiv bewertet. Die jeweiligen Aufgaben sind sowohl durch die AV EH als auch durch die RGO – SGP eindeutig definiert, die Arbeit wird gegenseitig akzeptiert. Der Austausch bzw. die Zusammenarbeit hat sich im Zeitverlauf positiv entwickelt und funktioniert – nach anfänglichen Problemen – i.d.R. gut, die „Kooperation hat sich eingespielt“. Das Fallmanagement eines Bezirks wies darauf hin, dass insbesondere Erstbegutachtungen durch den *SpD* z.T. mehrere Monate dauern und dadurch immer wieder Konflikte und Probleme in der Zusammenarbeit entstehen. Die

Kooperation wird in diesem Bezirk als „eher zäh“ beschrieben, die gegenseitige (fachliche und persönliche) Wertschätzung ist nicht besonders ausgeprägt.

Zusammenarbeit mit den Kliniken

Die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken wird in den Gesprächen mit den *Leistungsanbietern* unterschiedlich bewertet: Einerseits werden konstruktive Kooperationsbeziehungen (zu den Sozialdiensten) der Kliniken beschrieben, insbesondere seitdem sich die Kliniken stärker in die SGP einbringen und Fallvorstellungen übernehmen. In einem Gremium findet z.B. alle vier Wochen ein „runder Tisch“ mit VertreterInnen der Kliniken, des SpD und den Trägern (zum „Entlassungsmanagement“) statt. Andererseits ist die Qualität der Kooperation z.T. „stationsabhängig“. Kritisiert wird ein fehlendes Entlassmanagement, d.h. i.d.R. finden keine zufriedenstellenden (Übergabe-)Gespräche mit den behandelnden ÄrztInnen statt.

Die Kooperation zwischen *Fallmanagement* und Kliniken bezieht sich eher auf Einzelfälle, eine kontinuierliche Zusammenarbeit ist eher selten. Teilweise wird darauf hingewiesen, dass die Weitergabe von (schriftlichen) Informationen durch die Klinik „sehr spät erfolgt“, d.h. dass Anträge und Hilfepläne z.B. erst verspätet (und z.T. unzureichend ausgefüllt) beim Fallmanagement eingehen.

Die Zusammenarbeit zwischen *SpD* und Kliniken wird unterschiedlich beurteilt: Während einige VertreterInnen des SpD auf eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit hinweisen, beschreiben andere SpD die Kooperation als „eher schlecht“, da von Seiten der Klinik wenig Interesse an der Arbeit bzw. den Arbeitsabläufen des SpD besteht. „Kritisch“ wird angemerkt, dass den Kliniken z.T. die „bezirkliche Verbundenheit“ („Gemeindepsychiatrischer Verbund“) fehlt.

Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern

Das Bewertungsspektrum der Kooperation zwischen *Fallmanagement* und Leistungsanbietern reicht von konstruktiv und gut bis zu im Einzelfall (sehr) problematisch. Manche Träger informieren die FallmanagerInnen sehr zeitnah über neue KlientInnen, andere melden KlientInnen durchaus „an den FallmanagerInnen vorbei“ unmittelbar bei den bezirklichen SGP an. Hieraus entstehen dann Konflikte zwischen Fallmanagement und Leistungsanbietern.

Aus Sicht der *SpD* werden der Austausch und die Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern überwiegend als gut eingeschätzt.

5.2.1 Zusammenarbeit der Leistungsanbieter untereinander

Die Leistungsanbieter beschreiben die Zusammenarbeit untereinander ausnahmslos als gut und konstruktiv. Es besteht kaum oder nur wenig Konkurrenz, da freie Plätze einerseits die Ausnahmesituation darstellen und aufgrund von Fallzahlsteigerungen i.d.R. mehr KlientInnen betreut werden als Plätze zur Verfügung stehen. Andererseits haben die verschiedenen Leistungserbringer unterschiedliche Angebotsschwerpunkte, die je nach Bedarf der KlientInnen bei der Vermittlung in eine Maßnahme berücksichtigt werden und auch zu „einem Austausch von KlientInnen“ führen können. Selbst im Falle von Konkurrenzsituationen bzw. freien Platzkapazitäten sind alle Anbieter i.d.R. um Kooperation bemüht. Die Arbeitsatmosphäre in den SPG wird als fachlich anregend erlebt und der je-

weilige „Fach- und Sachverstand“ positiv hervorgehoben: Die Träger kennen sich und ihre Angebote untereinander, und es findet größtenteils ein (reger) fachlicher Austausch in Hinblick auf den Hilfebedarf der KlientInnen statt. Angebote werden *„nicht um jeden Preis vermittelt, sondern es wird das Mitwirken der KlientInnen vorausgesetzt bzw. die persönliche Situation berücksichtigt“*.

5.2.2 Zusammenarbeit der Bezirke untereinander

Hinsichtlich der Kooperation mit den Bezirken werden von den Leistungsanbietern vor allem die bezirksübergreifende Versorgung und in Verbindung damit die (uneinheitlichen) Zuständigkeitsregelungen thematisiert. Gewünscht wird eine einheitliche Regelung für die bezirksübergreifende Versorgung und für die regionale Zuständigkeit bei Personen ohne eindeutigen regionalen Bezug. Diese existiert zwar in der Theorie, wird faktisch jedoch nicht einheitlich umgesetzt. Problematisch ist deshalb oftmals die Versorgung von KlientInnen, die den Bezirk wechseln möchten, da in diesen Fällen die Zuständigkeit ungeklärt ist. Bezirksgrenzen erweisen sich auch bei dem begründeten Wunsch nach einem Bezirkswechsel häufig als „unüberwindbare Mauer“, die einen Wechsel nicht zulässt. Ein Befragter berichtet: *„Teilweise vergehen darüber Monate; in einem Fall musste ein Klient vier Wochen ins Wohnungslosenheim, weil der Austausch mit dem SpD so lange gedauert hat.“*

Einige GesprächspartnerInnen weisen darauf hin, dass alle SGP i.d.R. bemüht sind, eine Maßnahme zuerst im eigenen Bezirk zu realisieren. Ist dies nicht möglich oder äußert der/die KlientIn ausdrücklich den Wunsch, ein Angebot in einem anderen Bezirk in Anspruch zu nehmen, dann werden die notwendigen formalen Schritte – durch den/die PsychiatriekoordinatorIn – eingeleitet.

5.2.3 Stärken und Schwächen des SGP

Im Rahmen der Interviews bzw. Fokusgruppen wurden alle GesprächspartnerInnen gebeten, die (wesentlichen) Stärken und Schwachstellen der SGP zu benennen.

Stärken

Zu den Stärken des Steuerungsgremiums zählen nach Ansicht der befragten Akteure vor allem folgende Aspekte: Die SGP verfügen über eine adäquate Struktur; der Sitzungsrhythmus entspricht den (fallbezogenen) Anforderungen und die Sitzungen laufen nach einem „eingespielten Verfahren“ ab. *„Die vereinbarten Regeln (GO) sind gut und haben sich bewährt“*.

Die den Steuerungsgremien zugeordneten Funktionen und Aufgaben werden insgesamt erfüllt. Mit Hilfe der SGP kann eine an den Bedarfen der KlientInnen orientierte Steuerung umgesetzt werden. In den ergebnisoffenen Fallbesprechungen werden für die KlientInnen meist bedarfsorientierte Hilfen ermittelt und individuelle Lösungen zeitnah erarbeitet. Insbesondere KlientInnen mit Multi-Problemlagen können oftmals in eine „passgenaue“ Maßnahme in den Bezirken vermittelt werden. Für KlientInnen, die aus einer Klinik entlassen werden, besteht durch die Arbeit der SGP eine bessere Anschlussversorgung, i.d.R. können die Übergänge ohne „Brüche“ in der Betreuung realisiert werden. Insgesamt hat – nach Ansicht der Interviewten – die Arbeit der SGP zur Schaffung (differenzierter) Versorgungsstrukturen und einer bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Angebote beige-

tragen. Außerdem stellt auch die hohe Verbindlichkeit des Fallmanagements eine weitere Stärke des SGP dar, die u.a. eine bessere Planungssicherheit für die Leistungsanbieter gewährleistet (s.o.).

Darüber hinaus wird von der großen Mehrzahl der Befragten die (sehr) gute und angenehme Arbeitsatmosphäre in den SGP betont. Die Zusammenarbeit wird als überwiegend konstruktiv charakterisiert. Als (weiteres) Qualitätsmerkmal wird angeführt, dass i.d.R. ausreichend Zeit für die Fallbesprechungen zur Verfügung steht. Die große Mehrheit unterstreicht die Bedeutung der Fallbesprechungen, um fundierte fachliche Empfehlungen geben zu können. Neben der Informationsweitergabe wird insbesondere der (fachliche) Austausch der Akteure untereinander als weitere Stärke hervorgehoben.

Schwachstellen

Als Schwachstellen des Steuerungsgremiums nennen unterschiedliche Akteure überwiegend Aspekte, die die Arbeitsweise des SPG bzw. die Informationsgrundlage für fachliche Empfehlungen betreffen. So werden die Vorbereitung und Besprechung der einzelnen Fallvorstellungen teilweise als „sehr dürftig“ charakterisiert: Oftmals liegen zu den einzelnen KlientInnen zu wenige Informationen vor und/oder diejenigen, die den Fall vorstellen, haben nur wenig Hintergrundwissen. Hinzu kommt, dass in vielen Fällen kein oder zumindest kein vollständiger Hilfeplan vorliegt, sodass nicht immer eine ausreichende Basis für fachliche Empfehlungen gegeben ist. Ein Leistungsanbieter führt deshalb Vorgespräche mit dem SpD und dem Fallmanagement, um für die Fallvorstellung in der Steuerungsrunde ausreichende Informationen über die KlientInnen zusammenzutragen. Probleme bestehen auch bei der Klärung der Zuständigkeiten im Hinblick auf die Frage „Wer holt bis wann welche Informationen ein?“. Ein Befragter berichtete, dies sei insbesondere bei Wiedervorlagen der Fall. Insgesamt wird der zeitliche Aufwand, der mit der Vermittlung von KlientInnen über das Gremium verbunden ist, als (zu) hoch bewertet und der Zugang als „zu langwierig, zu administrativ und bürokratisch“. Dies gilt insbesondere für Bezirkswechsel (s.o.), aber teilweise auch für Aufnahmen aus dem stationären Bereich, wengleich für die Mehrzahl der KlientInnen der Übergang vom stationären zum ambulanten Setting gut funktioniert. Als problematisch wird der hohe zeitliche Aufwand der SGP im Hinblick auf „die Konkurrenz“ betrachtet, die parallel zu der Struktur der Gremien Personen, die nicht über das SGP gesteuert werden, mit viel weniger Aufwand in Angebote vermittelt. Beispielsweise „bahnen“ manche Kliniken die weiteren Maßnahmen für die KlientInnen im direkten Kontakt zu den Einrichtungen selbstständig an.

Als problematisch wird auch die Größe des Gremiums eingestuft, da für die Vielzahl der zu behandelnden Fälle nicht immer ausreichend Zeit für einen vertieften Austausch zur Verfügung steht.

5.2.4 Anregungen/Verbesserungsvorschläge

Angeregt wird eine einheitliche Regelung für die bezirksübergreifende Versorgung bzw. die Umsetzung des Prinzips, dass der „Herkunftsbezirk“ generell für die KlientInnen zuständig ist. Dieses Prinzip sollte in Berlin einheitlich angewendet werden. Die „Wahlfreiheit“ der KlientInnen sollte im Vordergrund stehen und nicht durch bürokratische „Zuständigkeitsprobleme“ eingeschränkt werden.

Die Begutachtung der KlientInnen durch den SpD sollte z.T. zeitnah(er) erfolgen, da dies zur schnelleren Fallbearbeitung beiträgt.

Auch das Zeitmanagement sollte in mehrfacher Hinsicht verbessert werden: So wird von einigen GesprächspartnerInnen eine Begrenzung des Zeitaufwands gewünscht, sowohl im Hinblick auf die Anwesenheit der Leistungsanbieter in der Steuerungsrunde (vorstellbar wäre z.B. die Besprechung der entsprechenden Fälle zu Beginn der Sitzung) als auch hinsichtlich der einzelnen Fallbesprechungen, deren Dauer aus Sicht der Befragten 15 Minuten nicht überschreiten sollte. In einem Bezirk wird angeregt, die einzelnen Fälle nicht nur „abzuhaken“, sondern auch die Zeit für eine ausführlichere *Fallbesprechung* einzuräumen.

Für begründete Einzelfälle sollte generell die Möglichkeit gegeben sein, sich mehr Zeit nehmen zu können. Insgesamt sollten die Fallzahlen pro Sitzung nicht zu hoch sein, da ansonsten die Qualität der Fallbesprechungen leiden könnte. Dies ist in einigen Gremien – lt. Aussage einiger befragter Leistungsanbieter – teilweise bereits geschehen. Es wird darauf hingewiesen, dass jedoch keinesfalls eine Vorsteuerung wünschenswert wäre.

Ein Vorschlag bezieht sich auf die Abstimmung einer „Vertretungsregel“ der überregionalen Anbieter. Es sollte geprüft werden, ob sich überregional ausgerichtete Leistungsanbieter untereinander abstimmen und die aktuell notwendigen Informationen austauschen (z.B. über aktuelle Kapazitäten) und dann eine/n VertreterIn bestimmen, der/die an den verschiedenen SGP teilnimmt und die Interessen der verschiedenen Anbieter vertritt.

Für den Fall, dass zukünftig „neue“ Träger mit ihren Angeboten am Steuerungsgremium teilnehmen, wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass auch diese Träger verbindlich in die Pflichtversorgung einbezogen werden müssen. Auch in Zukunft sollte gewährleistet sein, dass (auch) eine (bedarfsgerechte) Versorgung „schwieriger“ KlientInnen erfolgt. *„Jeder Fall muss versorgt werden, vor allem die schwierigen Fälle und nicht nur solche, die in das Konzept der Träger passen.“*

Als hilfreich wird – neben einer aussagekräftigeren Informationsgrundlage für die fachlichen Empfehlungen der SGP (s.o.) – auch ein besserer Überblick über Platzverteilung/Kapazitäten/freie Plätze sowie die Information der SGP bei Aufnahme von KlientInnen in überregionale Einrichtungen angesehen.

5.2.5 Zusammenlegung der Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht

In Hinblick auf die Zusammenlegung der ursprünglich zielgruppenspezifisch unterteilten Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht sehen die Befragten sowohl Vorteile und Stärken als auch Nachteile und Schwachstellen.

Vorteile/Stärken

Als effektiv und sinnvoll wird die Zusammenlegung, vor allem angesichts von KlientInnen mit Mehrfachproblematiken und Doppeldiagnosen, betrachtet. Viele KlientInnen mit psychischen Erkrankungen/Behinderungen weisen auch Suchtproblematiken auf bzw. KlientInnen mit Suchtproblemen leiden häufig unter psychischen Erkrankungen. In solchen Fällen zeichnen sich ohnehin Schnittstellen ab und die Betroffenen sind in einer „gemeinsamen Runde“ leichter zu steuern und können – insbesondere KlientInnen mit Mehrfachproblematik – passgenau(er) in Angebote vermittelt werden, da alle Leistungsanbieter in ein und dem selben Gremium vertreten sind. Die Nutzung der Kompetenzen der TeilnehmerInnen aus dem jeweils anderen Bereich gewährleistet eine höhere Qualität

der Fallbesprechung, die nach Ansicht der Befragten in getrennten Gremien nicht gegeben wäre.

Nachteile/Schwächen

Als problematisch – vor allem für die bzw. aus Sicht der Klientinnen – bewerten die befragten *Leistungsanbieter* die Größe der Steuerungsrunde und die hohe Anzahl an Mitgliedern, die sich aus der Zusammenlegung der Gremien ergibt. Die Größe des Gremiums könnte auf KlientInnen abschreckend wirken, sich selbst im Gremium vorzustellen. Aus organisatorischer Sicht stellt auch der erhöhte Zeitaufwand, der mit einer Zusammenlegung verbunden ist/wäre, einen Nachteil dar. Z.T. müssen Leistungsanbieter zwei bis drei Stunden im Gremium anwesend sein, auch wenn die entsprechenden Fälle – z.B. Fälle mit Alkoholproblematik – regelhaft erst am Ende der Sitzung vorgestellt werden. Darüber hinaus wird von einigen Befragten ein Qualitätsverlust befürchtet.

5.3 Fokusgruppe mit Betroffenen

Aufgrund der Bedeutung, die den Einschätzungen und Wahrnehmungen der Betroffenen, u.a. in Fragen der Betreuungssituation, der Bedarfsermittlung oder der individuellen Hilfeplanung zukommt – führte FOGS am 7. Dezember 2010 eine Fokusgruppe mit Betroffenen durch. Alle Betroffenen (n = 5) waren TeilnehmerInnen des „Zuverdienstes Spandau“, ein Angebot des „Freundeskreises – Integrative Dienste“. In dem Gruppengespräch, das in den Räumlichkeiten des Anbieters in Berlin Spandau stattfand, wurden u.a. die aktuelle Betreuungssituation, der Zugang in das aktuelle Angebot sowie die Erfahrungen mit dem Steuerungsgremium Psychiatrie thematisiert.

Die fünf TeilnehmerInnen waren zum Zeitpunkt des Gesprächs zwischen 30 und ca. 60 Jahre alt, und überwiegend männlich (n = 4). Es lagen unterschiedliche Problematiken im Bereich psychischer Störungen/Suchterkrankungen vor (z.B. Depression, Alkoholproblematik). Die Mehrzahl gab an, Leistungen der Eingliederungshilfe oder Leistungen im Rahmen von Einzelfallhilfe zu beziehen, darunter Betreutes Einzelwohnen.

Die meisten Befragten waren seit vier bis sechs Jahren im Zuverdienstangebot tätig, jeweils eine Person seit einem bzw. seit neun Jahren. Alle Betroffenen sind drei bis vier Tage pro Woche für 2,5 bis 5,6 Stunden in unterschiedlichen Bereichen des Zuverdienstangebots beschäftigt, darunter die Bereiche: Wasch- und Bügeldienst, Manufaktur und Kunsthandwerk (z.B. Weihnachtskarten bekleben), Montage, Sortier-, Etikettier- und Faltarbeiten mit Kunststoff, Metall, Pappe. Die Zufriedenheit mit dem Zuverdienstangebot war bei allen TeilnehmerInnen hoch, und das Angebot wurde positiv bewertet: Es bietet eine gute Versorgung, eine Auswahl an Arbeits- und Aufgabenbereichen unter Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten/Vorlieben, zwischenmenschliche/soziale Kontakte und Austauschmöglichkeiten, Ablenkung und Abwechslung. Zugang zum Zuverdienstangebot erhielten die befragten TeilnehmerInnen durch ihre(n) BetreuerIn/SozialarbeiterIn (n = 2) oder Angehörige (n = 1). Zwei Personen verschafften sich Zugang in Eigeninitiative.

Obwohl – in Hinblick auf die Angaben zur Inanspruchnahme von Leistungen und Unterstützungsangeboten (s.o.) – anzunehmen ist, dass die meisten Betroffenen oder zumindest einige von ihnen über das Steuerungsgremium Psychiatrie gesteuert werden bzw. wurden, konnte von den TeilnehmerInnen die Frage nach den Erfahrungen mit dem Steuerungsgremium Psychiatrie nicht beantwortet werden. Entweder gaben sie an, dass ihnen das Steuerungsgremium nicht bekannt sei, oder sie waren sich nicht sicher, ob sie in der Ver-

gangenheit an der Steuerungsrunde teilgenommen hatten. Gleichwohl wiesen sie darauf hin, dass sie es sich schwer vorstellen könnten, in einer derart großen Runde ihre Situation darzustellen.

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

6.1 Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse und grundsätzliche Bewertung

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 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 und weiteren Diensten der psychiatrischen Versorgungsregion sowie – sofern gewünscht – den KlientInnen zusammen.

Als Folge der in den Jahren 2004/2005 von FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich, Köln – im Auftrag der SenGUV – durchgeführten Evaluation der SGP wurde am 1. März 2007 eine *Rahmengesäftsordnung (RGO – SGP)* in Kraft gesetzt, mit der die Arbeit dieser Gremien einen verbindlichen, einheitlichen Rahmen erhalten hat. 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.

Im Oktober 2010 wurde die FOGS (erneut) beauftragt, die Steuerungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung in Berlin zu evaluieren.

Nachfolgend werden – mit Blick auf die Ziele und grundsätzlichen Fragestellungen – die wichtigsten Ergebnisse der Breiten- und Tiefenevaluation zusammengefasst, wobei sich die Struktur der nachfolgenden Ausführungen an den vier (wesentlichen) Fragekomplexen der Ausschreibung orientiert.

Umsetzung der Verfahrensregelungen und Funktion der Steuerungsgremien

1. Aus Sicht von FOGS 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. Das zeigen sowohl die Analyse der Geschäftsordnungen von elf Bezirken als auch die Ergebnisse der verschiedenen von FOGS durchgeführten Erhebungen.
2. Sowohl die Verfahrensregelungen der RGO als auch der AV EH werden von fast allen PsychiatriekoordinatorInnen und den im Rahmen der Tiefenevaluation befragten Akteuren als positiv und – gemessen an den intendierten Aufgaben der SGP – als zielführend bewertet. Die auf dieser (formalen) Grundlage herausgebildete Zusammenarbeit zwischen 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 re-

regelmäßige Teilnahme des Fallmanagements an den SGP hat zu einer höheren (gegenseitigen) Akzeptanz der an der Erarbeitung fachlicher Empfehlungen beteiligten Akteure geführt. 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 Leistungserbringer zu erhöhen.

3. Aus den verschiedenen Befragungen lassen sich – trotz vielfältiger gesetzlicher und versorgungsstruktureller Veränderungen – keine substantiellen Hinweise darauf ableiten, dass die bezirklichen Steuerungsgremien nicht mehr „zeitgemäß“ sind. Zu den positiven Entwicklungen der letzten Jahre zählen vielmehr die gestiegene Verbindlichkeit fachlicher Empfehlungen der SGP, die „regelmäßige“ Einbeziehung aller am Verfahren beteiligten Akteure – u.a. Leistungserbringer, Fallmanagement, SpD – und die damit für alle Seiten verbundene (Entscheidungs-)Transparenz. Die SGP tragen (somit) erheblich dazu bei, die bezirkliche Pflichtversorgung und eine personenzentrierte Hilfeerbringung umzusetzen. Insofern ist davon auszugehen, dass sich darüber auch die Qualität der Versorgung verbessert.
4. Ein Vergleich der Geschäftsordnungen der Bezirke mit der landesweit gültigen RGO verdeutlicht, dass die große Mehrzahl der GO in Aufbau und Inhalt weitgehend an die Rahmengeschäftsordnung 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.⁶
5. Die PsychiatriekoordinatorInnen haben im Verlauf der letzten Jahre unterschiedliche Gründe beobachtet, die eine (bedarfsgerechte) Vermittlung von Klientinnen 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, die u.a. bewirken, dass KlientInnen erst gar nicht im SGP vorgestellt werden. Auch das Fehlen zielgruppenspezifischer Angebote – u.a. für KlientInnen mit Mehrfachdiagnosen und/oder hohem Betreuungsbedarf bzw. bei wohnungslosen Personen – wird als Grund genannt.
6. Aus den Befragungen geht hervor, dass die Bezirke (z.T. enger) kooperieren: In drei Viertel der Gremien bezieht sich die Zusammenarbeit in erster Linie auf die Aufnahme von KlientInnen aus anderen Bezirken und/oder auf die Vermittlung von KlientInnen in Angebote anderer Bezirke. Als weitere Aspekte der Kooperation werden die (gegenseitige) kollegiale Beratung oder der regelmäßige Austausch der Psychiatrie-/Suchthilfe koordinatorInnen zu wichtigen (psychiatriepolitischen oder versorgungsstrukturellen) Themen sowie Versorgungsengpässe/-bedarfe genannt. Von der Mehrzahl der befragten PsychiatriekoordinatorInnen 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 Zuständigkeits-

⁶ Aus verschiedenen Gesprächen ist FOGS bekannt, dass einige SGP eine Überarbeitung der GO nach Beendigung der Evaluation planen.

regelung⁷ durch alle Akteure erachtet. Angeregt wird außerdem die frühzeitige Information der SGP über die Notwendigkeit eines Wechsels eines/einer KlientIn in einen anderen Bezirk.

Handlungsfähigkeit der Steuerungsgremien

7. Die bezirklichen Steuerungsgremien setzen sich aus der/dem zuständigen PsychiatriekoordinatorIn, dem Träger der Sozialhilfe (Fallmanagement), dem sozialpsychiatrischen Dienst (als Fachbehörde), VertreterInnen der zuständigen Kliniken sowie den bezirklichen Leistungserbringern zusammen. In zwei Drittel der Gremien sind darüber hinaus noch weitere Institutionen/Personen repräsentiert, beispielsweise VertreterInnen 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. gesetzliche BetreuerInnen, andere Leistungsanbieter (z.B. Anbieter häuslicher psychiatrischer Pflege) und KlientInnen bzw. deren Angehörige.
8. 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.
9. Zu den Aufgaben der PsychiatriekoordinatorInnen zählen i.d.R. die Vorbereitung und Moderation der SGP. Der aufgewendete Zeitaufwand, der durchschnittlich mit der Teilnahme an einer Sitzung verbunden ist (inkl. Vor-/Nachbereitung, ggf. Fahrtzeit), umfasst mindestens drei bis maximal 20 Stunden. Darüber hinaus entstehen auch bei anderen MitarbeiterInnen 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 zwischen einer bis zu drei Stunden.
10. 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 (fast) vollständig bearbeiteter BBRP liegt in den wenigsten Fällen vor: Die große Mehrzahl der Hilfepläne ist entweder „überwiegend bearbeitet“ oder „unvollständig bearbeitet“. In den Interviews 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, die Schweigepflichtentbindungserklärung der KlientInnen, persönliche Angaben (u.a. Darstellung der Ziele und Wünsche) sowie Aussagen zum beteiligten Personenkreis im Rahmen der Hilfebedarfsfeststellung und die Benennung des geplanten Leistungsumfangs. Darüber hinaus werden in einigen Gremien (Vorstellungs-)Listen mit

⁷ Zuerst ist der Bezirk zuständig, in dem der/die KlientIn polizeilich gemeldet ist.

den Namen der KlientInnen etc. *vorab* an die Mitglieder des SGP versandt bzw. unmittelbar *vor* der Sitzung verteilt.

11. Die Träger der verschiedenen Hilfen und Angebote sind Teil des bezirklichen Pflichtversorgungssystems Psychiatrie und leisten einen (wichtigen) Beitrag, um die Versorgung seelisch behinderter Menschen sicherzustellen. 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 FOGS vorliegenden Daten – nicht erkennen, dass die Träger ihre „Marktmacht“ zu Lasten des Leistungsträgers und der KlientInnen „missbrauchen“.

Absprachen etc., KlientInnen aus dem Hilfesystem zu entlassen

12. Die praktischen Möglichkeiten, die bestehen, um im Rahmen der Steuerungsgremien ein „Entlassungsmanagement“ zu realisieren, werden unterschiedlich beurteilt: Während zwei Drittel der befragten PsychiatriekoordinatorInnen 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 (u.a. wegen zu hoher KlientInnenzahlen). 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. Beispielsweise sollten im Rahmen eines Qualitätszirkels – mit dem Arbeitsschwerpunkt Entlassungsmanagement – verschiedene Möglichkeiten ausgetauscht werden, um Entlassungen optimaler zu gestalten. Ein Gremium bemüht sich um die „regelhafte“ Wiedervorstellung von KlientInnen, die länger als fünf Jahre in einer Maßnahme sind. In einem weiteren Bezirk werden Anträge aus der Klinik frühzeitig gestellt, damit „zeitnah“ ein geeignetes Angebot bereitgestellt werden kann.
13. Die Hälfte der befragten PsychiatriekoordinatorInnen gibt an, dass KlientInnen 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.
14. 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 KlientInnen oftmals nicht (vollständig) decken können, werden sie eher zur Überbrückung genutzt.

Beschreibung der Konsequenzen der Nicht-Fortführung des Budgetkontrollprogramms

15. Im Zusammenhang mit der künftigen Überprüfung und Steuerung der Auslastung des Hilfesystems verweist ein Teil der PsychiatriekoordinatorInnen 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. Zt. gegeben ist. Andere PsychiatriekoordinatorInnen empfehlen, das fehlende Budgetkontrollprogramm durch ein anderes Controllinginstrument wie z.B. das regionale Psychiatricbudgets („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.

6.2 Schlussfolgerungen und Ausblick für die zukünftige Arbeit der SGP in Berlin

Sowohl die Rahmengesäftsordnung 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 beitragen. 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.

Nachfolgend sollen, ausgehend von den Befunden der verschiedenen Erhebungen sowie den daraus abgeleiteten Stärken und Problemfeldern der Steuerung, Schlussfolgerungen dargestellt werden. In diese sind auch (punktuell) Überlegungen bundesweiter Diskussionen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und darauf bezogener Verfahren sowie zur Steuerung und Planung von Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie und Suchthilfe eingeflossen.

Anforderungen an die (zukünftige) Arbeit des SGP

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 KlientInnen, ausreichende Zeitkontingente für die Erörterung der Einzelfälle sowie Vorstellung einer angemessenen Zahl von KlientInnen. Steuerungsgremien, die nur Daten und Informationen zu den KlientInnen kurz „abhaken“, erfüllen jedenfalls nicht die genannten Kriterien.

Die Vermittlung von KlientInnen 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 bestehen-

den Platzkapazitäten und der (möglicherweise) daraus resultierenden Konkurrenzsituationen zwischen den Anbietern – „*ergebnisoffene*“ *Fallbesprechungen* voraus. Keinesfalls sollten eindeutige „Vorfestlegungen“ in Hinblick auf das/die Hilfeangebot/e getroffen werden.

Zugleich müsste noch einmal genauer analysiert werden, aus welchen (fachlichen) Gründen Verlängerungsanträgen (in den SGP) zugestimmt werden und ob diese immer nur auf fehlende (Platz- oder Angebots-)Kapazitäten zurückzuführen sind. Auffallend ist zudem, dass nur eine geringe Zahl von KlientInnen 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 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.

Die Erfahrungen, die mit der Nutzung, z.B. von Anmelde-, Wiedervorlagelisten, Listen zu Verlängerungsanträgen oder Beendigungen, Vorgaben für die Falldarstellung, Feststellung und Bekanntmachung von freien Kapazitäten, vorliegen, sollten zwischen den SGP ausgetauscht werden. Die SGP der Bezirke können dann entscheiden, welche Instrumente die eigene Arbeit unterstützen könnten.

Seitens des *Fallmanagements* werden – wie aus der Evaluation hervorgeht – unterschiedliche Formen der Mitwirkung im SGP umgesetzt: Zum einen nehmen (meist mehrere) FallmanagerInnen (auf Basis von Buchstabengruppen, Geburtsdaten etc.) an den Steuerungsgremien teil; zum anderen vertreten in einigen Gremien Leitungskräfte (GruppenleiterInnen der FallmanagerInnen) das Fallmanagement in den Steuerungsrounds. Vor diesem Hintergrund sollte das Fallmanagement prüfen, ob künftig – als neue Beteiligungsform – neben einer „KoordinatorIn“, die kontinuierlich am SGP teilnimmt und auch als zentrale AnsprechpartnerIn fungiert, weitere FallmanagerInnen 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

Anpassungsnotwendigkeiten der RGO bzw. GO

Grundsätzlich erscheint die *flexible* Ausgestaltung der Umsetzung der RGO für die SGP wichtig, (ergänzende) Sonderregelungen der Bezirke sollten (weiterhin) möglich sein.

Die vorliegende RGO sollte um Ausführungen zur Dokumentation (*Punkt 7*) ergänzt werden.

Eine regelmäßige Anpassung der GO der Bezirke erscheint sinnvoll, die GO sollte die aktuelle Arbeitspraxis (u.a. Ablauf des SGP) abbilden.

Vermittlung von KlientInnen zwischen den Bezirken

Wenn KlientInnen ein Angebot außerhalb des Herkunftsbezirks nutzen möchten oder auf Vorschlag des SGP nutzen sollen, wird eine einheitliche Umsetzung der bestehenden Zuständigkeitsregelungen empfohlen. Demnach ist der Herkunftsbezirk bzw. der Bezirk in dem der Klient/die Klientin polizeilich gemeldet ist, zuständig. Eine einheitliche Vorgehensweise stellt die Wahlfreiheit der KlientInnen sicher, hilft, die „Bezirksgrenzen“ zu überwinden, und vermeidet eine zeitlich aufwendige „doppelte Steuerung“ (durch das SGP im Herkunftsbezirk und das SGP im „Angebotsbezirk“).

Rahmenbedingungen der SGP

Die (zielgruppenspezifische) Ausgestaltung der SGP sollte mittelfristig aufgegeben werden. Neben der Sicherung einer einheitlichen Verfahrensweise für alle KlientInnen ist die Erarbeitung fachlicher Empfehlungen bei KlientInnen mit einer Doppel- bzw. Mehrfachdiagnose in einem fachübergreifenden SGP angemessener. Mit einer Zusammenlegung sind organisatorische Veränderungen verbunden. FOGS schlägt hierzu einen Austausch über die Erfahrungen mit den SGP vor, die bereits den Suchthilfebereich in das Steuerungsgremium Psychiatrie eingebunden haben.

Fortführung/Weiterentwicklung des Budgetkontrollprogramms

Wie aus der Evaluation hervorgeht, sind für einen Teil der Befragten die Gründe für die Abschaffung des Budgetkontrollprogramms nicht ersichtlich; ein anderer Teil ist der Auffassung, dass das Budgetkontrollprogramm entweder in der „alten“ oder in einer „veränderten“ Form fortgeführt werden sollte. Unabhängig davon, ob und ggf. in welcher Form ein derartiges Kontrollprogramm künftig umgesetzt werden soll, stellen sich mit Blick auf ein/e Controlling/Steuerung der Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich der psychiatrischen Versorgung in den zwölf Bezirken insbesondere folgende zentrale Fragen:

- Welche generellen Ziele sollen mit dem Controlling/der Steuerung der (Träger-)Budgets erreicht werden?
- Auf welche Dokumentationsverfahren/-instrumente kann zurückgegriffen werden, um relevante Daten für die Abbildung ausgewählter Kennzahlen zu erfassen?
- Mit welchem Aufwand ist das für die Leistungsanbieter (Träger) verbunden?
- Welche personellen Ressourcen hat die SenGUV (oder andere Stellen) zur Verfügung, um die erfassten Daten (zeitnah) auszuwerten und ggf. an die Leistungsanbieter zurückzumelden?

Erst auf Basis der Beantwortung dieser Fragen, lässt sich ein differenzierter Vorschlag für ein (neues) Controlling-/Steuerungsverfahren inkl. Kennzahlen entwickeln. Aufgrund von Erfahrungen in vergleichbaren Projekten im Gesundheits-/Sozial- und Jugendbereich sind aus FOGS-Sicht für ein/e Controlling/Steuerung aber (zumindest) folgende Kennzahlen von eminenter Bedeutung:

- Fallzahlentwicklung (ggf. nach Hilfebedarfsgruppen/Leistungstypen) je Bezirk
- Fallkosten (Durchschnitt, Median, Minimum, Maximum) je Bezirk

- Fallzahlentwicklung (ggf. nach Hilfebedarfsgruppen/Leistungstypen) je Leistungsanbieter (Träger)
- Fallkosten (Durchschnitt, Median, Minimum, Maximum) je Leistungsanbieter (Träger)
- Fallzahlentwicklung aller Berliner Bezirke und Fallkosten für Gesamtberlin
- denkbar und wünschenswert, aber sehr aufwendig wären Kennzahlen im Hinblick auf Wirkungen der umgesetzten Angebote/Maßnahmen.

Ausblick und Handlungsbedarfe

Aus FOGS-Sicht besteht – ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation – insbesondere hinsichtlich folgender Aspekte ein kurz- und mittelfristiger Handlungsbedarf, um die Steuerungsfähigkeit und -qualität der SGP zu verbessern:

- Entwicklung landesweiter Standards, die die Vermittlung von KlientInnen zwischen den einzelnen Bezirken eindeutiger regeln und zu einer Vermeidung von Reibungsverlusten zwischen den Steuerungsgremien beitragen.
- Systematische Untersuchung der Voraussetzungen, die gegeben sein müssten, KlientInnen (auch wieder) aus dem psychiatrischen Hilfesystem zu „entlassen“.
- Entwicklung systematischer Überlegungen dazu, mit welchem Verfahren/Instrument ein Controlling/eine Steuerung der Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich der psychiatrischen Versorgung (mit begrenztem Aufwand) sinnvoller Weise durchgeführt werden könnte.

Denkbar wäre, für die genannten Handlungsbedarfe auf externe Beratung/Unterstützung zurückzugreifen.

7 Literatur

Badura, B., Sigrist, J. u.a. (2000). *Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG)*. Düsseldorf.

Denzin, N. K. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGrawHill.

Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V. (DeGEval) (2002). *Standards für Evaluation*. Köln: DeGEval.

Görge, W. & Oliva, H. (2005). *Evaluation der Steuerungsgremien der Bezirke im Bereich der psychiatrischen Versorgung des Landes Berlin mit Vorschlägen zu einem landeseinheitlichen Verfahrensweg*. Abschlussbericht. Köln: FOGS GmbH.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). *Evaluation des ÖGD-Gesetzes NRW*. Hamburg/Köln.

Müller, P. (2002). *Kommunale Gesundheitspolitik - Koordinierung statt Verwalten: Aufgaben- und Organisationsentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel Berlin*. Lage: Jacobs.

Oliva u.a. (2001). *Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke - Zur Arbeit regionaler Suchtkoordinatoren*. Baden-Baden: Nomos.

Oliva, H. (2009). *Bestandsaufnahme und -analyse der „Regionalen Steuerungsverbände in der Versorgungsregion Süd-West“ (Oberbayern)*. Köln: FOGS GmbH.

8 Anhang

Tab. A1: Mitglieder der PAG (in alphabetischer Reihenfolge)

Name	Institution
Patrizia Di Tolla	Vertreterin/Vertreter Liga-Fachausschuss Psychiatrie
Ingo Dommach	BA Neukölln, GL Fallmanagement
Prof. Dr. Jürgen Gallinat	Psychiatrische Universitätsklinik der Charité, St. Hedwig-Krankenhaus
Rüdiger Hartmann	FOGS GmbH
Michael Holz	BA Steglitz-Zehlendorf, Psychiatriekoordination
Ingo Klatt	SenIAS
Stefan Kolodziejczak	BA Mitte/Tiergarten, Psychiatrie- und Suchtkoordination
Dr. Harald Lund	BA Spandau, Psychiatrie- und Suchthilfekoordination
Hans Oliva	FOGS GmbH
Martin Rech	SenGUV
Matthias Rosemann	Träger gGmbH
Michael Rottig	Vertreter des SpD
Dr. Roland Scheil	BA Lichtenberg, Psychiatrie- und Suchtkoordination
Igor Wolansky	AWO Landesverband Berlin e.V.
Dr. Michael Wolf	BA Charlottenburg-Wilmersdorf, Psychiatriekoordination
Ursula Wurm	BA Treptow-Köpenick, Psychiatriekoordinatorin

Tab. A2: Zielgruppen, für die das SGP zuständig ist

	abs.	in %
Menschen mit psychischen/seelischen Behinderungen	12	100,0
Sonstige*	7	58,3

* Menschen, bei denen die Behinderung noch nicht eindeutig festgestellt ist, die wohnungslos sind oder die aus der Forensik bzw. JVA entlassen werden.

Tab. A3: Aufgaben der Leitung des SGP

	abs.	in %
Dokumentation der Arbeit	12	100,0
Moderation	11	91,7
Vorbereitung und Durchführung	10	83,3
sonstiges	6	50,0

Tab. A4: *Wahrnehmung von einzelnen (Leitungs)Aufgaben durch andere MitarbeiterInnen des Bezirks*

	abs.	in %
ja	8	66,7
nein	4	33,3
Gesamt	12	100,0

Tab. A5: *Derzeitige Zusammensetzung des SGP: geschätzte Teilnahmefrequenz der teilnehmenden stimmberechtigten Institutionen*

Institutionen	regelmäßig (81 – 100 %)		häufig (41 – 80 %)		selten (11 – 40 %)		nie (0 – 10 %)	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Psychiatriekoordinator/in	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sozialhilfeträger/FM	11	91,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0
SpD als Fachbehörde	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kliniken	12	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
bezirkliche Leistungserbringer	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0

Tab. A6: *Teilnahme nicht stimmberechtigter Institutionen am SGP*

	abs.	in %
ja	5	41,7
nein	7	58,3
Gesamt	12	100,0

Tab. A7: *Durchführung von außerordentlichen Sitzungen – neben regulären Sitzungen*

	abs.	in %
ja	6	50,0
nein	6	50,0
Gesamt	12	100,0

Tab. A8: *Häufigkeit mit der das SGP bei Beendigung einer Maßnahme (fallbezogen) informiert wird*

	abs.	in %
regelmäßig	5	41,7
häufig	1	8,3
selten	3	25,0
nie	3	25,0
Gesamt	12	100,0

Tab. A9: Institutionen, die Fallvorstellungen im SGP vornehmen

	unter 10%		10-29%		30-49%		50-69%		70-89%		90-100%	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Fallmanager/in	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sozialpsychiatrischer Dienst	3	25,0	3	25,0	1	8,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3
Kliniken	1	8,3	4	33,3	6	50,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0
ambulante Leistungserbringer	2	16,7	6	50,0	1	8,3	1	8,3	1	8,3	1	8,3
weitere stat. Leistungserbringer	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesetzliche Betreuer/innen	7	63,6	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sonstige*	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

* Sonstige: 67er Bereich, ambulante Pflege und Soziotherapie, mit Unterstützung KMV, Angehörige und Klienten, eigene Vorstellung (30-49 %)

Tab. A10: Existenz eines Vetorechts bezogen auf fachliche Empfehlungen des SGP

	abs.	in %
ja	9	75,0
nein	3	25,0
Gesamt	12	100,0

Tab. A11: Anzahl der fachlichen Empfehlungen des SGP zu denen im Jahr 2010 (Stichtag: 01. Oktober 2010) abweichende Entscheidungen getroffen wurden

Gesamtzahl fachlicher Empfehlungen	Anzahl Empfehlungen mit abweichenden Entscheidungen seitens FM	Anzahl Empfehlungen denen aus anderen Gründen* nicht entsprochen wurde
67		2
123		
127		7
131		
139		
140		
173		
174		
177		
230		
328	89	
413		
2222	89	9

* andere Gründe: keine Mitwirkung/Ablehnung des Klienten (2 Nennungen), Selbstzahler (1 Nennung), im Bezirk nicht abdeckbarer Hilfebedarf (1 Nennung)

Tab. A12: Keine abweichenden Entscheidungen zu den fachlichen Empfehlungen des SGP im Erhebungszeitraum

	abs.	in %
ja	8	66,6
nein	4	33,3
Gesamt	12	100,0

Tab. A13: Größe des Anteils an KlientInnen, die am Steuerungsgremium teilnehmen (bezogen auf die Anzahl der in einer Sitzung vorgestellten Fälle)

geschätzter Anteil in %	abs.	in %
unter 10	11	91,7
10-29	1	8,3
30-49	0	0,0
50-69	0	0,0
70-89	0	0,0
90-100	0	0,0
Gesamt	12	100,0

Tab. A14: Vermittlung von KlientInnen ohne Stellungnahme des SGP

	abs.	in %
ja	6	50,0
nein	6	50,0
Gesamt	12	100,0

Tab. A15: Vorgehensweise in Fällen, in denen der Hilfe-/Untersuchungsbedarf aktuell nicht gedeckt werden kann

	abs.	in %
Aufnahme in eine Warteliste	11	91,7
Vermittlung in andere Bezirke	9	75,0
Sonstige	10	83,3

Tab. A16: Aufnahme in Warteliste und Vermittlung in andere Bezirke: Angaben zur Anzahl der Fälle und Dauer der Wartezeit

	Min.	Max.	Gesamt
Aufnahme in Warteliste: Anzahl der Fälle (n = 9)	3	80	276
Aufnahme in Warteliste: Wartezeit in Tagen (n = 5)	28	60	227
Vermittlung in andere Bezirke: Anzahl der Fälle (n = 8)	1	25	56

Tab. A17: Anzahl der Fälle, die in Warteliste aufgenommen wurden, weil Hilfe-/Untersuchungsbedarf nicht gedeckt werden konnte und Dauer der Wartezeit

Einrichtung	geschätzte Anzahl der Fälle	Dauer der Wartezeit in Tagen
Einrichtung Nr. 1	3	60
Einrichtung Nr. 2	5	k.A.
Einrichtung Nr. 3	12	49
Einrichtung Nr. 4	20	30
Einrichtung Nr. 5	30	60
Einrichtung Nr. 6	31	28
Einrichtung Nr. 7	75	k.A.
Einrichtung Nr. 8	80	k.A.
Gesamt	276	227

Tab. A18: Anzahl der Fälle, die in andere Bezirke vermittelt wurden, weil Hilfe-/Untersuchungsbedarf nicht gedeckt werden konnte

Anzahl der Fälle	abs.	in %
1 Fall	1	12,5
3 Fälle	3	37,5
5 Fälle	2	25,0
11 Fälle	1	12,5
25 Fälle	1	12,5
Gesamt	8	100,0

Tab. A19: Häufigkeit mit der alternative Überlegungen zur Hilfestellung nach SGB XII in den SGP vorgeschlagen werden

	abs.	in %
regelmäßig	3	25,0
häufig	3	25,0
selten	6	50,0
nie	0	0,0
Gesamt	12	100,0

Tab. A20: Existenz praktischer Möglichkeiten um im Rahmen der SGP ein „Entlassungsmanagement“ zu realisieren/Existenz guter Beispiele

	abs.	in %
ja	6	60,0
nein	4	40,0
Gesamt	10	100,0

Tab. A21: *Bewährung des Dokumentationsverfahren*

	abs.	in %
gut	4	36,4
eher gut	4	36,4
eher schlecht	3	27,3
schlecht	0	0,0
Gesamt	11	100,0

Tab. A22: *Ergänzungsbedarf hinsichtlich der dokumentierten Verfahrensdaten bzw. fallbezogenen Klientendaten*

	abs.	%
ja	4	40,0
nein	6	60,0
Gesamt	10	100,0

Tab. A23: *Bewährung der Verfahrensregelungen (der RGO), die die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und SGP regeln*

	abs.	in %
gut	6	54,5
eher gut	5	45,5
eher schlecht	0	0,0
schlecht	0	0,0
Gesamt	11	100,0

Tab. A24: *Bewährung der Verfahrensregelungen (der AV EH), die die Zusammenarbeit zwischen Fallmanagement und SGP regeln*

	abs.	in %
gut	4	40,0
eher gut	5	50,0
eher schlecht	1	10,0
schlecht	0	0
Gesamt	10	100,0

Tab. A25: Aspekte auf die sich Zusammenarbeit mit SGP anderer Bezirke vorrangig bezieht

	abs.	in %
Aufnahme von Klientinnen und Klienten aus anderen Bezirken und Vermittlung von Klientinnen und Klienten in Angebote in anderen Bezirken	8	72,7
Aufnahme von Klientinnen und Klienten aus anderen Bezirken und Vermittlung von Klientinnen und Klienten in Angebote in anderen Bezirken und sonstige Punkte der Zusammenarbeit*	3	27,3
Gesamt	11	100,0

* sonstige Punkte der Zusammenarbeit: fachliche Beratung, regelmäßiger Austausch der Psychiatrie-/Suchthilfekordinatoren über Schwerpunkte, Engpässe, Bedarfe.

Tab. A26: Bewertung der (fallbezogenen) Zusammenarbeit mit einzelnen SGP

	abs.	in %
gut	17	85,0
eher gut	1	5,0
eher schlecht	1	5,0
schlecht	1	5,0
Gesamt	20	100,0

Tab. A27: Findet mit einzelnen Steuerungsgremien keine Zusammenarbeit statt, obwohl es fachlich als notwendig angesehen wird?

	abs.	in %
ja	2	22,2
nein	7	77,8
Gesamt	9	100,0

Tab. A28: Bewertung der RGO und der AV EH in Hinblick auf Wahrnehmung der Aufgaben des SGP

	RGO		AV EH	
	abs.	in %	abs.	in %
gut	4	36,4	3	30,0
eher gut	6	54,5	5	50,0
eher schlecht	1	9,1	2	20,0
schlecht	0	0,0	0	0,0
Gesamt	11	100,0	10	100,0

Tab. A29: Bewertung einzelner Aspekte der Arbeit des SGP

Verfahrensaspekte/Arbeitsweise	gut		eher gut		eher schlecht		schlecht	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
vorbereitenden Aktivitäten (z.B. BRP, Helferkonferenz, Gutachten)	4	36,4	5	45,5	2	18,2	0	0,0
Zugangswege der Klientinnen/AntragstellerInnen	4	36,4	7	63,6	0	0,0	0	0,0
Sitzungsrhythmus des Steuerungsgremiums	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0
Fallvorstellung (beteiligte Personen, Art und Weise)	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0
Einbeziehung von Betroffenen/Angehörigen	3	30,0	2	20,0	4	40,0	1	10,0
formelle Anforderungen an die Antragssteller/Klienten	4	40,0	5	50,0	1	10,0	0	0,0
Informationsgrundlage für die fachliche Empfehlung	7	63,6	4	36,4	0	0,0	0	0,0
Informiertheit über Ressourcen/Platzkapazitäten	8	72,7	2	18,2	1	9,1	0	0,0
Art bzw. Form der Findung der fachlichen Empfehlung (z.B. Mehrheitsentscheidung)	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0
Umgang mit Antragsablehnung	7	77,8	2	22,2	0	0,0	0	0,0
Umgang mit Anträgen, bei fehlenden Ressourcen/Kapazitäten	3	27,3	6	54,5	2	18,2	0	0,0
Umgang mit Verlängerungsanträgen, Anträgen bei Einrichtungswechsel etc.	5	62,5	2	25,0	1	12,5	0	0,0
Umgang mit Änderungen bezogen auf die Hilfebedarfsgruppe, den Leistungstyp etc	7	70,0	2	20,0	1	10,0	0	0,0
Grad der Verbindlichkeit der fachlichen Empfehlung des Steuerungsgremiums	8	72,7	3	27,3	0	0,0	0	0,0
Informiertheit über die Beendigung einer Maßnahme	4	40,0	3	30,0	2	20,0	1	10,0
Art der Dokumentation der fachlichen Empfehlungen bzw. der Arbeit	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0

Tab. A30: Beurteilung der Qualität der Aufgabenerfüllung des SGP nach in Kraft treten der RGO (bzw. der daraus abgeleiteten eigenen GO)

Die Aufgabenerfüllung des Steuerungsremiums bezogen auf die bewerte ich mit	gut		eher gut		eher schlecht		schlecht	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
fachliche Empfehlung des ermittelten Hilfebedarfs	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
fachliche Empfehlung der Hilfebedarfseingruppierung	5	50,0	4	40,0	1	10,0	0	0,0
fachliche Empfehlung des Leistungstyps	9	81,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0
Steuerung der Belegung	6	54,5	3	27,3	2	18,2	0	0,0
Vermittlung in Angebote/Einrichtungen	8	72,7	2	18,2	1	9,1	0	0,0
Beratung von KlientInnen und Versorgungsbeteiligten	6	54,5	3	27,3	1	9,1	1	9,1
sonstige Aufgaben	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	,0

Tab. A31: Wird die (von einer kleinen Zahl von Bezirken) realisierte (zielgruppenbezogene) Unterteilung der Steuerungsgremien (Zuständigkeit nur für psychisch Behinderte bzw. Suchtkranke) als sinnvoll angesehen?

	abs.	in %
ja	2	18,2
nein	9	81,8
Gesamt	11	100,0