REGIONALE VERANTWORTUNG SICHERN

gesundheitsstadt berlin
das netzwerk für berlin-brandenburg

Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen verbindlich vernetzen

Gesellschaft für Soziale Psychiatrie in Berlin

Dr. med. Iris Hauth · 27. Oktober 2026
Ehemalige ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH
Vorstandsvorsitzende Gesundheitsstadt Berlin e.V.

Regionalität
Vernetzung
Menschenwürde
Stepped Care

REGIONALE PFLICHTVERSORGUNG

Berlin braucht Reform

52
Organisationseinheiten

148 Tage
Verfahrensdauer 2023

22 %
TIB-Nutzung Ende 2025

> 1,3 Mrd. €
jährliche Ausgaben

2020–2024

Fallzahlen +6,7 %

Transferkosten +8,5 %

Verwaltungskosten +45 %*

* inflationsbereinigt

Reformbedarf besteht. Entscheidend ist, welche Aufgaben zentral gebündelt werden und wo regionale Verantwortung verbindlich bleibt.

Ein Zentrum für Teilhabe und starke Bezirke

ZENTRAL BÜNDELN

Zentrum für Teilhabe

Anträge und Bedarfsermittlung
IT und Digitalisierung
Budgets, Abrechnung und Controlling
Daten und Qualitätsmanagement
Verträge und Angebotsentwicklung

REGIONAL GESTALTEN

Bezirke und Sozialräume

Sozialräumliche Angebotsgestaltung
Regionale Steuerungsgemeinschaften
Teilhabeorientiertes Sozialraummanagement
Verbindung professioneller und informeller Hilfen

Die organisatorische Bündelung darf die fachliche Verantwortung für komplexe Verläufe nicht aus der Region lösen.

DIE ZIELGRUPPE

Schwere psychische Erkrankungen erzeugen komplexen Hilfebedarf

1–2 %

der Bevölkerung leben mit einer schweren psychischen Erkrankung

In Berlin entspricht das etwa 40.000 bis 80.000 Menschen.

Behandlung & Psychotherapie

Wohnen & Teilhabe

Arbeit & Tagesstruktur

Somatik & Pflege

Sucht- & Krisenhilfe

Beratung & soziale Sicherung

Bedarfe verändern sich schnell. Versorgung muss mitgehen, ohne Beziehungsabbruch.

Gleiches Recht braucht unterschiedliche Zugänge

KÖRPERLICHE BEHINDERUNG

Barriere und Assistenz

Der Unterstützungsbedarf lässt sich häufig klar benennen. Auch hier gibt es selbstverständlich komplexe und sehr unterschiedliche Situationen.

PSYCHISCHE BEHINDERUNG

Bedarf und Selbstvertretung

Kognitive Störungen, Antriebsmangel, Angst oder psychotisches Erleben können bereits das Erkennen, Formulieren und Verfolgen des eigenen Bedarfs erschweren.

Formale Barrierefreiheit reicht dann nicht. Nötig sind persönliche Ansprache, Zeit, Kontinuität und bei Bedarf aufsuchende Unterstützung.

EIN TYPISCHER KOMPLEXER VERLAUF

Ein Mensch, viele Systeme, wechselnder Hilfebedarf

Psychose und Depression — **Wohnungsverlust droht** — **Somatische Erkrankung** — **Suchtmittel** — **Arbeit bricht weg**

In einer Krise steigt die Intensität. Nach Stabilisierung muss sie wieder sinken können, ohne dass Zuständigkeit und Beziehung jedes Mal neu beginnen.

Die Region braucht eine Stelle, die den Gesamtverlauf im Blick behält.

Verantwortung für eine definierte Bevölkerung

„Niemand darf wegen Komplexität, Wohnungslosigkeit, Sucht oder fehlender Passfähigkeit aus dem Hilfesystem fallen.“

Keine Selektion

Auch schwierige Verläufe gehören zur gemeinsamen Aufgabe.

Kein Weiterreichen

Übergaben bleiben verbindlich, bis Hilfe tatsächlich ankommt.

Klare Verantwortung

Eine benannte Koordination hält den Gesamtverlauf zusammen.

Unterstützte Selbstbestimmung als Leitgedanke

MENSCHENWÜRDE

Würde hängt nicht davon ab, ob ein Mensch kooperativ, einsichtsfähig oder leicht zu versorgen ist.

SELBSTBESTIMMUNG

Der Wille des Menschen bleibt Ausgangspunkt. Unterstützung soll Entscheidungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Leben stärken.

SCHUTZPFLICHT

Bei erheblicher Selbstgefährdung braucht es Beziehung, fachliche Urteilskraft und die am wenigsten eingreifende wirksame Hilfe.

Autonomie bedeutet nicht, einen Menschen in der Krise allein zu lassen.

UN-Behindertenrechtskonvention: Einbeziehung in die Gemeinschaft und gemeindenahe Unterstützung

Verbindliche Zusammenarbeit macht Angebote zum Netz

Klinik / PIA

Fachärzte

Psychotherapie

Mensch + Lebensumfeld

Eingliederungshilfe

Sozialpsychiatrischer Dienst

Krisenhilfe / Pflege

Gemeinsame Zugänge · Fallkonferenzen · Übergaben · Krisenwege

Regionale Verantwortung als Versorgungsprinzip

„In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung … zur Verfügung stehen."

„gemeinsame Verantwortung für eine definierte Gruppe von Patient:innen"

Empfehlungsgrad A · Regionale Versorgungsverantwortung: 93 % Konsens

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien, Version 3.0, S. 172–173

EVIDENZ

Gemeindenahe Teams verbessern Kontinuität

- Multiprofessionell und teambasiert
- Gemeinsame Verantwortung für eine Zielgruppe
- Koordiniert, strukturiert und aufsuchend
- **Verknüpft Behandlung, Teilhabe und soziale Hilfen**

EVIDENZ

höhere Zufriedenheit

geringeres Risiko stationärer Aufnahmen

Entscheidend ist, ob Angebote als System wirken.

Population, Region und Flexibilität gehören zusammen

TRIEST · Definierte Bevölkerung

Gemeindezentren verbinden Krise, Behandlung und soziale Hilfen. Die Verantwortung bezieht sich auf die Bevölkerung eines Gebiets.

NIEDERLANDE · FACT

Dasselbe Team erhöht die Intensität in der Krise und reduziert sie nach Stabilisierung wieder.

BELGIEN · ART. 107

Regionale Netzwerke verbinden Prävention, mobile Teams, Rehabilitation, Wohnen und Klinik.

Gemeinsame Lehre: Versorgungsintensität kann wechseln, regionale Verantwortung bleibt.

Integrierte Versorgung kann wirksamer und wirtschaftlicher sein

890
Teilnehmende in randomisierter Studie

−22 %
jährliche Gesamtkosten

−25 %
Gesundheits- und Sozialkosten

−50 %
Krankenhauskosten

Koordination ist eine wirksame Struktur gegen Krisen und Fehlversorgung.

Wirtschaftlichkeit entsteht durch bessere Versorgungskontinuität.

Zentrale Verlässlichkeit und regionale Verantwortung

ZENTRAL STANDARDISIEREN		REGIONAL VERANTWORTEN	
1	Verfahrens- und Qualitätsstandards	1	Persönlicher Zugang
2	IT, Datenschutz und Datenbasis	2	Hilfe- und Teilhabeplanung
3	Budgets, Verträge und Controlling	3	Fallkonferenzen und Krisenhilfe
4	Angebotsentwicklung und Monitoring	4	Verantwortung ohne Ausschluss

Die Schnittstelle zwischen beiden Ebenen entscheidet über die Versorgungsqualität.

Vier Bedingungen für regionale Verbindlichkeit

1 · Regionales Mandat

Jede Region trägt eine klar definierte Verantwortung für ihre Bevölkerung.

2 · Benannte Koordination

Für komplexe Verläufe gibt es eine namentlich verantwortliche Koordination.

3 · Verbindliche Kooperation

Fallkonferenzen, Übergaben und Krisenwege erhalten feste Regeln.

4 · Transparente Ergebnisse

Daten zeigen Zugänge, Abbrüche, Krisen, Teilhabe und Versorgungskontinuität.

Zentralisierung braucht überprüfbare Schutzmechanismen für die regionale Versorgung.

Verantwortung braucht Handlungsmöglichkeiten

AUFTRAG

Wer trägt Verantwortung für welche Bevölkerung?

BUDGET

Welche Mittel stehen für flexible Hilfen bereit?

DATEN

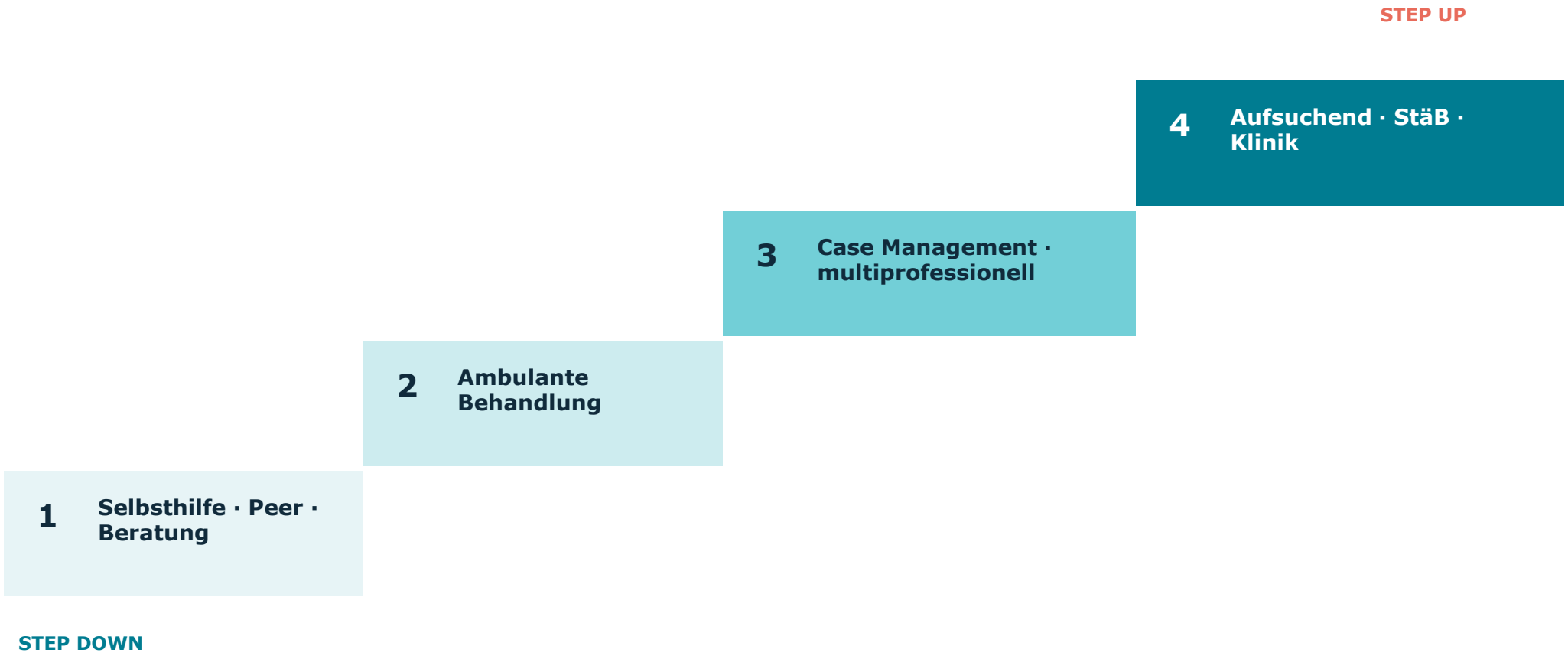
Welche Ergebnisse werden gemeinsam beobachtet?

ESKALATION

Wer entscheidet, wenn Kooperation nicht gelingt?

Wer regional verantwortlich sein soll, muss Ressourcen steuern und Verbindlichkeit herstellen können.

Intensität verändern, Beziehung und Verantwortung erhalten



Niedrigschwelliger regionaler Zugang · standardisiertes Screening · gemeinsame Diagnostik

Fünf Fragen für den Dialogprozess

1	Welche Entscheidungen trifft das Zentrum für Teilhabe und welche Entscheidungen bleiben in der Region?
2	Wie wird regionale psychiatrische Fachkompetenz in Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung einbezogen?
3	Wer trägt in jeder Region die Verantwortung für Menschen mit komplexem und sektorübergreifendem Hilfebedarf?
4	Welche Ressourcen und Entscheidungsrechte erhalten regionale Steuerungsgemeinschaften und Gemeindepsychiatrische Verbünde?
5	An welchen Versorgungs- und Teilhabeergebnissen wird der Erfolg der Reform gemessen?

Leistungsberechtigte mit ihren Erfahrungen in den Dialog einbeziehen.

DIE QUALITÄT ZEIGT SICH BEI DEN SCHWIERIGSTEN VERLÄUFEN

Verwaltungsreform ist notwendig.
Regionale Verantwortung bleibt wesentlich.

Verfahren bündeln und standardisieren, Bearbeitungszeiten verkürzen und Transparenz schaffen.

Gemeinsame digitale Infrastruktur und gesamtstädtische Qualitätssicherung schaffen. In den Bezirken Kapazitäten für Sozialraumgestaltung freisetzen.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leben nicht in Verwaltungsprozessen.

Vor Ort braucht es Beziehung, Kenntnis der sozialen Situation, flexible Hilfe und verbindliche Kooperation.

Niemand darf wegen der Komplexität seines Hilfebedarfs zwischen Klinik, Praxis, Sozialamt, Eingliederungshilfe und Bezirk verloren gehen.

Dafür brauchen wir regionale Pflichtversorgung und verbindliche gemeindepsychiatrische Netzwerke.