www.mainz.de



Landeshauptstadt
Mainz

3. BERICHT ZUR SITUATION DER GEMEINDENAHEN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IN DER LANDESHAUPTSTADT MAINZ

Titelbild

Titel: „Das Innere Kind und seine Helfer“

Ein Kind sitzt geborgen im Zentrum eines leuchtenden Farbuniversums aus Gelb, Blau und Rot. Umgeben von Tieren, Symbolen und kleinen Helfern spiegelt das Bild eine innere Reise zwischen Verletzlichkeit, Heilung und Hoffnung wider.

Elisabeth Küntzel-Budde,

Acryl auf Leinwand 70cm mal 100cm

2025

CatpopArt Malerei, Fotografie, Digitalart

www.catpopart.webador.de

Inhaltsverzeichnis

Erster Teil **5**

Einleitung **5**

1. Allgemeiner Teil **6**

1.1 Verbreitung und Auswirkung psychischer Erkrankung **6**

2. Veränderungen in Gesetzesgrundlage **14**

2.1 Gesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen PsychKHG **14**

3. Kommunale Psychiatrische Versorgung **18**

3.1 Rechtliche Einordnung Gemeindepsychiatrie **18**

3.2 Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie **19**

3.3 Gremienarbeit **20**

3.4 Der gemeindepsychiatrische Verbund Mainz **23**

3.4.1 Mitglieder **24**

3.4.2 Angebotsstruktur **24**

3.4.3 Arbeitsgruppen **26**

3.5 Gemeindepsychiatrische Versorgung **27**

3.5.1 Beratung, Kontaktstiftung und Freizeit 27
3.5.2 Sozialpsychiatrischer Dienst 29
3.5.3 Tagesstätten 30
3.5.4 Qualifizierte Assistenz 32
3.5.5 Besondere Wohnform 33
3.5.6 Teilhabe am Arbeitsleben 36
3.6 Behandlung **42**

3.6.1 Fachärzt:innen 42
3.6.2 Ambulante Soziotherapie 43
3.6.3 Psychiatrische Institutsambulanzen 44
3.6.4 Teilstationäre medizinisch-therapeutische Hilfen 47
3.6.5 Stationäre medizinisch-therapeutische Hilfen 49
3.6.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie 50
3.7 Unterbringung **51**

4. Netzwerke und Öffentlichkeitsarbeit **52**

4.1 Netzwerke **52**

4.2 Schnittstellen **53**

4.3 Veranstaltungen **54**

5. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland **55**

6. Empfehlungen für die Gemeindepsychiatrie Mainz **57**

6.1. Erweitertes Versorgungskonzept **57**

6.2. Versorgungsbedarfe **59**

6.2.1 Niedrigschwellige und offene Angebote 60
6.2.2 Menschen mit herausfordernden Verhalten in besonderen Wohnformen 60
6.2.3 Ältere Menschen mit psychischer Erkrankung und Pflegebedarf 61
6.2.4 Junge Erwachsene mit psychischer Erkrankung – Übergang Jugendhilfe 61
6.2.5 Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung 61
6.2.6 Kinder und Jugendliche aus psychisch und suchtbelasteten Familien 62
6.2.7 Anschlussversorgung und Übergangsmanagement 62

6.3 Empfehlungen **62**

7. Resümee und Ausblick **64**

Zweiter Teil **66**

Vorwort **66**

Milieubezogene und atmosphärische Aspekte – Bericht Haus am Landwehrweg **68**

Steckbrief der Tagesklinik I der Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit **71**

Steckbrief Tagesklinik II der Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit **77**

Unplugged – das Beratungscafé Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen - Nutzer:innen-Interview **81**

Arbeiten auf Augenhöhe – Teilautonome Arbeitsgruppen im ServiceCenter der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen **83**

Artikel in einfacher Sprache **88**

Zuverdienstangebot Wachsmanufaktur (gpe) **97**

Caritas-zentrum Edith Stein: Teilhabeangebot am Nachmittag **101**

SBB Sozialtherapeutische Beratungsstelle Mainz gGmbH **103**

Sozialdienst Metzger – Interview einer Qualifizierten Assistenz **104**

Unterkunft *Plus* – auf die Beziehung kommt es an! **107**

Frauen zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung: Eine geschlechtsspezifische Perspektive **110**

Thaddäusheim – Caritas Mainz: Ohne Dach, ohne Halt: **113**

Wenn die Psyche in der Wohnungsnot leidet **113**

Sozialpsychiatrischer Dienst Kreisverwaltung Mainz-Bingen **116**

Die Aufgaben der Betreuungsbehörde im Kontext psychischer Erkrankungen **118**

Fachdienst Eingliederungshilfe Stadt Mainz **121**

Struktur und Leistungsangebot der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik – Rheinhessen-Fachklinik Mainz **126**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz **129**

Ein Bericht der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener RLP e.V. **132**

Warum ich immer dumme Sachen schreibe – **136**

Ein Erfahrungsbericht einer Psychiatriekarriere 136

Die Angehörigengruppen von Territorio – Verein für gemeindenahe psychosoziale Versorgung Mainz e.V. 143

Literaturverzeichnis 146

Erster Teil

Einleitung

Die Psychiatrie-Berichterstattung der Stadt Mainz findet im 5-Jahres-Rhythmus, initiiert durch die Koordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie, statt.

Der Bericht aus dem Jahr 2013 gab einen ausführlichen Überblick über die Versorgungslandschaft der Stadt Mainz und gab Empfehlungen zum weiteren Ausbau dieser. Der zweite Bericht 2018 zeigte aktuelle Entwicklungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung der Stadt Mainz sowie rechtliche Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene auf und evaluierte die Umsetzung der Empfehlungen. Des Weiteren gab der zweite Bericht einen Ausblick auf zu fokussierende Themen in der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Versorgungslandschaft Stadt Mainz.

Der dritte Psychiatriebericht soll die aktuelle Versorgungslage aufzeigen und einen reflexiven Ausblick geben, welche sozialpsychiatrischen Versorgungsthemen unter den aktuellen Bedingungen wie z. B. Gesetzesänderungen oder dem Fachkräftemangel relevant sind.
Es werden daraus Empfehlungen für die Versorgung in der Stadt Mainz abgeleitet. Dieser Bericht hat die Besonderheit, dass Artikel und Erfahrungsberichte, aus der Praxis der Versorgung in der Stadt Mainz, trialogisch in den Blick genommen werden.

Im Vergleich zu den beiden vorherigen Berichten wurde die Erhebung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung nicht stichtagsbezogen durchgeführt, sondern es wurden Gesamtwerte für das Jahr 2025 abgebildet. In diesem Zusammenhang können für diesen Bericht nur bedingt Vergleichswerte herangezogen werden.

1. Allgemeiner Teil

In diesem Teil wird die Datenlage zu psychischen Erkrankungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene in den Blick genommen.

Merkmal	Anzahl	Anteile im %
Insgesamt	224.684	100,0
Männer	109.498	48,7
Frauen	115.186	51,3

Die Zahl der Einwohnenden in der Landeshauptstadt Mainz betrug im Jahr 2024 224.684.

Altersgruppe	Anzahl	Anteile in %
0 bis unter 10	19.000	8,5
10 bis unter 20	18.790	8,4
20 bis unter 30	42.393	18,9
30 bis unter 40	36.624	16,3
40 bis unter 50	27.141	11,1
50 bis unter 60	26.971	12,0
60 bis unter 70	24.200	10,8
70 bis unter 80	16.115	7,2
80 bis unter 90	11.353	5,1
90 und e älter	2.097	0,9

(Bevölkerungszahl, Statistisches Landesamt 2024)

Die Altersverteilung der Tabelle zeigt, dass die Gruppe im Alter 20 bis 60 Jahren prozentual die größte Gruppe darstellt, im Jahr 2024.

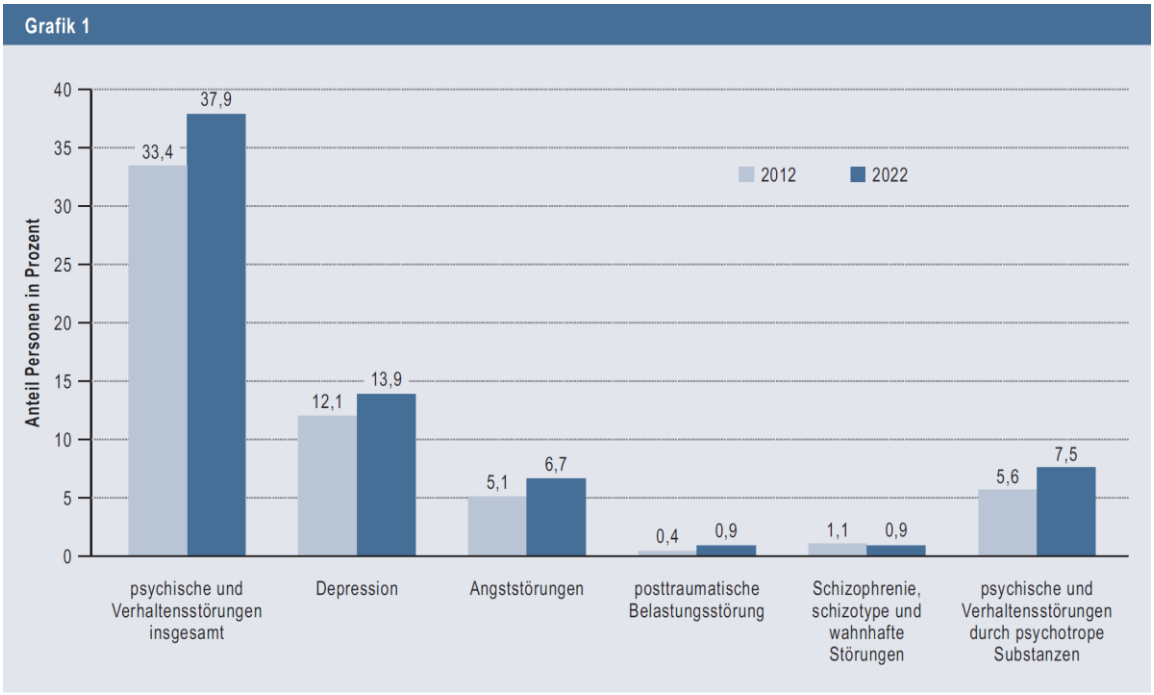
1.1 Verbreitung und Auswirkung psychischer Erkrankung

Psychische Gesundheit in Deutschland

Psychische Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil des allgemeinen Wohlbefindens und beeinflusst die Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und soziale Teilhabe von Menschen. Die aktuellen Berichte aus den Jahren 2021 und 2025 zur psychischen Gesundheit in Deutschland des Robert Koch-Instituts beleuchten die Entwicklung psychischer Erkrankungen, deren Auswirkungen auf die Gesellschaft sowie zukünftige Herausforderungen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung.

Psychische Erkrankungen sind weitverbreitet und betreffen Menschen aller Altersgruppen. Besonders Depressionen und Angststörungen zählen zu den häufigsten Diagnosen. Es wird davon ausgegangen, dass in Deutschland jährlich 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Ebenfalls konnten im Jahr 2023 16 % der Arbeitsunfähigkeitstage und 42 % der Frühberentungen auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden (DGPPN e.V., 2025).

Im Folgenden werden Daten zu psychischen Erkrankungen, die die Entwicklungen in Deutschland abbilden, für diesen Bericht als Übersicht und erste Einschätzung herangezogen werden.



Diagnoseprävalenz psychischer Störungen in den Jahren 2012 und 2022, insgesamt und für ausgewählte Diagnosegruppen
Anteile an allen gesetzlich Krankenversicherten (0–109 Jahre) mit Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung im jeweiligen Kalenderjahr (2012: 68,7 Millionen Personen; 2022: 73,7 Millionen Personen)

(Abb. Thom et al., 2024)

Im Rahmen des Aufbaus einer nationalen Mental Health Surveillance (MHS) am Robert Koch-Institut wurde erstmals systematisch untersucht, wie sich die Häufigkeit dokumentierter psychischer Diagnosen in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland zwischen 2012 und 2022 entwickelt hat (Thom et al., 2024). Grundlage waren bundesweite Abrechnungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten, die im jeweiligen Jahr ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben – 2012 rund 68,7 Millionen, 2022 rund 73,7 Millionen Personen. Betrachtet wurden alle psychischen Störungen insgesamt sowie 5 ausgewählte Diagnosegruppen: Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Schizophrenie/schizotype/wahnhafte Störungen sowie Störungen durch psychotrope Substanzen (Thom et al., 2024).

Gesamtentwicklung

Der Anteil der Personen mit mindestens einer dokumentierten psychischen Diagnose stieg von 33,4 % (in 2012) auf 37,9 % (in 2022). Dies bedeutet einen relativen Zuwachs von 13,4 % beziehungsweise rund 5,0 Millionen zusätzlich diagnostizierten Personen. Im Jahr 2022 betraf dies insgesamt 27,9 Millionen Menschen (Thom et al., 2024). Damit war 2022 mehr als jede dritte Person in der ambulanten Versorgung von einer psychischen Diagnose betroffen.

Der Anstieg verlief bis 2019 überwiegend gleichmäßig, wurde ab 2020 jedoch unregelmäßiger. Im Jahr 2020 gingen Diagnosen von Depression und Substanzstörungen leicht zurück, während Angststörungen deutlich zunahmen und in 2022 sanken Angststörungen sowie die Gesamtgruppe erstmals wieder leicht (Thom et al., 2024). Der Trend zeigte sich robust, auch wenn nur mehrfach im Jahr do-

kumentierte Diagnosen berücksichtigt wurden oder Alters- und Geschlechtsverschiebungen der Bevölkerung herausgerechnet wurden, blieb der Anstieg in vergleichbarer Größenordnung bestehen (Thom et al., 2024).

Entwicklung nach Diagnosegruppen

- Depressionen blieben durchgehend die häufigste Diagnose (2012: 12,1 %; 2022: 13,9 %).
- Angststörungen nahmen deutlich zu (2012: 5,1 %; 2022: 6,7 %).
  Störungen durch psychotrope Substanzen stiegen ebenfalls stark (2012: 5,6 %; 2022: 7,5 %).
- Posttraumatische Belastungsstörung hatte die geringste Prävalenz, aber den mit Abstand stärksten Zuwachs – eine Verdopplung (2012: 0,4 %; 2022: 0,9%).
- Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen gingen als einzige Gruppe zurück (2012: 1,1 %; 2022: 0,9 %) (Thom et al., 2024).

Unterschiede nach Geschlecht
Frauen wiesen bei den meisten Diagnosegruppen weiterhin höhere Diagnoseprävalenzen auf als Männer. Eine Ausnahme war substanzbezogene Störungen, bei denen Männer höhere Werte zeigten. Allerdings nahm die Diagnoseprävalenz bei Männern insgesamt stärker zu (+18,3 %) als bei Frauen (+10,8 %), sodass sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern über die Zeit verringerten (Thom et al., 2024).

Unterschiede nach Alter
Kinder und Jugendliche hatten insgesamt die niedrigsten Diagnoseprävalenzen. Die stärksten Zuwächse (jeweils über +15 %) zeigten sich in 2 Altersgruppen: bei 11- bis 17-Jährigen und bei 60- bis 84-Jährigen (Thom et al., 2024).
Bei Erwachsenen machten die betrachteten 5 Diagnosegruppen etwas mehr als die Hälfte aller psychischen Diagnosen aus (2012: 55,0 %; 2022: 56,4 %), häufig kamen daneben somatoforme Störungen und Belastungs-/Anpassungsstörungen vor. Bei Kindern und Jugendlichen deckten dieselben 5 Diagnosegruppen dagegen nur 5-6 % aller Diagnosen ab, hier dominierten Sprach- und Sprechstörungen sowie hyperkinetische Störungen (Thom et al., 2024).

Psychische Diagnosen sind in der ambulanten Versorgung 2012-2022 spürbar häufiger geworden, von rund einem Drittel auf fast zwei Fünftel der Versicherten. Der Anstieg betrifft nicht alle Störungsbilder gleichermaßen. Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und Substanzstörungen stiegen am stärksten an, Schizophrenie und wahnhafte Störungen gingen leicht zurück. Männer und ältere Menschen (60–84 Jahre) sowie Jugendliche (11–17 Jahre) verzeichneten die größten relativen Zuwächse.
Seit der COVID-19-Pandemie verlaufen die jährlichen Trends unregelmäßiger, mit stellenweiser Stagnation seit 2022. Die Autor:innen betonen, dass der Anstieg sich nicht eindeutig deuten lässt. Er kann sowohl auf eine tatsächliche Zunahme psychischer Erkrankungen als auch auf bessere Erkennung, weniger Stigmatisierung, ein größeres Versorgungsangebot oder verbesserte Diagnostik zurückgehen. Eine sichere Bewertung sei erst durch weitere, ergänzende Forschungen möglich. Für Kinder und Jugendliche empfehlen die Autor:innen eine eigene, altersspezifische Beobachtung, da die bisherigen Diagnosegruppen ihre psychische Gesundheit nur unzureichend abbilden (Thom et al., 2024).

Die Corona-Pandemie hat die psychische Gesundheit vieler Menschen zusätzlich belastet. Isolation, Unsicherheiten und existenzielle Sorgen führten zu einem deutlichen Anstieg von Angststörungen und

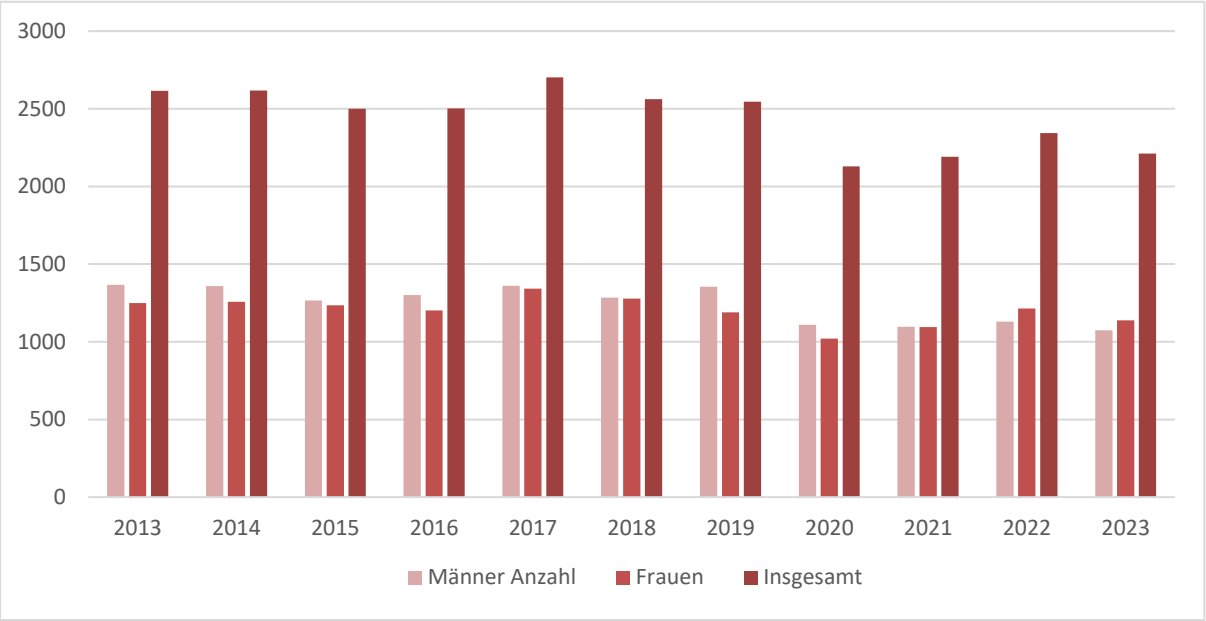
Depressionen. Besonders betroffen waren Kinder und Jugendliche, die durch Schulschließungen und fehlende soziale Kontakte in ihrer Lebensführung beeinträchtigt wurden. Auch ältere Menschen litten unter den Kontaktbeschränkungen, die Einsamkeit, was depressive Verstimmungen verstärkten konnte. Studien zeigen, dass psychische Belastungen während der Pandemie signifikant zugenommen haben, insbesondere bei Menschen mit prekären Arbeitsverhältnissen oder Vorerkrankungen. Langfristige Folgen, wie eine Zunahme chronischer psychischer Erkrankungen oder posttraumatischer Belastungsstörungen, sind noch nicht abschließend erforscht, aber bereits jetzt ein bedeutender Faktor im Gesundheitswesen.

Für die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen kann, laut statistischem Bundesamt, festgehalten werden, dass im Jahr 2022 psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen die Ursache für 19 % der Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen in Deutschland waren und damit die zweithäufigste Ursache für stationäre Behandlungen. Im Jahr 2012 belief sich die Zahl der Krankenhausbehandlungen aufgrund von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen noch bei ca. 13%. Am häufigsten wurden Kinder und Jugendliche wegen einer Depression stationär behandelt (vgl. statistisches Bundesamt 2024).

> „Im Jahr 2022 wurden insgesamt 810 978 Patientinnen und Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern behandelt. Davon wurden im Bereich der Allgemeinpsychiatrie 661 469, in der Psychosomatik 74 585 und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 60 711 Patientinnen und Patienten stationär versorgt. Die Behandlung affektiver, neurotischer, Belastungs-, somatoformer und Schlafstörungen (PEPP PA02C 18,4 %) sowie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (PEPP PA02D 11,3 %) bildeten wesentliche Schwerpunkte des Versorgungsgeschehens und machten zusammen knapp ein Drittel aller psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen aus.“ (Statistisches Bundesamt, 2024)

Für das Land Rheinland-Pfalz und insbesondere für die Stadt Mainz können folgende Tabellen eine Orientierung geben.

Aus stationärer Krankenhausbehandlung aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnosen F00 - F99 im ICD-10) entlassene Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Mainz nach Geschlecht 2013-2023



(Statistisches Landesamt, 2024)[1]

Über die Zeitspanne von 2019 bis 2023 kann ein leichter Abfall an Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen in Mainz verzeichnet werden. Wichtig ist, hierbei zu beachten, dass der Trend der steigenden Diagnosezahlen nicht per se eine stationäre Behandlung bedingt.

Für die Stadt Mainz können im Jahr 2023 ausfolgenden Tabellen „die stationär Krankenhausbehandlung aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnosen F00-F99) entlassene Patientinnen und Patienten mit Wohnort in Mainz nach Alter und Geschlecht“ entnommen werden (statistisches Landesamt, Stichtag 31.12.2023).

Altersgruppe	Krankenhausfälle infolge psychischer und Verhaltensstörungen (Hauptdiagnosen F00-F99[1])			
	Männer		Frauen	
	Anzahl	je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung	Anzahl	je 100.000 der entsprechenden Bevölkerung
0 bis 4 Jahre	24	500,6	10	201,5
5 bis 9 Jahre	60	1291,4	45	961,9
10 bis 14 Jahre	24	539,4	58	1310,4

[1] Die auf gezeigten Tabellen sind noch nicht bzw. nur teilweise in der Datenband des statistischen Landesamtes zu finden. Die hier aufgezeigten Tabellen wurden der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie per Mailabfrage zur Verfügung gestellt.

15 bis 19 Jahre	55	1148,7	116	2325,6
20 bis 24 Jahre	104	1178,7	103	963,2
25 bis 29 Jahre	112	994,2	102	887,7
30 bis 34 Jahre	93	902,8	76	785,5
35 bis 39 Jahre	98	1165,8	71	892,2
40 bis 44 Jahre	98	1360,2	88	1244,7
45 bis 49 Jahre	83	1352,2	51	801,9
50 bis 54 Jahre	55	810,6	69	1083,7
55 bis 59 Jahre	83	1100,4	81	1164,1
60 bis 64 Jahre	65	1010,6	58	881,6
65 bis 69 Jahre	35	691,7	40	708,3
70 bis 74 Jahre	33	799,4	42	839,2
75 bis 79 Jahre	20	666,7	33	855,6
80 bis 84 Jahre	17	560,5	51	1280,4
85 bis 89 Jahre	10	596,7	32	1175,2
90 Jahre und älter	5	836,1	12	869,6
Insgesamt	1074	984,7	1138	991,3

(statistisches Landesamt, 2023, die aufgezeigte Differenzierung nach Geschlecht wurde vorgeben)

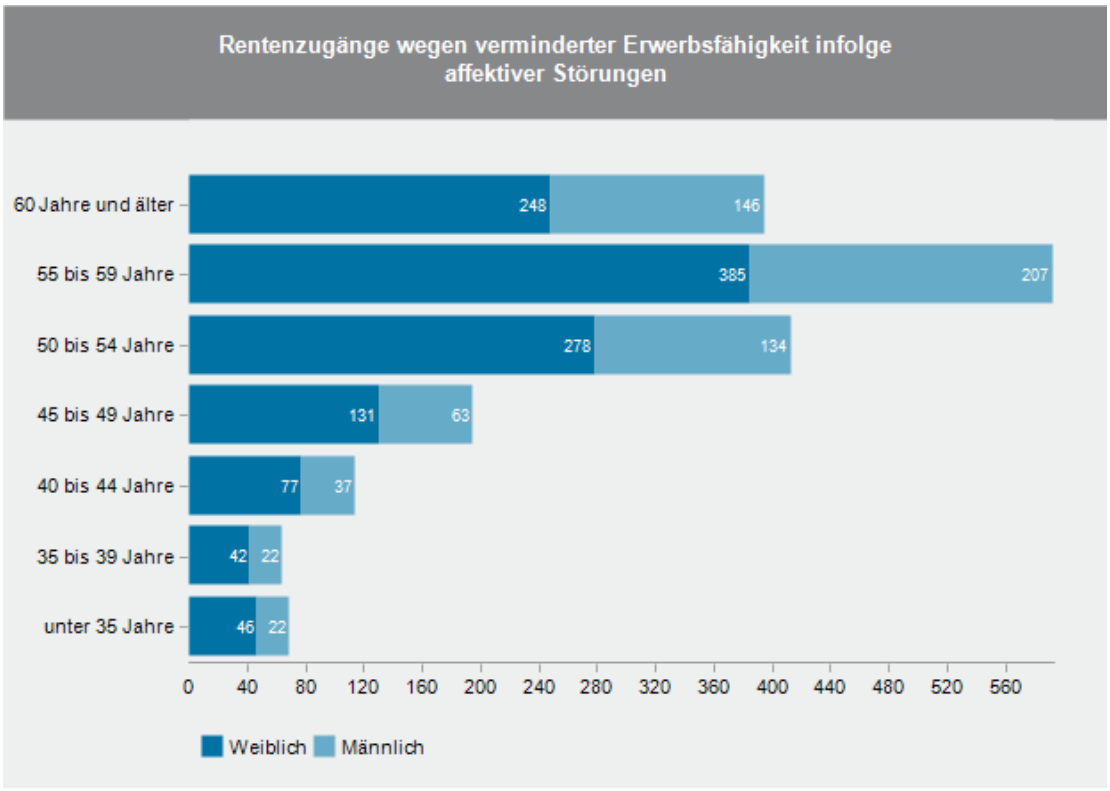
Insgesamt wurden im Jahr 2023, 2011 Menschen mit Wohnsitz in der Stadt Mainz aufgrund einer Diagnose F00-F99 nach einer Krankenhausbehandlung entlassen. Die Fallzahlen bei beiden Geschlechtern zeigen gerade im jungen und mittleren Lebensalter eine Häufung. Zu ausgewählten Diagnosen kann die folgende Tabelle für die Stadt Mainz Aufschluss geben.

ICD-10	Männer	Frauen	Gesamt
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	56	74	**130**
Störungen durch psychotrope Substanzen (F11 - F19)	409	127	**536**
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20 - F29)	150	111	**261**
Affektive Störungen (F30 - F39)	202	345	**547**
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 - F48)	105	267	**372**
Verhaltensauf derfälligkeiten mit oder körperlichen Störungen und Faktoren (F50 - F59)	11	35	**46**
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 - F69)	38	117	**155**
Intelligenzstörung (F70 - F79)	4	4	**8**
Entwicklungsstörungen (F80 - F89)	74	47	**121**
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90 - F98)	25	10	**35**

(statistisches Landesamt 2023, die aufgezeigte Differenzierung nach Geschlecht wurde vorgeben)

Erwerbsfähigkeit

Psychische Belastungen können zu Arbeitsausfällen und Produktivitätsverlusten führen. Daten der Krankenkassen zeigen, dass psychische Erkrankungen mittlerweile eine der häufigsten Ursachen für Krankschreibungen sind. Langzeiterkrankungen aufgrund psychischer Belastungen nehmen ebenfalls zu, was erhebliche Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem hat.



(statistisches Landesamt 2019)

Im Jahr 2019 waren insgesamt 1838 Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung erwerbsminderungsberentet in Rheinland-Pfalz. Es wird deutlich, dass das Beziehen von Erwerbsminderungsrente im Lebensalter von 50 bis 60 Jahren und älter am häufigsten vorkommt. Allerdings kann festgehalten werden, dass die Altersspanne unter 35 bis 49 Jahre mit 440 Fällen ca. 24 % der gesamten Fälle ausmacht. Die Tabelle bezieht sich auf affektive Störungen. Hierzu gehören Depressionen und bipolare Störungen. Die aufgezeigte Tabelle bildet die aktuell verfügbaren Zahlen über das statistische Landesamt wieder, statistische Daten zum Berichtszeitraum liegen nicht vor.

Resümierend kann die steigende Prävalenz bestimmter psychischer Erkrankungen aus den hier aufgezeigten Studien sowie statistischen Daten festgestellt werden. Die Ursachen sind multifaktoriell und es bedarf weiterer Forschung und Monitoring, um dies besser abbilden zu können. Grundsätzlich stellt die aufgezeigte Dynamik das Gesundheits- und Sozialsystem vor große Herausforderungen. Hier können folgende Probleme aufgezeigt werden, die diese Entwicklungen mitbedingen oder als Konsequenzen zu nennen sind. Die hier aufgeführten Punkte stellen eine Pointierung dar und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Mangel an Fachkräften im medizinischen, psychosozialen, therapeutischen und pflegenden Berufen
- Lange Wartezeiten: Betroffene müssen für verschiedenste Versorgungsangebot, wie z. B. Fachärzt:innen-Behandlung, Eingliederungshilfeleistungen, Therapieplätze und stationäre Gesundheitsversorgung mit Wartezeiten rechnen
- Regionale Unterschiede: In ländlichen Gebieten ist die Versorgungslage oft angespannter als in städtischen Regionen
- Stigmatisierung: Trotz größerer öffentlicher Aufmerksamkeit gibt es weiterhin Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, was viele davon abhält, rechtzeitig Hilfe zu suchen

Zusammenfassung

Es kann festgehalten werden, dass statistisch ein Anstieg von psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist, dies ist multifaktoriell bedingt. Während die Prävalenz (Rate der Erkrankungen über einen bestimmten Zeitraum) zu bestimmten Diagnosen stabil scheint, wie z. B. bei Schizophrenien, kann gerade bei Angststörungen und Depression ein Anstieg verzeichnet werden.

Diese Entwicklungen müssen genau im Blick behalten werden, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Teilhabe am Leben zu ermöglichen, die sie brauchen. Dies ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen und nicht ein Auftrag an die Erkrankte Person möglichst schnell und nachhaltig zu gesunden. Diese Veränderungen müssen von den entsprechenden Hilfe- und Selbsthilfesystemen in unterschiedlichen Settings thematisiert und bearbeitet werden, um Versorgung als gemeinschaftlich getragene Aufgabe zu verstehen.

2. Veränderungen in Gesetzesgrundlage

2.1 Gesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen PsychKHG

In 2021 wurde das Gesetz über Hilfen bei psychischer Erkrankung reformiert und verabschiedet. Im Folgenden sollen die rechtlichen Veränderungen aufgezeigt werden. Das PsychKHG löste zum 1.Januar 2021 das PsychKG (Psychisch Kranken Gesetz) aus 1995 ab. Das Gesetz wurde eingesetzt, um Hilfen und Schutzmaßnahmen für Menschen mit psychischer Erkrankung in Rheinland-Pfalz zu regeln.

Überblick über die Änderungen vom PsychKG zum PsychKHG in Rheinland-Pfalz

Mit dem früheren PsychKG („Gesetz für psychisch kranke Personen“) und dem seit einigen Jahren geltenden PsychKHG („Landesgesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen“) wurde derselbe Regelungsbereich neu gefasst. Beide Gesetze betreffen Hilfen für psychisch erkrankte Menschen, Schutzmaßnahmen und die Voraussetzungen einer Unterbringung. Das neuere Gesetz ordnet diese Inhalte jedoch in mehreren Punkten anders, verwendet eine veränderte Begrifflichkeit und beschreibt einzelne Ziele und Strukturen ausführlicher.

Eine sichtbare Änderung betrifft zunächst die Bezeichnung des Gesetzes. Aus dem PsychKG wurde das PsychKHG. Damit verschiebt sich bereits im Titel der Schwerpunkt sprachlich: Während das ältere Gesetz stärker auf die betroffene Personengruppe abstellt, rückt das neue Gesetz die Hilfen bei psychischen Erkrankungen in den Vordergrund.

Auch die Begrifflichkeit im Gesetzestext wurde verändert. Das ältere PsychKG sprach von „psychisch kranken Personen“. Das neue PsychKHG verwendet überwiegend die Formulierung „psychisch erkrankte Personen“. Zudem ist der erfasste Personenkreis im neuen Gesetz breiter beschrieben. Während das alte Gesetz vor allem auf Psychosen, psychosegleiche Störungen und bestimmte Abhängigkeitserkrankungen in den Blick nahm, nennt das neue Gesetz ausdrücklich psychische Krankheiten, Störungen oder Behinderungen. Auch suchtbedingte Erkrankungen werden weiterhin einbezogen.

Das alte PsychKG enthielt bereits Vorgaben zum fürsorglichen Umgang mit den betroffenen Personen. Das neue PsychKHG formuliert darüber hinaus ausdrücklich, dass bei Hilfen und Maßnahmen die Würde, die persönliche Integrität, die Selbstbestimmung und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu beachten sind. Diese Prinzipien stehen nun stärker am Anfang des Gesetzes und bilden den allgemeinen Rahmen für die weiteren Regelungen.

Im Bereich der Hilfen bleibt es zwar dabei, dass diese möglichst frühzeitig, gemeindenah und grundsätzlich freiwillig erfolgen sollen. Das neue PsychKHG beschreibt die Ziele dieser Hilfen jedoch ausführlicher. Neben Behandlung und Unterstützung werden nun ausdrücklich auch die Verhütung einer Verschlimmerung, die Linderung von Beschwerden, die Vermeidung sozialer Ausgrenzung, die Förderung einer selbstständigen Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe genannt. Dadurch werden die Hilfen breiter beschrieben als im alten Gesetz, das stärker auf die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Maßnahmen ausgerichtet war.

Neu beziehungsweise deutlicher ausgeführt ist außerdem, dass Hilfen sich am individuellen Behandlungs-, Teilhabe- und Pflegebedarf orientieren sollen. Das neue Gesetz sieht vor, dass dies möglichst unter Einbeziehung der betroffenen Person und gegebenenfalls ihrer gesetzlichen Vertretung geschieht.

Auch bei den kommunalen Versorgungsstrukturen zeigt sich eine Überarbeitung. Bereits das alte PsychKG kannte Planungs- und Koordinierungsaufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte sowie den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Das neue PsychKHG konkretisiert diese Strukturen stärker. Es benennt die Zusammenarbeit der beteiligten Stellen ausführlicher und verweist deutlicher auf Kooperationsvereinbarungen, Koordinierungsstellen und Beiräte. Dadurch wird die Organisation der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung systematischer beschrieben.

Im Bereich der Schutzmaßnahmen bleibt der Grundgedanke erhalten, dass der Sozialpsychiatrische Dienst unter bestimmten Voraussetzungen tätig werden kann, wenn erhebliche Gefahren bestehen und freiwillige Hilfen nicht ausreichen. Das alte Gesetz regelte dabei unter anderem Hausbesuche, Untersuchungsaufforderungen, ärztliche Untersuchungen und in besonderen Fällen auch das Betreten einer Wohnung. Das neue Gesetz übernimmt diesen Regelungsbereich, ordnet ihn aber klarer in das Gesamtsystem von Hilfen, Schutzmaßnahmen und Unterbringung ein.

Bei der Unterbringung bestehen ebenfalls Kontinuitäten, aber auch Änderungen in der gesetzlichen Darstellung. Im alten PsychKG war eine Unterbringung gegen den Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit möglich, wenn aufgrund der Erkrankung eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für das eigene Leben oder die eigene Gesundheit oder für besonders bedeutende Rechtsgüter anderer bestand und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden konnte. Das neue PsychKHG stellt in seiner Systematik deutlicher auf eine durch die psychische Erkrankung bedingte Beeinträchtigung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit ab. Damit wird der Zusammenhang zwischen Erkrankung, eingeschränkter Selbststeuerung und Gefährdung im Gesetz ausdrücklich hervorgehoben.

Auch die Rechte der betroffenen Person während einer Unterbringung bleiben grundsätzlich Bestandteil des Gesetzes. Schon das alte PsychKG enthielt hierzu Regelungen, etwa zu besuchen, Schriftverkehr, Telefongesprächen, persönlichem Besitz, Religionsausübung, offenen Unterbringungsformen und Rechtsschutz. Im neuen PsychKHG werden solche Regelungen stärker in einen allgemeinen Rahmen von Grundrechtsschutz und Selbstbestimmung eingeordnet. Die praktische Materie bleibt damit erhalten, wird aber sprachlich und systematisch anders eingebettet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das neue PsychKHG den bisherigen Regelungsbereich nicht vollständig neu definiert, sondern neu strukturiert, sprachlich modernisiert und in mehreren Punkten präzisiert. Besonders deutlich verändert haben sich die Begrifflichkeit, die ausdrückliche Betonung von Selbstbestimmung und Verhältnismäßigkeit, die breitere Beschreibung der Hilfen, die genauere Ausgestaltung gemeindenaher Versorgungsstrukturen sowie die systematisch deutlichere Einordnung von Schutzmaßnahmen und Unterbringung.

2.2 Betreuungsrechtsreform

Der Beitrag wurde durch den Sachgebietsleiter der Betreuungsbehörde Niels Bohn der Stadt Mainz verfasst.

Änderungen durch die Betreuungsrechtsreform

Das neue Betreuungsorganisationsgesetz (BtOG), das am 1. Januar 2023 in Kraft trat, stellt die größte Reform des deutschen Betreuungsrechts seit dessen Einführung im Jahr 1992 dar. Ziel der Reform ist es, die Selbstbestimmung betreuter Menschen zu stärken, die Qualität der rechtlichen Betreuung zu sichern und die Strukturen transparenter sowie verbindlicher zu gestalten.

Stärkung der Selbstbestimmung als Leitprinzip - § 1821 Abs. 2 BGB

Kern der Reform ist die konsequente Ausrichtung am Wunsch- und Willensprinzip. Während früher teilweise stärker auf das „Wohl“ der betreuten Person abgestellt wurde, rückt nun deren tatsächlicher oder mutmaßlicher Wille in den Mittelpunkt. Betreuer sind damit stärker verpflichtet, die Wünsche der betreuten Person aktiv zu ermitteln und ihre Entscheidungen danach auszurichten – selbst dann, wenn diese aus Sicht Dritter nicht optimal erscheinen, solange keine erhebliche Selbstgefährdung vorliegt.

Das neue Recht betont ausdrücklich, dass eine Betreuung nicht mit einer Geschäftsunfähigkeit einer Person gleichzusetzen ist. Die betreute Person bleibt grundsätzlich geschäftsfähig. Der Betreuer handelt unterstützend, nicht ersetzend. Für Betreuer bedeutet dies eine klare Rollenbeschreibung: Sie sind Interessenvertretende und Unterstützende – keine Entscheidungsträger anstelle der betreuten Person.

Eignungsprüfung und Registrierungsverfahren für Betreuer

Eine wesentliche strukturelle Neuerung betrifft die Einführung eines Registrierungsverfahrens für berufliche Betreuer und eine Eignungsprüfung für ehrenamtliche Betreuer. Für letztere muss die örtliche Betreuungsbehörde Unterlagen nach § 21 BtOG anfordern (z. B. ein Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde).

Für berufliche Betreuer wurde mit der Umsetzung der Betreuungsrechtsreform die Pflicht zur Registrierung (§§ 23, 24 BtOG) bei der jeweiligen Betreuungsbehörde (Stammbehörde, am Wohnort oder Sitz des Büros des Betreuers) eingeführt.

Für neue Berufsbetreuer, die ihre Tätigkeit nach dem 01.01.2023 aufgenommen haben, gilt zudem der Nachweis einer Sachkunde (11 Module). Diese kann teilweise durch berufliche Erfahrungen und Qualifikationen anerkannt werden. Die restlichen Module müssen bei anerkannten Anbietern (nach

BtRegV) absolviert werden. Sollten keine Module anerkannt werden können, muss der Sachkundelehrgang komplett absolviert werden.

Für staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, sowie für Volljuristen wird die Sachkunde als nachgewiesen vorausgesetzt.

Hintergrund des Registrierungsverfahrens und der Eignungsprüfung ist eine Qualitätssicherung zum Schutze der Klienten.

Zudem wurde die Zusammenarbeit mit den Betreuungsvereinen gestärkt. Ehrenamtliche Betreuer sollen – und in bestimmten Konstellationen (sogenannte „Fremd-Ehrenamtler“, die in keiner persönlichen oder familiären Beziehung zu dem Klienten stehen) müssen – an einen anerkannten Betreuungsverein angebunden sein und eine Kooperationsvereinbarung mit einem Betreuungsverein abschließen. Für Angehörige bleibt dies optional.

Diese Vereine übernehmen Beratungs-, Fortbildungs- und Unterstützungsaufgaben. Für Ehrenamtliche bedeutet das mehr fachliche Begleitung, aber auch mehr formalisierte Strukturen.

Im Stadtgebiet Mainz existieren derzeit 5 Betreuungsvereine (https://www.die-mainzer-betreuungsvereine.de) die ehrenamtlichen Betreuer:innen im Rahmen der Betreuungsführung unterstützen und auch fortbilden. Außerdem bieten die Betreuungsvereine regelmäßige Einführungskurse zum Thema „Führen einer rechtlichen Betreuung“ an. Die Beratung ist kostenfrei.

Konkretisierung der Pflichten

Die Reform konkretisiert die Pflichten von Betreuern stärker als bisher. Betreuer müssen nun zu Beginn der Betreuung einen sogenannten Anfangsbericht erstellen, in dem Ziele und Maßnahmen festgehalten werden. Dieser Plan ist regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Ferner wurden Dokumentationspflichten präzisiert. Entscheidungen und wesentliche Entwicklungen müssen nachvollziehbar festgehalten werden.

Vorrang des Ehrenamts

Trotz der stärkeren Formalisierung bleibt der Vorrang der ehrenamtlichen Betreuung ausdrücklich bestehen. Angehörige oder andere geeignete Personen aus dem näheren sozialen Umfeld werden weiterhin bevorzugt bestellt, sofern sie bereit und geeignet sind. Die Reform erkennt damit an, dass persönliche Bindungen und Vertrauensverhältnisse eine zentrale Grundlage erfolgreicher Betreuung darstellen.

Die Unterstützung durch Betreuungsvereine und Behörden soll sicherstellen, dass Ehrenamtliche ihre Aufgabe kompetent wahrnehmen können, ohne professionellen Anforderungen allein ausgesetzt zu sein. Auch der Versicherungsschutz sowie der Anspruch auf Aufwendungsersatz (derzeit 450 € im Jahr) bleiben bestehen.

Aufgaben der Betreuungsbehörde und des Betreuungsgerichtes

Die ortsansässige Betreuungsbehörde erstellt Sozialberichte und schlägt im Rahmen des Betreuungsverfahrens (§§ 1814 ff. BGB) einen Betreuer vor. Auf dieser Grundlage, sowie eines medizinischen

Gutachtens und einer richterlichen Anhörung entscheidet das örtliche Betreuungsgericht über die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung.

Zu den Aufgaben einer Betreuungsbehörde gehört außerdem die Öffentlichkeitsarbeit und Akquise von neuen Betreuern. Das Betreuungsgericht ist für die Kontrolle der Betreuungen zuständig (im Rahmen der Berichterstattung).

Fazit: Die Betreuungsrechtsreform stellt einen Paradigmenwechsel dar: Weg von fürsorgerischer Stellvertretung, hin zu unterstützter Selbstbestimmung. Zudem soll die Qualität der rechtlichen Betreuung erhöht werden und die Betreuten mehr beteiligt werden.

3. Kommunale Psychiatrische Versorgung

Die hier aufgezeigte rechtliche Einordnung und die Darstellung der gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur in Mainz sollen einen Überblick über die bestehenden Strukturen und Angebote geben. In den beiden vorangegangenen Berichten zur Situation der gemeindenahen Psychiatrie wurden bereits rechtliche Einordnungen und Angebotsbeschreibungen des GPV Mainz veröffentlicht.

3.1 Rechtliche Einordnung Gemeindepsychiatrie

Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie bzw. für Gemeindepsychiatrie[2] ist im Gesetz über die Hilfen bei psychischer Erkrankung (PsychKHG) verankert. Die gesetzliche Bestimmung und Empfehlungen in Bezug auf die Koordinierungsstelle obliegen der Selbstverwaltung der Kommunen in Rheinland-Pfalz. In Mainz ist die Koordinierungsstelle seit 1997 etabliert. Ebenso ist der Gemeindepsychiatrische Verbund sowie der Beirat für seelische Gesundheit[3] im §4 als Aufgabe der kommunalen gemeindepsychiatrischen Versorgung verankert.

Im Folgenden ist der Gesetzestext zu entnehmen:

§ 4
Planung und Koordination der Hilfen

- (1) Die Planung und Koordination der Hilfen, die im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erbracht werden sollen, obliegen den Landkreisen und den kreisfreien Städten. Sie erfüllen diese Aufgaben als Pflichtaufgaben der Selbstverwaltung. Sonstige gesetzliche Zuständigkeiten bleiben unberührt.

[2] In diesem Bericht wird die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie synonym mit dem Begriff Koordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie verwendet.
[3] In Mainz wird der Beirat als Psychiatriebeirat bezeichnet.

- (2) Die Landkreise und die kreisfreien Städte wirken darauf hin, dass die Leistungserbringer einen Gemeindepsychiatrischen Verbund bilden und eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit dem Ziel abschließen, in ihrem Bereich die Versorgungsverpflichtung für eine möglichst wohnortnahe, lebensfeldzentrierte Versorgung und Unterstützung insbesondere für chronisch schwer psychisch erkrankte Personen zu übernehmen. Dies schließt auch die Zusammenarbeit mit den forensisch-psychiatrischen Einrichtungen für die Wiedereingliederung strafrechtlich untergebrachter Patientinnen und Patienten ein.

- (3) Zur Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben können die Landkreise und die kreisfreien Städte Koordinierungsstellen für Gemeindepsychiatrie und Beiräte für psychische Gesundheit als bewährte und besonders geeignete Strukturen vorhalten. Einem Beirat für psychische Gesundheit gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der an der Versorgung psychisch erkrankter Personen beteiligten Organisationen einschließlich der Leistungs- und Kostenträger, Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe und Selbstvertretung sowie der Angehörigen psychisch erkrankter Personen an. Der Beirat für psychische Gesundheit berät den Landkreis oder die kreisfreie Stadt in grundsätzlichen Fragen der Planung und Koordination der örtlichen Versorgung psychisch erkrankter Personen sowie bei der Erstellung kommunaler Berichte über die Versorgung psychisch erkrankter Personen. Er soll auch zu sonstigen wesentlichen Fragen der örtlichen Versorgung psychisch erkrankter Personen gehört werden.

3.2 Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie

Die Aufgaben der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie sind vielfältig und multiperspektivisch. Die Aufgaben, deren Organisation und Ausübung, variieren zwischen den Kommunen. Die hier beschriebenen Arbeitsbereiche sind an der Praxis und den Bedarfen der Landeshauptstadt Mainz ausgerichtet. Die Stelle ist als Stabsstelle bei der Amtsleitung im Amt für soziale Leistungen angegliedert.

Die Koordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie ist in der Stadt Mainz dafür zuständig, Angebote zu schaffen, zu fördern und zu unterstützen, damit Menschen mit einer psychischen Erkrankung in ihrem gewohnten Wohnumfeld versorgt werden können. Besonders sollen Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Hilfen vor Ort finden, die sie benötigen, um mit ihrer Erkrankung selbstbestimmt am Leben teilhaben zu können.

Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie ist Ansprechpartner:in für Träger der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfe, der öffentlichen Verwaltung, der Politik sowie für Bürgerinnen und Bürger.

Zu den Aufgaben der Stelle gehören unter anderem:

- Geschäftsführung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mainz, der Besuchskommission nach PsychKHG, des Psychiatriebeirates sowie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft
- Initiierung und Organisation von Netzwerken
- Öffentlichkeitsarbeit
- Projektmanagement
- Konzeption und Durchführung von Fachvorträgen, Fachveranstaltungen und Schulungen
- Beratung zur Gestaltung und Umsetzung von Versorgungskonzepten
- Implementierung und Begleitung von Veränderungsprozessen in der Gemeindepsychiatrie
- Beschwerdemanagement

- Psychiatrieplanung
- Budgetverwaltung

Die Arbeitsschwerpunkte der Stelle ergeben sich aus den kommunalen Bedarfen, gesellschaftlichen Trends sowie Handlungsempfehlungen aus Arbeitsgruppen, Gremien und Netzwerken. Ebenfalls bezieht sich das Wirken der Koordinierungsstelle immer auch auf eine trialogische Perspektive und einen trialogischen Austausch, d.h. mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und professionellen Helfer:innen auf Augenhöhe.

Die Personengruppen, die durch die Hilfen vor Ort erreicht werden sollen sowie durch die Koordinierungsstelle und die Akteuer:innen der Gemeindepsychiatrie in den Blick genommen werden, sind:

- Erwachsene Menschen mit einer psychischen Erkrankung:
    - Menschen mit Doppel- und/oder Mehrfachdiagnosen
    - Menschen mit Suchterkrankungen
    - Wohnungslose Menschen mit einer psychischen Erkrankung
    - Ältere und hochbetagte Menschen mit einer psychischen Erkrankung
    - Systemtester: innen
    - Menschen mit Migrationshintergrund und/oder Fluchterfahrung und einer psychischen Erkrankung
- Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung
- Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Präventiv: Menschen in einer psychischen Krise ohne Diagnose

Die Definition der Personengruppe entstand im Austausch mit den Koordinierungsstellen für gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz sowie mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund Mainz.

Als Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie gilt es diese Aspekte, Bedarfe und Personengruppen in den Blick zu nehmen und gemeinsam mit den Akteuer:innen der Gemeindepsychiatrie Teilhabechancen zu ermöglichen, passgenaue Angebote zu etablieren und zu sichern sowie im Austausch in unterschiedlichsten Formaten dies zu einer lebensweltorientierten, partizipativen und bedarfsgerechten Versorgung zu bündeln.

3.3 Gremienarbeit

Psychiatriebeirat

Die Landeshauptstadt Mainz hat entsprechend der Vorgaben des damaligen Landesgesetzes für psychisch kranke Personen (PsychKG) Mitte der 1990er Jahre einen Psychiatriebeirat installiert. Er soll die Kommune in allen Angelegenheiten der gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung beraten, unterstützen und vertritt die Interessen psychisch erkrankter Bürgerinnen und Bürger.

Thematisch werden Entwicklungen, Versorgungsprobleme und Kooperationsfragen im Rahmen der Versorgung besprochen und notwendige politische Entscheidungen vorbereitet. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund der Stadt Mainz und dessen Unterarbeitsgruppen sowie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft. Die Amtszeit des Psychiatriebeirates beträgt entsprechend dem Turnus der Kommunalwahlen 5 Jahre. Er tritt mindestens zweimal jährlich unter der Geschäftsführung der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie zusammen. Die Mitgliedschaft muss auf Empfehlung der Mitglieder und Entscheidung des Dezernats für Jugend und Soziales vom Stadtrat bestätigt werden.

Dem ehrenamtlich tätigen Beirat gehören neben dem städtischen Sozialdezernentin insbesondere Vertreterinnen und Vertreter an der psychiatrischen Versorgung beteiligter Organisationen, einschließlich der Leistungs- und Kostenträger, Verwaltungsvertreter:innen, Vertreter:innen der Kommunalpolitik, des Behandlungssektors, sowie Vertreterinnen und Vertreter von psychisch erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen an.

Besuchskommission

Die Besuchskommission ist von der Stadt Mainz nach dem Landesgesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen (PsychKHG) eingesetzt. Danach hat die Besuchskommission stationäre Einrichtungen, wie die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinhessenfach Klinik in Mainz, regelmäßig zu besichtigen und zu überprüfen, ob die vom Gesetz vorgesehenen Unterbringungsbedingungen gewahrt werden. Die Kommission ist trialogisch besetzt, d.h. durch Psychiatrieerfahrene, Angehörige und professionelle Helfer:innen. Die Personalausstattung der Besuchskommission sind im PsychKHG geregelt.

Bei Zwangseinweisungen sind bestimmte Einschränkungen vorgesehen, diese sind gesetzlich geregelt und müssen den Zweck der Unterbringung oder der Aufrechterhaltung der Sicherheit für die Person und Ordnung der Einrichtung dienen. Bedarf es hier einer Klärung und dem Wunsch nach einem Gespräch über die Unterbringungsbedingen sowie die durchgeführten Maßnahmen greift die Zuständigkeit der Besuchskommission.

Sie wacht darüber, ob die Rechte der untergebrachten Bürgerinnen und Bürger gewahrt bleiben. Solche Rechte sind z. B. das Recht auf persönlichen Besitz, das Besuchsrecht, das Recht auf das Führen von Telefonaten, das Recht auf regelmäßigen Aufenthalt im Freien, das Recht auf Schriftwechsel und Information usw.

Die Besuchskommission begeht die pflichtversorgenden Kliniken mindestens einmal im Jahr und bei Bedarf öfter. Während der Besuche werden Gespräche mit dem multiprofessionellen Stationsteam geführt sowie Gespräche mit den untergebrachten Patient:innen. Diese Gespräche sind vertraulich und finden, wenn gewünscht im Einzelsetting statt. Die Besuche finden vorwiegend unangekündigt statt, d.h. die Klinik wird über den Begehungstermin nicht informiert, um ein realistisches Bild des Klinikalltages und der aktuellen Situation auf Station zu erhalten.

Die Begehungen werden protokolliert und die Ergebnisse werden dem Landesamt für Jugend, Soziales und Versorgung, dem Psychiatriereferat des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit, der

Klinikleitung, den Besuchskommissionsmitgliedern sowie dem Dezernat für Jugend und Soziales vorgelegt. Ebenfalls werden die Begehungsergebnisse und die Empfehlung der Kommission im Psychiatriebeirat vorgetragen und zu Protokoll gegeben.

Gemeindepsychiatrischer Verbund Mainz - GPV

Seit 2002 ist die Zusammenarbeit der entscheidenden Leistungserbringer im Bereich der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch deren Zusammenschluss im Gemeindepsychiatrischen Verbund geregelt. Im Jahr 2005 wurde der gemeinsam erarbeitete Kooperationsvertrag verabschiedet, in dem sich die Mitglieder zu einer Versorgungsverpflichtung gegenüber den Mainzer Bürgerinnen und Bürgern bekennen. Die Kommune, das zuständige Gesundheitsamt und die Vertretung der Selbsthilfe sind ebenfalls Mitglieder im Verbund.

Mitglieder des GPV sind wiederum in etlichen anderen Bündnissen, Netzwerken und Arbeitsgruppen aktiv und tragen so einen großen Teil zur Vernetzung der verschiedenen regionalen und überregionalen Initiativen bei und gestalten diese aktiv mit. Die Kontinuität und Transparenz der Kooperationsmitglieder und deren Einsatz zur gemeindepsychiatrischen Versorgung und Vernetzung ist für die Qualität und Zusammenarbeit des GPV Mainz unerlässlich.

PSAG – Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Nach § 4 Abs. 5 PsychKHG sollen in den Kommunen und Landkreisen Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), zusammengesetzt aus unterschiedlichen Beteiligten der psychosozialen Versorgung vor Ort, dem Psychiatriebeirat zuarbeiten. In der Stadt Mainz trifft sich die PSAG ca. 4- bis 5-mal pro Jahr, arbeitet an versorgungsrelevanten Fragestellungen und informiert sich über die aktuellen rechtlichen, medizinischen und politischen Entwicklungen.

Hier sind insbesondere die Berufspraktikerinnen und -praktiker, Psychiatrieerfahrene und Angehörige zusammengeschlossen. Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie hat die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft inne. Die Fachgruppe trägt ausgewählte Themen nicht nur in den Psychiatriebeirat, sondern führt auch Fachveranstaltungen und Schulungen durch.

Es wurden im Berichtszeitraum folgende Themen bearbeitet:

- Gesetzesgrundlagen
- Nähe und Distanz aus trialogischer Perspektive
- Systemische Haltung und Methoden
- Einrichtungen und Angebote der gemeindepsychiatrischen Versorgung
- Fallsupervision
- ADHS und Autismusspektrum

3.4 Der gemeindepsychiatrische Verbund Mainz

In der Stadt Mainz besteht seit 2005 der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV Mainz), der die gemeindenahe, bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung zum Ziel hat, durch Angebote wie Therapie, Beratung, Teilhabeförderung, Wohnen, Pflege, Prävention und Selbsthilfe.
Grundlage ist hierbei neben dem rheinland-pfälzischen PsychKHG, die UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, entsprechende Sozialgesetzbücher sowie die Qualitätsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde.
Die Sicherstellung dieser Ziele wird durch ein integriertes, regionales, personenzentriertes Hilfesystem erreicht.

„Eine gute und gelingende Hilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im direkten Lebensumfeld ist von vielen Faktoren abhängig, wie:

• einer vielfältigen Angebotslandschaft, die passgenaue Unterstützung geben kann,

• einer ausführlichen Hilfeplanung, die Chancen und Einschränkungen aufgrund der Beeinträchtigung im Blick hat und konkrete Ziele benennt,

• unkomplizierten Beratungs- und Begleitungsmöglichkeiten in Krisensituationen,

• die verlässliche Vernetzung und Kooperation der Anbieter von Hilfsangeboten untereinander,

• sowie die Einbeziehung der psychisch erkrankten Menschen, ihren Familien, Freunden und Arbeitgebern.

Dies sind die Kernaufgaben des GPV Mainz und werden in Kooperation gemeinsam umgesetzt“ (www.gpv-mainz.de).

Die Entstehungsgeschichte und die Strukturen des GPV Mainz können dem ersten und zweiten Psychiatriebericht entnommen werden.

3.4.1 Mitglieder

Die folgend genannten Leistungserbringer:innen sind Mitglieder im GPV Mainz.



Als neustes Mitglied wurde im Jahr 2024 der ABD Mainz aufgenommen. Die Aufnahmekriterien für eine:n Leisterungerbringer:in, an denen sich der GPV Mainz orientiert wurden von der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde formuliert.[4] Seit der letzten Berichterstattung gab es keine weitere Veränderung der Mitgliedschaften im GPV Mainz.

3.4.2 Angebotsstruktur

Die Angebotsstruktur des GPV Mainz ist vielseitig aufgestellt, was der Tabelle entnommen werden kann. Der tabellarische Überblick zeigt die Angebote der Eingliederungshilfe sowie die medizinischen und therapeutischen Hilfen auf. Ergänzend sind in den folgenden Kacheln die Angebote beschrieben sowie die Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Selbsthilfe der Mitglieder des GPV Mainz aufgeführt.

[4] Diese können eingesehen werden unter www.bag-gpv.de

	ABD Mainz	Caritasverband Mainz e.V.	Commit-Club Behinderter u. ihrer Freunde e.V.	Deutsches Rotes Kreuz – DRK Kreisverband Mainz-Bingen	Gemeinnützige Gesellschaft f. paritätische Sozialarbeit mbH	gpe - Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen gGmbH	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitäts-	Mission Leben GmbH Evangelische wohnungslosenhilfe	SBB - Sozialtherapeutische Beratungsstelle /Betreuungsver-	Sozialdienst Metzger JJ e.V.	Sozialpsychiatrischer Dienst, Abteilung für Gesund-	Zoar – Rheinhessisches Diakonizentrum
Arbeit und Beschäftigung						X		(X)				X
Behandlung, inkl. Soziotherapie		X	X		X	X	X		X		(X)	X
Beratung	X	X				X	X	X	X		X	X
Besondere Wohnform					X							X
Gemeinde-psychiatrisches Zentrum GPZ		X				X			X			
Kontakt		X	X			X			X			
offene Freizeitangebote		X	X		X	X			X			
psychiatrische Institutsambulanz					X							
Psychosoziale Einzelfallhilfen/ QA	X	X	X	X	X	X		X	X	X	(X)	X
Tagesstätte/ Tagesaufenthalt		X				X		X	X			
Tagesstruktur		X	X		X	X		X	X	X		X

Teilstationäre medizinisch-therapeutische Hilfen					X		X					
Stationäre me-didzinisch-the-rapeutische Hil-fen							X					

Ebenfalls kooperiert der GPV Mainz mit weiteren relevanten Netzwerkpartner:innen der Gemeinde-psychiatrischen Versorgung sowie mit allen stadtverwaltungsinternen Abteilungen.

- Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinhessen-Fachklinik
- Arbeitsagentur
- Jobcenter
- Amtsgericht
- Niedergelassene Fachärzt:innen
- Psychotherapeut:innen
- Krankenkassen
- Selbsthilfe
- Berufsbetreuer:innen
- Suchthilfe
- Wohnungslosenhilfe
- Jugendhilfe

3.4.3 Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppen im GPV Mainz werden durch die GPV-Konferenz beauftrag Bedarfe, Versorgungslücken und Fachthemen zu bearbeiten. Je nach Aktualität werden AGs initiiert und die Ergebnisse werden dem GPV Mainz gespiegelt, woraus sich Aufträge und Maßnahmen ableiten können. Die Arbeitsgruppen sind durch die Mitglieder des GPV Mainz besetzt und werden je nach Themenschwerpunkt und Ausrichtung für weitere Akteur:innen geöffnet.

AG Qualität

Die Arbeitsgruppe Qualität ist mit der Weiterentwicklung des GPV Mainz sowie dem regelmäßigen Monitoring der Qualitätsstandards beauftragt. Zukünftige Themen der AG sind die Weiterentwicklung des GPV Mainz, unter den gesetzlichen Bedingungen des Bundesteilhabegesetzes sowie den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention. Insbesondere müssen zukünftig die Ausrichtung, das Selbstverständnis und die Aufgaben des GPV Mainz in den Blick genommen werden. Dies ist als gemeinsam gestalteter und getragener Changeprozess zu verstehen.

AG Ältere

Diese Arbeitsgruppe nimmt die Bedarfe von älteren und hochaltrigen Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Pflegebedarfen in den Blick. Im Berichtszeitraum wurde die Arbeitsgruppe um die Altenheime der Stadt Mainz erweitert. Ziel ist es, systemübergreifend in den Austausch zu kommen, wie die Bedarfe der Personengruppe gedeckt werden können und wie erste gemeinsame Synergieeffekte in Hinblick auf die Versorgungslage entstehen können.

AG psychosoziale Versorgung von Geflüchteten

Im Berichtszeitraum hat die Arbeitsgruppe den Personenkreis der Menschen mit Flucht- und/oder Migrationsgeschichte und einer psychischen Erkrankung genauer in den Blick genommen. Gerade Bedarfe wie Sprach- und Kulturmittlung sowie das Verständnis von psychischen Erkrankungen in verschiedenen Kulturen waren zentrale Themen. Im Jahr 2025 hat die AG ein Kunstprojekt in Kooperation mit dem Zentrum für Flucht und Trauma der Caritas Mainz sowie der Flüchtlingskoordination Mainz organisiert. Die Werke wurden im Zuge des Interkulturellen Festes ausgestellt.

AG Heavy User

Diese Arbeitsgruppe nimmt Personen in den Blick, die im Hilfesystem nicht anzukommen scheinen und durch das „Raster fallen“. Dies kann durch herausforderndes Verhalten und diverse Komorbiditäten mitbedingt sein. Hier gilt es genau zu evaluieren, wo Hilfen abgebrochen werden und welche Voraussetzungen Hilfesysteme bzw. Hilfsangebote schaffen müssen, um diese Personen ein Angebot machen zu können.

3.5 Gemeindepsychiatrische Versorgung

3.5.1 Beratung, Kontaktstiftung und Freizeit

Spezialisierte Beratungsangebote für psychisch erkrankte Menschen sind insbesondere im Hinblick auf die vielfältigen Bedarfe und Herausforderungen, die mit einer solchen Erkrankung einhergehen, sinnvoll. Hierbei geht es u.a. um Unterstützung in Fragen alltagspraktischer Belange, bürokratischer Angelegenheiten oder Behandlungsaspekte, Entlastung durch Gesprächsangebote, Hilfen bei der Suche nach passenden Angeboten und auch der Einleitung gezielter Maßnahmen. Des Weiteren stellt die Beratung in angespannten Lebenslagen immer auch eine Maßnahme der Prävention dar, denn in vielen Fällen müssen andere, kostenintensivere Hilfen nicht in Anspruch genommen werden, wenn die Beratung zielführend war.

In Mainz gibt es 3 auf den Personenkreis spezialisierte Beratungsangebote von Leistungserbringern: im caritas-zentrum Edith Stein, bei unplugged – Das Beratungscafé der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen, sowie die zielorientierte Elternberatung ZEBRA, einem Kooperationsprojekt der Sozialtherapeutischen Beratungsstelle / Betreuungsverein gGmbH und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Alle 3 werden kommunal bezuschusst.

Ebenfalls bieten das caritas-zentrum Edith Stein, die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen sowie die Sozialtherapeutische Beratungsstelle /Betreuungsverein gGmbH in ihren Tagesstätten eine niedrigschwellige Kontaktstellenfunktion. Hier geht es ebenfalls um erste Beratungs- und Entlastungsangebote. Ziel dieser Angebote ist es, den individuellen Unterstützungsbedarf zu erfassen und bei Bedarf den Kontakt zu geeigneten Fachstellen herzustellen. Die Kontaktstellen dienen als erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischer Erkrankung und deren Angehörigen. Des Weiteren halten

die Kontaktstellen offene Freizeitangebote, die je nach Auslastung mit oder ohne Warteliste geführt werden. Es zeigt sich, in Bezug auf die Inanspruchnahme von offenen Freizeitangeboten und niedrigschwelliger Beratung, ein Anstieg im Bedarf des Personenkreises. Dieser Anstieg wird in den Einrichtungen in unterschiedlichen Intensitäten wahrgenommen.

unplugged – Das Beratungscafé

Menschen mit seelischen Schwierigkeiten im Alter zwischen 16 und 27 Jahren finden im unplugged – Das Beratungscafé eine verlässliche Anlaufstelle.

Für das Jahr 2025 wurden folgende Daten übermittelt:

> *Beratungen mit Termin: 211 Personen*
> *Qualifizierte Assistenz: 35 Personen*
> *Beratungskontakte im offenen Bereich: 239 Personen*

Präsenzzeiten für das offene Beratungs- und Freizeitangebot sind Montag, Mittwoch und Donnerstag von 11 – 18 Uhr, Dienstag von 11:00-20:00 Uhr und Freitag von 11:00-16:00Uhr. Beratungstermine können außerhalb der Öffnungszeiten vereinbart werden.

Ebenfalls kann angemerkt werden, dass das Beratungscafé unplugged im offenen Bereich durch das Jugendamt sowie das Psychiatriebudget finanziert werden. Dies ist durch den Anstoß im Psychiatriebeirat zu den niedrigschwelligen Versorgungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen in der Stadt Mainz entstanden und wurde gemeinsam mit der Jugendsamtleitung, der Kinder- und Jugendhilfeplanung sowie der Koordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie umgesetzt.

Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein gGmbH (SBB)

Das Beratungsangebot ZEBRA – Zielorientierte Elternberatung hält die SBB in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Territorio - Verein für gemeindenahe psychosoziale Versorgung e.V. vor. Es handelt sich um ein Beratungsangebot für psychisch erkrankte Eltern, deren Kinder und Bezugspersonen. Das Angebot ist aus einer Arbeitsgruppe des GPV heraus entwickelt worden. Die besondere Zielgruppe psychisch erkrankter Eltern soll durch individuelle Beratung in ihrer Elternschaft so unterstützt werden, dass nachfolgende und kostenintensivere Hilfen nicht erforderlich werden.

> *Begleitung von insgesamt 42 Beratungsfällen, darunter 38 Neufälle. 3 der 42 Familiensysteme nutzen im Jahr 2025 mehr als eine Beratung. In 10 Familiensystemen waren beide Elternteile seelisch belastet oder psychisch erkrankt. In 59,5 % suchten Mütter die Beratung auf, in 21,4 % suchten Väter das Beratungsangebot auf.*

Kontaktstellenfunktion und Freizeitangebote

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten bieten einige Leistungserbringer:innen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds psychisch erkrankten Menschen die Möglichkeit, an offenen Angeboten teilzunehmen, womit vorrangig freizeitbezogene und kontaktstiftende Aktivitäten abgedeckt sind. Die Vielfalt der Möglichkeiten ist groß und variiert jahreszeit- und nachfragebedingt hinsichtlich der Ausgestaltung.

Die Leistungserbringer:innen melden für das Jahr 2025 folgende niedrigschwellige Beratungskontakte sowie Freizeitangebote zurück

> *Caritas-zentrum Edith Stein: 321 Beratungen niedrigschwellig mit und ohne Termin, offener Treff oftmals regelmäßige TN 13 Personen*
>
> *GPE: 180 Beratungen, 522 Teilnehmende an 72 Kontakt- und Freizeitangeboten*
> *SBB: 99 Beratungen mit Termin, 566 niedrigschwellige Kontakt-, Gesprächs- und Aktivierungsangebote*

Die Beratungskontakte gestalten sich in den Kontaktstellen vielfältig. Zum einen können sie mit Terminen oder niedrigschwellig ohne Termin stattfinden. Ebenso geht es in der Kontaktstellenfunktion auch um die Kontaktanbahnung. Ziel ist es, mit Menschen mit psychischer Erkrankung in Kontakt zu kommen und im Austausch zu sein. Dies kann helfen, wieder den Mut zu fassen, im Gespräch zu sein, Gruppen auszuhalten und regelmäßig Termine wahrzunehmen.
Es zeigt sich, dass die Inanspruchnahme der offenen Angebote gestiegen ist. Des Weiteren wird von einem Teil der Leistungserbringer:innen rückgemeldet, dass Wartelisten für die offenen Angebote geführt werden, da die Nachfrage deutlich höher ist, als die vorhandenen Plätze. Dies ist als Auftrag an den GPV zu verstehen gerade niedrigschwellige Angebote in den Blick zu nehmen und neu zu evaluieren, um den Bedarfen in der Praxis zu entsprechen. Niedrigschwellige Angebote, die keiner Antragstellung bedürfen, sind ein wichtiger Versorgungsbaustein, um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu erreichen.

3.5.2 Sozialpsychiatrischer Dienst

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) der Abteilung Gesundheitswesen in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen ist mit seiner Außenstelle in Mainz für Mainzer Bürgerinnen und Bürger zuständig. Angesiedelt in der Abteilung Gesundheitswesen (umgangssprachlich „Gesundheitsamt“) kann der SPDi in seinen Räumen aufgesucht werden, bei Bedarf aber auch Hausbesuche durchführen oder andere Termine mit dem angesprochenen Personenkreis wahrnehmen. Sein Angebot richtet sich laut Selbstbeschreibung an:

- Psychisch kranke Menschen und Suchterkrankte, die Probleme mit der selbstständigen Lebensführung haben
- Menschen in Belastungssituationen und Krisen
- Angehörige, Nachbarn und Bezugspersonen, die sich um einen psychisch kranken Menschen Sorgen machen und Entlastung brauchen

Die Unterstützung ist kostenlos und antragsfrei. Der SPDi wird in erster Linie beratend und vermittelnd tätig. Neben sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die für bestimmte Stadtteile zuständig sind, steht bei medizinisch-psychiatrischen Fragestellungen auch ein Facharzt für Psychiatrie zur Verfügung.

Die hier vorliegenden Fallzahlen beziehen sich auf das Jahr 2024:

Insgesamt hat der sozialpsychiatrische Dienst in diesem Jahr in Mainz ca. 610 Bürgerinnen und Bürger beraten, betreut und unterstützt.

Zu diesen Bürgerinnen und Bürgern bestanden insgesamt ca. 15.050 einzelne Kontakte. Diese einzelnen Kontakte fanden in telefonischer, persönlicher oder schriftlicher (inklusive E-Mail) statt.
Die persönlichen Kontakte erfolgten überwiegend in aufsuchender Form bei den Klientinnen und Klienten, sowohl in deren Wohnung bzw. privatem Umfeld, als auch gemeinsam bei Behörden, Organisationen, Institutionen sowie Krankenhäusern und behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Im Durchschnitt gab es somit rund 25 Einzelkontakte je Klient in diesem Jahr. Für das Jahr 2025 werde ich keine so guten Zahlen liefern können, da es eine Umstellung und bei der Art und Weise der Erfassung gegeben hat.

Der SPDi meldet zurück, dass die hier genannten Fallzahlen im Jahr 2025 nochmals einen Anstieg erfahren haben.

Weitere Beratungsangebote

In Mainz gibt es weitere Möglichkeiten kontextbezogener Beratung für psychisch erkrankte Menschen. Hier sind zu nennen:

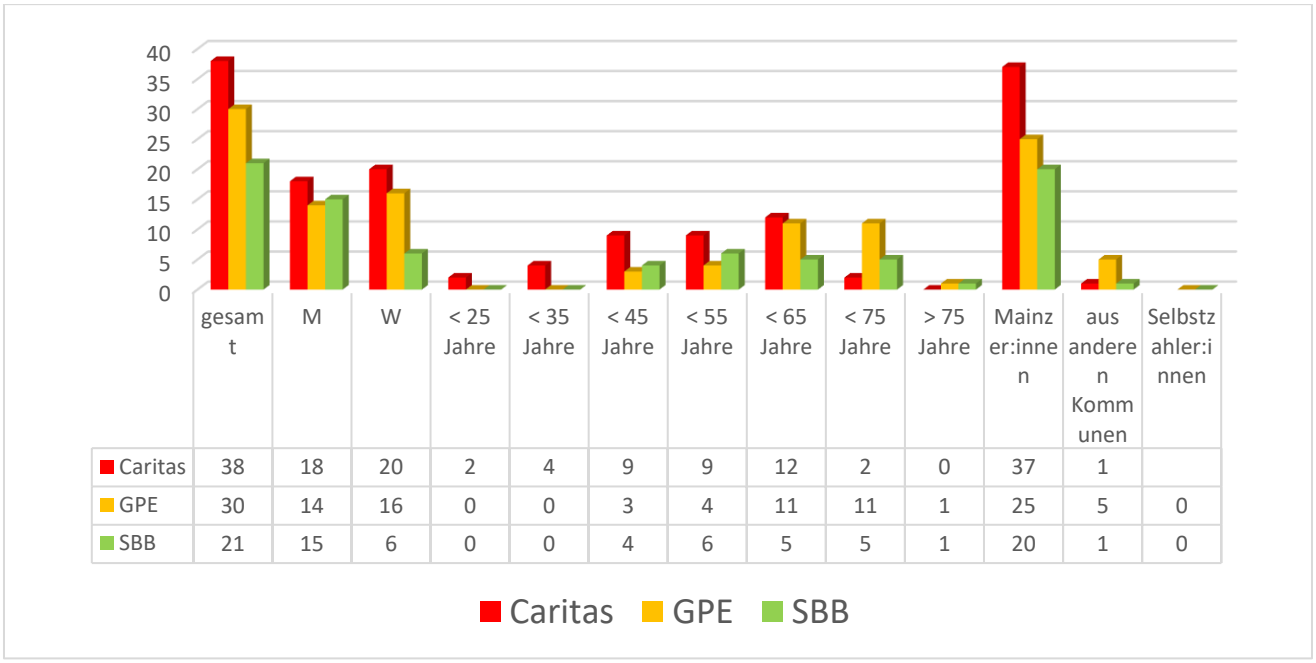
- Mission Leben - Evangelische Wohnungslosenhilfe für Fragen rund um die die Sicherung der Grundbedürfnisse,
- Kliniksozialdienst psychiatrischen Kliniken und Tageskliniken für Patientinnen und Patienten,
- Sozialdienste in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen für Beschäftigte,
- Leistungserbringer des GPV Mainz, die im Rahmen von Erstkontakten und Informationsgesprächen Beratungsfunktionen übernehmen,
- Integrationsfachdienst für beeinträchtigte Menschen, die in Arbeitszusammenhängen Unterstützung benötigen,
- Territorio e.V. - Verein für gemeindenahe psychosoziale Versorgung, nimmt Beratungsaufgaben wahr, die sich insbesondere an Familien und Freunde der betroffenen Menschen richten,
- Fachdienst des Amts für Soziale Leistungen, der Menschen mit Anspruch auf Eingliederungshilfe berät oder deren leistungsrechtlichen Anspruch prüft,
- Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung – EUTB. Sie steht im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes Menschen mit Beeinträchtigungen bei allen Fragen zu Teilhabebelangen zur Verfügung, in Mainz sind 2 Beratungsstellen eingerichtet, die beim Zentrum für Selbständiges Leben und der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft angesiedelt sind.
- KISS Mainz berät, unterstützt und fördert Selbsthilfegruppen, -initiativen, -organisationen und Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich.

3.5.3 Tagesstätten

Die Tagesstätten verfügen über vielfältige Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung. Alle Tagesstätten des GPV Mainz bieten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Selbstversorgung,

Ergo- und Arbeitstherapie, Bildungs-, Kreativ- und Freizeitangebote, kognitive und soziale Kompetenztrainings an. Die Erweiterung der Fähigkeiten und Kompetenzen der Nutzerinnen und Nutzer wird von den Tagesstätten als Schwerpunktaufgabe angesehen. Tagesstätten können i.d.R. an 5 Tagen in der Woche besucht werden. Sie bieten darüber hinaus Halt, Geborgenheit, sozialen Kontakt sowie eine tagesstrukturierende Beschäftigung und sind eine gute Möglichkeit, am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Tagesstätten werden im GPV Mainz durch das caritas-zentrum Edith Stein, durch die Sozialtherapeutische Beratungsstelle /Betreuungsverein gGmbH sowie die Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen gGmbH vorgehalten.

Besucher:innen-Statistik für das Jahr 2025



	gesamt	M	W	< 25 Jahre	< 35 Jahre	< 45 Jahre	< 55 Jahre	< 65 Jahre	< 75 Jahre	> 75 Jahre	Mainzer:innen	aus anderen Kommunen	Selbstzahler:innen
Caritas	38	18	20	2	4	9	9	12	2	0	37	1	
GPE	30	14	16	0	0	3	4	11	11	1	25	5	0
SBB	21	15	6	0	0	4	6	5	5	1	20	1	0

Altersverteilung 2025 (n 89)

< 25 Jahre	< 35 Jahre	< 45 Jahre	< 55 Jahre	< 65 Jahre	< 75 Jahre	> 75 Jahre
2	4	16	19	28	18	2

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, sind 69 Personen, die eine Tagesstätte besuchen, unter 65 Jahre alt, 20 Personen sind 65 Jahre alt und älter. Wie bereits im letzten Psychiatriebericht aufgezeigt, lässt

sich weiterhin beobachten, dass das Durchschnittsalter der Nutzer:innen der Tagesstätten steigt. Ältere und hochaltrige Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden von ambulanten und stationären Regelversorgungssystemen nur bedingt versorgt. Hier braucht es zukünftig passgenaue Angebote. Diesem Versorgungsthema widmet sich die AG Ältere im GPV (Gliederungspunkt 3.4.3).

3.5.4 Qualifizierte Assistenz

Im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes wurde die Leistung der psychosozialen Einzelfallhilfe unter dem Begriff der Qualifizierten Assistenz subsumiert. Die Qualifikationen der Fachpersonen sowie die Arbeitsschwerpunkte entsprechen weiterhin denen der psychosozialen Einzelfallhilfe.

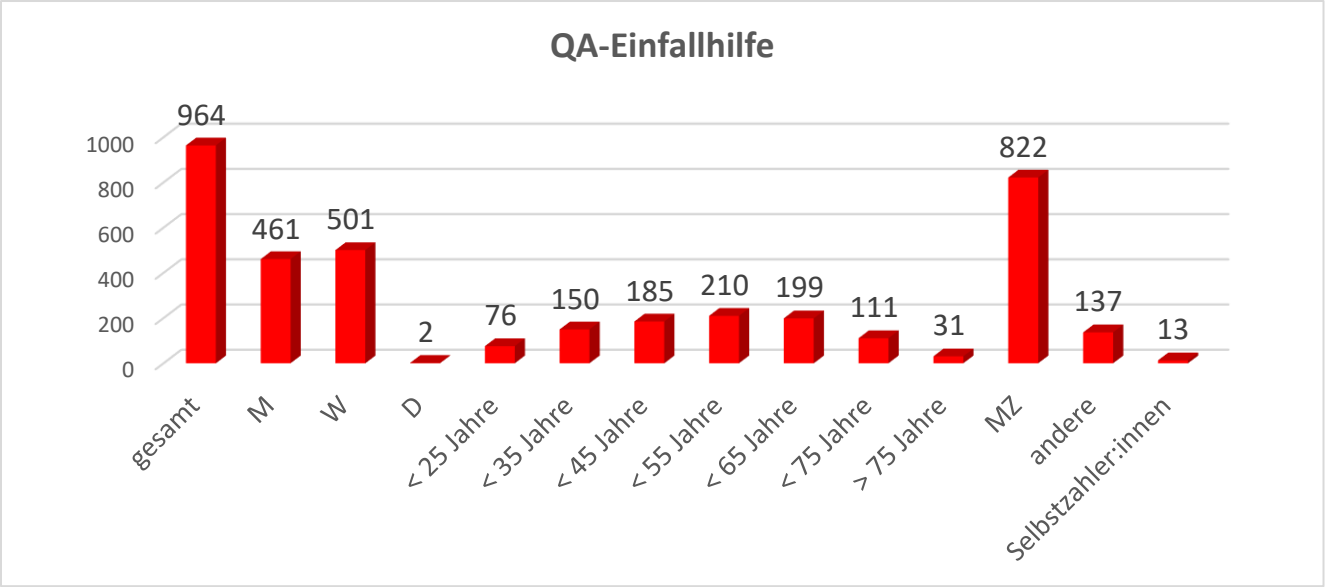
Im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch IX werden in Mainz Teilhabeleistungen gewährt, die als Fachleistungsstunden umgesetzt werden. Grundlage ist hierbei, wie bei allen anderen Leistungen der Eingliederungshilfe auch, die Teilhabeplanung durch den Fachdienst Eingliederungshilfe (EGH). Die Zugangswege sowie das, seit dem letzten Berichtszeitraum, etablierte Hilfeplanverfahren können dem Artikel des Fachdienstes EGH im zweiten Teil dieses Berichtes entnommen werden.

Formale Voraussetzung ist neben der Zugehörigkeit zum Personenkreis, nachgewiesen durch eine fachärztliche Bescheinigung, die grundsätzliche Zuständigkeit des nachrangigen Sozialhilfeträgers.

Die möglichen Begleitungs- und Betreuungsschwerpunkte der psychosozialen Einzelbetreuung bzw. Qualifizierten Assistenz sind sehr unterschiedlich und orientieren sich am Bedarf nach Wunsch- und Wahlrecht der Person.
Die Schwerpunkte können in einem oder mehreren der folgenden Bereiche liegen:

- Umgang mit der Erkrankung / Psychische Befindlichkeit
- Medizinische und / oder fachärztliche Behandlung und Begleitung
- Selbstversorgung / Alltagskompetenzen
- Arbeit / Tagesstrukturierung
- Freizeitgestaltung / Interessen
- Familie / Soziale Kontakte

Vorrangige Ziele und konkret angestrebte Veränderungen werden gemeinsam unter Beachtung der Ressourcen und Teilhabebedarfe der Nutzer:innen vereinbart und nichtpsychiatrische Hilfen sollen hierbei berücksichtigt werden.

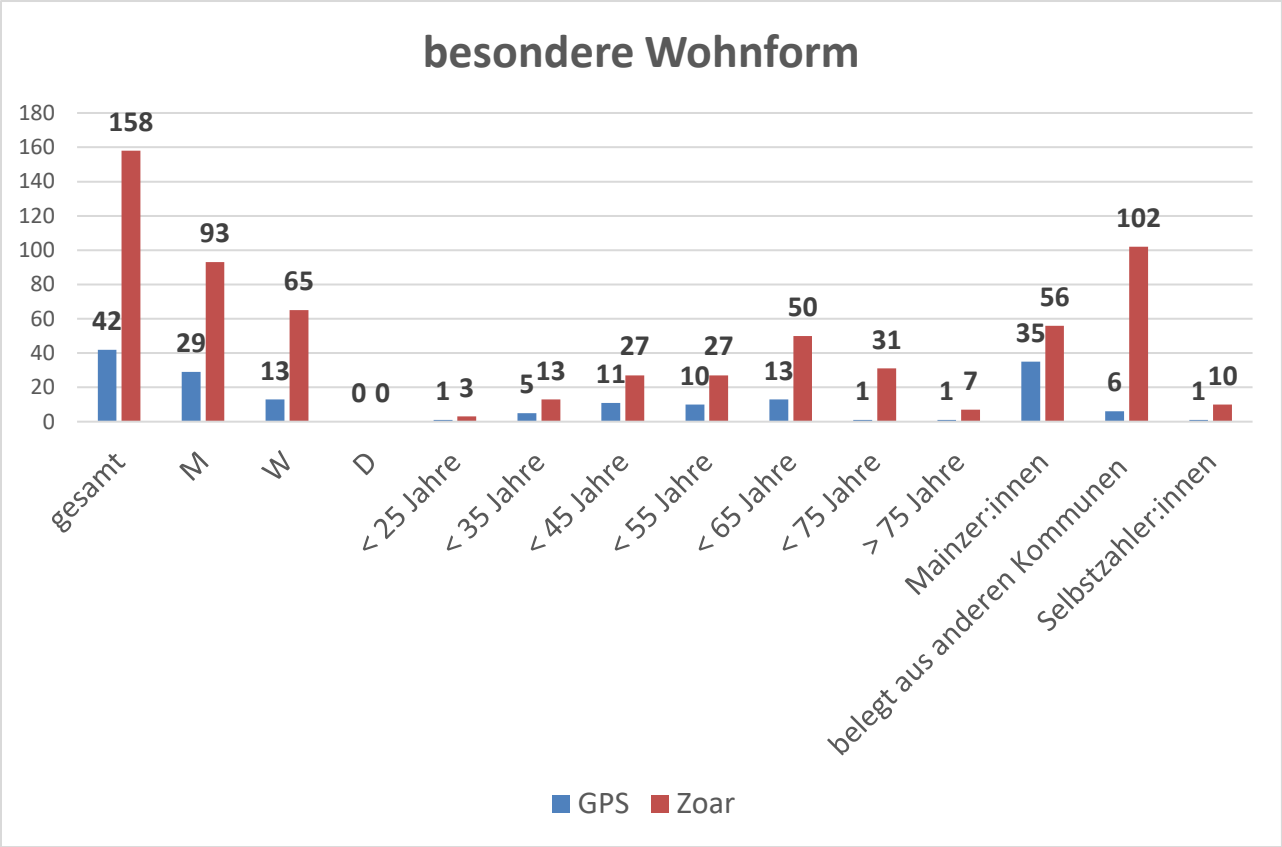


Im Jahr 2025 haben 964 Menschen mit einer seelischen Beeinträchtigung im GPV Mainz Unterstützung in Form der Qualifizierten Assistenz erhalten. Die in der Erhebung integrierten Daten des Sozialdienstes Metzger umfassen sowohl psychosoziale Hilfen als auch tagesstrukturierende Maßnahmen, die über die Teilhabebedarfsermittlung empfohlen wurden.
Zoar begleitet im Bereich der Einzelfallhilfen im Jahr 2025 50 Personen, davon jedoch lediglich 3 Personen in Kostenträgerschaft der Stadt Mainz. Dies liegt vorrangig an der räumlichen Verortung der sog. ambulanten Hilfen, deren Standort im Landkreis Mainz- Bingen ist. Wichtig zu ergänzen ist, dass auch Leistungserbinrger:innen der Wohnungslosenhilfe im GPV Qualifizierte Assistenz anbieten. Demnach werden in Kostenträgerschaft der Stadt Mainz 822 Personen begleitet sowie 137 Personen in Kostenträgerschaft durch andere Kommunen. 13 Personen finanzieren diese Hilfe selbst.

Ergänzend kann hier erläutert werden, dass im Zuge der BTHG-Umstellung das Betreute Wohnen von den Anbietern des GPV Mainz in Qualifizierte Assistenzen umgewandelt wurde. Dies hat den Hintergrund, dass der öffentlich-rechtliche Vertrag, der dem Betreuten Wohnen zugrunde lag, in Zuge der BTHG-Umsetzung nicht mehr weitergeführt wurde. Die Menschen, die dies betraf, werden weiterhin durch eine Qualifizierte Assistenz unterstützt.

3.5.5 Besondere Wohnform

Bedarfe an stationären Wohnformen für Mainzer Bürgerinnen und Bürger werden vor Ort über das Haus am Landwehrweg der Gemeinnützigen Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit mbH (gps) gedeckt. Dort wohnten im Jahr 2025 42 Personen, 16 Menschen in einer stationären Außenwohngruppe. Im Jahr 2025 bot das evangelische Diakoniewerk Zoar (Verortung im Landkreis Mainz-Bingen und in der Stadt Mainz) 158 Personen einen stationären Wohnplatz, davon nutzen elf Personen Außenwohngruppen. Im Erhebungszeitraum haben 56 Mainzer:innen in der besonderen Wohnform des Diakoniewerks gelebt.



Die belegbaren Plätze im Haus am Landwehrweg belaufen sich auf 21 Plätze im Wohnhaus sowie 17 Plätze in Außenwohngruppen. Das evangelische Diakoniewerk Zoar hält gerade aufgrund der Dezentralisierung von Wohnplätzen 163 Plätze vor, genehmigt sind 166 Plätze. Diese teilen sich wie folgt auf:

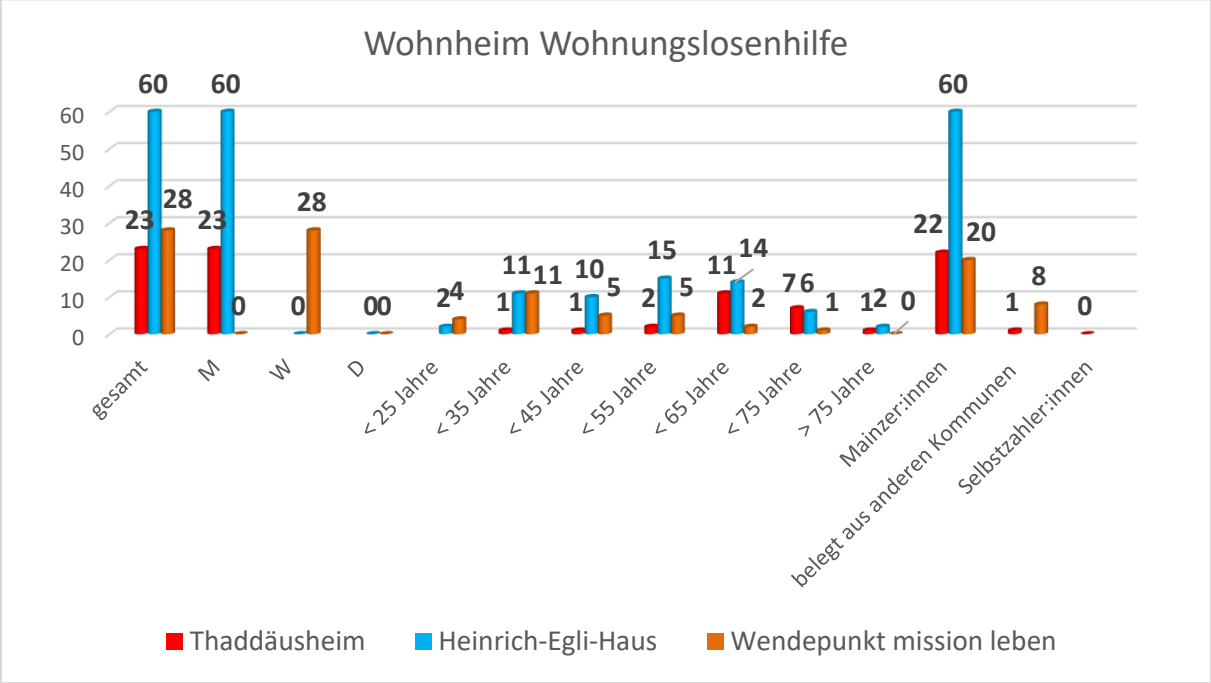
Haus am Berg, Heidesheim	48 Plätze
Haus Rheinblick, Ingelheim	46 Plätze
Hundsweg, Ingelheim	20 Plätze
Honigstraße, Heidesheim	14 Plätze
AWG Mainz	12 Plätze
Wohnen auf der Saar, Oppenheim	23 Plätze

Die folgende Tabelle gibt die Altersstruktur der Wohnheimbewohnenden wieder:

	< 25 Jahre	< 35 Jahre	< 45 Jahre	< 55 Jahre	< 65 Jahre	< 75 Jahre	> 75 Jahre
GPS	1	5	11	10	13	3	1
Zoar	3	13	27	27	50	26	7

Die Jahreswerte zeigen, wie bereits in anderen gemeindepsychiatrischen Angeboten, eine Häufung im Lebensalter > 45 Jahre bis > 65 Jahre. Derzeit und auch in Zukunft müssen in der gemeindepsychischen Versorgung Angebote für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen und Pflegebedarf in der Versorgungsplanung in den Blick genommen werden. Es muss genau evaluiert werden, ob und wie Menschen mit psychischer Erkrankung im Altenhilfesystem mitversorgt werden können und welche passgenauen Hilfen und Angebote ggf. etabliert werden müssen.

Mit dem Thaddäusheim für Männer (Caritasverband), dem Heinrich-Egli-Haus für Männer und dem Wendepunkt für Frauen (Evangelische Wohnungslosenhilfe mission leben) halten weitere Mitglieder im GPV Mainz Wohnheimplätze vor. Diese sind dem Grunde nach allerdings der Wohnungslosenhilfe zuzuordnen. Aufgrund der Überschneidung in der Zielgruppe und der Mitgliedschaft der Leistungserbringer:innen im GPV Mainz werden die Angebote in diesem Bericht mitaufgeführt.



Insgesamt waren im Jahr 2025 111 Personen in Wohnheimen der Wohnungslosenhilfe verortet. Die Altersverteilung zeigt eine gleichmäßige Verteilung über das mittlere Lebensalter. 6 Personen sind in den Angeboten von mission leben unter 25 Jahre alt. Im Altersbereich <75 bis >75 Jahre sind 16 Personen in den Einrichtungen untergebracht. Da die Einrichtungen nicht oder nur bedingt barrierearm sind, kommt es hier zu Schwierigkeiten in der Versorgung. Ebenfalls steigt, laut Rückmeldungen der Leistungserbringer:innen, der Pflegebedarf der Bewohner:innen, was über das vorwiegend pädagogische Personal nur erschwert versorgt werden kann.

Weitere 89 Plätze werden deutschlandweit außerhalb des GPV Mainz über die Stadt Mainz als Kostenträger in besonderen Wohnformen finanziert. Wichtig ist, dass die Angebote Zoars außerhalb der Stadt Mainz bereits in der Tabelle mitaufgeführt sind, die 89 Plätze beziehen sich auf Angebote, die weder durch Zoar noch die gps erbracht werden.
Die Gründe für eine Inanspruchnahme außerhalb der Stadt Mainz können vielfältig sein, aber eine der Hauptursachen für eine Hilfegewährung außerhalb der Heimatgemeinde liegt sicherlich am Bedarf und den knappen Kapazitäten in der besonderen Wohnform in Mainz. Die vorhandenen Plätze im Stadtgebiet reichen weiterhin nicht aus, so dass Mainzer Bürgerinnen und Bürger auch außerhalb

Wohnheimplätze in Anspruch nehmen müssen. Ebenfalls gibt es in der Stadt Mainz kein Angebot für Menschen, die eine geschlossene Unterbringung in einer besonderen Wohnform benötigen.

3.5.6 Teilhabe am Arbeitsleben

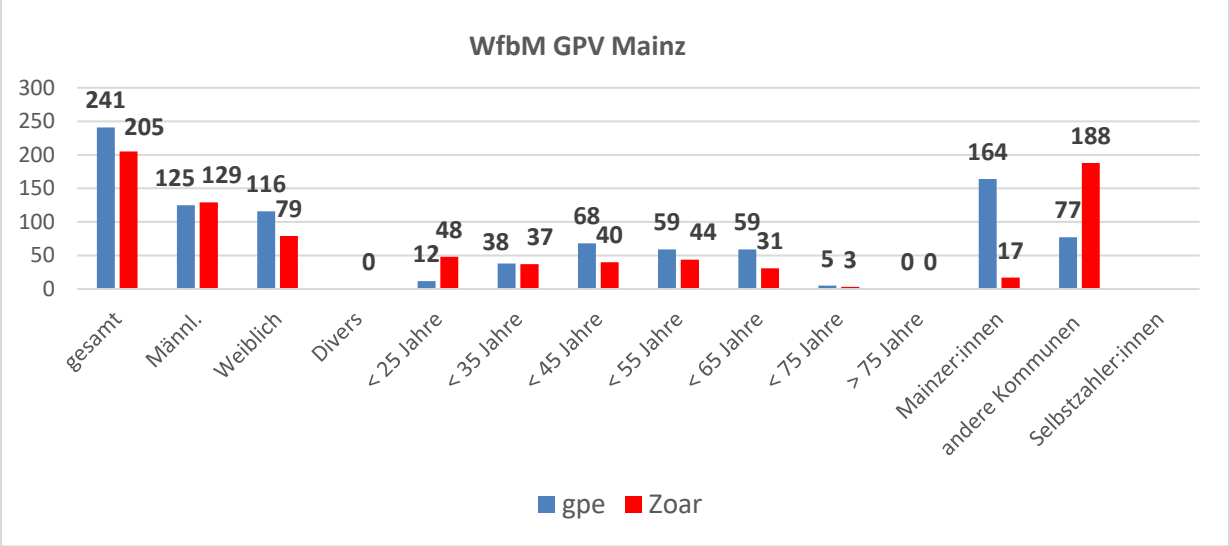
Der Bereich Arbeit und Beschäftigung für psychisch erkrankte Menschen ist in Mainz gut und vielfältig ausgebaut. Unterschiedliche Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten werden vorrangig von der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen (gpe) vorgehalten. Das evangelische Diakoniewerk Zoar hat seinen Schwerpunkt vorwiegend im Landkreis Mainz-Bingen. Im Sinne der Vollständigkeit werden die Daten ebenfalls abgebildet. Im Mittelpunkt stehen hierbei die Integration in die Gesellschaft, die Entwicklung von individuellen Potenzialen und die Orientierung am Sozialraum der jeweiligen Angebote und Menschen.

Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen (WfbM)

Das Angebot von Werkstätten für behinderte Menschen (WfBM) richtet sich an Personen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung keine oder noch keine Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Anspruch nehmen können.

Die WfbM macht es sich zur Aufgabe und Teilhabeziel, Menschen mit Behinderung eine angemessene berufliche Bildung zu vermitteln, sinnvolle Beschäftigung anzubieten und bei Eignung den Übergang in die Arbeitswelt zu ermöglichen (Rehadat, 2026).

Im Service Center der gpe stehen verschiedene Arbeitsbereiche in den Abteilungen Handwerk, Dienstleistung und Gastronomie zur Auswahl, ZOAR-Werkstätten haben ihre Schwerpunkte in industrieller Fertigung und Dienstleistung.



Insgesamt werden bei beiden Anbieter:innen 446 Menschen, davon 181 Mainzer:innen, in einer der beiden WfbMs beschäftigt. Wie bereits in weiteren gemeindepsychiatrischen Angeboten zeigt sich eine Häufung im Altersbereich von < 45 Jahren bis < 65 Jahren. Es nutzen insgesamt 254 Männer und 195 Frauen das Angebot der WfbM.

Inklusionsbetriebe

Inklusionsbetriebe oder Inklusionsfirmen bieten für Menschen mit Behinderung Arbeitsplätze mit tariflicher oder ortsüblicher Bezahlung und ermöglichen den Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Anteil schwerbehinderter Beschäftigter liegt in Inklusionsbetrieben zwischen 30 und 50 Prozent und ist damit höher als in anderen Unternehmen (Rehadat, 2026).

Die gpe betreibt in Mainz und im Landkreis Mainz-Bingen mehrere Inklusionsbetriebe in den Schwerpunkten Gastronomie und Einzelhandel. Im Erhebungszeitraum 2025 waren in Mainz im Bioladen natürlich 12 Personen und im Hotel INNdependence 13 Personen beschäftigt.

Im Atrium, dem Zentrum für Arbeitsdiagnostik, Rehabilitation und betriebliche Gesundheit der gpe, werden für psychisch erkrankte Menschen verschiedene Angebote zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation vorgehalten, deren Belegung im Folgenden aufgezeigt wird.

Maßnahmen Atrium	**Anzahl**	**< 25 Jahre**	**< 35 Jahre**	**< 45 Jahre**	**< 55 Jahre**	**> 55 Jahre**	**Belegt durch Mainzerinnen und Mainzer**	**Belegt aus anderen Kommunen**
In Doc	146	17	48	32	26	23	99	47
Praxis für Ergotherapie	73	4	11	16	11	31	57	16
BIMA Pro Job	30	0	6	8	10	6	13	17
SIL	15	0	2	8	2	3	15	0
DIA-AM	28	20	6	2	0	0	20	8
Fokus	54	5	13	9	12	15	35	19
UB	28	18	8	1	1	0	15	13
ÜSB	38	38	0	0	0	0	0	38

Die folgenden Beschreibungen der Angebote wurden der Homepage der gpe entnommen[5]:

Ergotherapie

Ergotherapie unterstützt Menschen, die durch Krankheit, Unfall, angeborene Behinderung oder Entwicklungsverzögerung in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sind. Mit Hilfe der Ergotherapie lernen

[5] unter https://gpe-mainz.de/gpe/gpe-fuer-psychisch-erkrankte/arbeiten/einstieg-in-den-arbeitsmarkt.html

Sie, alltägliche oder berufliche Handlungen wieder oder anders als vor der Erkrankung auszuführen. Der Behandlungsschwerpunkt wird je nach Diagnose individuell ausgewählt. Die Therapie kann einzeln oder in Gruppen erfolgen. Zu den Angeboten gehören unter anderem das Training der Grundarbeitsfähigkeiten, das computergestützte kognitive Training, die Anbahnung zum Aufbau von Tagesstruktur und Freizeitaktivitäten, die Schulung der Sinneswahrnehmung oder die Vorbereitung auf berufliche Rehabilitation (gpe Mainz, 2026).

BIMA (Berufliche Integrationsmaßnahme)

Mit berufsbezogenen Trainings, Seminaren und individuellem Coaching erarbeiten Sie Ihre individuelle Strategie für die berufliche Wiedereingliederung. In einer 8-monatigen betrieblichen Phase erproben Sie sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und erweitern Ihre berufspraktischen und fachtheoretischen Kenntnisse.

Wer: Erwachsene, die aufgrund psychischer und somatischer Beeinträchtigungen ihre Berufstätigkeit oder Berufsausbildung unterbrechen mussten oder bisher nicht aufnehmen konnten. Erwachsene, die sich eine realistische und belastungsgerechte berufliche Perspektive erarbeiten wollen
Was: Einzel- und Gruppenarbeit, Seminare, Bewerbungstraining, Praktikum, Coaching
Dauer: 4-8 Monate, max. 12 Teilnehmer/innen, Beginn jeweils zum Quartal
Ziel: Einstieg in die Berufsbildung, Ausbildung oder Wiedereinstieg in das Arbeitsleben
Voraussetzung: Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. über Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) (gpe Mainz, 2026).

Praxisorientiertes Job-Coaching (ProJob)

In einer individuell gestalteten Vorbereitungs- und Orientierungsphase erarbeiten Sie Strategien für die berufliche Wiedereingliederung. In einer betrieblichen Phase erproben Sie sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und erweitern Ihre berufspraktischen und fachtheoretischen Kenntnisse.
Wer: Erwachsene, die aufgrund psychischer und somatischer Beeinträchtigungen ihre Berufstätigkeit oder Berufsausbildung unterbrechen mussten oder bisher nicht aufnehmen konnten, und Erwachsene, die sich eine realistische und belastungsgerechte berufliche Perspektive erarbeiten wollen.
Was: Einzel- und Gruppenarbeit, Seminare, Bewerbungstraining, Praktikum, Coaching
Dauer: Orientierungsphase individuell nach Vereinbarung, betriebliche Phase max. 9 Monate
Ziel: Einstieg in die Berufsbildung, Ausbildung oder Wiedereinstieg in das Arbeitsleben
Voraussetzung: Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. über Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) (gpe Mainz, 2026).

Unterstützte Beschäftigung (UB)

In der Unterstützten Beschäftigung erwartet Sie eine arbeitsplatzbezogene Qualifizierung mit dem Ziel der Überführung in ein festes Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten allgemeinen Arbeitsmarkt. Sie nehmen an einem individuellen Trainingsprogramm teil und lernen direkt im Betrieb eine konkrete Tätigkeit kennen. Die Trainer*innen der gpe und „Pat*innen“ aus dem Betrieb fördern und begleiten Sie.
Wer: Menschen, die aufgrund einer Behinderung eine arbeitsplatzbezogene Qualifizierung direkt in einem Betrieb benötigen

Was: Intensive Beratung und Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkräfte und betriebliche Pat*innen
Dauer: 1 – 2 Jahre
Ziel: Erlangung eines festen Arbeitsplatzes in dem Praktikumsbetrieb
Voraussetzung: Anspruch auf Förderung nach § 38a SGB IX durch den jeweils zuständigen Rehabilitationsträger (gpe Mainz, 2026).

Individuelle Diagnose-, Orientierungs- und Coachingmaßnahme (InDoc)

In der InDoc-Maßnahme finden Sie heraus, welche persönlichen und beruflichen Fähigkeiten Sie haben, wie belastungsfähig Sie sind und welche Art von Unterstützung Sie benötigen, um eine Beschäftigung annehmen zu können.
Im Rahmen von Betriebspraktika innerhalb der gpe oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt können Sie Ihre Arbeitsfähigkeit trainieren. Des Weiteren können Sie sich über gesundheitliche Beeinträchtigungen oder persönliche Probleme mit Ihrem Coach austauschen. Darauf aufbauend erhalten Sie Unterstützung bei der Anbahnung von medizinischen und therapeutischen Hilfen oder Qualifizierter Assistenz.
Wer: Menschen, die aufgrund seelischer und/oder körperlicher Beeinträchtigungen ihre Berufstätigkeit oder Berufsausbildung unterbrechen oder bisher nicht aufnehmen konnten Menschen, die seit langer Zeit arbeitslos sind, ihr Leistungsvermögen nicht mehr gut einschätzen können und sich ausprobieren möchten
Was: Einzel- und Gruppenarbeit, Trainings, weiterführende Beratung, dreimonatige Nachbetreuung
Dauer: max. 4 Monate
Ziel: Einstieg bzw. Wiedereinstieg in das Arbeitsleben
Voraussetzung: Vermittlung über das JobCenter für Arbeitsmarktintegration Mainz oder Ingelheim (gpe Mainz, 2026).

Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit (DIA-AM)

Mit Hilfe des ATRIUM-Teams finden Sie heraus, wie Sie Ihren Wiedereinstieg in das Arbeitsleben oder in eine Ausbildung gestalten können
In einer 6-wöchigen Orientierungsphase testen Sie, welche Fähigkeiten und beruflichen Interessen Sie haben, wie belastungsfähig Sie sind und welche Art von Arbeit für Sie geeignet ist. Anschließend absolvieren Sie ein 6-wöchiges Betriebspraktikum, das eng von psychologischen oder pädagogischen Fachkräften des ATRIUM-Teams begleitet wird.
Wer: Menschen mit psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen, die momentan über keine reguläre Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt verfügen
Was: Einzel- und Gruppenarbeit, Kurzpraktikum
Dauer: max. 12 Wochen
Ziel: Identifikation von Rehabilitationsbedarfen, Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in das Arbeitsleben
Voraussetzung: Vermittlung über die Reha-Beratung der Agenturen für Arbeit Mainz oder Wiesbaden (gpe Mainz, 2026).

Fokus – Wege in Beschäftigung

FOKUS bietet Ihnen die Feststellung Ihrer aktuellen beruflichen Interessen, Ihrer fachlichen und berufspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Ihrer persönlichen Potenziale. Sollten Sie gesundheitliche Probleme haben, oder belasten Sie negative Arbeitserfahrungen, können Sie sich auch darüber mit dem FOKUS-Team austauschen.Darauf aufbauend unterstützen Sie pädagogische, psychologische und ergotherapeutische Fachkräfte bei der Analyse Ihres bisherigen Berufsweges und bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive.

Im Rahmen von Betriebspraktika innerhalb der gpe gGmbH Mainz oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt können Sie Ihre Arbeitsfähigkeit erproben und trainieren.
Wer: Menschen, die im ALG I –Bezug bei der Agentur für Arbeit stehen, ihr Leistungsvermögen nicht gut einschätzen können und sich ausprobieren möchten.
Was: Pädagogisches und psychologisches Einzelcoaching, ergotherapeutisch geleitete handlungsorientierte Praxis, Seminare, Kompetenztrainings und Kurzzeitpraktika.
Dauer: maximal 12 Wochen
Ziel: Verbesserung der Lebenssituation, Vorbereitung auf, oder Wiedereinstieg in das Berufsleben, gegebenenfalls Empfehlung weiterführender Unterstützungen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes.
Voraussetzung: Vermittlung über die Agentur für Arbeit Mainz (gpe Mainz, 2026).

Ambulante Leistungs- und Arbeitsdiagnostik

Unter dem Begriff „Berufliche Rehabilitation“ finden sich Angebote mit unterschiedlichen Inhalten und Anforderungen: Erstausbildung, inner- und überbetriebliche Umschulung, Anpassungsqualifizierung, berufliche Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt und viele mehr.
Daher ist es nicht immer einfach, das richtige und passende Angebot herauszufinden. Die ambulante Leistungs- und Arbeitsdiagnostik dient der Feststellung Ihrer individuellen Leistungsfähigkeit und der Einschätzung, welche Form beruflicher Rehabilitation Ihrem Leistungsbild am besten entspricht und die größtmögliche Chance auf einen erfolgreichen Abschluss hat.
Als Ergebnis der Diagnostik erhalten Sie eine individuelle und passgenaue Empfehlung für eine – soweit vorhersehbar – erfolgreiche Förderung. Dazu gleichen wir Ihr individuelles Leistungsprofil mit den Anforderungen der angedachten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme ab. Wichtig ist, dass die Planungen und Perspektiven realistisch und nachhaltig ausfallen und sowohl Überforderung als auch Unterforderung vermieden werden.
Um dies zu gewährleisten, spielen Ihre Rehabilitationseignung, Ihre Neigung und damit auch Ihre Grundarbeitsfähigkeit eine wichtige Rolle in der Diagnostik. Zudem ermitteln wir, in welchem Umfang die Unterstützung im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation benötigen.

Wer: Erwachsene, die aufgrund psychischer, somatischer und/oder unfallbedingter Beeinträchtigungen ihre Berufstätigkeit oder Berufsausbildung unterbrechen mussten oder in einem ruhenden Beschäftigungsverhältnis stehen.
Was: je nach individuellem Bedarf: ergotherapeutische Arbeitsdiagnostik und Befunderhebung, pädagogisches und psychologisches Einzelcoaching, standardisierte psychologische Leistungs,- Arbeits- und Persönlichkeitsdiagnostik, berufliches Profiling, berufspraktisches Training, Identifikation von individuellen Rehabilitationsbedarfen
Dauer: je nach individuellem Bedarf, beispielsweise 6 bis 8 Stunden wöchentlich
Ziel: Entwicklung einer tragfähigen Perspektive für die Rehabilitation (gpe Mainz, 2026).

Sozial-integrative Leistungen (SIL)

SIL richtet sich an Menschen im ALG II-Bezug, die sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden. Häufig besteht ein medizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychosozialer Behandlungs- bzw. Hilfebedarf. Die aktuelle Lebenssituation wird analysiert und Ziele im Hinblick auf die Wiederherstellung der körperlichen und/oder seelischen Gesundheit, der langfristigen finanziellen Absicherung und der Arbeitsmarktfähigkeit werden bestimmt. Die Dauer wird über maximal 50 Fachleistungsstunden á 60 Minuten in der Regel über einen Zeitraum von 6 Monaten bestimmt. Ziele sind die Verbesserung der momentan schwierigen und belastenden Lebenssituation sowie die langfristige Wiederherstellung der Arbeitsmarktfähigkeit (vgl. ebd).

ÜSB (Übergang Schule-Beruf)

Der Übergang von der Schule in eine Ausbildung, Beschäftigung oder Berufstätigkeit ist für Jugendliche mit einer Behinderung besonders schwierig.

Frühzeitige Orientierung
Bereits ab dem 9. Schuljahr bietet der Integrationsfachdienst des ATRIUMs der gpe Schüler*innen und Eltern Unterstützung in Fragen wie

- Was sind meine Stärken, was meine Schwächen? Welche Art von Arbeit passt zu mir?
- Welche Interessen habe ich? Zu welchem Beruf könnten sie führen?
- Wie kann ich mich qualifizieren? Wie finde ich einen Praktikumsplatz?
- Wie bekomme ich Zugang zu Ausbildung und Arbeit?

Netzwerke nutzen
Dank eines dicht geknüpften Netzwerks kann die gpe auf die individuellen Bedürfnisse der Schüler*innen bestens eingehen: Wir beziehen Eltern, Lehrer*innen und Kostenträger in unsere Arbeit ein und sind im ständigen Kontakt mit potenziellen Arbeitgeber*innen. In zahllosen Gesprächen bauen wir Vorurteile in den Betrieben ab und tragen so zum Gelingen der Inklusion bei.

Der Integrationsfachdienst in der Schule

So berät und unterstützt der Integrationsfachdienst der gpe in der Schule:

- Begleitung von Schüler*innen aus dem Bildungsgang „Lernen“, z. B. zum Schnupper-Besuch in der zukünftigen Berufsschule (ab 9. Schuljahr = Berufsvorbereitungsjahr)
- Bildungsgang „Ganzheitliche Entwicklung“ zum Erkennen eigener Stärken und Schwächen, zum Kennenlernen verschiedener Arbeitsfelder z. B. durch Betriebsbesichtigungen (ab 11. Schuljahr) (gpe Mainz, 2026).

3.6 Behandlung

3.6.1 Fachärzt:innen

Niedergelassene Fachärzt:innen sollen die ambulante medizinische Versorgung für die Menschen sicherstellen, die keine stationär behandlungsbedürftige Erkrankung aufweisen und bei Bedarf diese gemeinsam mit den Patient:innen in die Wege leiten.

Gemeinde	Versorgungsbereich: Anzahl der Versorgungsaufträge		
	Hausärzte	Fachärzte (incl. Kinderärzte)	Psychotherapeuten (ärztlich und psychologisch)
Mainz, kfr. St.	136	286,5	122
Gesamt	**136**	**286,5**	**122**

(Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 2025)

Die Tabelle zeigt die Anzahl der Versorgungsaufträge in der Stadt Mainz. Grundsätzlich lassen die aufgeführten Zahlen eine ausreichende Versorgung im Stadtgebiet Mainz vermuten. Spezifischere Zahlen gerade für Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Nervenärzte sind durch die Kassenärztliche Vereinigung RLP zuletzt im Jahr 2018 veröffentlicht worden.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der Begriff „Nervenarzt“ sowohl die Fachrichtung Neurologie als auch Psychiatrie abdeckt und in der Datenauswertung nicht erkennbar ist, welche Praxen eine psychiatrische Grundversorgung leisten und welche sich auf therapeutische Arbeit konzentriert haben. Diese Zahlen sind daher nur bedingt aussagekräftig. Des Weiteren ist es wichtig anzumerken, dass die Versorgung mit Praxen in städtischen Gebieten dichter ist, als in ländlichen Gebieten.

Wie auch zuvor in den ersten beiden Psychiatrieberichten angeklungen, ist die Versorgungslage durch Fachärzt:innen angespannt. Ebenfalls ist der Zugang hochschwellig und aufgrund der geringen Behandlungsplätze bzw. gestiegenen Bedarfe kommt es zu langen Wartezeiten. Dies wird von Hilfesuchenden, Angehörigen und Fachpersonal aus Mainz gleichermaßen berichtet.

Es braucht eine Reformierung der Versorgungsplanung, um den aktuellen sowie zukünftigen Bedarfen gerecht zu werden. Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt hierzu:

„Die aktuelle Bedarfsplanung als Zulassungsverhinderungsinstrument muss grundlegend reformiert werden. Der Vorstand der KV RLP sieht in der Abschaffung der Bedarfsplanung für alle grundversorgenden vertragsärztlichen Fachgebiete sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten die einzige Möglichkeit, dem bevorstehenden medizinischen Versorgungsengpass entgegenzuwirken. Die Befürchtung, dass sich ohne Bedarfsplanung in ihrer jetzigen Form nur noch Ärztinnen und Ärzte in vermeintlich lukrativen Gebieten niederlassen könnten, teilt der Vorstand der KV RLP nicht. Denn schließlich liegt allen Ärztinnen und Ärzten daran, ihr berufliches Auskommen zu sichern. In einem gut versorgten Gebiet ist dies schwieriger.

Für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sieht die KV RLP die Bedarfsplanung in der jetzigen Form äußerst kritisch. Schließlich ist der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen in der Bevölkerung hoch und steigt in Krisenzeiten weiter an. Weitere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gerne gesetzlich Versicherte versorgen würden, werden mit der aktuellen Bedarfsplanung an einer Niederlassung gehindert.

Die Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2019 ist völlig unzureichend und deckt aus Sicht der KV RLP bei Weitem nicht den wissenschaftlich und fachlich festgestellten Bedarf an zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungsplätzen. Die langen Wartezeiten von häufig mehr als einem Jahr sind unzumutbar. Notwendige Veränderungen können jedoch nur im Schulterschluss mit anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen angestoßen werden. Dafür setzt sich die KV RLP mit Nachdruck ein“ (Kassenärztliche Vereinigung RLP, 2024).

Wichtig ist, dass die Hausärzt:innen insbesondere bei der Behandlung und Versorgung psychischer Erkrankungen und bei der Erstversorgung psychischer Krisen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Aufgrund eines möglichen langjährigen Vertrauensverhältnisses haben manche Patientinnen und Patienten eine größere Bereitschaft, dort über psychische Probleme zu berichten. Entscheidend ist dann, dass die Hausarztpraxis in der Lage ist, die Erkrankung richtig zu diagnostizieren, zu behandeln und bei Notwendigkeit auch weiterzuvermitteln. Hierzu liegen derzeit keine Daten vor.

3.6.2 Ambulante Soziotherapie

Soziotherapie ist nach § 37a SGB V eine Leistung der Krankenversicherung für psychisch erkrankte Menschen, sie unterliegt der regulären Zuzahlungspflicht.

Anspruch auf Soziotherapie haben Menschen, die wegen der Schwere ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und dadurch immer wieder zur stationären Behandlung in Krankenhäusern aufgenommen werden. Soziotherapie soll dazu beitragen, Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zumindest zu verkürzen. Sie kann auch dann zum Einsatz kommen, wenn die gebotene Krankenhausbehandlung nicht durchführbar ist. Ziel ist es, die Eigenverantwortung der Patient:innen so zu stärken, dass er bzw. sie langfristig ohne soziotherapeutische Betreuung auskommt. Der Facharzt bzw. die Fachärztin oder der bzw. der oder die Psychotherapeut:in darf pro Patient:in insgesamt 120 Stunden Soziotherapie innerhalb eines Zeitraums von höchstens 3 Jahren verordnen. Nach Ablauf von 3 Jahren kann Soziotherapie erneut verordnet werden.

Menschen mit folgenden Diagnosen können Soziotherapie in Anspruch nehmen, zudem muss eine ernsthafte Beeinträchtigung der Lebensführung vorliegen:

Schizophrene Erkrankungen

F 20.0 – 20.6 Schizophrenie
F 21 Schizotype Störung
F 22 Anhaltende wahnhafte Störung
F 24 Induzierte wahnhafte Störung
F 25 Schizoaffektive Störung

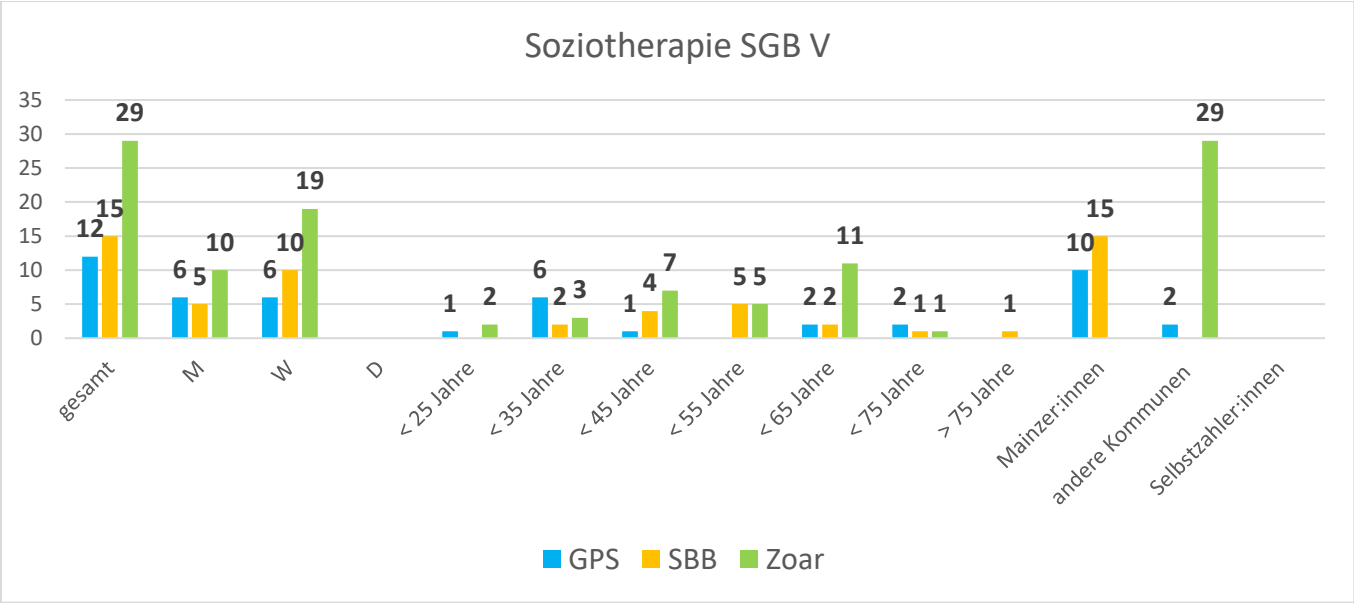
Schwere affektive Störungen mit psychotischen Symptomen

F 31.5 Gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren Störung
F 32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F 32.3 Gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung

In begründeten Einzelfällen kann Soziotherapie aufgrund der Schwere und weiteren Komorbiditäten wie Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder somatische Erkrankungen auch bei allen anderen psychischen Erkrankungen (F00-F99) verschrieben werden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020).

Ambulante Soziotherapie im GPV Mainz



Im Jahr 2025 wurden durch die Gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit mbH sowie die Sozialtherapeutische Beratungsstelle /Betreuungsverein gGmbH ***25*** Mainzer:innen soziotherapeutisch begleitet. Das Diakoniewerk Zoar begleitete im Landkreis Mainz-Bingen im Jahr 2025 29 Personen. Wie bereits im vorherigen Bericht zur Situation der gemeindenahen Psychiatrie erörtert, hat sich Soziotherapie nicht als flächendeckendes Angebot durchgesetzt. Das Angebot wird durch Leistungserbringer:innen und Nutzer:innen als wertvolle Versorgungsmöglichkeit erlebt. Die kostendeckende Studensatzgestaltung muss weiterhin in den Blick genommen werden, damit eine kostendeckende soziotherapeutische Versorgung durch qualifizierte Fachkräfte sichergestellt werden kann.

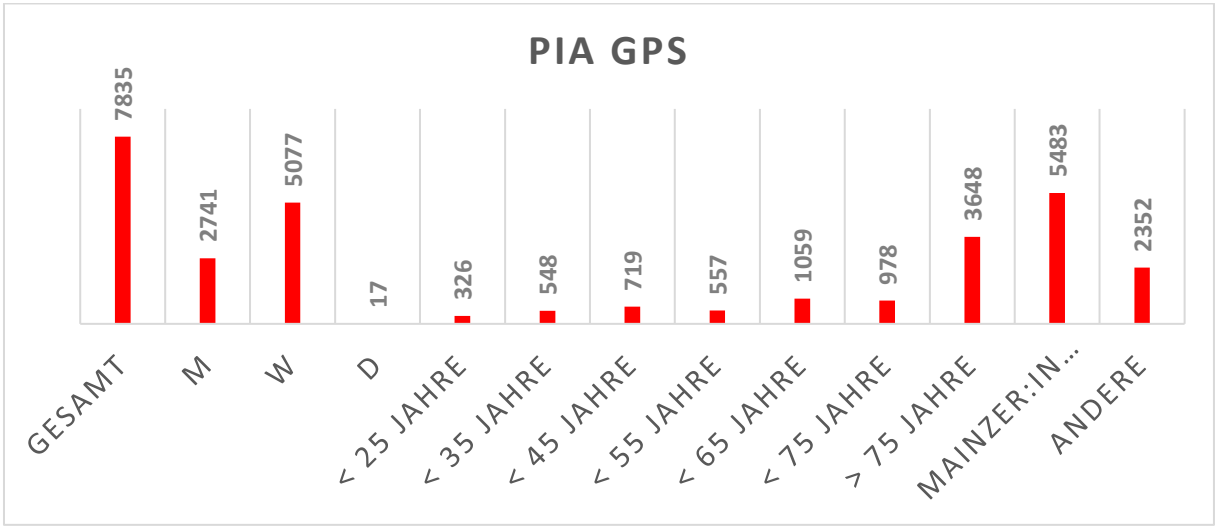
3.6.3 Psychiatrische Institutsambulanzen

Die rechtliche Grundlage für die Tätigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bildet der § 118 Abs. 2 SGB V sowie die sog. PIA-Vereinbarung in der letzten Fassung von 2024. In dieser sind u.a. PatientInnen-Gruppen und Zugangsvoraussetzungen geregelt.

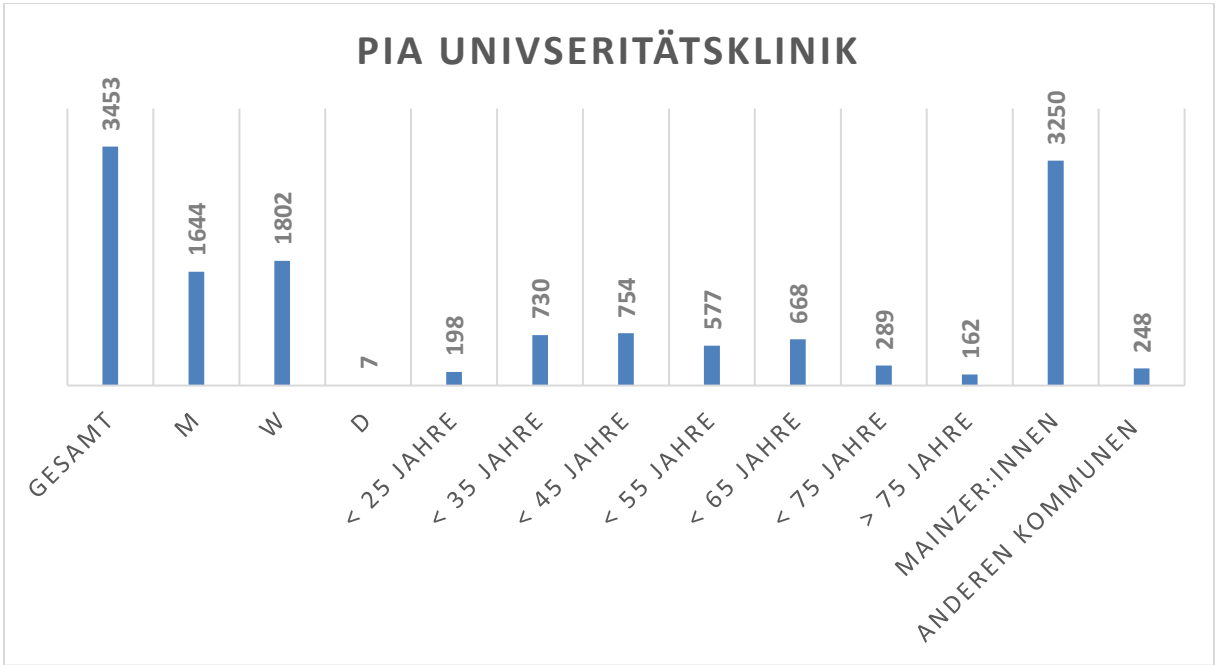
Demnach ist eine langfristige, kontinuierliche PIA-Behandlung bei psychischen Erkrankungen mit chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf indiziert. Art, Schwere und Dauer der Erkrankung sind maßgeblich. Von der Versorgung in PIAs ausgeschlossen sind Patienten mit leichteren Erkrankungsformen.

In Mainz halten die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz und die Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH (GPS) je eine PIA für erwachsene Menschen vor. Zwischen beiden Anbietern besteht ein Kooperationsvertrag, mit dem die Ausgestaltung der regionalen Behandlung untereinander abgestimmt wird. Daraus resultiert etwa die Vereinbarung, dass aufsuchende Behandlung bei immobilen Personen oder Menschen, die in einer stationären Wohnform leben, vorrangig durch die PIA der GPS sichergestellt wird. Für Kinder und Jugendliche ist die PIA der Rheinhessen-Fachklinik in Mainz zuständig.

In der Psychiatrischen Institutsambulanz wurden für das Jahr 2025 folgende Versorgungszahlen übermittelt:



Insgesamt wurden im Jahr 2025 7835 Patient:innen in der PIA der Gemeinnützigen Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH behandelt. Davon 2741 Männer, 5077 Frauen und 17 diverse Personen.

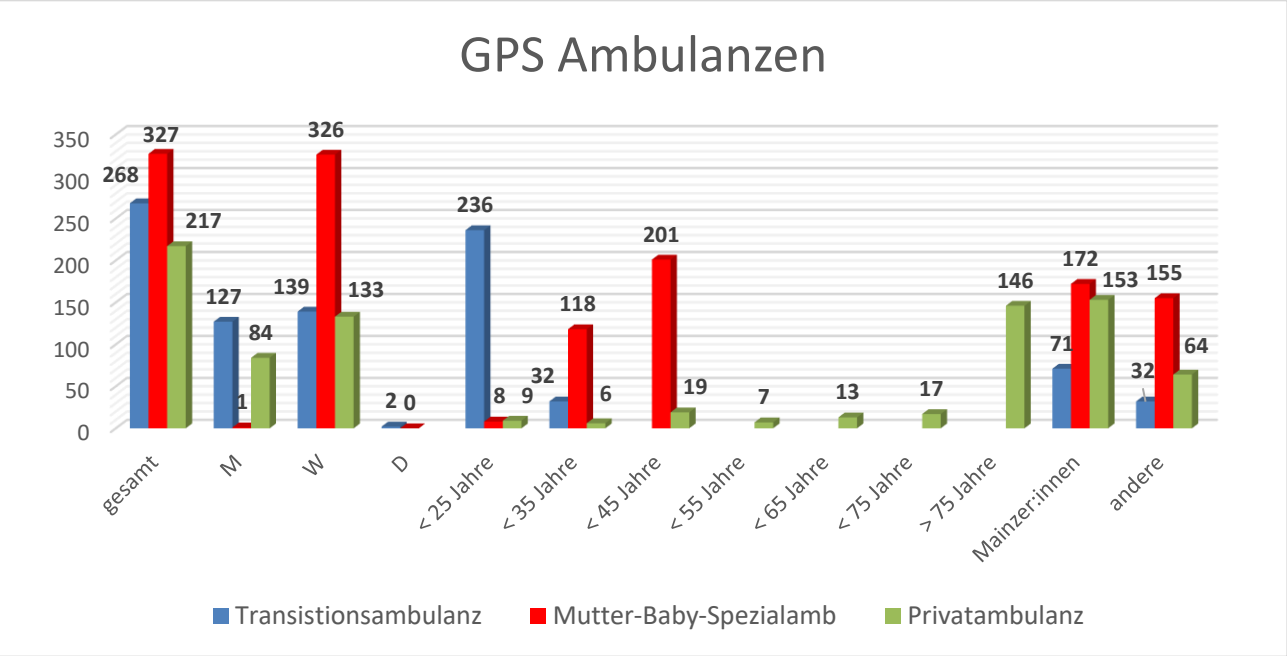


In der PIA der Universitätsklinik Mainz wurden im Jahr 2025 insgesamt 3453 Personen behandelt. Davon 1644 Männer, 1802 Frauen und 7 diverse Personen.

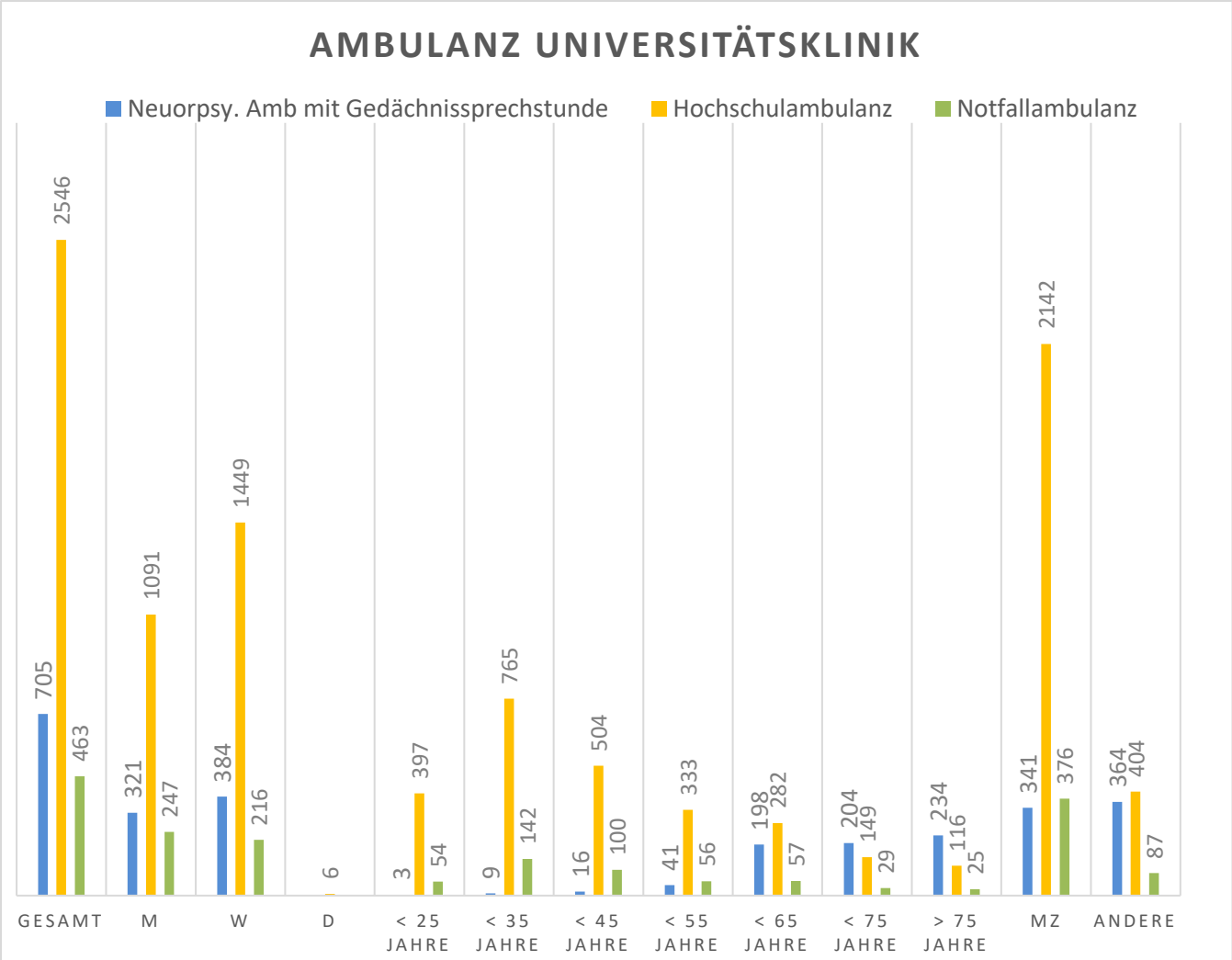
> *Die PIA der Rheinhessen-Fachklinik behandelte im Jahr 2025 insgesamt 2200 Kinder- und Jugendliche.*

Die PIAs bilden mit ihrem Versorgungsspektrum, das über die medizinische Versorgung hinausgeht, einen multidisziplinären Versorgungsbaustein in der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung, der für die komplexen Bedarfe eine Basis bietet. Auch in diesem Versorgungsbereich gibt es Wartelisten und der Bedarf übersteigt die Kapazitäten, der in Mainz etablierten PIAs.

Des Weiteren halten die GPS sowie die Universitätsklinik weitere Spezialambulanzen vor. Die Versorgungszahlen für 2025 gliedern sich wie folgt:



Die Transitionsambulanz der GPS versorgt Menschen im jungen Erwachsenenalter im Übergang von der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in die Erwachsenenpsychiatrie. Insgesamt wurden im Jahr 2025 268 Menschen versorgt. Die Mutter-Baby-Spezialambulanz versorgt Mütter mit einer psychischen Erkrankung während der Schwangerschaft bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes. Im Jahr 2025 wurden 327 Personen behandelt. Die Privatambulanz versorgt Privatpatient:innen. Im Jahr 2025 wurde diese von 217 Personen aufgesucht.



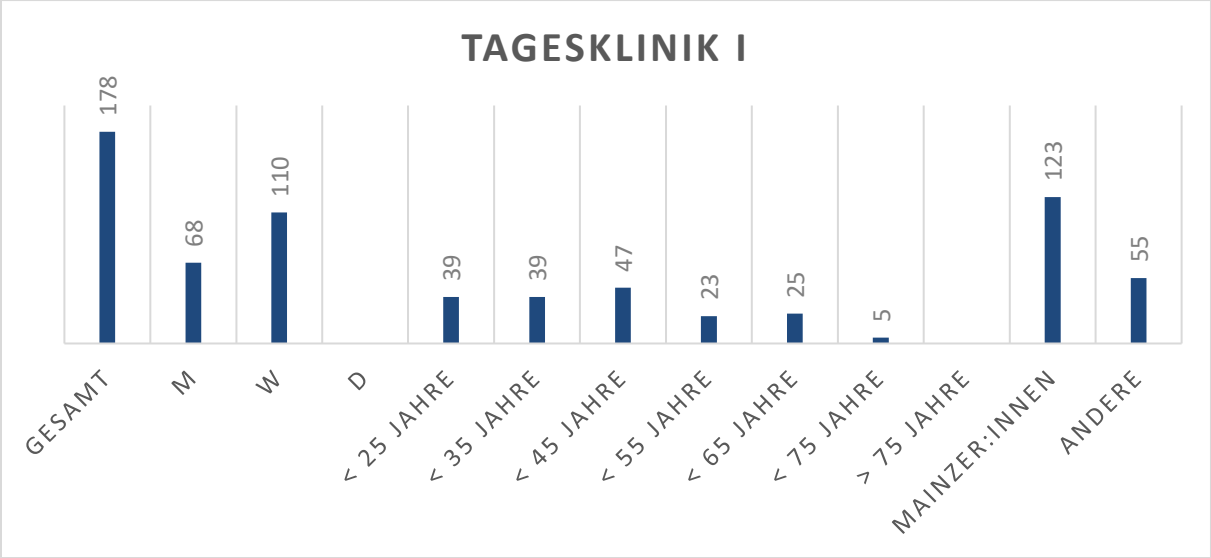
Die Hochschulambulanz bietet Psychotherapie und Neuropsychologie als Leistungen an. Alle neuropsychologischen sowie psychiatrischen Erkrankungen werden behandelt. Im Jahr 2025 wurden 2546 Menschen in der Hochschulambulanz behandelt. In der neuropsychiatrischen Ambulanz mit Gedächtnissprechstunde wurden im Jahr 2025 705 Patient:innen behandelt. Der Arbeitsschwerpunkt liegt auf der Therapie neurodegenerativer Erkrankungen mit kognitiven oder sprachlichen Störungen sowie behavioral-emotionalen Symptomen. Die Notfallambulanz der Universitätsklinik Mainz behandelt Menschen, die außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Hochschulambulanz vorstellig werden. Im Jahr 2025 wurden 463 Personen in der Notfallambulanz behandelt.

3.6.4 Teilstationäre medizinisch-therapeutische Hilfen

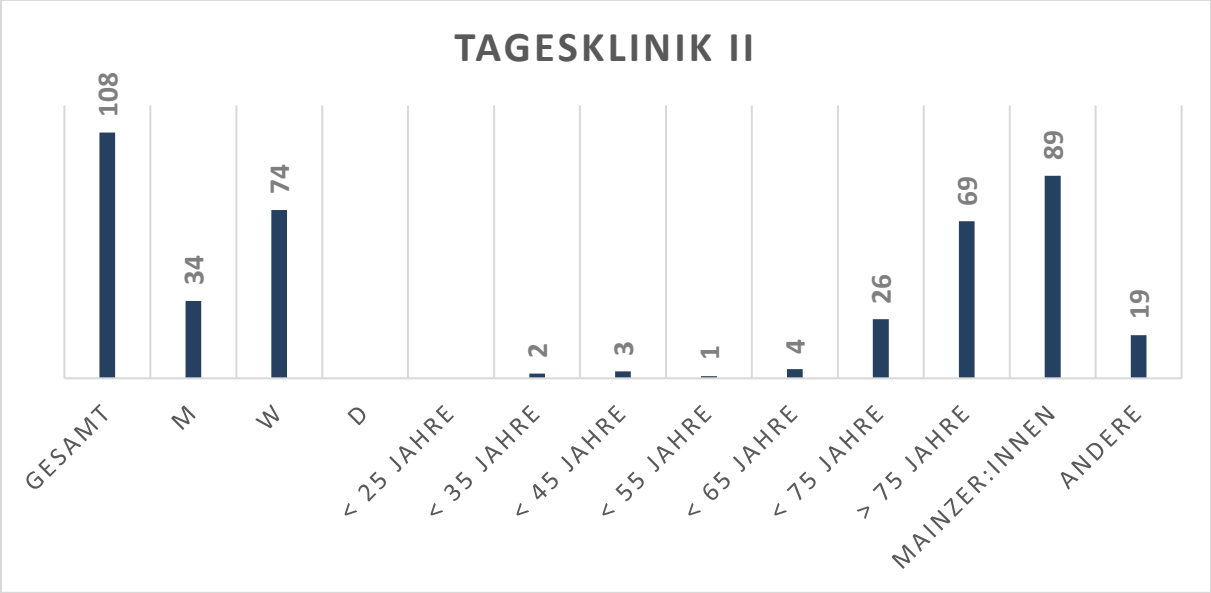
Tagesklinische Behandlung ist eine Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V und hält alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer psychiatrischen Klinik vor. Im Gegensatz zu einer vollstationären Behandlung halten sich die Patientinnen und Patienten in der Regel aber nur tagsüber und wochentags in der Klinik auf. Der Hospitalisierungseffekt der Rund-um-Versorgung in einer Klinik kann so weitgehend vermieden werden und alltagspraktische Fähigkeiten bzw. Verpflichtungen werden trotz intensiver Behandlung weiterhin aufrechterhalten.

Grundsätzlich werden laut bundeseinheitlicher Vorgabe Patientinnen und Patienten aller psychiatrischen Diagnosegruppen behandelt. Ausgenommen sind Patientinnen und Patienten mit hochakuten Psychosen, Selbst- oder Fremdgefährdung, schweren organisch bedingten Störungen sowie suchterkrankte Menschen.

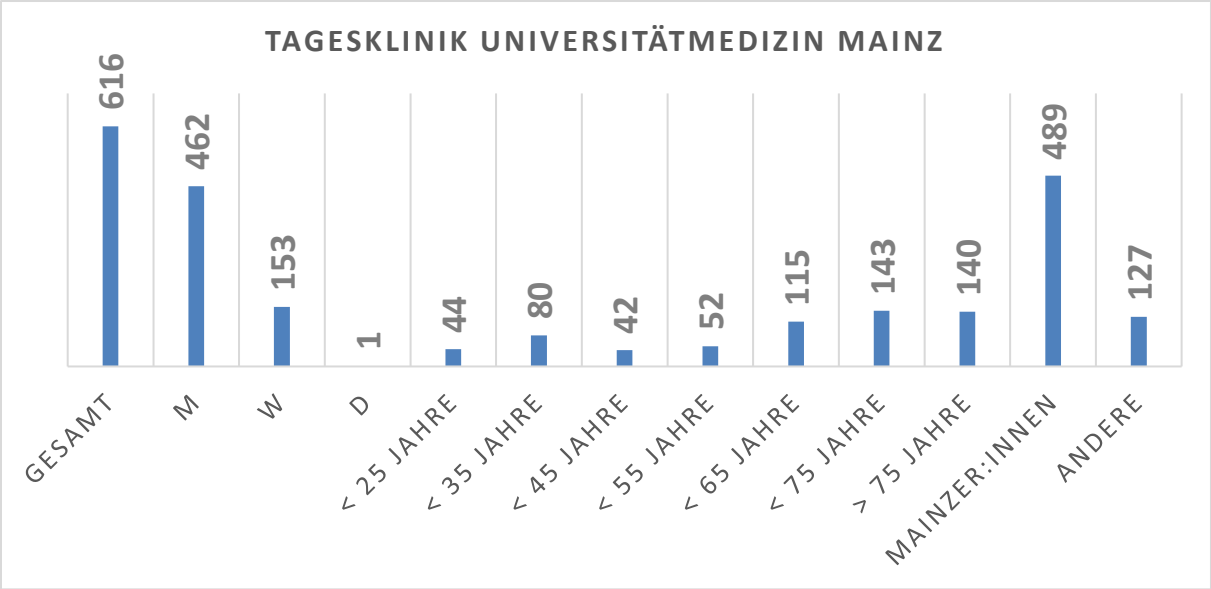
Für die Stadt Mainz und den Landkreis Mainz-Bingen führt die Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH (GPS) 2 Tageskliniken, eine allgemeine (TK I) und eine mit dem Schwerpunkt dementielle Erkrankungen (TK II).



Im teilstationären Angebot Tagesklinik I der GPS wurden im Jahr 2025 178 Menschen behandelt. Die Altersverteilung der Patient:innen ist ausgewogen, mit einer leicht höheren Tendenz der Nutzung im Alter von < 25 bis < 45 Jahren.



Im teilstationären Angebot Tagesklinik II mit dem Schwerpunkt dementielle Erkrankungen der GPS wurden im Jahr 2025 108 Menschen behandelt. Die Altersverteilung der Patient:innen ist gemäß dem Schwerpunkt im hohen Lebensalter zu verorten.



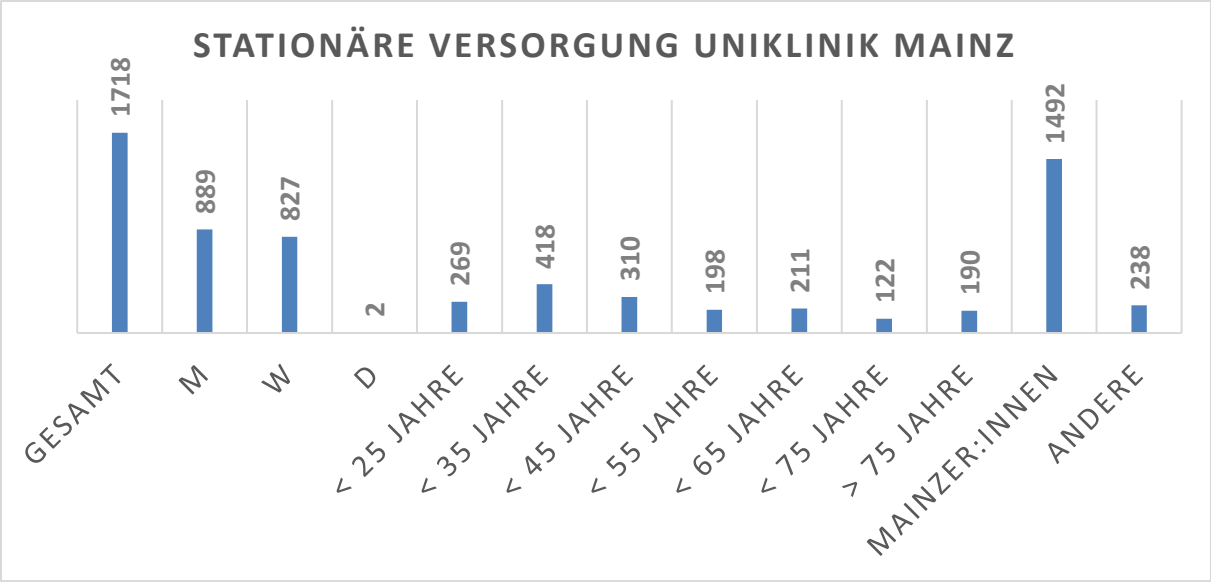
Im teilstationären Angebot Tagesklinik der Universitätsmedizin Mainz wurden im Jahr 2025 616 Menschen behandelt. Die Geschlechtsverteilung suggeriert eine höhere Frequentierung durch männliche Nutzer.

3.6.5 Stationäre medizinisch-therapeutische Hilfen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz ist seit dem Jahr 1999 pflichtversorgende Klinik für Mainzer Bürgerinnen und Bürger. Seitdem wird stationäre medizinische Behandlung psychisch erkrankter Menschen direkt in der Landeshauptstadt sichergestellt. Zuvor war die Rheinhessen-Fachklinik in Alzey die zuständige Klinik. Bis heute gibt es eine kooperative Verbundenheit zwischen dem gemeindenahen psychiatrischen System in Mainz und der Rheinhessen-Fachklinik. Dies liegt sowohl in der gemeinsamen Geschichte begründet als auch in der Tatsache, dass im Rahmen der Wahlfreiheit weiterhin die Möglichkeit besteht, sich dort behandeln zu lassen, wenn es gewünscht und platzbedingt möglich ist. Darüber hinaus sind Teile der forensischen Klinik in Alzey weiterhin für Mainzerinnen und Mainzer zuständig.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Unimedizin Mainz werden Erkrankungen aus dem gesamten psychiatrischen Fachgebiet behandelt. Sie gliedert sich laut Homepage in folgende Stationen:

- Station 1: Schwerpunkt schizophrene Psychosen und andere psychotische Erkrankungen
- Station 2: Psychiatrische Intensivstation
- Station 3: Schwerpunkt: Gerontopsychiatrische Erkrankungen, v.a. Altersdepressionen und Demenzen
- Station 4: Schwerpunkt: Affektive Störungen (Depressionen)
- Station 5: Psychotherapiestation. Schwerpunkt: Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen
- Station 6: Schwerpunkt: Suchterkrankungen
- Station 7: Wahlleistungsstation



Im Jahr 2025 wurden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Mainz 1718 Menschen stationär behandelt. In der Darstellung ist ein Anstieg in der Altersverteilung im Alter zwischen < 25 bis < 45 Jahren mit insgesamt 997 zu verzeichnen, d.h. 58 % der Patient:innen waren während des stationären Aufenthaltes unter 45 Jahren. Die Alterspanne < 55 Jahre bis >75 Jahren machen 42% der zu versorgenden Patient:innen aus. Insgesamt wurden 1492 Mainzer:innen stationär im Jahr 2025 versorgt.

3.6.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Seit Januar 2011 hat mit der Rheinhessen-Fachklinik Mainz (RFK), Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik eine vor Ort angesiedelte Klinik die Versorgungsverpflichtung für Kinder und Jugendliche aus Mainz übernommen. Hier werden eine psychiatrische Institutsambulanz, eine Tagesklinik und der stationäre Bereich vorgehalten. Im zweiten Teil des Berichtes wird im Artikel der RFK die Klinik ausführlicher vorgestellt.

Rheinhessen Fachklinik Mainz	***Gesamtjahr 2025***
Station Kinder	***54***
Station Jugendliche	***80***
Geschütze/geschlossene Bereiche	***133***
Tagesklinik	***180***

PIA	***2200***

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinhessen-Fachklinik hat im Jahr 2025 insgesamt 267 Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Die Tagesklinik hat im Jahr 2025 insgesamt 180 und die Psychiatrische Institutsambulanz hat 2200 Kinder und Jugendliche behandelt. Die statistische Auswertung der Klinik sieht für diesen Berichtszeitraum Gesamtzahlen ohne Geschlecht- und Altersverteilung vor.

3.7 Unterbringung

Nach § 11 ff. des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes über Hilfen bei psychischer Erkrankung (PsychKHG) sind die Voraussetzungen einer Unterbringung wie folgt geregelt:

„(1) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine psychisch erkrankte Person gegen ihren Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in eine Einrichtung nach § 14 Abs. 1 eingewiesen wird oder in der Einrichtung verbleiben soll.

(2) Eine psychisch erkrankte Person darf nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten in ihrer Einsichts- und Steuerungsfähigkeit beeinträchtigt ist und gegenwärtig ihre Gesundheit, ihr Leben oder andere eigene bedeutende Rechtsgüter oder bedeutende Rechtsgüter Dritter erheblich gefährdet und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Eine gegenwärtige Gefahr im Sinne des Satzes 1 besteht dann, wenn infolge der psychischen Erkrankung ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung.

(3) Die Bestimmungen dieses Gesetzes über die Unterbringung finden keine Anwendung, wenn eine Person aufgrund des Aufenthaltsbestimmungsrechts der Person, der die gesetzliche Vertretung obliegt, untergebracht und die in Absatz 2 Satz 1 genannte Gefahr damit abgewendet wird.

(4) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz darf nicht vollzogen werden, wenn die betroffene Person sich aufgrund richterlicher Anordnung in Haft oder in sonstigem öffentlich-rechtlichem Gewahrsam befindet“ (PsychKHG, 2021).

Unterbringungen nach der vorstehenden Gesetzesgrundlagen werden in Mainz durch die Abteilung Öffentliche Sicherheit und Ordnung durch das Rechts- und Ordnungsamt durchgeführt. Die Zahlen wurden durch das Amt bereitgestellt.

Fallzahlen für das Jahr 2025

Fallzahlen nach Bereichen	mit Unterbringung	Gesamtzahlen	davon M	davon W
BetrGesetz	14	67		
PsychKG-Ordnungsamt	221	750		
PsychKG-Ordnungsamt/Polizei	17	73		
PsychKG-Polizei	13	76		
Sonstige Angelegenheiten	0	0		
Gesamt	265	966	584	382

Die Tabelle zeigt die Zahlen mit der erfolgten Unterbringung hier insgesamt 265 Personen sowie die Gesamtzahl der Einsätze nach Betreuungsrecht und PsychKHG mit 966 Personen in der Stadt Mainz auf.

4. Netzwerke und Öffentlichkeitsarbeit

4.1 Netzwerke

Arbeitskreis der Koordinierungsstellen für Gemeindepsychiatrie Rheinland-Pfalz

Die Koordinierungsstellen für Gemeindepsychiatrie treffen sich einmal jährlich in einer Gesamtsitzung sowie in den Arbeitskreisen Nord und Süd und mit dem Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit. Themen sind die aktuelle Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Kooperationen mit weiteren Versorgungsbausteinen sowie die gemeinsame Qualitätssicherung. Im Berichtszeitraum wurde durch die Koordinierungsstellen ein Positionspapier, über das Verständnis ihrer Arbeit und deren Inhalte verfasst. Ebenfalls wurde ein Deckblatt zur Vereinheitlichung des Protokolls der Besuchskommissionen in Rheinland-Pfalz entwickelt, orientiert an der Praxis in den Kommunen und den Empfehlungen des Landesbeirates für seelische Gesundheit.

Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde

Der GPV Mainz ist Gründungsmitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft. Hierbei handelt es sich um einen Zusammenschluss verschiedener Gemeindepsychiatrischen Verbünde deutschlandweit. Ziel ist es, gemäß der Satzung und den Qualitätsstandards kontinuierlich die Arbeit, Vernetzung und Weiterentwicklung der Verbünde in den Blick zu nehmen. Es finden jährlich Mitgliederversammlungen sowie Fachveranstaltungen statt.

PSAG

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft nach PsychKHG ist ein Forum für inhaltlichen und fachlich trialogischen Austausch sowie Kontakte für Mitarbeiter:innen, Angehörige und Nutzer:innen im Kontext der gemeindepsychiatrischen Versorgung und verwandter psychosozialer Arbeitsfelder.

In 4 bis 5 Treffen pro Jahr, die zu einem bestimmten Thema stattfinden, informieren sich die Teilnehmer:innen gegenseitig über aktuelle Entwicklungen und diskutieren einrichtungs- und trägerunabhängig fachliche Fragen der psychosozialen Versorgung und gesundheits- bzw. sozialpolitische Themenstellungen. Relevante Ergebnisse fließen wiederum in andere Gremien der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in Mainz ein. Die Arbeitsgemeinschaft ist offen für alle Akteur:innen in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Sie wird geschäftsführend initiiert durch die Koordinierungsstelle Gemeindepsychiatrie.

Netzwerk Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Netzwerk wurde durch die Jugendhilfeplanung und die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie im Jahr 2021 wieder initiiert. Ziel war es, aufgrund der gestiegenen psychosozialen Belastungen für Kinder und Jugendliche multiprofessionelle Themen der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung sowie der Jugendhilfe in den Blick zu nehmen. In diesem Netzwerk steht der fachliche Austausch im Vordergrund. Bereits haben sich verschiedene Versorgungsbausteine vorgestellt, um gemeinsam ein geteiltes Wissen darüber zu generieren, welche Anlaufstellen zu verschiedenen Themen in der Stadt Mainz vorhanden sind. Des Weiteren wird sich mit psychischen Erkrankungen und deren Auswirkungen für junge Menschen auseinandergesetzt. Alle Themen werden durch Vorträge der Teilnehmenden multidisziplinär betrachtet.

4.2 Schnittstellen

Es finden mit verschiedenen Schnittstellen zu den Themen psychische Gesundheit ein regelhafter Austausch statt. Im Berichtszeitraum haben folgende Austauschformate stattgefunden:

Austausch Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien (kipse)

Gemeinsam mit den Frühen Hilfen, der Abteilung Suchthilfe und der Koordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie finden regelmäßige Treffen statt, um den Personenkreis in den Blick zu nehmen sowie Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen zu planen und bestehende Maßnahmen zu evaluieren.

Wohnbau Mainz Austausch und Schulung

Aufbauend auf vorhergehenden Runden Tisch Wohnen fanden im Berichtszeitraum 2 Schulungen für Mitarbeiter:innen der Wohnbau zum Thema „Menschen mit psychischer Erkrankung“ statt. Es wurde ein Einblick in psychische Erkrankungen, das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem in Mainz und Fallvignetten gegeben. Anschließend fand ein Austausch zu bisherigen Erfahrungen und Fragen statt.

Austausch Jobcenter Mainz

Nach dem Bericht des GPV Mainz im Psychiatriebeirat wurde vonseiten der Sozialdezernentin ein Austausch zwischen dem GPV und der Geschäftsführung des Jobcenters angeregt. Es wurde im Februar 2026 in der GPV-Konferenz über Themen der Zugangsbarrieren von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesprochen und welche Erfahrungen bereits mit dem Jobcenter gemacht wurden. Ergebnis dieses Austausches war, dass das Jobcenter regelhaft an den GPV-Konferenzen vertreten sein wird, um Versorgungsangelegenheiten zu thematisieren.

4.3 Veranstaltungen

Tag der seelischen Gesundheit

Im Jahr 2021 fand der Aktionstag seelische Gesundheit unter dem Thema „Wege aus der Pandemie – resilient und gestärkt“ in Kooperation mit dem Leibnitz-Institut für Resilienzforschung online statt. Die erste Videokonferenz richtete sich an Erwachsene und die zweite Videokonferenz nahm Schüler:innen, Student:innen sowie Eltern in den Blick.

Im Jahr 2022 wirkte die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie sowie Vertreter:innen aus dem GPV Mainz am Tag der seelischen Gesundheit ausgerichtet als kooperative Veranstaltung in Ingelheim mit. Motto des Aktionstages war „Anders ist auch gut“. Es fanden verschiedene Vorträge, Mitmach-Aktionen sowie ein Markt der Möglichkeiten statt.

Im Jahr 2023 veranstalteten der GPV Mainz und die Volkshochschule Mainz gemeinsam den Tag der seelischen Gesundheit unter dem Thema „Seelische Gesundheit in der Familie“. Die Räumlichkeiten der Volkshochschule bildeten dabei den Rahmen für Vorträge, Kinderbetreuung sowie einen Markt der Möglichkeiten, bei dem sich verschiedene Akteur:innen der gemeindepsychiatrischen Versorgung präsentierten.

Im Jahr 2024 wurde der Tag der seelischen Gesundheit in Kooperation mit dem Leibnitz-Institut für Resilienzforschung, dem GPV Mainz sowie der Johannes-Gutenberg Universität unter dem dem Thema „Seelische Gesundheit im Studium“ durchgeführt. Es gab eine Podiumsdiskussion, einen Markt der Möglichkeiten sowie Mitmach-Aktionen.

Lesung

Im Jahr 2024 fand in Kooperation mit dem Frauenbüro Mainz und der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie eine Lesung der Autorin Eva Jahnen statt. In ihrem Buch, „Die Gedanken sind Blei“ illustriert und schreibt sie aus ihrem Alltag mit der Erkrankung und gibt ehrliche und offene Einblicke in das Leben mit Depressionen.

Jubiläums Fachveranstaltung

Am 9.10.2025 fand die Jubiläumsveranstaltung des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen sowie des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mainz statt. Es wurden 30 Jahre Angehörigenverein sowie 20 Jahre GPV Mainz gefeiert. In der Fachveranstaltung wurde das Thema „Brücken bauen für junge Menschen“ aus trialogischer Perspektive beleuchtet und gemeinsam das Bestehen des Vereins und des GPV gefeiert.

5. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat seit Beginn der Coronapandemie im Jahr 2020 erheblich an öffentlicher Aufmerksamkeit gewonnen. Sie ist nicht allein für das aktuelle Wohlbefinden bedeutsam: Mehr als die Hälfte aller psychischen Erkrankungen beginnt vor dem 19. Lebensjahr (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023). Belastungen und Erkrankungen in dieser Lebensphase haben daher häufig langfristige Auswirkungen.

Entwicklung seit 2020

Die zentrale Längsschnittstudie zu diesem Thema in Deutschland ist die COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie befragte seit Mai 2020 wiederholt dieselben Familien, zuletzt rund 2.865 Familien mit Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 22 Jahren, und umfasste bis Oktober 2024 7 Befragungswellen. Durch die wiederholte Befragung derselben Personen lässt sich die Entwicklung über die Zeit abbilden (Kaman et al., 2025).

Der Verlauf gliedert sich in 3 Phasen. Zu Beginn der Pandemie verschlechterte sich die psychische Gesundheit deutlich. Zeitweise wiesen rund 30 Prozent der Befragten Auffälligkeiten wie Unruhe, Nervosität oder Antriebslosigkeit auf. Ab 2022 folgte eine Erholung, die sich 2023 nach dem offiziellen Ende der Pandemie fortsetzte. Im Jahr 2024 stagnierte diese Entwicklung; die Werte lagen weiterhin über dem Niveau vor der Pandemie, das heißt, es waren mehr Kinder und Jugendliche belastet als zuvor. Ende 2024 galt etwa jedes fünfte Kind als psychisch belastet (Kaman et al., 2025).

Die COPSY-Studie erfasst neben einzelnen Symptomen auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität und ordnet die Befragten Gruppen mit hoher, normaler oder geringer Lebensqualität zu. Der Anteil mit geringer Lebensqualität stieg zu Beginn der Pandemie deutlich an und ging in den Folgejahren nur teilweise zurück. Als Vergleichsmaßstab dienen vorpandemische Daten aus dem Jahr 2017 (Kaman et al., 2025).

Parallel verschob sich der Schwerpunkt der Belastungen von der Pandemie hin zu weiteren Krisen. In einer Jugendbefragung von 2024 gaben 81 Prozent der 12- bis 25-jährigen Angst vor einem Krieg in Europa an, 67 Prozent nannten Sorgen um die wirtschaftliche Lage, 63 Prozent um den Klimawandel und 64 Prozent um eine zunehmende gesellschaftliche Feindseligkeit (Shell Jugendstudie, zitiert nach Kaman et al., 2025). In der Fachdiskussion wird der Zustand daher als anhaltende Mehrfachbelastung im Sinne einer „Polykrise“ eingeordnet (Bühring, 2025).

Häufigste Diagnosen

Daten zur Verbreitung psychischer Erkrankungen zeigt die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes auf. Im Jahr 2024 waren psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache für stationäre Krankenhausbehandlungen von 10- bis 19-Jährigen. Rund 116.300 von etwa 615.300 Patientinnen und Patienten dieser Altersgruppe wurden aus diesem Grund stationär behandelt, was 18,9 Prozent aller Klinikaufenthalte entspricht. Über alle Altersgruppen hinweg lag dieser Anteil bei 5,9 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2026).

Häufigste Einzeldiagnose war Depression. Rund 33.900 der 10- bis 19-Jährigen wurden 2024 wegen depressiver Erkrankungen stationär behandelt (29,1 Prozent aller psychisch bedingten Aufenthalte dieser Altersgruppe). Es folgten alkoholbedingte Störungen mit rund 9.900 Fällen (8,5 Prozent) und Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie mit ca. 7.300 Fällen (6,3 Prozent) (Statistisches Bundesamt, 2026).

Über alle Altersgruppen hinweg war die Depression mit rund 261.600 Fällen (24,7 Prozent) ebenfalls die häufigste Diagnose, was die Bedeutung dieses Störungsbildes unterstreicht. Neben depressiven Erkrankungen werden bei Kindern und Jugendlichen häufig auch Angststörungen und psychosomatische Beschwerden erfasst (Kaman et al., 2025).
Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen. Bei ihnen entfiel rund ein Viertel aller Klinikbehandlungen auf eine psychische Diagnose, bei Jungen etwa jede achte (Statistisches Bundesamt, 2024). Im langfristigen Vergleich ist der Anstieg in dieser Altersgruppe am stärksten ausgeprägt. Im Jahr 2024 lag die Zahl der stationären Behandlungen um 36,5 Prozent höher als 2004 und um 3,4 Prozent höher als im Vorjahr. Der bisherige Höchststand wurde 2017 mit rund 125.500 Fällen erreicht. Nach Rückgängen in den Jahren 2018 bis 2020 sowie 2023 stieg die Zahl der Behandlungen zuletzt wieder an (Statistisches Bundesamt, 2026).
Bei der Einordnung ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhausstatistik nur die schwersten Verläufe erfasst. Fachgesellschaften schätzen, dass jährlich bis zu 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen von einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung betroffen sind (Familienservice, 2026). Ein Teil dieser Fälle wird ambulant versorgt, ein weiterer Teil bleibt unbehandelt.

Behandlung und Versorgung

Die Versorgung ist in Deutschland abgestuft organisiert: ambulante Psychotherapie in Praxen, teilstationäre Behandlung in Tageskliniken sowie vollstationäre Behandlung in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bei schweren oder akuten Erkrankungen. Als neuere Form kommt die stationsäquivalente Behandlung hinzu, bei der ein multiprofessionelles Team die Patientinnen und Patienten intensiv im häuslichen Umfeld betreut (Schepker & Kölch, 2023).
Eine wesentliche Herausforderung liegt im Zugang zur Versorgung. Der Bedarf ist in den vergangenen Jahren gestiegen, ohne dass die Kapazitäten entsprechend zugenommen haben. Eine bundesweite Befragung niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ergab eine durchschnittliche Wartezeit von über 28 Wochen auf einen Therapieplatz, in ländlichen Regionen häufig länger (Rodney-Wolf & Schmitz, 2025). Die Pandemie hat diese Lücke vergrößert, denn die Wartezeiten haben sich seit 2020 annähernd verdoppelt. Beim Erstgespräch von durchschnittlich 5 auf 10 Wochen, beim Therapieplatz von 3 auf 6 Monate und in ländlichen Gebieten teils auf über ein Jahr. Bei etwa der Hälfte der jungen Patientinnen und Patienten beobachteten die Behandelnden eine pandemiebedingte Symptomverschlechterung (Plötner et al., 2022). Die Versorgungsdichte unterscheidet sich zudem regional erheblich. Während städtische Planungsbereiche überwiegend als überversorgt gelten, ist die Versorgung in ländlichen Regionen häufig lückenhaft (GKV-Spitzenverband, 2024).
Zur besseren Abstimmung der Versorgung schwer erkrankter junger Menschen wurde 2024 eine berufsgruppenübergreifende Komplexversorgung eingeführt, die ambulante, ärztliche und psychotherapeutische Leistungen koordiniert (GKV-Spitzenverband, 2024). Dies ist relevant, weil unbehandelte psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter die emotionale, soziale und schulische Entwicklung beeinträchtigen und unter anderem das Risiko für Schulabsentismus und geringere Bildungsabschlüsse erhöhen können (Bundespsychotherapeutenkammer, 2023).

Mediennutzung

Digitale Medien sind fester Bestandteil des Alltags junger Menschen. Nahezu alle Haushalte mit Jugendlichen verfügen über Smartphones. Nach der jährlichen JIM-Studie geben 66 Prozent der 12- bis 19-Jährigen an, mehr Zeit am Smartphone zu verbringen, als sie beabsichtigen. Zugleich nimmt die

Nutzung neuer Anwendungen zu. Rund 62 Prozent der Jugendlichen verwenden KI-Werkzeuge wie ChatGPT (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2024).
Belastend sind weniger die Geräte als bestimmte Nutzungserfahrungen. Über soziale Medien erreichen Krisennachrichten Jugendliche häufig ungefiltert, zudem sind Ausgrenzung und Mobbing verbreitet (Kaman et al., 2025). Laut JIM-Studie berichten Mädchen häufiger als Jungen von sexueller Belästigung im Netz (35 gegenüber 23 Prozent) und rund zwei Fünftel der Jugendlichen fühlen sich durch die Menge negativer Nachrichten belastet, ein Teil meidet Nachrichten daher bewusst (Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, 2024).
Die Forschung verweist auf Chancen und Risiken zugleich. Digitale Medien ermöglichen Kontakt, Information und Unterstützung, eine intensive und schlecht steuerbare Nutzung kann jedoch mit erhöhten Belastungen und in einzelnen Fällen mit Mediennutzungsstörungen einhergehen. Als zentral gilt die frühzeitige Förderung von Medienkompetenz in Familie und Schule (Paschke & Thomasius, 2024).

Insgesamt hat sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen seit 2020 verschlechtert und nach der Pandemie nur teilweise erholt. Depressionen sind die häufigste Diagnose, der Hilfebedarf ist gestiegen, und lange Wartezeiten erschweren den Zugang zur Behandlung. Die Corona-Pandemie, anhaltende gesellschaftliche Krisen und belastende Formen der Mediennutzung sowie gesamtgesellschaftliche Entwicklungen wirken dabei zusammen.
Es können mehrere Faktoren nachweislich schützend für die seelische Gesundheit von jungen Menschen wirken. Hier sind zu nennen: stabile Beziehungen, verlässliche Strukturen in Familie und Schule, ein reflektierter Medienumgang sowie ein niedrigschwellig erreichbares und gut vernetztes Hilfesystem. Prävention und gemeindenahe Versorgung setzen an diesen Faktoren an, um Belastungen frühzeitig zu begegnen und einer Chronifizierung vorzubeugen.

6. Empfehlungen für die Gemeindepsychiatrie Mainz

6.1. Erweitertes Versorgungskonzept

Im Folgenden wird der aktuelle Sachstandbericht zum erweiterten Versorgungskonzept aus dem Jahr 2021 dargestellt. Wichtig ist, dass sich im Berichtszeitraum Neuerungen ergeben haben.
Es wurde die Unterkunft plus als Versorgungsangebot für Wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen etabliert. Eine Beschreibung des Angebotes findet sich im zweiten Teil dieses Berichtes.

Sachstandsbericht zu Antrag 1340/2014 der SPD-, GRÜNE- und FDP-Stadtratsfraktion;
hier: Erarbeitung eines erweiterten Versorgungskonzepts für psychisch erkrankte Menschen

Sachstandsbericht

Im Sachstandbericht 2017 wurde der weiterhin bestehende Bedarf eines Erweiterten Versorgungskonzept für psychisch erkrankte Menschen beraten und durch den Stadtrat beschlossen. Grundlage hierfür waren die die Erhebungen und Auswertungen für den „Bericht zur Situation der gemeindenahen Psychiatrie in Mainz“, Drucksache 0893/2013. Es wurde festgestellt, dass der Hilfebedarf der Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht oder nicht mehr ausreichend und niedrigschwellig gedeckt wird.
Hierbei standen folgende Zielgruppen in Mittelpunkt:

- Psychisch erkrankte Menschen mit herausfordernden Verhalten
- Psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Teilhabebedarfen z. B. Doppeldiagnosen oder altersbedingte Einschränkungen
- Wohnungslose psychisch erkrankte Menschen

Die hierfür vorgesehenen Maßnahmen sind:

1. Dezentrale Erweiterung der örtlichen stationären Wohnheimplätze im Rahmen einer Außenwohngruppe mit kleiner Platzzahl, unter Berücksichtigung eines möglichen sog. Notbettes
2. Schaffung einer geringen Anzahl von stationären Wohnheimplätzen mit der Möglichkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen durchzuführen
3. Konzeption eines niedrigschwelligen Wohnangebots analog des „Hotel plus“ (vgl. Stadt Köln)
4. Konzeption eines kleinen niedrigschwelligen Wohnangebots, unter besonderer Berücksichtigung wohnungsloser Frauen mit einer psychischen Erkrankung
5. Überprüfung der Übertragungsmöglichkeit des Konzepts „Betreutes Wohnens in Gastfamilien“ auf die Landeshauptstadt Mainz
6. Konzeptionierung einer eigenständigen Kontakt- und Beratungsstelle als niedrigschwellige Anlaufstelle
7. Prüfung des Verhandlungsspielraums über die Finanzierung sog. Probewohnmöglichkeiten durch die Stadtverwaltung Mainz mit dem Land Rheinland-Pfalz
8. Verbesserung der Vernetzung des GPV Mainz in Bezug auf das Thema „Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen“ durch einen Runden Tisch Wohnen

Ausgehend von diesem Sachverhalt wurde mit dem Gemeindepsychiatrischen Verbund Mainz bzw. dessen Koopertationspartnern Gespräche geführt mit dem Ergebnis, dass die Leistungserbringen Maßnahmen zur Bedarfsdeckung entwickelten.

Folgende Maßnahmen konnten umgesetzt werden:

1. Dezentrale Erweiterung der örtlichen stationären Wohnheimplätze im Rahmen einer Außenwohngruppe mit kleiner Platzzahl, unter Berücksichtigung eines sog. Notbettes

7. Prüfung des Verhandlungsspielraums über die Finanzierung sog. Probewohnmöglichkeiten durch die Stadtverwaltung Mainz mit den Land Rheinland-Pfalz

Folgende Maßnahmen werden weiterhin verfolgt und weiterentwickelt:

3. Konzeption eines niedrigschwelligen Wohnangebots analog des „Hotel Plus“

4. Konzeption eines kleinen niedrigschwelligen Wohnangebots, unter besonderer Berücksichtigung wohnungsloser Frauen mit einer psychischen Erkrankung

Der GPV hat hierzu ein Konzept entwickelt, dass in Arbeitsrunden im Jahr 2019, 2020 und 2021 evaluiert und auf die aktuellen Bedarfe der Zielgruppe überprüft wurde. Die Stadt Mainz ist über den GPV und den Runden Tisch Obdachlosigkeit im regelmäßigen Austausch mit Fachpersonen. Es wird derzeit nach einer Immobilie gesucht, die die Räumlichen Möglichkeiten bietet, ein niedrigschwelliges Angebot zu machen für den Personenkreis zu machen. Wenn die räumlichen Vorsetzungen geschaffen werden können, muss die Trägerschaft und die Konzeption geklärt werden. Des Weiteren kann, je nach Gegebenheiten der Immobilie, ein räumlich getrenntes und Geschlechtsspezifisches Angebot gemacht werden, was den Punkt „Konzeption eines kleinen niedrigschwelligen Wohnangebots, unter besonderer Berücksichtigung wohnungsloser Frauen mit einer psychischen Erkrankung“ mit einbinden würde.

2. Schaffung einer geringen Anzahl von stationären Wohnheimplätzen mit der Möglichkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen durchzuführen

Die Schaffung geschlossener Wohnheimplätze wurde durch das Diakonie Werk Zoar in Aussicht gestellt. Hier finden Gespräche mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und dem Landesamt für Soziales und Versorgung statt um die Umsetzbarkeit durch den Träger zu klären. Die Stadt Mainz sowie der Landkreis Mainz-Bingen begleiten diesen Prozess und sind der Auffassung, dass eine zeitnahe Umsetzung erforderlich ist.

8. Verbesserung der Vernetzung des GPV Mainz in Bezug auf das Thema „Wohnraum für psychisch erkrankte Menschen“ durch den Runden Tisch Wohnen

Der Runde Tischen Wohnen hat am 19.11.2018 mit Vetreter:innen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mainz, der Wohnungslosenhilfe, der Wohnbau und der Stadtverwaltung stattgefunden. Ziel ist es den Runden Tisch Wohnen im November oder Dezember 2021 wieder zu initiieren. Ebenfalls für Herbst 2021 ist eine Schulung für Mitarbeiter:innen der Wohnbau durch den GPV Mainz zum Thema „Menschen mit psychischen Erkrankungen und besonderen Bedarfen“ durchzuführen. Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie ist Multiplikatorin für den GPV Mainz zur Wohnbau und klärt beidseitige Anliegen und Gesuche.

Der Bedarf nachfolgenden Maßnahmen muss geklärt werden, da diese in der Praxis durch bereits bestehende Konzepte gedeckt werden können oder rechtliche Grundlagen für die Umsetzung eruiert werden müssen.

6. Konzeptionierung einer eigenständigen Kontakt- und Beratungsstelle als niedrigschwellige Anlaufstelle

Niedrigschwellige Beratung wird durch die Kontaktstellenfunktion der Tagesstätten im GPV angeboten. Dieses Angebot sowie offene Angebote und Selbsthilfegruppen in der gemeindenahen Versorgung sollen weiter ausgebaut und vernetzt werden.

5. Überprüfung der Übertragungsmöglichkeit des Konzepts „Betreutes Wohnens in Gastfamilien“ auf die Landeshauptstadt Mainz

Die Arbeitsgruppe gemeinsam mit dem Landkreis Mainz-Bingen ruht bisher. Ziel ist es, gemeinsam zu eruieren, inwiefern das Konzept Wohnen in Gastfamilien mit den gesetzlichen Gegebenheiten durch das BTHG umsetzbar ist.

6.2. Versorgungsbedarfe

Die Versorgungsbedarfe, die hier skizziert werden, leiten sich aus folgenden Punkten ab:

- Erhebung GPV Mainz
- Statistische Daten: Bund, Land und Kommune
- Fallkonferenzen
- Qualitativ beobachtete Bedarfe der Leistungserbringer:innen
- Qualitativ beobachtete Bedarfe der Psychiatrieerfahrenen und ihrer Angehörigen

Die vorgenommene Beschreibung soll einen Eindruck zu Aufgaben in der Zukunft der Hilfegestaltung vermitteln und als Denkanstoß für den trialogischen Austausch verstanden werden. Die Aufzählung

hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit und konzentriert sich auf die Bedarfe in der Stadt Mainz. Wichtig ist, dass die Umsetzbarkeit von notwendigen und ergänzenden Angeboten immer von der Finanzierungslage des Bundes, der Länder und der Kommunen abhängt sowie von der geltenden Sozialgesetzgebung und deren Umsetzung.

6.2.1 Niedrigschwellige und offene Angebote

In der Erhebung und in Gesprächen mit den Mitgliedern des GPV Mainz konnte herausgearbeitet werden, dass niedrigschwellige Beratung und offene Angebote höher frequentiert werden. Menschen mit psychischer Erkrankung und ihre Angehörigen brauchen Orientierung, welche Hilfen sinnvoll sind und wie diese in Anspruch genommen werden können. Ebenfalls sind offene Angebote ein wichtiger und niedrigschwelliger Versorgungsbaustein der Gemeindepsychiatrie. Die Teilnahme ist auch ohne vorgehendes Antragsverfahren möglich. Die offenen Angebote bestehen aus Freizeit- und Kreativangeboten in den Einrichtungen des GPV Mainz. So ist es möglich, Peererfahrungen zu machen, einer Tagesstruktur nachzugehen und Entlastung zu erfahren im Peer- und professionellen Hilfekontext. Einige Leistungserbringer können offene Angebote nur noch über eine Warteliste steuern, da die Nachfrage gestiegen ist. Dies widerspricht grundsätzlich der niedrigschwelligen Nutzungsmöglichkeit. Gerade Menschen, die schnelle Ansprache und Hilfe brauchen, können mit diesen Angeboten erreicht werden. Beobachtungen zeigen, dass schwer psychisch erkrankte Menschen von der offenen Struktur und Ansprache dieser Versorgungsbausteine profitieren und Beziehungsgestaltung, Hilfeannahme und Tagesstruktur so wiedererlernt werden können. Niedrigschwellige Angebote und die Kontaktstellenfunktion der Tagesstätten im GPV Mainz werden durch das Psychiatriebudget gefördert. Der Beitrag ist für die Angebote, Räumlichkeiten und Personalausstattung nicht kostendeckend. Die Durchführung und das gemeinsame Tragen dieser Schieflage ist der guten Kooperationsstruktur des GPV Mainz geschuldet. Trotz dessen braucht es auch für niedrigschwellige und offene Angebote sichere und auskömmliche Budgets, die durch die eine Rechtsgrundlage im Bundesteilhabegesetz im Sinne von Pauschalangeboten gesichert werden muss.

6.2.2 Menschen mit herausfordernden Verhalten in besonderen Wohnformen

Menschen mit einem hohen Bedarf an Versorgung und Begleitung finden dies unter anderem in besonderen Wohnformen (ehemals stationären Wohneinrichtungen). In diesem Versorgungsbaustein wird eine 24/7 Betreuung sichergestellt. Es gibt Einrichtungen, die geschlossene Bereiche vorhalten (mit Unterbringungsbeschlüssen), sowie offene Einrichtungen. Vermehrt werden aus der Praxis, verschiedene Tendenzen rückgemeldet. Zum einen haben psychiatrische Kliniken Probleme, schwer psychisch erkrankte Menschen, im Sinne eines Entlassmanagements, in geeigneten Wohneinrichtungen unterzubringen. Oftmals müssen Menschen einen Willen zur Mitwirkung zeigen und möglichst kompatibel mit dem bestehenden Umfeld in der Einrichtung sein. Ebenfalls sind die Wohneinrichtungen nicht immer wohnortnah zu finden, was eine Suche im ganzen Bundesgebiet Deutschlands nötig macht. Falls eine Einrichtung gefunden wird und die Kostenzusage vorhanden ist, wird häufig eine Art Probewohnen praktiziert, um zu sehen, ob ein Mensch in der Wohneinrichtung bleiben kann. Falls eine psychisch erkrankte Person nicht in der Wohneinrichtung verbleiben kann, wird sie zurück in die Klinik oder ggf. in die Obdachlosigkeit entlassen. Eine zweite Tendenz zeigt, dass manche Menschen aufgrund herausfordernden Verhaltens in einer Einrichtung nicht bleiben können, Gründe hierfür sind multifaktoriell was Eigen- und Fremdgefährdung mitbedingt. Es bestehen große Schwierigkeiten deutschlandweit Menschen mit psychischer Erkrankung und herausfordernden Verhalten stationär

wie ambulant passende Angebote zu machen. Diese Dynamik führt zu Überlastungen im medizinischen, psychosozialen und wohnungslosen Hilfesystem. Die Gründe für das Nicht-Ankommen sowie das Wechseln zwischen verschiedenen Hilfesystemen sind systemisch und strukturell geprägt. Die Darstellung kann hier nur vereinfacht vorgenommen werden. Die Gründe und die damit einhergehende Dynamik sind komplex und bedingen sich gegenseitig.

6.2.3 Ältere Menschen mit psychischer Erkrankung und Pflegebedarf

Wie bereits die Erhebung im GPV Mainz gezeigt hat, sind ein Großteil der Menschen, die Hilfen der Gemeindepsychiatrie in Anspruch nehmen im Mittleren bis hohem Lebensalter. Die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden oder an einer Demenz zu erkranken steigt mit fortschreiten des Lebensalters. Durch den Demografischen Wandel zeigt sich zunehmend eine Knappheit an Ressourcen im Altenhilfesystem. Menschen mit psychischen Erkrankungen, Pflegebedarf und ggf. demenziellen Erkrankungen haben besondere Bedarfe, die im bestehenden Altenhilfesystemen nur erschwert gedeckt werden können. Der Bedarf dieser Personengruppe wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen und es braucht hier passgenaue Angebote, die den pflegerischen wie den psychosozialen sowie psychiatrischen Bedarf decken können. In Zukunft braucht es hier rechtskreisübergreifende Überlegungen, um ein würdevolles und bedarfsgerechtes Angebot zu etablieren. Wie bereits im Punkt AG Ältere (Gliederungspunkt 3.4.3) angeklungen, sind der GPV Mainz mit den Mainzer Altenheimen im Austausch, wie gemeinsam Synergieeffekte geschaffen werden können.

6.2.4 Junge Erwachsene mit psychischer Erkrankung – Übergang Jugendhilfe

Derzeit gibt es in der Stadt Mainz kein stationäres oder teilstationäres Angebot für junge Menschen im Übergang von Jugendhilfe in das Erwachsenen Hilfesystem. In der besonderen Wohnform im Haus am Landwehrweg werden vorwiegend Menschen im mittlerem bis hohem Lebensalter begleitet. Junge Menschen im Übergang zum Erwachsensein mit einer psychischen Erkrankung bringen besondere Bedarfe und andere Schwerpunkte in der Zusammenarbeit mit. Hier geht es oft um die Fragestellungen, wie das eigene Leben gestaltet werden soll, welche Regulationsmöglichkeiten erlernt werden müssen, Ausbildungs- und Berufsperspektiven müssen in den Blick genommen werden und wie eine Verschlechterung oder Chronifizierung einer bestehenden Erkrankung verhindert werden kann. Das Lebensalter ist von Umstrukturierungen, Brüchen und Weichenstellungen geprägt. Hierfür braucht es ein genau zugeschnittenes Angebot.

6.2.5 Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung

Wie bereits im Gliederungspunkt 5 beschrieben, stiegen die stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlungszahlen in den letzten Jahren an. In diesem Zuge ist es wichtig 2 Personengruppen genau in den Blick zu nehmen. Zum einen die Personengruppe von Kindern und Jugendlichen, die eine psychiatrische Diagnose haben und diesem Hilfesystem Behandlung benötigen. Zum anderen gibt es die Personengruppe junger Menschen und ihres Bezugssystems, die auf Grund von Krisen und Leidensdruck eine Diagnose in Kauf nehmen würden, um schneller Hilfen in Anspruch nehmen zu können. Bei der zweiten beschriebenen Gruppe müssen die Hilfesysteme besser kooperieren, um eine Diagnose vorzubeugen und präventiv Angebote machen, damit der bestehende Leidensdruck in den Blick genommen werden kann. Ebenso muss für die Gruppe mit einer psychiatrischen Diagnose Zugangswege erleichtert werden und eine Bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden.

6.2.6 Kinder und Jugendliche aus psychisch und suchtbelasteten Familien

Kinder und Jugendliche aus psychisch und/oder suchbelasteten Familien zeigen ein ca. 7-mal höheres Risiko selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Derzeit gehen Schätzungen davon aus, dass ca. 4 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland aus psychisch und/oder suchtbelasteten Familien stammen (Bündnis KipsFam, 2025). Wichtig ist es, Fachkräfte zu schulen und zu vernetzen, um Familien Unterstützung anbieten zu können. Niedrigschwellige Informations- und Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen sowie spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche. In der Stadt Mainz findet ein regelhafter Austausch zwischen den Frühen Hilfen, der Suchthilfeabteilung und der Koordinierungsstelle für Gemeindepsychiatrie statt. Ebenso gibt es eine Kindergruppe der Sozialtherapeutischen Beratungsstelle Betreuungsverein gGmbH orientiert an den Bedarfen der Familien sowie das Beratungsangebot Zebra (siehe Gliederungspunkt 3.5.1).

6.2.7 Anschlussversorgung und Übergangsmanagement

Aus der Praxis der gemeindepsychiatrischen Versorgung wurde durch das medizinische Versorgungssystem in der GPV-Konferenz sowie dem Psychiatriebeirat auf die Anschlussversorgungsproblematiken aufmerksam gemacht. Diese bereits lange bestehende Dynamik spitzt sich immer weiter zu. Menschen, die in der psychiatrischen Klinik stationär, teilstationär in den Tageskliniken sowie den Psychiatrischen Institutsambulanzen versorgt werden, finden auch mit Unterstützung des Sozialdienstes der Einrichtungen sowie des Fachdienstes Eingliederungshilfe selten zeitnahe Anschlussversorgungsmöglichkeiten. Die gleiche Dynamik wird auch aus der Geriatrie gespiegelt. Menschen mit einer psychischen Erkrankung müssen mittlerweile in Einrichtungen der besonderen Wohnform Probewohnen, eine Eigenmotivation sowie eine Behandlungseinsicht mitbringen. Die Einrichtungen befinden sich oft außerhalb des gewohnten Lebensumfelds in ganz Deutschland. Es wird durch die Klinik gespiegelt, dass Menschen nach kurzer Zeit aus den Einrichtungen zurück in die Klinik geschickt werden, da eine Zusammenarbeit nicht möglich ist. Dies ist im Erwachsenen- sowie im geriatrischen Versorgungsbereich gleichermaßen zu berichten. Ebenfalls kam es aufgrund der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes zu verzögerter Anbindung im ambulanten Bereich. Es herrscht Platzmangel in den Angeboten der gemeindepsychiatrischen Versorgung und es zeigen sich gestiegene Bedarfe, was auch die Warteliste für Eingliederungshilfen der Stadtverwaltung Mainz widerspiegelt.
Des Weiteren bestehen in der Stadt knappe Wohnraumressourcen. Der Zugang zu Wohnraum ist für Menschen mit einer psychischen Erkrankung erschwert, ebenso kann es schwierig sein, den bestehenden Wohnraum aufgrund der Erkrankung zu halten. Dies macht es ebenfalls schwierig, im Sinne des Übergangsmanagement für Menschen aus besonderen Wohnformen, die eine Stabilität erreicht haben und den Wunsch hegen, in eigenem Wohnraum zu leben, geeignete Wohnräume zu finden. Das hat auch Konsequenzen für die Warteliste, da Menschen aus besonderen Wohnformen nur erschwert ausziehen können und somit Plätze in dieser Versorgungsform selten frei werden.

6.3 Empfehlungen

Die dargestellten Versorgungsbedarfe machen deutlich, dass einzelne Maßnahmen oder Angebote allein keine ausreichende Antwort auf die beschriebenen Lücken darstellen können. Was es braucht, ist ein gemeinsames strukturelles Handeln, getragen von allen Akteur:innen, die Verantwortung für die psychiatrische Versorgung in der Stadt Mainz tragen.

Gemeindepsychiatrische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie gelingt nur dann, wenn Leistungserbringer:innen, kommunale Verwaltung, Kostenträger, Politik und die Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörige als Verantwortungsgemeinschaft zusammenwirken. Die Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie versteht sich dabei als verbindendes Element, nicht als alleinige Trägerin von Lösungen, sondern als Motor für gemeinsame Entwicklungsprozesse.

Konkret bedeutet das, dass strukturelle Fragen nach der Finanzierung, der Rechtskreisübergänge und der Kapazitätsentwicklung auf kommunaler und Landesebene konsequent adressiert werden müssen. Versorgungslücken entstehen selten zufällig, sie sind häufig Ausdruck von systembedingten Fehlanreizen, unklaren Zuständigkeiten und unzureichenden Ressourcen. Diese anzusprechen und gemeinsam zu bearbeiten, ist eine politische wie fachliche Verpflichtung.

Ferner braucht es verlässliche und auskömmliche Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer:innen im GPV Mainz. Engagement und Kooperationsbereitschaft, beides ist im Netzwerk in hohem Maße vorhanden, diese können aber strukturelle Systemlücken dauerhaft nicht kompensieren. Gute Versorgung braucht Transparenz und Kommunikation.

Schließlich gilt es, die Perspektiven der Menschen, die psychiatrische Hilfen in Anspruch nehmen, sowie ihre Angehörigen systematisch in Planungs- und Entwicklungsprozesse einzubeziehen. Bedarfsgerechte Versorgung entsteht im Trialog und nicht allein und hinter verschlossenen Türen.

Der GPV Mainz wird diese Handlungsfelder aktiv weiterverfolgen und steht bereit, gemeinsam mit allen Beteiligten konkrete Schritte zu gehen und die Versorgungsbedarfe an das Land Rheinland-Pfalz als Träger:in der Eingliederungshilfen zu spiegeln.

7. Resümee und Ausblick

Der vorliegende dritte Psychiatriebericht der Landeshauptstadt Mainz beschreibt eine Versorgungslandschaft, die in vielem gewachsen und gefestigt ist und die zugleich vor Anforderungen steht, die sie mit den bisherigen Mitteln in Zukunft bewältigen muss.

Die Daten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zeigen einen anhaltenden Anstieg der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosozialer Versorgung. Dieser Trend ist nicht allein Ausdruck höherer Erkrankungshäufigkeiten, sondern auch einer gestiegenen gesellschaftlichen Sensibilisierung für psychische Erkrankungen und diagnostischen Möglichkeiten. Der Bedarf betrifft Menschen in allen Lebensphasen, von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen oder aus belasteten Familien über junge Erwachsene in der Transition aus der Jugendhilfe bis hin zu älteren und hochaltrigen Menschen, für die das Altenhilfe- und das Psychiatriesystem bislang zu selten zusammenfinden.

Die Struktur des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Mainz ist hierbei eine belastbare Grundlage. Der GPV mit seinen Mitgliedseinrichtungen, den Arbeitsgruppen sowie die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, der Psychiatriebeirat und die Besuchskommission bilden ein Netz, das in Mainz seit vielen Jahren trägt. Die im Bericht dargestellte Angebotsvielfalt von niedrigschwelligen Kontakt- und Beratungsangeboten über ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung bis hin zu Wohnangeboten, Arbeitsrehabilitation und soziotherapeutischer Begleitung, spiegelt das Engagement der beteiligten Träger:innen und die langjährige kooperative Praxis im Verbund sowie der Gemeindepsychiatrie wider.

Zugleich zeigt der Bericht deutlich, wo diese Grundlage unter Druck gerät. Die Anschlussversorgung nach stationären Aufenthalten ist häufig nicht zeitnah gesichert. Wartelisten für Eingliederungshilfeleistungen und therapeutische Angebote sind gewachsen. Niedrigschwellige und offene Angebote, gerade jene, die keine formale Diagnose voraussetzen, müssen als Versorgungsbausteine gesichert sein. Menschen mit herausforderndem Verhalten und komplexen Bedarfen finden systemisch nur schwer einen dauerhaften Platz zum Leben. Der knappe Wohnraum in der Stadt Mainz verstärkt diese Dynamiken. Es handelt sich nicht um isolierte Probleme einzelner Einrichtungen oder Personen, sondern um systemische Spannungen, die alle Akteur:innen der Gemeindepsychiatrie gleichermaßen betreffen.

Vor diesem Hintergrund benennt der Bericht Handlungsfelder, die in den kommenden Jahren gemeinsam bearbeitet werden müssen. Dies erfordert ein Zusammenwirken über Rechtskreise hinweg und ein klares politisches Signal an das Land Rheinland-Pfalz als Träger:in der Eingliederungshilfeleistungen. Die nachfolgenden Schwerpunkte fassen zusammen, was aus diesem Bericht als Auftrag hervorgeht:

- Anschlussversorgung und Übergangsmanagement sichern
- Niedrigschwellige Angebote sichern
- Wohnen als Versorgungsthema verankern
- Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung gemessen an den Bedarfen der Bürgerinnen und Bürger
- Systemische Übergänge an Schnittstellen gestalten
- Kinder, Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und Familien in seelischen Krisen in den Blick nehmen
- Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen und Pflegebedarf sichern

- Fachkräfte gewinnen und halten
- Trialog als Praxis verstetigen

Dieser Bericht macht sichtbar, was gemeindepsychiatrische Versorgung in Mainz bedeutet. Sie ist eine strukturell verankerte, kooperativ getragene Versorgungslandschaft, die realen Bedarfen begegnet und dabei zunehmend systemischen Belastungen und Veränderungen ausgesetzt ist. Die beschriebenen Versorgungslücken und Handlungsfelder sind Ausdruck einer Versorgungsrealität, die als Verantwortungsgemeinschaft in den Blick genommen werden muss.

Zweiter Teil

Vorwort

Der erste Teil dieses Berichts hat die gemeindepsychiatrische Versorgung in Mainz in Zahlen und Strukturen beschrieben. Was Statistiken und Erhebungen jedoch nur in Umrissen erfassen können, ist der Alltag, der sich hinter diesen Strukturen gestaltet. Die Gespräche, die Begegnungen und die konkreten Erfahrungen von Menschen, die Unterstützung suchen oder anbieten.

Der zweite Teil gibt einen Einblick in eben diesen Alltag. Die Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Verbundes haben ebenso wie die Angehörigen von Menschen mit psychischer Erkrankung und Menschen mit Psychiatrieerfahrung Artikel beigetragen. Manche werfen einen kritischen Blick auf das Versorgungssystem, andere geben Menschen das Wort, die Leistungen in Anspruch nehmen oder professionell in diesem Feld tätig sind. Wieder andere berichten von konkreten Projekten oder Momenten aus der täglichen Praxis.

Diese Vielfalt spiegelt den trialogischen Anspruch wider, der der gemeindepsychiatrischen Arbeit zugrunde liegt: Fachkräfte, Angehörige und Psychiatrieerfahrene kommen hier gleichermaßen zu Wort und beschreiben aus ihrer jeweiligen Perspektive, was gemeindepsychiatrische Versorgung im Alltag bedeutet.

Die Beiträge verstehen sich als Momentaufnahmen aus der Praxis. Sie machen nachvollziehbar, was sich hinter dem Begriff der gemeindepsychiatrischen Versorgung verbirgt, und tragen so zur Transparenz über ein Versorgungsfeld bei, das für viele Menschen in Mainz von Bedeutung ist. Für die redaktionellen Inhalte sind die Verfasser:innen selbst verantwortlich.

Milieubezogene und atmosphärische Aspekte – Bericht Haus am Landwehrweg

Vorstellung

Gemeinnützige Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit mbH

(GPS)

und Herausstellung des Milieutherapeutischen Ansatzes

im Haus am Landwehrweg

Seit den 1990er Jahren entwickelte zunächst der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband und später die GPS unterschiedliche und individuelle Konzeptionen und Leistungsangebote für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die Vielfalt unserer Hilfen in den unterschiedlichen Bereichen findet sich auch in unserem Leitbild des Paritätischen und der GPS mbH - der Offenheit, Toleranz und Vielfalt – wieder. Diese Leitthesen bestimmen unsere alltägliche Arbeit unser soziales Engagement in der verantwortungsvollen Begegnung mit den Menschen.

Die GPS setzt sich für eine inklusive Gesellschaft ein, in der alle Menschen unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht oder sozialem Status gleichberechtigt teilhaben können. Wir stellen den Menschen mit seinen individuellen Anliegen in den Mittelpunkt und möchten ihm einen Rahmen bieten, in dem er persönliche Fähigkeiten so einsetzen kann, dass ihm auch mit etwaigen Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht wird.

Die Grundsätze unserer Arbeite beziehen sich auf:

- **Solidarität und Menschlichkeit:**
  Unterstützung und Fürsorge für Menschen in Notlagen.
- **Partizipation:**
  Einbindung der Betroffenen in Entscheidungsprozesse.
- **Vielfalt und Toleranz:**
  Respekt vor unterschiedlichen Lebensweisen und Hintergründen.
- **Qualität und Professionalität:**
  Hohe Standards in der sozialen Arbeit.
- **Nachhaltigkeit: Nachhaltigkeit:**
  Langfristige und nachhaltige Unterstützung.

Die GPS (vormals Paritätischer) ist in der Region Mainz /Rheinhessen schon seit den Reformbewegungen (Psychiatrie-Enquete 1975 und Expertenkommission 1988) in der Begleitung, Versorgung und Behandlung von psychisch erkrankten Menschen tätig und verfügt über eine über 40-jährige Erfahrung im Bereich der sozialen und gemeindenahen Psychiatrie.

Seit dieser Zeit ist der Grundsatz der Personenzentrierung und der Bedarfsorientierung ständig weiterentwickelt worden. Mit geprägt wurden der Aufbau und die Gestaltung des gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) in der Stadt Mainz und im Kreis Mainz -Bingen.

Neben anderen sozialpsychiatrischen Angeboten in Mainz betreibt die GPS seit 1989 die besondere Wohnform (ehemals Wohnheim/Reha-einrichtung) „Haus am Landwehrweg“ in der Oberstadt. Insgesamt gibt es 38 Wohneinheiten (inklusive der Außenwohngruppen) für 38 Menschen.

Erläuterung der milieubezogenen und atmosphärischen Aspekte in der besonderen Wohnform

Bevor wir uns grundsätzlich dem Prozess der Begleitung in eine andere Wohn- und Lebensform zuwenden, werfen wir einen Blick auf die milieubezogenen und atmosphärischen Gegebenheiten im Haus am

Das intensive Miteinander im Milieu des Wohnheims kann für einige Menschen nach ca.1-2 Jahren ein Sprungbrett ins Leben und damit in selbständigere Wohnformen sein, für einige, aber auch zu einem Zuhause auf lange Zeit werden.

Das Zusammenspiel zwischen Individualität und Gemeinschaftsleben, zwischen persönlicher Freiheit und Selbstbestimmung einerseits und dem Bedürfnis nach Schutz, Sicherheit und Geborgenheit andererseits, stellt uns in der psychosozialen und komplementär- sozialpsychiatrischen Arbeit oft vor Herausforderungen.

Die Aspekte der Sicherung der Sozialen Teilhabe kommen hier beim Personenkreis der seelisch behinderten Menschen besonders zum Tragen.

Unser Anliegen ist es, wieder und wieder den qualitativen Schritt zu schaffen, damit „ein Platz in der besonderen Wohnform“ zu einem „Ort der Begegnung“, einem „Ort des Lebens und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ werden kann. Da wo es möglich ist, einfach dabei zu sein und dazu zu gehören, wo miteinander gescherzt und gelacht werden kann, wo man Angebote bekommt, die man auch dazu nutzen kann, sie abzulehnen – aber deswegen nicht aus der Gemeinschaft ausgeschlossen wird; wo die Möglichkeit besteht Menschen anzusprechen und jederzeit Hilfe zu bekommen, falls diese erforderlich ist.

Um es mit den Worten einer Klientin zu sagen: „Mit vielen, die hier leben, teile ich keine gemeinsamen Interessen und habe auch nicht so viel mit ihnen zu tun, aber es ist für mich beruhigend und gut zu wissen, dass sie da sind, und ich nicht alleine bin.“

Wir legen Wert darauf, dass in unserem Haus günstige Milieufaktoren wirksam werden, die u.E. in der Begegnung gefördert werden können durch „Ruhe und Gelassenheit“, „Einfachheit und Eindeutigkeit“, „Verlässlichkeit und Kontinuität“, „Toleranz und Authentizität“. (vgl. Luc Ciompi, “Affektlogik“, S. 364 – 366).

Wichtig ist uns eine respektvolle und im höchsten Maße wertschätzende Beziehungsarbeit. Dies setzt eine offene und transparent-kommunizierte Zusammenarbeit mit dem einzelnen Menschen und allen Beteiligten der Hilfesysteme voraus. Die sich hieraus ergebenden Prozesse schließen den wertschätzenden, konstruktiven Umgang mit verschiedenen Lebensvorstellungen und Sichtweisen und den Dialog auf Augenhöhe mit ein.

Die ressourcenfördernden Begleitungen werden in unserem Bereich immer sozialräumlich gedacht, wie hier erläutert:

> Der Begriff der Sozialraumorientierung (Nellissen, Sozialraumorientierung im aktivierenden Sozialstaat, 2006) bedeutet die Ausrichtung der Leistungsangebote auf einen sozialgeografisch begrenzten Raum. Das kann ein Stadtteil, ein Quartier oder eine Region sein. Der Begriff umfasst aber auch die Ausrichtung auf einen sozial konstruierten Raum, also auf einen bestimmten Lebensraum oder einen sozialen Mikrokosmos, der die Person in Relation zu ihrer Umwelt setzt.

Dieser Lebensraum im sozialen Mikrokosmos wird durch das Haus am Landwehrweg mit seinen unterschiedlichen Wohneinheiten repräsentiert und ist ein wirksames, hilfreiches und wichtiges Angebot für die Menschen, die hier leben.

Team /Haus am Landwehrweg/2025

Steckbrief der Tagesklinik I der Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit

Steckbrief: GPS, Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (TK I), Allgemeinpsychiatrie

Eröffnung: Juli 1996
Standort: Drechslerweg 25, 55128 Mainz
Kapazität: 26 Behandlungsplätze

Schwerpunkt:

- Behandlung und Diagnostik aller psychiatrischen Krankheitsbilder (ausgeschlossen: aktiver Substanzmissbrauch, aktive Eigen- oder Fremdgefährdung)

Diagnostische Maßnahmen:

- Blutentnahme
- EKG
- Ggf. Bildgebung (extern UniMed)
- Psychologische Testungen
- Gespräche (einzeln und in Gruppen) und inetnsive Verhaltensbeobachtung
- Begleitung und Anpassung medikamentöser Therapien

Behandlungsdauer:

- In der Regel 8 Wochen
- Wiederaufnahme möglich (z. B. zur Intervallbehandlung oder zur Stabilisierung)

Organisation:

- Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen und private Versicherungen

Behandlungskonzept:

Durchführung verschiedener Therapieangebote durch das multiprofessionelle Team:

- Ergotherapie
- Kunsttherapie
- Physio- und Bewegungstherapie
- Achtsamkeit und Entspannung
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und Psychotherapiegruppe
- Soziales Kompetenztraining
- Skillstraining
- Medizinische Visite
- Psychotherapeutische Einzelgespräche
- Alltagsorientierte Gruppen
- Psychosoziale Beratung durch den Sozialdienst

Einbeziehung von Angehörigen, Bezugspersonen, sonstige Kooperation:

- Angehörige, Fach- und Hausärzte, ambulantes Unterstützungssystem
- Ziel: Nachhaltiges Planen des Wegs nach der Entlassung, der Weiterbehandlung

Zugang:

- Überweisung durch Fach- oder Hausärzte
- Telefonische Kontaktaufnahme, Anmeldung zur Infoveranstaltung
- Vorgespräch
- Aufnahme auf die Warteliste bis zur Aufnahme in die Tagesklinik

Als Mitarbeiterinnen aus den Bereichen Pflege, Kunsttherapie und Sozialarbeit der GPS Tagesklinik I möchten wir in diesem Beitrag ergänzend zu den allgemeinen Zahlen und Fakten aus dem Steckbrief Stimmen unserer Patient:innen hörbar werden lassen. Denn das, was unsere Patient:innen zu sagen haben und mit uns teilen, ist das, was uns in unserer Arbeit stärkt, was uns antreibt, aber auch, was uns manchmal herausfordert.
Wir wollen 4 „Fälle“ ganz subjektiv erzählen lassen, welche Unterstützung sie vor der Tagesklinik hatten, wie sie die Zeit in der Tagesklinik erlebt haben und mit welchen Herausforderungen sie im Anschluss an unsere Behandlung leben werden.

Als Fachpersonal treten wir in Beziehung zu den Menschen, begleiten sie intensiv und lernen sie im Verlauf der Behandlung kennen und verstehen.
Durch die enge Betreuung durch eine*n Bezugspsychotherapeut*in sowie eine feste Bezugsperson aus den Bereichen Pflege, Kunsttherapie, Ergotherapie oder Sozialarbeit gelingt es uns, einen kleinen, aber wertvollen Einblick in das Leben unserer Patient:innen zu gewinnen. Auf dieser Grundlage kann eine tragfähige therapeutische Beziehung entstehen: eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg.
Dieser Erfolg hängt von vielen Faktoren ab: Auf Seiten der Patient*innen braucht es Eigenmotivation, die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, den Willen zur Veränderung und die aktive Rolle als Gestalter*in der eigenen Therapie. Auf Seiten des Fachpersonals erfordert es eine passgenaue, empathische Unterstützung – dort, wo sie gebraucht wird.
Durchgängig beschäftigt uns, neben den spezifischen, persönlichen Themen, die jede*r Patient mitbringt, die Frage, wie sich eine adäquate Nachsorge in 8 Wochen etablieren lässt. Denn wir wissen: Nachhaltige Therapie bedeutet mehr als acht Wochen tagesklinische Behandlung.
Wie kann es gelingen, eine dauerhafte Stabilisierung zu erreichen? Und was brauchen unsere Patient:innen dafür?

Diesen Themen widmen sich unsere Interviews, die, um das subjektive Erleben möglichst gut darstellen zu können, mit Einwilligung aufgezeichnet wurden.
Interviewt wurden Frau L. und Frau H., sowie Herr K. und Herr B., 4 Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsgeschichten, sowohl langjährig als auch erstmalig erkrankt.

Frage:
Welche Unterstützung hinsichtlich Ihrer psychischen Erkrankung hatten Sie bereits vor der tagesklinischen Behandlung?
Waren Sie damit zufrieden?
Wie sind Sie auf die Tagesklinik gekommen?

Herr K. berichtet uns, dass er bereits seit 40 Jahren an einer bipolaren Störung leide. Er verfüge über ein ambulantes Helfer*innensystem, das ihn sowohl in Krankheitsphasen als auch in stabilen Zeiten begleite. Es habe jedoch viele Jahre gedauert, bis er – neben der medikamentösen Behandlung – die passende psychosoziale Unterstützung erhalten habe. Eine Psychotherapie habe er sich stets gewünscht, doch seine Suche sei bisher erfolglos geblieben.
Frau H. und Herr B. hatten vergleichsweise früh nach Beginn ihrer Erkrankung einen Therapieplatz gefunden - Frau H. in der Einzel-, Herr B. in der Gruppenpsychotherapie – und meldeten sich zusätzlich in der Tagesklinik an, um die ambulante Behandlung zu intensivieren, da das Angebot allein nicht ausreichte.

Frau L. hingegen berichtet, dass sie während ihrer ersten Krankheitsphase über ein Jahr krankgeschrieben war, davon mehrere Monate ganz ohne Behandlung. Erste Unterstützung erhielt sie durch ihre Hausärztin sowie vereinzelte Termine bei einer Psychiaterin, deren Wahrnehmung für sie jedoch sehr kraftaufwendig war. Aufgrund ihrer schweren Depression war es ihr nicht möglich, sich aktiv um einen Psychotherapieplatz zu bemühen. Dass sie nach langer Suche schließlich ein Behandlungsangebot in unserer Tagesklinik erhielt, empfand sie als „großes Glück".

Herr K. berichtet, dass ihn seine ambulanten psychiatrischen Behandler*innen auf die Tagesklinik hingewiesen hätten, er jedoch erst aktiv geworden sei, als „der Gedanke daran Zeit hatte zu reifen". Frau H. habe in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit tagesklinischer Behandlung gemacht, weshalb es sie „sehr viel Mut gekostet [hatte], dass jetzt überhaupt in Angriff zu nehmen". Für Frau L. kam eine Klinikbehandlung lange Zeit nicht infrage, da sie sich um ihren Hund kümmern musste. Auch wurde sie weder von ihrer Hausärztin noch ihrer Psychiaterin auf die teilstationäre Möglichkeit hingewiesen. Sie selbst, ebenso wie Frau H. und Herr B., fanden schließlich durch eigene Recherche den Weg in unsere Tagesklinik.

Von Montag bis Freitag verbringen die Patient:innen den Tag in der Klinik, während sie abends, nachts und am Wochenende in ihrem vertrauten Umfeld bleiben. Voraussetzung dafür ist, dass sie zu Hause allein zurechtkommen und den Weg zur Klinik eigenständig bewältigen können.
Unser multiprofessionelles Team besteht aus Psychiaterinnen, Psychotherapeut*innen, psychiatrischer Fachpflege, Ergotherapeutinnen, Kunsttherapeutinnen, einer Verwaltungskraft, einer Sozialarbeiterin sowie einem Physiotherapeuten. Die Behandlung umfasst die psychiatrische und psychologische Diagnostik und Therapie aller Krankheitsbilder – mit Ausnahme von aktivem Substanzkonsum – sowie medikamentöse Behandlung, Einzel- und Gruppentherapien, kreative und körperbezogene Angebote, Sozialberatung sowie Zu- und Angehörigengespräche.
Ein zentraler Bestandteil unserer Arbeit ist die Gestaltung der therapeutischen Gemeinschaft, da wir wissen und erleben, wie stark die Gemeinschaft auf das Individuum wirkt und umgekehrt. Wir fördern und fordern ein achtsames Miteinander, Rücksichtnahme und das voneinander Lernen. Menschen mit ganz unterschiedlichen Persönlichkeiten, Bedürfnissen und Fähigkeiten begegnen sich und werden dabei unterstützt, sich weiterzuentwickeln.

Frage:
Wie haben Sie die Behandlung in der Tagesklinik erlebt?
Was war besonders hilfreich?
Was ist Ihnen während der Behandlung schwergefallen oder hat Sie herausgefordert?

Herr K. erzählt, dass er insbesondere vom strukturierten Tagesablauf in der Klinik profitiert habe. Auch Frau L. bestätigt: „Überhaupt jeden Tag herkommen tut schonmal sehr gut. [...] Man kommt jeden Tag her, auch im Sinne von: Ich tu mir jetzt hier jeden Tag was Gutes." Sie berichtet, dass sie es aufgrund ihres ADHS und ihrer Depression nicht mehr geschafft habe zu kochen und dass selbst die Essensversorgung in der Klinik zu ihrem Wohlbefinden beigetragen habe. Vor ihrer Aufnahme sei Hr. K. sehr sozial isoliert gewesen, und durch die Tagesklinik habe er sich zum ersten Mal seit Langem wieder unter Menschen getraut, wovon er sehr profitiert habe. Auch Frau L. hat die Gemeinschaft mit Mitpatient*innen als wertvoll erlebt: „Man macht sich ja viele Selbstvorwürfe. Dass auch anderen so geht,

macht glaub ich einen riesigen Teil aus. Egal in welcher Gruppe man ist. Selbst wenn‘s die Humorgruppe ist, wo man das nicht thematisiert, kriegt man ja mit: Ich bin nicht die Einzige, die jetzt mal pausiert“.
Alle Interviewten empfanden die Kombination der verschiedenen Gruppenangebote als hilfreich. Manche Gruppen wurden als herausfordernder erlebt, andere als weniger belastend. Herr B. fasst es so zusammen: „Es soll ja nicht nur aus leichten oder einfachen Sachen oder schönen Sachen bestehen, sondern es ist halt kein Urlaub.“ Er beschreibt seine Erfahrung in der Tagesklinik als anstrengend, aber auch gewinnbringend und verbunden mit der Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen mit anderen Patient:innen oder Mitarbeitenden über alles sprechen zu können.
Frau L. stimmt zu: „Selbst wenn ich jetzt mal ein schwieriges Thema inhaltlich [hatte], ich gehe eigentlich nie zu belastet weg […]. Es wird nicht ein Fass aufgemacht, was nicht wieder geschlossen werden kann. Sowohl in der Gruppe als auch im Einzel.“ Auch Frau H. schätzt besonders, dass sich die Inhalte aus der Therapie direkt im Alltag anwenden lassen.
Herr K. schildert eindrücklich, dass er sich anfangs gegen Gruppentherapien wie Kunsttherapie gesträubt habe, diese im Nachhinein jedoch als positiv bewertete: ein „Lernprozess sich zu Sachen [zu] überwinden, die man eigentlich nicht mag. Da kommt man ja im normalen Leben auch nicht drumherum, was soll das hier anders sein!?“ Für Frau H. bestand die größte Herausforderung darin, sich zu öffnen. Sie beschreibt ihre Entwicklung so: „Am Anfang als ich hier herkam war ich noch sehr zurückhaltend und sehr in mich gekehrt und auch noch viel in Gedanken, negativen Gedanken. Und dann tatsächlich einfach in den Einzelsitzungen oder auch in den Gruppenstunden gewisse Dinge zu reflektieren und anzunehmen und einfach zu sagen hier bin ich jetzt eben kein Panzer, sondern ich öffne mich […], das war so ein Punkt, der mir bisschen schwergefallen ist. Aber es war die richtige Entscheidung auf jeden Fall.“

Weil wir für unser Klientel eine nachhaltige Verbesserung anstreben, beschäftigt uns neben der „eigentlichen“ Behandlung in unserer Tagesklinik besonders die Etablierung der Nachsorge. Sie ist aus unserer Sicht ein zentraler Bestandteil, um den therapeutischen Erfolg langfristig zu sichern. Dieses Anliegen verfolgen wir von Tag 1, machen dabei leider die Erfahrung, dass der Übergang in die weiterführende Versorgung eine große Herausforderung darstellt.

Frage:
Wie geht Ihre Behandlung und Unterstützung nach Entlassung aus der Tagesklinik weiter?

Unsere 4 Interviewpartner:innen haben unterschiedliche Wege vor sich: Hr. K.´s bisherige Hilfen gehen weiter, zusätzlich wurden der Besuch von Selbsthilfegruppen geplant. Die Suche nach einer ambulanten Verhaltenstherapie blieb jedoch bislang erfolglos. Dadurch sehe er die „Gefahr, dass ich wieder in alte Verhaltensmuster reingleite“. Fr. H.´s bisherige ambulante Psychotherapie wird weiterlaufen und zusätzlich wurde eine berufliche Rehabilitation beantragt. Frau L. berichtet: „Ich habe jetzt schon so viele Psychiater*innen in Mainz und Wiesbaden angerufen, die man wirklich entweder einfach nicht erreicht oder die sagen, ne die haben nicht einmal eine Warteliste, rufen Sie in einem halben Jahr nochmal an“. Zusätzlich stehe sie auf einer Warteliste für Psychotherapie, berichtet aber, dass sie nach dem Erstgespräch oft die Info bekomme, dass es keinen freien Platz gäbe. Über die 116117 bekomme sie nur ein Erstgespräch, dass keinen Platz garantiert und das Kostenerstattungsverfahren laufe nur dann an, wenn es zu keinem Erstgespräch kommt. Herr B. besucht weiterhin eine offene Gruppentherapie, die für ihn sehr hilfreich ist, weil „man halt irgendwie nicht so alleine ist. Die Themen sind ja bei allen irgendwie sehr identisch. […] wenn Leute von Stress auf Arbeit erzählen, da kann irgendwie jeder

so ein bisschen relaten“. Frau L. berichtet über die Suche nach einem Therapieplatz so: „[Das Eigenengagement] ist bei mir auch tagesform[abhängig]… also Frau O. [Bezugspsychotherapeutin] hat mich auch immer gefragt: Wie viele rufen Sie denn pro Tag an? Da musste ich wirklich lachen. Da hab´ ich gesagt: Also diese ganze Woche einen. Da war ich aber auch noch neu hier.“

Frage:
Was braucht es aus Ihrer Sicht, damit Menschen mit einer psychischen Erkrankung stabil werden und langfristig bleiben können?

Frau L. berichtet: „Es kommt immer darauf an was man für ein Umfeld um sich hat tatsächlich. In meinem Fall kann ich sagen: Ich hab` Unterstützung, die auch Verständnis für Vieles haben und die auch zuhören und nicht so kritisch sind. Wenn man das hat ist das schon eine gute Stütze. Man sollte auf jeden Fall am Ball bleiben. […] Die Gedanken hatte ich auch oder die Ängste, was passiert nach der Tagesklinik? Falle ich wieder in so ein Loch oder nicht? Aber einfach den Fokus bei sich zu halten und zu sagen: Ich hab` jetzt den Anfang gemacht und das geht jetzt weiter bergauf und ich lass es nicht mehr zu, dass ich in ein Loch falle. Und ja, es ist nichts Schlimmes sich Hilfe zu suchen und auch offen drüber zu reden. Das wird ja heute mehr anerkannt als damals und ja deswegen finde ich man sollte auch den Mut zu sich selbst haben den Weg zu gehen. Das anzunehmen, wenn Hilfe geboten wird.“ Frau L. sieht niederschwellige Angebote als wichtig an, genauso wie mehr Psychotherapieplätze mit Kassenzulassung, eine leichtere Kostenerstattung der Kassen ohne große Hürden und eine bessere Aufklärung auch durch Hausärzt:innen. Sie betont, dass in depressiven Phasen die Suche sehr erschwert sein kann, was durch eine aktive und gut informierte Hilfe durch Hausärzt:innen erleichtert werden sollte. Herr B. erzählt: „Wenn man so die medizinische und psychotherapeutische Versorgung betrachtet, man darf eben halt nicht anspruchsvoll sein.“ Die Wunschvorstellungen können aus seiner Sicht nicht umgesetzt werden. Herr K. bezweifelt aufgrund seiner eigenen Krankheitsgeschichte insgesamt, ob die Behandlung nach einer akuten Krankheitsphase langfristig gegeben sein kann. Was diesbezüglich helfen könnte, wäre aus seiner Sicht „Arbeit, die einem Spaß macht, mit netten Kollegen, das ist halt irgendwas, was ich denke, mich dann auch dauerhaft stabilisieren würde“, also eine sinnhafte Tätigkeit in einem „sozialen Konstrukt“.

Frage:
Wünschen Sie sich Veränderungen in der Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und wenn ja, welche?

Herr K. wünscht sich eine leichtere Beteiligung psychisch Erkrankter am Arbeitsleben, Frau L. und Frau H. wünschen sich mehr und niederschwellige Behandlungsplätze, sowohl psychiatrisch als auch psychotherapeutisch. Frau L. betont, dass psychische Erkrankungen nach wie vor oft schambelastet sind und dies eine adäquate Behandlung erschwert oder sogar unmöglich macht. Herr B.´s Ansatz wäre, die Gruppentherapien attraktiver zu machen und dadurch vorhandene Kapazitäten besser zu verteilen.

Fazit
Viele Menschen haben vor Aufnahme in die Tagesklinik bereits einen langen und leidvollen Weg hinter sich. Oftmals fanden sie früher keine adäquate Hilfe oder konnten diese aus unterschiedlichen Gründen nicht in Anspruch nehmen. So verschlimmert sich manches Erkrankungsbild durch lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, was, neben dem großen Leid durch quälende Symptome, prekäre gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Folgen haben kann.

Unser Eindruck ist zunehmend, dass Menschen heute mit komplexeren Beschwerdebildern und Problemlagen zu uns kommen.
Woran liegt das?
In einem Punkt sind wir uns sicher: Je später Menschen Zugang zu adäquaten Hilfen erhalten, umso herausfordernder ist es, sie in der verfügbaren Zeit so nachhaltig zu begleiten, wie es ihnen zusteht.

Mit stetiger Öffentlichkeitsarbeit versuchen wir auf uns aufmerksam zu machen, damit die Menschen über unser Behandlungsangebot informiert werden. Mit einem effizienten Aufnahmemanagement streben wir an, Wartezeiten zu reduzieren, mit 2 bis 3 festen Terminen vor Aufnahme Verbindlichkeit herzustellen und die lange Wartezeit zu überbrücken.
Bei unserer täglichen Arbeit verlangt die Zunahme von komplexen Erkrankungen ein höheres Maß an Effizienz und Flexibilität, um dem gestiegenen Bedarf an Zeit und Zuwendung gerecht zu werden.
Hier sehen wir uns als Team gefordert - die subjektiven Rückmeldungen der Befragten und unsere regelmäßige Zufriedenheitsstatistik spiegeln den Eindruck wider, dass wir gut aufgestellt sind.
Wir sehen uns bestärkt in unserem Anliegen, weiterhin mit den Patient:innen zusammen die für sie bestmögliche Nachsorge vorzubereiten bzw. einzurichten.
Es bleiben vielen Faktoren, auf die wir nur bedingt Einfluss nehmen können, wie z. B. der fehlende, niedrigschwellige Zugang zu ambulanter Versorgung.
Hier wünschen wir uns zum Wohle der Betroffenen und den Helfenden spürbare strukturelle Veränderungen und die Gewinnung einer lauten und durchsetzungsstarken Lobby – denn psychisch erkrankte Menschen und ihr Umfeld leiden - wie wir alle wissen - meistens still.

Mainz-Bretzenheim, den 18.09.2025
Johanna Schmaus, Sozialarbeiterin M.A.
Judith Reinhardt, Kunsttherapeutin B.A.
Michaela Hamacher, Fachkrankenschwester für Psychiatrie

Steckbrief Tagesklinik II der Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit

Steckbrief: GPS, Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (TK II)

Eröffnung: Oktober 2014
Standort: Drechslerweg 13, 55128 Mainz
Kapazität: 15 Behandlungsplätze

Schwerpunkt:

- Fachpsychiatrische Behandlung und Diagnostik aller psychiatrischen Krankheitsbilder
- Fokus: Menschen mit Demenz und ältere Patientinnen und Patienten
- Aufnahme auch jüngerer Patientinnen und Patienten bei entsprechender kognitiver Einschränkung

Medizinisches Angebot:

- Laboruntersuchung
- EKG
- Liquor Diagnostik
- Neuro- Psychologische Testungen
- Medikamentöse Einstellung bzw. Optimierung

Behandlungsdauer:

- In der Regel 4–8 Wochen
- Wiederaufnahme möglich (z. B. bei Krankheitsprogredienz oder zur Stabilisierung)

Organisation:

- Tägliche Fahrten zwischen Wohnung und Tagesklinik mit Taxi bzw. Behindertenfahrdienst
- Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen und (i.d.R. auch) durch private Versicherungen

Behandlungskonzept:

- Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Dr. Barbara Romero
- Ressourcenorientierte Aktivierung durch:
    - Ergotherapie
    - Kunsttherapie
    - Physiotherapie
    - Achtsamkeit und Entspannung
- Durchführung im multiprofessionellen Team
- Therapeutische Einzelgespräche

Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen:

- Angehörige, Pflegedienste, Fach- und HausärzteInnen, Altenheime, Tagespflegen, gesetzliche BetreuerInnen, Nachbarn

- Ziel: Nachhaltige Unterstützung durch Empfehlungen zu Tagesstruktur, Wohnumfeld und Beziehungsgestaltung

Zusätzliche Angebote:

- Überleitung in ambulante Behandlung
- Beratung und Unterstützung durch Sozialarbeit
- Angehörigengruppe (alle 3 Wochen)
- Freizeitangebot „ZAK – zusammen aktiv“ für jüngere Menschen mit Demenz und Angehörige (einmal monatlich)

Zugang:

- Überweisung durch Fach- oder HausärzteInnen
- Kontaktaufnahme durch Angehörige oder Bezugspersonen mit anschließendem Vorgespräch

Unser Tagesablauf in der Tagesklinik

09:00 – 10:00 Uhr
Ankommen bei Kaffee oder Tee, gemeinsames Zeitungslesen und Erzählen.

10:00 – 11:15 Uhr
Erste Therapieeinheit: Bewegung, Entspannung, Mobilisierung oder Musik, Physiotherapie.

11:15 – 12:00 Uhr
Vorbereitung für das Mittagessen (z. B. Tischdecken, Vorspeisen austeilen).

12:00 – 12:30 Uhr
Gemeinsames Mittagessen.

12:30 – 13:30 Uhr
Mittagsruhe im Garten oder in Ruhesesseln. Alternativ Beschäftigung mit Gesellschaftsspielen.

13:30 Uhr
Gemeinsames Kaffeetrinken.

14:00 – 15:00 Uhr
Zweite Therapieeinheit: Ergo-, Kunst- oder Physiotherapie (Gruppen- und Einzelangebote).
Weitere Angebote: Gartengruppe, Wellness, Tanzkaffee, Spiele, Gedächtnistraining (z. B. Stadt-Land-Fluss, Shuffleboard) – besonders beliebt ist Bingo.

15:00 Uhr
Heimfahrt mit den vertrauten Taxifahrern.

Im Alltag unterstützen wir bei den Mahlzeiten, in der Mobilität, bei kleineren pflegerischen Maßnahmen sowie in der Inkontinenzversorgung. Bei Bedarf organisieren wir Facharzttermine.
Darüber hinaus bieten wir krankheitsbezogene Schulungen für Angehörige und Betreuende an. Hospitationen von Angehörigen oder Fachpersonal in unserer Tagesklinik sind möglich.

Stimmen aus dem Alltag der Tagesklinik

Im August 2025 haben wir 4 Frauen und einen Mann interviewt. Folgende Fragen standen im Mittelpunkt:

1. Wie sind Sie hier angekommen?
2. Welche Vorstellungen hatten Sie von der Tagesklinik?
3. Welche Ängste gab es vor der Aufnahme?
4. Durch wen sind Sie gekommen?
5. Würden Sie wiederkommen?
6. Mit welchem Gefühl gehen Sie?
7. Können Sie etwas Positives mitnehmen?
8. Wie würden Sie uns einer Person beschreiben, die uns nicht kennt?
9. Was für ein Ort sind wir für Sie?

Frau A, 73 Jahre, Depression und Angststörung

- **Ankommen:** „Besser als beim ersten Mal, trotzdem schwer. Angst hat nachgelassen."
- **Vorstellung:** „Die Aufnahme war gut vorbereitet. Innerlich war ich missmutig wegen der Treppe, die ich laufen muss."
- **Ängste:** „Ich fürchtete, wieder in alte Muster zu verfallen."
- **Gefühl beim Gehen:** „Kein gutes Gefühl, da morgen mein letzter Tag ist."
- **Positiv:** „Das Personal ist sehr nett, das Essen sehr gut, alles sauber und ordentlich. Bei mir selbst habe ich jedoch keine Veränderung bemerkt."
- **Empfehlung:** „Ich würde die Tagesklinik einer Freundin empfehlen."

Frau B, 80 Jahre, Depression und Angststörung

- **Vorstellung:** „Ich hatte keine. Ich fühlte mich leer, ausgebrannt und war in einer Heulphase."
- **Ängste:** „Ich war angespannt und nervös, hatte Angst, die Anforderungen nicht zu schaffen. Nach einer Woche wurde ich ruhiger und fühlte mich wohl."
- **Gefühl beim Gehen:** „Ungern, denn ich habe mich hier frei und behütet gefühlt und Ballast abgelegt. Ich hoffe, künftig ruhiger mit Dingen umgehen zu können."
- **Positiv:** „Mein Wunsch ist, wieder aktiver zu werden und mehr rauszugehen."
- **Empfehlung:** „Die Klinik gibt Stabilität und macht Menschen wieder mobil. Die Harmonie im Team überträgt sich auf die Patienten."
- **Ort:** „Ein Wohlfühlort."

Frau C, 80 Jahre, Alzheimer-Demenz mit spätem Beginn

- **Ankommen:** „Ich habe mich schnell wohlgefühlt. Die Mitpatienten sind offen. Obwohl ich sonst unsicher bin, fällt mir hier das Reden leicht. Das Personal ist sehr aufmerksam und liebenswürdig."
- **Ängste:** „Ich hatte Panik, Angst, meine Wohnung zu verlieren. Ich dachte, die Tagesklinik sei der Anfang davon."
- **Zuweisung:** „Ich bin durch meinen Sohn hierhergekommen."
- **Gefühl beim Gehen:** „Ich gehe mit einem guten Gefühl. Alle Mitarbeiter sind herzlich und liebevoll. Ich bin überzeugt, dass es mir besser geht."
- **Empfehlung:** „Hier wird man ruhiger, bekommt Hilfe und spürt, wie gut mit Menschen umgegangen wird."
- **Ort:** „Ein Heilort."

Frau D, 86 Jahre, Depression und Angststörung

- **Ankommen:** „Direkt gut angekommen. Ich hatte nicht mit so viel Liebe gerechnet und sofort Anschluss gefunden."
- **Vorstellung:** „Ich wollte erst gar nicht kommen und dachte, es sei wie in der Psychiatrie der Uni. Aber es war genau das Gegenteil."
- **Ängste:** „Keine."
- **Zuweisung:** „Die Uni hat mir die Telefonnummer gegeben."
- **Gefühl beim Gehen:** „Gemischt – ich freue mich auf meinen Alltag und Freunde, aber die Menschen und Angebote werden mir fehlen."
- **Positiv:** „Viel Menschlichkeit, Einfühlungsvermögen, sehr viel Liebe. Nie ist jemand vom Personal schlecht gelaunt. Räume und Umgebung sind harmonisch."
- **Empfehlung:** „Man soll keine Ängste oder Vorurteile haben – hier wird psychisch und menschlich geholfen."
- **Ort:** „Ein Ort der Ruhe."

Herr E, 60 Jahre, Alzheimer-Demenz mit frühem Beginn

- **Ankommen:** „Skeptisch. Habe schnell gemerkt, dass ich hier richtig bin. Habe gemerkt, bin nicht besser oder schlechter wie andere. Den Punkt zu erreichen, dass man Hilfe benötigt ist schwer."
- **Vorstellung:** „Konnte mir gar nichts vorstellen."
- **Ängste:** „Kein Angst! Ziel: Ich möchte versuchen zurückzukommen => will wieder „normal" werden, arbeiten gehen, Menschen helfen und meine Frau entlasten."
- **Zuweisung:** „Durch meinen Arzt."
- **Wiederkommen:** „Ja!"
- **Gefühl beim Gehen:** „Ich hoffe, dass es ein bisschen besser wird."
- **Positiv:** „Wie hier mit den Menschen gesprochen wird, das man reden kann. Fühle mich geborgen."
- **Empfehlung:** „Bei Profis, die wissen, wie man bei dieser Krankheit helfen kann. Personal das geschult ist und Verbesserung bringen kann."
- **Ort:** „Neue Heimat."

Mainz, den 18. September 2025
Christiane Hinrichs-Landua, Diplom Sozialarbeiterin
Frederike Coester, Diplom Pflegewirtin
Barbara Honig, Krankenschwester

Unplugged – das Beratungscafé Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen - Nutzer:innen-Interview

Seelischen Problemen den Stecker ziehen? unplugged- das Beratungscafé

unplugged- das Beratungscafé ist seit zwanzig Jahren die Mainzer Anlaufstelle für junge Menschen von 16-27 Jahren, die sich für ihre psychische Gesundheit interessieren und dazu Fragen haben, sowie für deren Angehörige und Freund*innen. Damit hat unplugged die aktuelle Orientierung zur Transitionspsychiatrie frühzeitig antizipiert und ist seitdem stets inspirierend und relevant geblieben. In unserer Beratungsstelle verzeichnen wir jährlich insgesamt etwa 3500 Kontakte in den Bereichen Qualifizierte Assistenz, Schulprojekte und Präventionsarbeit, offene Beratungsarbeit, in den Freizeitangeboten, der Gruppenarbeit und anderen mehr. Viele Themen verändern sich im Laufe der Jahre, so z. B. die weiter wachsende Bedeutung von social-media und Online-Formaten oder die stärkere Hinwendung zu präventiven Ansätzen. Die Nachfrage ist indessen gleichbleibend hoch geblieben und somit ein Hinweis auf das stetige Motiv und Bedarf unserer Klientel, sich selbstfürsorgend für die eigene psychische Gesundheit zu engagieren.

Doch was macht nun das unplugged aus, was geschieht hier und wo könnte es noch hinführen? Das sollte man die Menschen fragen, die es sicherlich am besten wissen: Nutzer*innen und Mitarbeitende der Beratungsstelle. Stellvertretend für viele, hier die Antworten von 3 Personen, Frau A. (Nutzerin der QA und langjährige Besucherin im unplugged), Herr B. (Nutzer der QA und langjähriger Besucher im unplugged) und Frau C. (Mitarbeiterin im unplugged).

1) Was ist das Besondere an der Situation junger psychisch belasteter Menschen?

Frau A.: „Der Wandel, der mit dem „Erwachsenwerden“ einhergeht. Berufliche und private Entscheidungen zu treffen, sich zu orientieren, zu organisieren und Verantwortung zu übernehmen, was für einen jungen, psychisch belasteten Mensch alleine ziemlich viel auf einmal sein kann.“

Herr B.: „Psychische Belastungen erschweren oft Orientierung, Selbstfindung und Zugehörigkeit. Die Phase Kindheit-Jugend-Erwachsen ist sowieso turbulent. Wenn dann z. B. Psychische Erkrankungen hinzukommen, ist der Überblick nahezu unmöglich. Gleichzeitig fehlen passende Unterstützungsangebote, „zu alt“ für Kinder/Jugendhilfe, aber „zu jung“ für viele Erwachsenenangebote.“

Frau C.: „Dass Themen der psychischen Gesundheit vor allem bei jungen Menschen immer mehr in den Fokus rücken, dass auch in der Öffentlichkeit stehende Menschen in sozialen Medien über eigene Erfahrungen sprechen und dass Selbstfürsorge und gesunde Abgrenzung mehr thematisiert werden.“

2) Wie würden Sie das unplugged beschreiben?

Herr B.: „Das unplugged ist für mich persönlich ein wahnsinnig wertvoller Anlaufort. Eine wohlige Atmosphäre, mit der Möglichkeit andere Betroffene kennen zu lernen und gleichzeitig fachliche Hilfe zu bekommen. Für mich schließt es eine Lücke zwischen Therapie und Alltag.“

Frau C.: „Das unplugged würde ich als einen Ort beschreiben, an dem junge Menschen sich zum Thema psychische Gesundheit/Erkrankung informieren bzw. beraten lassen können und an dem das Motto gilt: „alles kann, nichts muss“.“

Frau A.: „Als einen Ort zum Ankommen, bei dem man auf Gleichgesinnte und Verständnis trifft. Inklusive Wohlfühlatmosphäre, Kompetenz, Unvoreingenommenheit und Offenheit."

3) Welche positive Erinnerung oder welchen besonderen Moment verbinden Sie mit dem unplugged?

Frau C.: „Ein sehr schöner Moment war die Weihnachtsfeier, an der sowohl Besucher*innen als auch Mitarbeitende gemeinsam gegessen und den Abend auf dem Weihnachtsmarkt haben ausklingen lassen."

Frau A.: „Die wechselnden Angebote im offenen Bereich. Für mich persönlich waren die Kreativ-Angebote immer sehr schön und interessant gestaltet, z. B. das Adventskranzbasteln. Mein Highlight war die jährliche Weihnachtsfeier mit Raclette, Plätzchen und dem Spiel Montagsmaler. Auch die hilfreiche Begleitung und Unterstützung der Qualifizierten Assistenz zu Außenterminen ist mir besonders im Gedächtnis geblieben.

Herr B.: „Ich habe sehr von den Beratungen und Assistenzgesprächen profitiert. Über Gruppenangebote wie z. B. GSK und Yoga konnte ich außerdem langfristige Freundschaften knüpfen, was mir anderweitig weitaus schwerer fiel."

4) Welche Angebote für junge psychisch belastete Menschen fehlen noch (und könnten eines Tages einmal vom unplugged entwickelt werden)?

Frau A.: „Ich finde, das Café unplugged deckt viele Angebote für junge psychisch belastete Menschen ab, sodass mir auf Anhieb nichts einfällt, was man momentan noch entwickeln könnte."

Herr B.: „Meiner Meinung nach fehlen (fachlich unterstützte) Selbsthilfegruppen gerade für junge Menschen, in denen Betroffene sich austauschen und in Kontakt kommen können. Psychoedukation finde ich besonders wichtig, sodass Betroffene von Informationen über z. B. Konzepte oder Hilfsangebote profitieren können. Auch Angebote zur Psychohygiene im digitalen Alltag wären sinnvoll, um bewusster mit den Wechselwirkungen von "digitaler" und "realer" Welt umzugehen.

Frau C.: „Sehr hilfreich wäre eine Anlaufstelle, an der verschiedene Professionen (z. B. Psychotherapie, Psychiatrie, Beratung, Ergotherapie etc.) ihre Arbeitsstelle haben, vernetzt arbeiten und Ratsuchende unkompliziert weitergeleitet werden können."

So kann es dann also weitergehen im unplugged: Mit dem Rückenwind aus relevanter Arbeit, einem gemeinsamen Horizont sowie mit Perspektiven und Ideen für die Zukunft. Seelischen Problemen den Stecker ziehen? unplugged bleibt dran - zeitgemäß, innovativ und im Sinne unserer Klientel.

Arbeiten auf Augenhöhe – Teilautonome Arbeitsgruppen im ServiceCenter der Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen

„Arbeiten auf Augenhöhe – Teilautonome Arbeitsgruppen im ServiceCenter“

„Die Aufnahme in die Teilautonome Arbeitsgruppe […] zeigt mir, dass mir Vertrauen sowie auch Glaube an mich entgegengebracht wird. […] Ich finde es sehr gut, dass Teilautonome Arbeitsgruppen mit pädagogischer Unterstützung im ServiceCenter ins Leben gerufen werden, somit können die Werkstattmitarbeitenden mehr Eigenverantwortung erproben/erlernen/wieder erlangen.“ (Statement einer Mitarbeitenden).

Entstehung

„Teilautonome Arbeitsgruppen“ sind ursprünglich in der freien Wirtschaft zu finden. Hier schließt sich eine Gruppe von 3 bis 8 Mitarbeitenden zusammen, welche die Arbeitsschritte einer Aufgabe oder eines Prozesses selbstständig (autonom) vorbereiten, organisieren, durchführen und kontrollieren. Eine Führungsebene ist im Hintergrund jedoch ansprechbar und trägt (je nach Unternehmen) weiterhin die volle Verantwortung für das Ergebnis.

Dieses Prinzip hat das ServiceCenter, unter seinem Leitbild „Begegnung auf Augenhöhe“ aufgegriffen und die „Teilautonomen Arbeitsgruppen“ von Beginn an unter partizipativer Beteiligung interessierter Werkstattbeschäftigter konzipiert.

Das ServiceCenter der gpe Mainz hat also sein Blickfeld erweitert und es sich zur Aufgabe gemacht, neben den 14 bestehenden Werkstattabteilungen, 2 solcher Arbeitsgruppen, in den Werkstattkontext zu integrieren und zu fördern. Eine Gruppe im kreativen Bereich, das „FarbWerk“ (gegründet September 2023), aktuell bestehend aus 10 Teilnehmenden sowie eine weitere im digitalen Sektor, der „LernRaum“ (gegründet Anfang 2025), zurzeit bestehend aus 7 Personen.

Beide Gruppen sind aus der Intention heraus entstanden, Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in ihrer Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit, mit dem speziellen Ansatz „Teilautonomer Arbeitsgruppen“, nochmals gezielter zu fördern, um so die psychische Gesundheit auf eine besondere Art und Weise zu stabilisieren. Darüber hinaus können so Fähig- und Fertigkeiten erlangt werden, die über die ansonsten im Arbeitsalltag in einer Werkstatt geforderten, hinausgehen.

Ziele der Teilautonomen Arbeitsgruppen

Es geht also um die Verwirklichung eines ganzheitlichen Ansatzes von Arbeit, der den Mitarbeitenden mit seinen Fähig- und Fertigkeiten, seinem Wissen, seiner beruflichen Bildung in den Mittelpunkt stellt und ihm die Möglichkeit gibt, im Team mit Kolleg*innen die vollständige Auftragsabwicklung eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen. D. h. die Arbeit völlig eigenständig zu planen, zu strukturieren, sich weitergehende bzw. fehlende Fachkenntnisse anzueignen, Produkte herzustellen und schließlich auch Umsätze zu erzielen. Das ermöglicht eine intensive Form, am Arbeitsleben teilzuhaben.

Beide Gruppen haben in Klausurtagungen, individuelle Aufgaben und Ziele formuliert und waren somit beim Konzeptinhalt maßgeblich beteiligt.

Im Hintergrund beider Gruppen stehen pädagogische Fachkräfte, die die Teilnehmenden bei Bedarf unterstützen und Bedarfe sowie Zielverfolgungen mit im Blick haben.

Das „FarbWerk“ – „Teilautonome Arbeitsgruppe Kunst“

So richtet sich der Fokus beim „FarbWerk“ auf die künstlerische Tätigkeit, mit der Erstellung von Bildern, der Planung von Ausstellungen sowie Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit. In 2025 konnte so bereits eine komplette Ausstellung vom „FarbWerk“ organisiert und verwirklicht werden.

Hintergrund zur Schaffung des „FarbWerks“ war, dass 2023, durch die notwendige Schließung der Abteilung „bunt“ für die Werkstattmitarbeitenden ein sehr wichtiger, kreativer Bereich weggefallen ist. In dieser Abteilung hatten viele Mitarbeitende mit künstlerischen Fähig- und Fertigkeiten ihren Platz, entsprechend ihrer Interessen und Neigungen, gefunden. Nach dem Wechsel in andere Abteilungen konnten diese kreativen Fähigkeiten und v. a. das freie Arbeiten sowie Gestalten, nicht mehr in vollem Umfang in die tägliche Arbeit eingebracht werden. Dies führte bei Einzelnen zu Frustration wie auch Motivationsverlust und bei vielen zu dem Wunsch nach mehr Aufgaben im kreativen Bereich.

Tatsache blieb, dass es eine Gruppe von ambitionierten Expert*innen im Kreativbereich gibt – warum sollten nicht diese vorhandenen Fähigkeiten und Kenntnisse weiter genutzt und gefördert werden, um den Mitarbeitenden im Rahmen einer „Teilautonomen Arbeitsgruppe“ die Möglichkeit zu geben, sich sinnvoll im kreativen Bereich zu betätigen?

Somit wurden interessierte ehemalige Mitarbeitende der Abteilung „bunt“ auf Basis der Freiwilligkeit, in die Entstehung des „FarbWerks“ aktiv mit eingebunden.

Der „LernRaum“ – „Teilautonome Arbeitsgruppe Digitalisierung“

Der „LernRaum“ wurde auf Grundlage des 2021 im ServiceCenter gegründetes E-Learning-Projektes, Anfang 2025 geschaffen.

Bei dessen Planung wurden im Sinne der Partizipation und Weiterentwicklung von arbeitsmarktnahen Fertig- und Fähigkeiten, von Beginn an eine bestimmte Anzahl Werkstattbeschäftigter miteinbezogen, welche aktiv bis heute an der Umsetzung mitwirken.

Diese „Teilautonome Arbeitsgruppe“ hat sich u.a. die Erstellung von digitalen Kursen auf der E-Learning-Plattform „Moodle“ zum Ziel gemacht, welche nach und nach in den Abteilungen des ServiceCenters an Tablets und PCs Einzug in den Werkstattalltag findet. „Moodle“ ist eine Lernplattform, die es Lehrenden ermöglicht, Kurse zu erstellen und Lernenden, diese selbstständig und ortsunabhängig durchzuführen. Bei der Einführung in die Abteilungen unterstützt die „Teilautonome Arbeitsgruppe“ maßgeblich. Die Mitarbeitenden in den Werkstattabteilungen werden somit befähigt, selbst die Kurse zu absolvieren. Diese sollen aber auch von dem zuständigen Fachpersonal in Schulungen sowie innerhalb des Arbeitsalltags Einzug finden.

Mit der Zeit entwickelten die Teilnehmenden der Gruppe ein umfangreiches und fundiertes Wissen, hinsichtlich Kurserstellung, Kursgestaltung, H5P-Elementen, administrativen Einstellungen auf der Plattform „Moodle“ und nahmen/nehmen regelmäßig an Fortbildungen bzgl. Neuerungen/Updates sowie dem übergreifenden Projektteam zur „Digitalisierung in Bildung und Produktion“ teil. Seit dem Start des Projekts arbeiteten die Mitarbeitenden regelmäßig (1 mal pro Woche) in einer „Moodle-

Kerngruppe“ an eigens erstellten Kursen, um die erworbenen Fähigkeiten zu festigen und zu vertiefen. Ab Februar 2023 wurde die Plattform weiteren Abteilungen zugänglich gemacht und die Möglichkeit eröffnet, dass Abteilungen Kurse zu bestimmten Themen in Auftrag geben können.

Mit Voranschreiten des Projektes und Bekanntmachung in den Abteilungen, konnten weitere interessierte Mitarbeitenden (aus bürogebundenen Abteilungen) für den „LernRaum“ gewonnen werden, sodass die Gruppe aktuell aus 7 Teilnehmenden besteht.

Diese wurden durch Unterstützung der bereits erfahrenen Mitarbeitenden (im Sinne der Peergroup-Arbeit), aber auch pädagogischen Fachkräften in den oben genannten Tätigkeitsfeldern eingearbeitet, sodass ein gleichberechtigter Wissensstand gewährleistet ist.

Mehrwert „Teilautonomer Arbeitsgruppen“

Es zeigt sich vor allem beim „FarbWerk“ jetzt schon ein erhöhter Zuwachs an Selbstvertrauen und Selbstorganisation, sodass die betreuenden Fachkräfte hier anhaltend Verantwortung abgeben können.

Dies wiederum dient als Erfahrungswert, wie sich auch der „LernRaum“ entwickeln könnte und bildet einen wichtigen Indikator für die Etablierung und Förderung „Teilautonomer Arbeitsgruppen“ im Werkstattkontext.

Zum Schluss weitere persönliche Statements der Teilnehmenden, die den Mehrwert, Teil einer Teilautonomen Arbeitsgruppe sein zu können, am treffendsten formulieren:

Das FarbWerk:

„Das FarbWerk ist für mich ein Farb-Feuerwerk. Es ist wie Silvester das ganze Jahr, nur zu empfehlen, wunderbar.“

„Ich bin so stolz, dass ich im FarbWerk bin und ich wünsche von ganzem Herzen, dass es immer so bleibt. Ich bin froh, hier mit meinen Arbeitskollegen zu sein und für mich, sind sie meine Familie.“

„Die Teilautonome Kunstgruppe ist für mich eine heilsame Möglichkeit, mich auszudrücken und am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzuhaben. Die gpe gibt mir Struktur, Stabilität, Stärkung und Stütze.“

„Ich bin ganz stolz hier zu sein und ich male und zeichne sehr gerne und hoffe, dass meine Kunst auch ankommt.“

„Das FarbWerk ist für mich etwas Besonderes, wenn es mir nicht so gut geht. Es hat meine Kreativität gefördert und deswegen mache ich jetzt auch Gedichte. Ich staune immer wieder, was dabei rauskommt.“

„Wir malen, was uns einfällt und auch, um unsere Gefühle den Menschen darzustellen.“



(Teilnehmer*innen des „FarbWerk“)

Der „LernRaum“:

„Es macht mir Spaß, meine Begeisterung und mein Wissen mit anderen zu teilen. Außerdem kann ich kreativ und informativ werden. Was Neues und Spannendes auszuprobieren und zu erlernen bereitet mir Freude.“

„Es bedeutet mehr Arbeit und mehr Verantwortung. Ich finde gut, dass wir mehr Aufgaben bekommen haben. Ich finde es toll, dass wir so viel Vertrauen entgegengebracht bekommen. Allerdings nehmen im Moment die Aufgaben rund um Moodle noch viel Zeit in Anspruch. Mir gefällt es auch, dass wir uns wieder jede Woche treffen, denn dann ist der Austausch untereinander besser und Fragen oder Probleme lassen sich leichter besprechen. Das Konzept für mehr Eigenständigkeit finde ich gut, aber ich finde es auch gut, dass wir weiterhin feste Ansprechpartner haben, die uns, wenn nötig, unterstützen.“

„Die teilautonome Gruppe „LernRaum“ ist für mich eine Möglichkeit, über meine Fähigkeiten hinauszuwachsen. So kann ich mich in interessante Themen, wie Ernährung oder gewaltfreie Kommunikation einarbeiten und diese in einen moodle-Kurs einarbeiten. Gut finde ich, dass sich die Gruppe gegenseitig unterstützt. Auch auf Computerebene kann ich mein Wissen erweitern.“

„Für mich ist der „LernRaum“ die Chance, autonom lernen zu lernen bzw. sich dieses erarbeiten zu können. Zudem bringt das Lernen im „LernRaum“ für mich auch eine gewisse Struktur mit sich, die für mich persönlich durchaus aufgrund der Depressionen sehr wichtig ist. Auch die Tatsache, dass wir ein eingespieltes Team sind und auch die sozialen Kontakte dadurch gepflegt werden können ist für mich durchaus wichtig. Und: Lernen und Gelerntes in welcher Form auch immer weitergeben zu können (also im Normalfall durch Moodle) ist ebenfalls wichtig für mich.“



(Teilnehmer*innen des „LernRaum“)

Artikel in einfacher Sprache

„Arbeiten auf Augenhöhe – Teilautonome Arbeitsgruppen im ServiceCenter“

„Die Aufnahme in die Teilautonome Arbeitsgruppe […] zeigt mir,

dass mir Vertrauen sowie auch Glaube an mich entgegengebracht wird.

[…] Ich finde es sehr gut, dass Teilautonome Arbeitsgruppen mit pädagogischer Unterstützung

im ServiceCenter ins Leben gerufen werden,

somit können die Werkstattmitarbeitenden mehr Eigenverantwortung

erproben/erlernen/wieder erlangen.“ (Aussage einer Mitarbeiterin).

Das ist neu in der gpe Mainz:

Das ServiceCenter der gpe Mainz hat etwas Neues gemacht.

Die Firma hat jetzt nicht nur 14 Werkstatt-Abteilungen.

Sie hat auch zwei neue Gruppen gestartet.

Diese beiden Gruppen nennt man „Teilautonome Arbeitsgruppen“.

Das bedeutet: In diesen Gruppen arbeiten die Leute selbstständig.

Eine der neuen Gruppen arbeitet mit Kunst.

Sie heißt „FarbWerk“.

Diese Gruppe gibt es seit September 2023.

Aktuell sind 10 Personen in dieser Gruppe.

Die andere neue Gruppe arbeitet mit Computern und digitalen Dingen.

Sie heißt „LernRaum“.

Diese Gruppe gibt es seit Anfang 2025.

Heute sind 7 Personen in dieser Gruppe.

Das ist das Ziel:

Die zwei Gruppen haben ein besonderes Ziel:

Sie wollen Menschen mit psychischen Problemen helfen.

Diese Menschen sollen selbstständiger werden.

Und sie sollen mehr selber machen können.

Die Gruppen sind etwas Besonderes.

Sie arbeiten als „Teilautonome Arbeitsgruppen“.

Das bedeutet:

Die Menschen in den Gruppen sollen viel selbst entscheiden.

Das soll ihnen helfen, sich sicherer zu fühlen.

In den Gruppen lernen die Menschen auch neue Fähigkeiten.

Diese Fähigkeiten brauchen sie nicht nur in der Werkstatt.

Sie sind auch in anderen Bereichen nützlich.

Zum Beispiel auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt.

Was ist eine „Teilautonome Arbeitsgruppe“?

"Teilautonome Arbeitsgruppen" gibt es meistens in Firmen.

In einer Gruppe arbeiten 3 bis 8 Personen zusammen.

Diese Personengruppe plant ihre Arbeit selbst.

Sie entscheiden selbst:

- wie sie mit der Arbeit beginnen,

- wie sie die Aufgabe machen,

- und wie sie prüfen, ob die Arbeit gut gemacht ist.

Eine Chefin oder ein Chef gibt es trotzdem.

Die Chefin oder der Chef ist da, wenn die Gruppe Hilfe braucht.

Aber die Chefin oder der Chef ist nicht immer direkt dabei.

Trotzdem ist die Chefin oder der Chef am Ende verantwortlich für die Arbeit.

Das ist der gpe wichtig:

Das ServiceCenter arbeitet nach einem besonderen Prinzip.

Das Prinzip heißt: "Begegnung auf Augenhöhe".

Das bedeutet:

Alle Menschen im ServiceCenter sollen gleich behandelt werden.

Das ServiceCenter hat „Teilautonome Arbeitsgruppen“ eingerichtet.

Menschen, die in der Werkstatt arbeiten, dürfen mitentscheiden.

Das nennt man: partizipative Beteiligung.

In der Gruppe ist es wichtig, dass jeder seine Fähigkeiten nutzen kann.

Die Mitarbeiter arbeiten im Team zusammen.

Sie machen alles selbst.

Sie planen die Arbeit und organisieren, was sie tun müssen.

Wenn sie etwas nicht wissen, lernen sie es dazu.

Sie stellen Produkte her.

Das ist gut, weil jeder so richtig am Arbeitsleben teilnehmen kann.

Die Gruppen haben auf speziellen Treffen wichtige Aufgaben und Ziele aufgeschrieben.

Dadurch haben sie bei der Planung mitgeholfen.

Das ist das „FarbWerk“:

Die Gruppe „FarbWerk“ kümmert sich um Kunst.

Sie malen Bilder.

Sie planen Ausstellungen.

Sie informieren die Öffentlichkeit und arbeiten mit anderen zusammen.

Im Jahr 2025 hat „FarbWerk“ bereits eine eigene Ausstellung gemacht.

Das "FarbWerk" wurde 2023 gegründet.

Denn die Abteilung "bunt" musste geschlossen werden.

In der Abteilung "bunt" konnten die Mitarbeiter kreativ sein.

Viele Mitarbeiter mit Talent in Kunst haben dort gearbeitet.

Sie haben dort gemacht, was sie gut können und gerne machen.

Als die Abteilung geschlossen wurde, mussten die Mitarbeiter in andere Abteilungen wechseln.

Dort konnten sie nicht so kreativ sein wie vorher.

Das hat einige Mitarbeiter traurig und unmotiviert gemacht.

Viele wünschten sich mehr kreative Aufgaben.

Das Service Center dachte sich:

Es gibt eine Gruppe von kreativen Fachleuten.

Sie sind gut im Gestalten und Erfinden.

Diese Fähigkeiten sind nützlich.

Warum sollten wir sie nicht weiter nutzen und verbessern?

Die Mitarbeiter können selbst in einem kreativen Bereich arbeiten.

So kam die Idee einer Teilautonomen Arbeitsgruppe.

Einige frühere Mitarbeiter der Abteilung „bunt“ machen freiwillig mit.

Sie helfen, das „FarbWerk“ aufzubauen.

Das ist der „LernRaum“:

Im Jahr 2021 wurde im Service Center ein E-Learning-Projekt gestartet.

E-Learning bedeutet, dass Menschen mithilfe des Computers lernen.

Anfang 2025 wurde daraus der „LernRaum“ gemacht.

Bei der Planung des „LernRaum“ wurden Menschen, die in der Werkstatt arbeiten, gefragt.

Sie konnten dabei helfen und ihre Ideen sagen.

Das war wichtig, damit sie später gut mit dem „LernRaum“ arbeiten können.

Diese Mitarbeiter helfen auch heute noch mit.

Die Gruppe möchte digitale Kurse erstellen.

Diese Kurse sollen auf einer Internet-Seite mit dem Namen "Moodle" zu sehen sein.

„Moodle“ ist ein Programm im Internet.

Es hilft beim Lernen und Lehren.

Schulen, Unis und Firmen benutzen „Moodle“.

Man kann hier digitale Kurse erstellen.

Zum Beispiel zum Thema „Hygiene“ und „Arbeitssicherheit“.

Die digitalen Kurse werden Schritt für Schritt in den Werkstatt-Abteilungen gebracht.

Sie können auf Tablets oder Computern gemacht werden.

Die Gruppe hilft dabei, die Kurse einzuführen.

So lernen die Mitarbeiter in den Abteilungen, die Kurse alleine zu machen.

Die Kurse werden auch in Schulungen gezeigt.

So können die Mitarbeiter die Kurse während der Arbeit nutzen.

Die Leute im „LernRaum“ haben viel gelernt.

Sie wissen jetzt viele Dinge über:

- Wie man Kurse macht.

- Wie man Kurse schön gestaltet.

- Wie man besondere Elemente namens „H5P“ verwendet.

- Wie man die Webseite "Moodle" bedient.

Sie gehen auch oft zu Weiterbildungen.

In diesen Weiterbildungen lernen sie Neuigkeiten über „Moodle“ kennen.

Das Projekt entwickelt sich weiter.

Viele Abteilungen wissen jetzt darüber Bescheid.

Die Abteilungen können Kurse zu bestimmten Themen bestellen.

Mehrere Mitarbeiter, die im Büro arbeiten, sind jetzt auch dabei.

Jetzt sind es insgesamt 7 Teilnehmer im "LernRaum".

Die Teilnehmer treffen sich 1 mal in der Woche.

Die Mitarbeiter mit Erfahrung haben neuen Mitarbeitern geholfen, die Arbeit zu lernen.

Auch die Betreuung der Gruppe haben den neuen Mitarbeitern geholfen.

So wissen jetzt alle Mitarbeiter genau gleich viel.

Sie haben darauf geachtet:

Was die Mitarbeiter brauchen und wie sie ihre Ziele erreichen können.

Darum machen Teilautonome Arbeitsgruppen Spaß:

Im "FarbWerk" fühlen sich die Menschen jetzt selbstsicherer.

Sie können auch besser Entscheidungen treffen.

Daher können die Betreuer ihnen mehr Verantwortung geben.

Das ist ein gutes Zeichen.

Es könnte auch im "LernRaum" so gut laufen.

Das hilft, kleine Gruppen selbstständig arbeiten zu lassen.

Das ist wichtig für Werkstätten.

Zum Schluss sagen noch mehr Teilnehmende,

was sie an der Gruppe gut finden.

Sie sagen, warum es gut ist, in dieser Gruppe zu sein:

Das sagt das FarbWerk:

„Das FarbWerk ist für mich ein Farb-Feuerwerk.

Es ist wie Silvester das ganze Jahr, nur zu empfehlen, wunderbar.“

„Ich bin so stolz, dass ich im FarbWerk bin und ich wünsche von ganzem Herzen,

dass es immer so bleibt.

Ich bin froh, hier mit meinen Arbeitskollegen zu sein und für mich, sind sie meine Familie.“

„Die Teilautonome Kunstgruppe ist für mich eine heilsame Möglichkeit,

mich auszudrücken und am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilzuhaben.

Die gpe gibt mir Struktur, Stabilität, Stärkung und Stütze.“

„Ich bin ganz stolz hier zu sein und ich male und zeichne sehr gerne

und hoffe, dass meine Kunst auch ankommt.“

„Das FarbWerk ist für mich etwas Besonderes, wenn es mir nicht so gut geht.

Es hat meine Kreativität gefördert und deswegen mache ich jetzt auch Gedichte.

Ich staune immer wieder, was dabei rauskommt.“

„Wir malen, was uns einfällt und auch, um unsere Gefühle den Menschen darzustellen.“



(Teilnehmer und Teilnehmerinnen vom „FarbWerk“)

Das sagt der „LernRaum“:

„Es macht mir Spaß, meine Begeisterung und mein Wissen mit anderen zu teilen.

Außerdem kann ich kreativ und informativ werden.

Was Neues und Spannendes auszuprobieren und zu erlernen bereitet mir Freude.“

„Es bedeutet mehr Arbeit und mehr Verantwortung.

Ich finde gut, dass wir mehr Aufgaben bekommen haben.

Ich finde es toll, dass wir so viel Vertrauen entgegengebracht bekommen.

Allerdings nehmen im Moment die Aufgaben rund um Moodle noch viel Zeit in Anspruch.

Mir gefällt es auch, dass wir uns wieder jede Woche treffen, denn dann ist der Austausch

untereinander besser und Fragen oder Probleme lassen sich leichter besprechen.
Das Konzept für mehr Eigenständigkeit finde ich gut, aber ich finde es auch gut,
dass wir weiterhin feste Ansprechpartner haben, die uns, wenn nötig, unterstützen."

„Die teilautonome Gruppe „LernRaum" ist für mich eine Möglichkeit,
über meine Fähigkeiten hinauszuwachsen.
So kann ich mich in interessante Themen, wie Ernährung oder gewaltfreie Kommunikation
einarbeiten und diese in einen Moodle-Kurs einarbeiten.
Gut finde ich, dass sich die Gruppe gegenseitig unterstützt.
Auch auf Computerebene kann ich mein Wissen erweitern."

„Für mich ist der „LernRaum" die Chance, autonom lernen zu lernen bzw.
sich dieses erarbeiten zu können.
Zudem bringt das Lernen im „LernRaum" für mich auch eine gewisse Struktur mit sich,
die für mich persönlich durchaus aufgrund der Depressionen sehr wichtig ist.
Auch die Tatsache, dass wir ein eingespieltes Team sind
und auch die sozialen Kontakte dadurch gepflegt werden können ist für mich durchaus wichtig.
Und: Lernen und Gelerntes in welcher Form auch immer weitergeben zu können
(also im Normalfall durch Moodle) ist ebenfalls wichtig für mich."



(Teilnehmer und Teilnehmerinnen vom „LernRaum“)

Zuverdienstangebot Wachsmanufaktur (gpe)

Zuverdienstangebot Wachsmanufaktur 29.09.2025

In unserem Zuverdienstangebot Wachsmanufaktur finden Menschen, die dauerhaft erwerbsgemindert sind und deren Leistungsvermögen unterhalb von 3 Stunden Arbeit täglich liegt, einen Platz zum Arbeiten. Das Besondere an unserem Zuverdienstangebot sind die individuell angepassten Arbeitszeiten, auch unter 3 Stunden täglich, die individuellen Arbeitsanforderungen, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle.

Wir stellen unterschiedliche Produkte aus unterschiedlichen Wachsen in Handarbeit her, tauchen und gießen Kerzen in allen möglichen Größen und Farben und verzieren Kerzen zu besonderen Anlässen und wandeln Imkerwachs in Mittelwände um. Die Produkte werden in unserer Werkstatt und im sFachl in der Mainzer Innenstadt ausgestellt und verkauft. Zudem betreiben wir einen Onlineshop.

Darüber hinaus bieten wir Workshops für Schulklassen, Kindergärten und private Feiern und wöchentlich einen Nachmittag, die „offene Werkstatt“ an, wo interessierte Menschen selbst kreativ werden können. In den Workshops als auch in unserer „offenen Werkstatt“ teilen ZuverdienstmitarbeiterInnen ihr Wissen und unterstützen unsere KundInnen beim Kerzen ziehen und gießen. Dabei übernehmen unsere ZuverdienstmitarbeiterInnen Anleitungstätigkeiten und begegnen anderen Menschen auf Augenhöhe. Dies stärkt auf Seiten der ZuverdienstmitarbeiterInnen deren Selbstwert, fördert gegenseitigen Respekt und baut auf Seiten der KundInnen Vorurteile und Barrieren ab.

In der Wachsmanufaktur arbeiten zurzeit 19 Menschen mit unterschiedlichen psychischen Beeinträchtigungen. Die meisten kommen mehrmals die Woche für 2 bis 3 Stunden zum Arbeiten zu uns. Vor allem die Möglichkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, einen Grund zum Aufstehen zu haben und eine Arbeit, die Spaß macht und auf die man stolz sein kann, sind Äußerungen, die wir hier in der Wachsmanufaktur immer wieder hören. Mit einigen der MitarbeiterInnen haben wir in den vergangenen Wochen Interviews geführt. Wir fragten, wie sich die Arbeit auf Ihre Gesundheit auswirkt, was sich im Alltag verändert hat, seit sie die Wachsmanufaktur besuchen, nach persönlicher Entwicklung und nach dem persönlichen Wert ihrer Arbeit. Die befragten Personen berichten einheitlich von einer langjährigen psychischen Erkrankung, verbunden mit einem stark reduzierten Antrieb, sozialem Rückzug sowie erheblicher Belastungsintoleranz. Ohne das niedrigschwellige Arbeitsangebot bestehe oft wenig bis kein Antrieb, die Wohnung zu verlassen. Im Folgenden haben wir einige Fragen und Ausschnitte aus den Interviews zusammengetragen.

Was motiviert Sie, hier zu arbeiten?

„…Tagesstruktur zu haben, dass man aufsteht und was hat und nicht nur zu Hause gammelt, in Depressionen zu Hause hocken, mit Kopfkino ist halt nicht toll. Das hatte ich jetzt nicht mehr, seit ich hier bin.“

„einfach raus und unter Leute kommen, von mir aus habe ich keinen großen Antrieb, aus der Wohnung zu gehen“

„Dass es hier ein recht freundschaftlicher und netter Umgang ist. Was ich auch mag, wirklich offen und über alles sprechen zu können. Auf andere eingehen, dass auf mich eingegangen wird, Rücksicht genommen wird, auf die jeweiligen Stärken und Schwächen, gesundheitlich vor allem auch, dass es super stressfrei ist, ganz sozial."

„Das Soziale hier, Leute treffen, mit denen handwerklich was zu machen, mit denen zu unterhalten, einfach so ein bisschen Sozialkontakte zu haben. Natürlich auch das Material Wachs, wenn mal was schiefgeht, kann man es einschmelzen und neu machen, stressfreie Arbeit, liebe Chefinnen".

„das Miteinander, wie ich mich in die Gruppe einbringen kann, wie die anderen reagieren, wenn ich hierherkomme"

Hat sich die Arbeit auf Ihre Gesundheit/ Wohlbefinden ausgewirkt?

„Mir fällt es leichter mit Stresssituationen umzugehen, weil ich hier einen gewissen Rückhalt habe."

„hier kann ich auch mal abschalten und ein offenes Ohr finden und auch mal Denkanstöße, wenn man vor lauter Bäumen den Wald nicht sieht, dass man dann auch mal einen anderen Blickwinkel bekommt"

„Einfach überhaupt ein gewisses Arbeitspensum in der Woche an den Tag zu legen, morgens aufstehen, mich zu erproben, dass ich es schaffe, 3 Stunden am Stück zu arbeiten und das jeden Tag… dass ich mehr belastbar bin. Belastbarkeit, Kontinuität, Umgang mit Menschen, es ist einfach wieder besser geworden, nicht so schwarz weiß sehen. Die Lebensqualität ist weitaus besser geworden."

„Sehr viel, es ist schön, weil es keine monotone Arbeit ist, das Material, dass man am Ende sieht, was man geschafft hat.

„Auf jeden Fall, dass ich es schaffe, einer geregelten Arbeit nachzugehen"

„dass ich bei Terminplanung sagen muss, montags, mittwochs und freitags habe ich keine Zeit, weil ich da arbeiten muss…das fühlt sich gut an"

Hat es für Sie eine Bedeutung, dass die Produkte, die Sie herstellen, verkauft werden?

„mich freut es, wenn die Kunden die Arbeit wertschätzen".

„die Arbeit, die ich hier mit den Händen mache, wird wertgeschätzt"

„Es ist schon irgendwie ein Selbstwertbooster, wenn die Leute vor dem Regal stehen und es ist was, das meine Idee war oder wo ich mitgewirkt habe und davon begeistert sind. Das fühlt sich gut an."

Alle Befragten schildern eine positive Wirkung der Tätigkeit auf ihre psychische Gesundheit und Stabilität, ihr Selbstwertgefühl und ihre Belastbarkeit. Die Arbeit wird als sinnstiftend, wertschätzend und identitätsfördernd beschrieben. Zudem wird die soziale Dimension der Tätigkeit hervorgehoben. Das Arbeiten in der Gruppe, die angenehme Atmosphäre sowie der wertschätzende, respektvolle

Umgang untereinander haben einen hohen Stellenwert. Es wird betont, dass der Arbeitsplatz nicht nur eine Tagesstruktur, sondern auch ein Ort für soziales Lernen, emotionale Entlastung und zwischenmenschlichen Austausch darstellt. Die geschützte Arbeitsumgebung bietet neben einer sinnvollen Beschäftigung auch Raum für soziales Miteinander, persönliche Weiterentwicklung und emotionale Entlastung.

Die Aussagen legen nahe, dass niedrigschwellige Zuverdienstangebote wie dieses, einen wichtigen Beitrag zur psychischen Stabilisierung, zur Vermeidung von Isolation sowie zur Förderung von Selbstwert und Lebensqualität leisten.

Mehr Infos unter: https://www.wachsmanufakturmainz.de/





Caritas-zentrum Edith Stein: Teilhabeangebot am Nachmittag

Caritaszentrum Edith Stein

Angebotserweiterung – Teilhabeangebot am Nachmittag

Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die aus verschiedenen Gründen zeitweise oder dauerhaft nicht arbeitsfähig sind, verfügen oft über keine geregelte Tages- und Wochenstruktur. Der Verlust von Struktur geht oftmals mit Rückzug aus sozialen Kontakten einher und kann zu sozialer Isolation, Einsamkeit und zu einer psychischen Destabilisierung führen. Zahlreiche Studien zeigen, dass Einsamkeit erhebliche Folgen auf die Gesundheit hat: Sie kann sich negativ auf die physische und psychische Gesundheit sowie auf kognitive Fähigkeiten auswirken.

Leistungsempfänger*innen der Eingliederungshilfe weisen aufgrund langjähriger Krankheitsverläufe dauerhafte Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung auf. Der Verlust von Tagesstruktur und sozialen Kontakten kann die Krankheitsauswirkungen zusätzlich ungünstig verstärken, was zu schweren Krankheitsverläufen mit teils langandauernden Klinikaufenthalten führen kann.

Im Raum Mainz existieren bereits verschiedene tagesstrukturierende Angebote, wie Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigungen, Tagesstätten oder Zuverdienstprojekte. Ergänzend dazu hat Caritaszentrum Edith Stein 2010 ein spezielles Teilhabeangebot eingerichtet. Dieses richtet sich an Menschen, die aufgrund der Art und Schwere ihrer psychischen Erkrankung noch nicht oder nicht mehr eine Tagesstätte oder eine Werkstatt für Menschen mit Beeinträchtigungen besuchen können. Das Teilhabeangebot findet an 3 Tagen in der Woche für 3,5 Stunden in einer festen, überschaubaren Gruppe von maximal 12 Teilnehmenden statt.

Ursprünglich wurde das Teilhabeangebot als Leistung für vorwiegend ältere Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen konzipiert. Im Laufe der Jahre zeigte sich jedoch, dass die leistungsberechtigten Personen in Bezug auf Alter und Betreuungsbedarfen eine hohe Vielfalt aufwiesen.

Das Teilhabeangebot bietet den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich in einem strukturierten, geschützten Rahmen mit enger pädagogischer Begleitung individuell weiterzuentwickeln und sich in der sozialen Interaktion zu erproben.

Die Verbindlichkeit des regelmäßigen Gruppenangebotes motiviert die Menschen die eigene Wohnung zu verlassen. Sie können sich eine Tages- und Wochenstruktur und soziale Kontakte aufbauen, Basiswissen über gesunde Ernährung und Bewegung erhalten sowie Basiskompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Konfliktfähigkeit und Verbindlichkeit erarbeiten. Dies führt zu vielfachen positiven Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche und kann zu einer Stabilisierung der psychischen und physischen Gesundheit beitragen. So können z. B. gemachte Selbstwirksamkeitserfahrungen in den Alltag integriert und mit den Fachkräften reflektiert werden.

Dies gewinnt besonders vor dem Hintergrund der begrenzten personellen Ressourcen im Bereich Qualifizierte Assistenz an Bedeutung.

Das Angebot wird aktuell von Personen genutzt, die aufgrund geringer Belastbarkeit, eingeschränkter Konzentrations- und Kommunikationsfähigkeit, hoher Antriebslosigkeit, emotionaler Instabilität oder erhöhtem Bewegungsdrang eine hohe Betreuungsdichte durch Fachkräfte benötigen, um an einer

Gruppe teilhaben zu können. Die Betreuungsintensität hat durch die Vielfalt an Bedarfen in den letzten Jahren stetig zugenommen, sodass aktuell ein Betreuungsschlüssel von 1:4 notwendig erscheint.

Im Februar 2024 wurde eine zweite Teilhabegruppe konzipiert und bereichert seitdem das Angebot im Caritaszentrum Edith Stein. Das Teilhabeangebot am Nachmittag findet 3 mal wöchentlich ab 12:15 Uhr bis 15:45 Uhr statt und bietet den Teilnehmenden ebenfalls den gleichen strukturierten und engbegleiteten Rahmen. Ausgangspunkt für diese Entwicklung war, dass es tagesstrukturierende Angebote bisher überwiegend am Morgen gab, viele Menschen ein Gruppenangebot um diese Zeit aber aufgrund ihrer Erkrankungen nicht wahrnehmen können. Besonders vor dem Hintergrund von starken Antriebsstörungen, ausgeprägten Angst- und/oder Zwangserkrankungen oder einem pflegerischen Bedarf am Morgen erschien es sinnvoll, ein Angebot für Menschen zu entwickeln, die eine Gruppe erst um die Mittagszeit besuchen können. Nach ca. 18 Monaten ist die Gruppe zusammengewachsen und wird gut angenommen. Besonders deutlich wird, dass nun auch Menschen eine Gruppe und einen Ort haben, die zuvor lange Zeit an den Hürden des frühzeitigen Beginns gescheitert sind. Die Teilnehmenden berichten über die positiven Effekte einer geregelten Tages- und Wochenstruktur und über den Kontakt zu anderen Menschen. Es ist schön zu sehen, wie Kontakte auch in den privaten Bereich übernommen werden können, Menschen zunehmend aktiver werden und sich stabilisieren. Wir freuen uns, dass wir mit dem Teilhabeangebot am Nachmittag die Angebotsvielfalt in der Stadt Mainz bereichern können.

11.09.2025

Mona Maushart – Bereichsleiterin Tagesstruktur Caritaszentrum Edith Stein

SBB Sozialtherapeutische Beratungsstelle Mainz gGmbH

Die **SBB Sozialtherapeutische Beratungsstelle Mainz gGmbH** wurde im Jahr **1991** von engagierten Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen gegründet. Seither hat sich die Einrichtung kontinuierlich weiterentwickelt und ihr Angebot bedarfsorientiert ausgebaut.

Heute sind in der SBB rund **60 hauptamtliche Mitarbeitende** sowie **35 ehrenamtlich Engagierte** in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig. Als Mitglied des **Paritätischen Wohlfahrtsverbandes** erbringt die SBB soziale und psychosoziale Dienstleistungen für Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt Mainz sowie der umliegenden Städte und Landkreise. Ein zentraler Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen. Darüber hinaus hält die SBB Angebote in den Bereichen Familienhilfe, rechtliche Betreuung sowie Schuldnerberatung vor.

Aktuelle Arbeitsbereiche der SBB:

Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Qualifizierte Assistenz / Einzelfallhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 99 ff. SGB IX
- Tagesstätte / Tagesstruktur für psychisch erkrankte Menschen nach §§ 99 ff. SGB IX
- Gemeindepsychiatrisches Zentrum mit offenen Angeboten (u. a. Beratungsgespräche, Kreativangebote, Bewegungsangebote sowie Begegnungsmöglichkeiten)
- ZEBRA – Zielorientierte Elternberatung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil
- Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V

Weitere soziale Unterstützungsangebote

- Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 27 i. V. m. § 31 SGB VIII
- Individuelle Erziehungs- und Eingliederungshilfen nach § 27 i. V. m. §§ 30, 35, 35a SGB VIII
- Schulden- und Insolvenzberatung für die Landeshauptstadt Mainz
- Anerkannter Betreuungsverein zur Gewinnung, Beratung, Qualifizierung und Begleitung ehrenamtlicher rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer

Die Arbeit der SBB basiert auf einem inklusiven und ressourcenorientierten Menschenbild. Ziel ist es, Menschen in belastenden Lebenssituationen bedarfsgerecht zu unterstützen, gesellschaftliche Teilhabe zu fördern und individuelle Stabilisierung sowie Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Richard von Weizäcker hat einmal gesagt: „nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann.“ Wir in der SBB versuchen das nie zu vergessen!

Sozialdienst Metzger – Interview einer Qualifizierten Assistenz

Der Sozialdienst Metzger ist eine ambulante Einrichtung der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen im Stadtgebiet Mainz. Die Einrichtung bietet qualitative Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe in der häuslichen Umgebung sowie im Sozialraum an. Ergänzt wird das Angebot durch eine niedrigschwellige tagesstrukturierende Maßnahme (TSM) in den Räumlichkeiten der Einrichtung.



Bild: Räumlichkeiten der Tagesstrukturierenden Maßnahme

Am 01.01.2024 wurde der Sozialdienst Metzger in die Trägerschaft von Jugend-beratung und Jugendhilfe e.V. (JJ e.V.) übernommen. Der Verein ist 1975 aus dem Haus der katholischen Volksarbeit in Frankfurt hervorgegangen und feierte 2025 sein 50-jähriges Bestehen. Ziel des Vereins ist es hilfebedürftigen, behinderten, gefährdeten oder psychisch kranken Menschen fachkundige Beratung, Behandlung und Lebenshilfe anzubieten. Grundlegend für die Arbeit von JJ e.V. ist ein humanistisches Menschenbild und die Herkunft des Vereins aus kirchlichen Wurzeln. An über 60 Standorten beschäftigt JJ e.V. zurzeit rund 1.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Für das nachfolgende Interview hat sich Frau Anke Sidon bereit erklärt.

Sie sind seit vielen Jahren beim Sozialdienst Metzger tätig. Warum haben Sie sich damals für die Stelle interessiert?

Seit Beginn meiner beruflichen Tätigkeit zieht es mich immer wieder zu Menschen, die aufgrund psychischer Erkrankungen besondere Unterstützung benötigen. Mich motiviert vor allem, dass diese Arbeit eine Kombination aus fachlicher Kompetenz, Empathie und Klarheit erfordert. Psychische Krisen sind komplex und vielschichtig – gerade darin sehe ich die Chance, Menschen Stabilität, Orientierung und Halt zu geben. Wichtig ist mir, Klient*innen nicht auf ihre Diagnose zu reduzieren, sondern ihre Lebenswirklichkeit, ihre Ressourcen und ihr individuelles Tempo in den Mittelpunkt zu stellen.

Was reizt Sie immer noch an der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen?

Jede Begegnung ist anders und fordert mich heraus, meine Haltung kontinuierlich zu reflektieren, Grenzen zu setzen und zugleich mit Mitgefühl präsent zu bleiben. Diese Balance empfinde ich als anspruchsvoll, aber auch erfüllend. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen ist für mich nicht nur ein Beruf, sondern ein Bereich, in dem ich menschlich und fachlich dazulerne und gleichzeitig sinnvoll wirke.

Gerade Menschen mit psychischer Erkrankung haben immer wieder unter Stigmatisierung und Ausgrenzung zu leiden. Wie sehen Sie die Entwicklung? Hat sich für Sie etwas in den letzten Jahren verändert?

In meiner beruflichen Praxis erlebe ich weiterhin, dass psychische Erkrankungen trotz eines offeneren öffentlichen Diskurses stark stigmatisiert sind. Zwar wird über psychische Belastungen häufiger gesprochen, doch diese Offenheit bleibt oft oberflächlich und findet vor allem innerhalb themennaher Kreise statt. In der breiten Gesellschaft beobachte ich keine grundlegende Enttabuisierung. Besonders in zentralen Lebensbereichen wie Wohnen zeigt sich das deutlich: Viele Klientinnen finden nur schwer Wohnraum, stoßen auf Misstrauen oder Ablehnung und können die Anforderungen ohne Unterstützung kaum bewältigen. Ähnliches gilt oftmals für Behörden, wo psychische Erkrankungen häufig nicht als reale Einschränkungen wahrgenommen werden. Die Hürden entstehen nicht durch Unwillen der Betroffenen, sondern durch die Erkrankung selbst – und durch Systeme, die diese Realität nicht abbilden. Auch bei Pflegegradeinstufungen werden die Auswirkungen von Angststörungen, schweren Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen oft nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl pflegerische Unterstützung dringend nötig wäre. Zudem kann die Einführung der elektronischen Patientenakte neue Unsicherheiten und Stigmatisierungsrisiken mit sich bringen, da viele Klientinnen Sorge haben, dass sensible Informationen sie später benachteiligen könnten. Zudem stellt die fortschreitende Digitalisierung in vielen Lebensbereichen eine große Herausforderung für Menschen mit psychischer Erkrankung dar.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung?

Für die Zukunft der Eingliederungshilfe wünsche ich mir, dass die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen strukturell stärker anerkannt werden. Dazu gehören flexible und verlässliche Unterstützungsangebote, die sich an den tatsächlichen Lebensrealitäten orientieren, sowie eine engere Zusammenarbeit zwischen medizinischen, therapeutischen und sozialen Hilfesystemen. Besonders im Bereich Wohnen und Arbeit braucht es langfristige, niedrigschwellige und inklusive Lösungen. Grundsätzlich wünsche ich mir eine Haltung, in der psychische Erkrankungen nicht als individuelles Versagen, sondern als gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Eine Eingliederungshilfe, die

diesem Anspruch gerecht wird, kann echte Teilhabe ermöglichen und Stigmatisierung nachhaltig reduzieren.

Thomas Abel

Einrichtungsleitung

Unterkunft *Plus* – auf die Beziehung kommt es an!

Dass der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder besonderen Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten gerade in der Gruppe der obdach- und wohnungslosen Menschen, die seitens der herkömmlichen sozialen und psychiatrischen Unterstützungsangebote nicht erreicht werden bzw. sich diesen entziehen, besonders hoch ist, ist nicht neu: Bereits im Jahr 1900 kam der Psychiater Karl Bonhoeffer in einer Studie des „großstädtischen Bettel- und Vagabondentums“ an 404 in das Breslauer Zentralgefängnis wegen Bettelei und Einkommenslosigkeit eingelieferten „Individuen“[6] auf einen Anteil von 80% psychisch Erkrankten, im Jahr 1906 wies der Psychiater Karl Wilmans vor dem Hintergrund seiner Untersuchungen an 52 „Landstreichern“ auf ein erhöhtes Auftreten der „Dementia Praecox“ bei der Gruppe der „Landstreicher“[7] hin.

Diese Feststellungen belegen auch die Ergebnisse neuerer Studien: Abbildung 1 zeigt die Prävalenz, also das Auftreten psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen im Rahmen ausgewählter Studien sowie, als Vergleichsmaßstab, die Ergebnisse einer repräsentativen Studie des Robert-Koch-Instituts zur psychischen Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung (DEGS1-MH[8]):

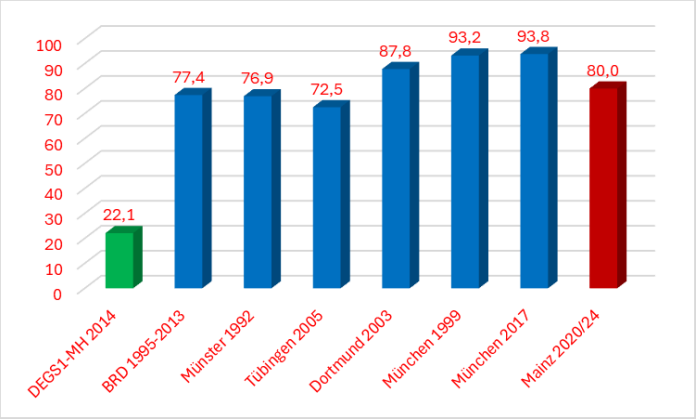


Abbildung 1. Prävalenz psychischer Erkrankungen obdach-/wohnungsloser Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Deutschlands in %. Ergebnisse ausgewählter Studien nach Untersuchungsort und Publikationsjahr. (Quelle: AG).

Um den Bedarfen auch der Gruppe schwer erreichbarer Menschen mit psychischen Problemen gerecht zu werden entstand daher Mitte der 1990er Jahre in Köln die Idee zur Eröffnung eines „Hotel Plus“, in dem obdachlosen Menschen, die seitens der herkömmlichen Angebote nicht erreicht werden konnten, ein niedrigschwelliges sozialarbeiterisches Angebot zusätzlich *(plus)* zur Bereitstellung eines

[6] Bonhoeffer, K. (1900). *Ein Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabondentoms. Eine psychiatrische Untersuchung.* Berlin: J. Guttentag Verlagsbuchhandlung; S. 1.

[7] Wilmans, K. (1906). *Zur Psychopathologie des Landstreichers. Eine klinische Studie.* Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth; S. III.

[8] Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Datenerhebung von 2008 – 2011. Bei der DEGS1-MH handelt es sich um die Auswertungen des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/BGBl_2012_55_775-780.pdf?__blob=publicationFile ; Abruf: 18.08.2025.

eigenen Zimmers mit Nasszelle und WC angeboten wurde, ohne den Aufenthalt an die Einnahme von Medikamenten oder das Erreichen im Vorfeld zu formulierender Ziele oder Veränderungsnotwendigkeiten zu knüpfen.

Niedrigschwelligkeit, ein grundlegend positives und nicht defizitäres Verständnis der besonderen Erlebens- und Verhaltensweisen der Bewohner*innen wie auch die Bereitschaft, sich auf den Eigen-Sinn anderer Menschen einlassen zu können und so langsam Beziehung aufnehmen und gemeinsam gestalten zu können, zählen dabei zu den Kernelementen der Arbeit der Sozialarbeitenden mit den Bewohner*innen.

Die Idee zur Bereitstellung eines solchen Angebots kam Mitte der 2010er Jahre auch im Mainzer GPV auf, wurde durch einen Besuch des Kölner „Hotel Plus“ positiv verstärkt und nahm dann im Jahr 2023 endgültig an Fahrt auf, als eine Arbeitsgruppe des GPV sich auf Anregung der Koordinierungsstelle für gemeindenahe Psychiatrie der Stadt Mainz nochmals verstärkt mit dem Thema auseinandersetzte: Nach Erstellung einer Konzeption und längeren Verhandlungen mit der Stadt Mainz wurde im September 2024 dann die „Unterkunft *Plus*“ in einer in Bahnhofsnähe seitens der Stadt angemieteten Immobilie offiziell eröffnet.

Die „Unterkunft *plus*“ ist ausgestattet mit 10 Einzelzimmern für 10 Bewohner*innen, denen werktäglich von 8 bis 16.30 Uhr 3 Sozialarbeiter*innen sowie von 16 bis 0.30 Uhr, an Sonn- und Feiertagen von 8 bis 00.30 Uhr, jeweils 2 Mitarbeitende des Begleitdienstes bei allen Belangen und Bedürfnissen zur Unterstützung zur Verfügung stehen.

Zentrales Element der Arbeit mit den Bewohner*innen, denen im Rahmen einer „ordnungsrechtlichen Unterbringung“ möblierte Einzelzimmer mit Nasszellen und Stockwerksküchen zur Verfügung stehen, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, um eventuell bestehende Hindernisse und Hürden des Lebens zu identifizieren, gemeinsam bearbeiten und überwinden zu können und sich so gegebenenfalls auf den Weg in weiterführende Angebote und ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu begeben.

Voraussetzung für eine Aufnahme in das Angebot, das sozialarbeiterisch seitens der Mission Leben betreut wird, sind eine in Mainz begründete Obdachlosigkeit sowie das Bestehen diagnostizierter psychischer Erkrankungen und/oder anderer Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten, die dem Aufenthalt oder der Annahme anderer Unterstützungsangebote und -formen im Wege stehen.

Der Zugang erfolgt über die direkte Kontaktaufnahme mit der U+ und ein gemeinsames Erstgespräch, im Rahmen dessen die gegenseitigen Bedürfnisse und Bedarfe abgeklärt werden können.

Im zweiten Schritt erfolgt, nach Prüfung der ordnungsrechtlichen Voraussetzungen durch die Stadt Mainz, im Rahmen einer ca. alle 6 Wochen stattfindenden Belegungskonferenz die gemeinsame, multiprofessionelle Fallbesprechung, an der Vertreter*innen des Sozialamtes der Stadt Mainz, der Eingliederungshilfe, der Träger der Wohnungsnotfallhilfe, des GPV, der Universitätsmedizin Mainz und des

Sozialpsychiatrischen Dienstes die seitens Mission Leben eingebrachten Fälle diskutieren und entsprechende Empfehlungen aussprechen.

Die gemeinsame Arbeit mit den Bewohner*innen orientiert sich dann, angelehnt an die theoretischen Konzepte der Soteria und der Milieutherapie, konsequent an deren Bedürfnissen und ist auf die freiwillige Annahme bereitgestellter Unterstützungs- und Beziehungsangebote gerichtet – mit dem Ziel, personenzentriert individuelle Perspektiven für ein möglichst selbstbestimmtes Leben, gegebenenfalls mit Unterstützung und in anderen Lebens- und Wohnformen, zu entwickeln.

Die ersten Erfahrungen nach 12 Monaten sind vielversprechend, neben der im Vordergrund stehenden Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen (‚harm reduction') und der Vermittlung 3er Bewohner*innen in eigene Wohnung bzw. andere, weiterführende Angebote scheint das Angebot auch die Zusammenarbeit der beteiligten Akteur*innen und die Sensibilität für die psychischen Problemlagen wohnungsloser und obdachloser Menschen generell zu verbessern – davon zeugen zumindest die zunehmenden Anfragen auch aus anderen Kommunen und Bundesländern.

Wenngleich das Mainzer Modell der Bereitstellung sozialer (Lebens-)Räume auch für Menschen, die sich auf die Anforderungen der bestehenden Unterstützungsstrukturen aufgrund ihrer psychischen Problemlagen bislang nicht einlassen konnten, noch relativ neu ist, so scheint die „Unterkunft *Plus*" gut in die bestehende Hilfestruktur eingebunden und vor allem dafür geeignet zu sein, den Menschen, für die es gedacht ist, Schutzraum, Perspektive und ein menschenwürdiges Dach über dem Kopf *plus* Unterstützung, Beziehung und Begleitung zu geben!

Für An- und Rückfragen:

- Andreas Geiger, Einrichtungsleiter, E-Mail: a.geiger@mission-leben.de; Mobil: 0170 – 2 27 41 86.
www.mission-leben.de/uplus



Das Team der „Unterkunft *Plus*" im September 2024

Frauen zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung: Eine geschlechtsspezifische Perspektive

Wendepunkt – mission leben

In Deutschland waren zum Stichtag 31. Januar 2025 rund 474.700 wohnungslose Menschen in Einrichtungen untergebracht. Studien zufolge liegt der Anteil von Frauen bei ca. 25 %.

Hinzu kommt eine erhebliche Dunkelziffer verdeckter Wohnungslosigkeit, insbesondere bei Frauen, die oft aus Angst vor Gewalt oder aufgrund familiärer Strukturen eher in verdeckte Wohnsituationen ausweichen und wenn überhaupt, erst sehr spät für das Hilfesystem sichtbar werden.
Wohnungslosigkeit ist ein komplexes und multifaktorielles Problem.
Besonders betroffen sind Frauen, die neben der existenziellen Unsicherheit häufig mit geschlechtsspezifischen Belastungen wie Gewalt- und Missbrauchserfahrungen konfrontiert sind. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der wohnungslosen Bevölkerung signifikant höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Für Frauen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, verstärken sich die Risiken: Ihre psychische Stabilität wird durch Traumatisierungen, soziale Exklusion und mangelnde Zugänge zu Hilfesystemen zusätzlich belastet.

Untersuchungen zeigen, dass ca. 56% der wohnungslosen Menschen an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leiden (vgl. Wohnungslosenbericht der Bundesregierung 2024). Am häufigsten treten affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen auf.

Frauen in Wohnungslosigkeit weisen im Vergleich zu Männern spezifische Besonderheiten auf. Häufig tritt verdeckte Wohnungslosigkeit in Form von „Sofa-Hopping“ oder informellen Wohnarrangements auf, wodurch ihre Lebenslage nach außen weniger sichtbar ist. Zudem ist bei wohnungslosen Frauen eine überdurchschnittlich hohe Prävalenz von Gewalterfahrungen und Missbrauch zu beobachten, was mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen verbunden ist (psych. Erkrankungen bei Frauen 40% im Vergleich zu Männern bei 27%, siehe Wohnungslosenbericht der Bundesregierung 2024). Scham und Stigmatisierung erschweren zusätzlich den Zugang zu Hilfesystemen. Die Vulnerabilität für Traumafolgestörungen sowie psychosomatische Beschwerden ist in dieser Gruppe besonders ausgeprägt.
Die Kausalität zwischen Wohnungslosigkeit und psychischer Erkrankung ist bidirektional.
Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen können zur Desintegration aus Arbeit, Familie und Wohnraum führen.
Wohnungslosigkeit erzeugt chronischen Stress, soziale Isolation und Unsicherheit, die wiederum psychische Störungen begünstigen oder verstärken.

Die gemeindepsychiatrische Versorgung in Deutschland verfolgt das Ziel, eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und integrierte Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen. Neben ärztlich-psychiatrischer Behandlung umfasst sie sozialpsychiatrische Dienste, betreutes Wohnen, ambulante Eingliederungshilfen sowie Krisendienste. Für wohnungslose Frauen bestehen jedoch erhebliche Zugangshürden. Diese sind insbesondere in fehlenden Meldeadressen und / oder Krankenversicherungen, mangelnder Kontinuität der Betreuung, einem verbreiteten Misstrauen gegenüber Institutionen sowie der Überforderung mit komplexen Antragsverfahren als Zugang zu Leistungen des SGBs begründet.

Die Wohnungslosenhilfe der Mission Leben gGmbH in Mainz ist Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV Mainz) und damit in eine enge psychosoziale Versorgungsstruktur eingebunden.
Der Wendepunkt – Hilfe für Frauen in sozialen Notlagen ist ein Beratungs- und Hilfezentrum, das ein gegliedertes und vielfältiges geschlechtsspezifisches Unterstützungsangebot in der Versorgungslandschaft der Wohnungslosenhilfe bietet. Dazu gehören 4 Schlafplätze in der Notübernachtung für wohnungslose Frauen ab 18 Jahren sowie 15 stationäre Wohnheimplätze in Kostenträgerschaft des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung, gem. §§ 67 ff. SGB XII, von denen 2 Plätze dem gemeinsamen Wohnen von Mutter und Kind zu Verfügung stehen.
Darüber hinaus bietet der Wendepunkt eine Beratungsstelle, einen Tagesaufenthalt, sowie die Möglichkeit, eine postalische Erreichbarkeitsadresse einzurichten – eine zentrale Voraussetzung für den Bezug von Bürgergeld oder anderen Sozialleistungen.
Ergänzend hierzu werden ambulante Unterstützungsleistungen in Form von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX angeboten, für Frauen, die nicht in der Einrichtung leben. Es zeigt sich, oft zunächst unerkannt bzw. nicht diagnostiziert, dass ein erheblicher Teil der Bewohnerinnen des Wendepunktes neben den komplexen sozialen Problemlagen an psychischen Erkrankungen leiden bzw. Symptome aufzeigen, die darauf hinweisen.
Während des Wohnens im Wendepunkt wird somit gemeinsam mit den Frauen darauf hingearbeitet, Einsicht in die Möglichkeit des Vorhandenseins einer psychischen Erkrankung zu erreichen und den Weg in eine fachärztliche Diagnostik zu ebnen. Dies ist oft ein langwieriger Prozess. Hier kann die Einrichtung unter anderem auf eine hervorragende Kooperation mit der Psychiatrischen Institutsambulanz der GPS Mainz, sowie mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zurückgreifen.

Wohnungslose Frauen hingegen mit psychiatrischer Vorerfahrung tauchen im Hilfesystem der Wohnungslosenhilfe häufig ohne aktives Versorgungssystem auf. Die Instabilität ihrer Lebenssituation und der oft damit einhergehenden Priorisierung existenzieller Grundbedürfnisse, begründet nicht selten Abbrüche zuvor bestehender Hilfestrukturen.

Verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen Wohnungslosenhilfe und gemeindepsychiatrischen Diensten werden hier als sehr gewinnbringend erlebt.

Wie sich diese Herausforderung in der Lebensrealität betroffener Frauen exemplarisch zeigt, verdeutlicht der nachfolgende biographische Abriss von Frau L. :

Frau L., 50 Jahre alt, Mutter von 3 Kindern (13, 15 und 30 Jahre) sowie Großmutter einer Enkelin, hat in ihrer Lebensgeschichte wiederholte Wohnungsverluste und Beziehungsabbrüche erfahren. Hinzu kommen eine anhaltende Verschuldungssituation sowie das Fehlen einer abgeschlossenen Ausbildung, wodurch ihre soziale und berufliche Integration zusätzlich erschwert ist. Neben diesen multiplen Belastungen bestehen seit vielen Jahren erhebliche psychische Erkrankungen: Diagnostiziert wurden eine Suchterkrankung, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie eine rezidivierende depressive Störung.
Nachdem die gemeinsame Wohnsituation mit einem Lebensgefährten und den beiden minderjährigen Kindern aufgrund von Verwahrlosung und Mietrückständen erneut eskalierte, was unter anderem zunächst zur Fremdunterbringung der Kinder führte und schließlich zur Zwangsräumung der Wohnung, fand Frau L. schließlich über die Unterstützung ihrer qualifizierten Assistenz, die seit langen Jahren mit dem Wendepunkt kooperiert und im Rahmen des SGB IX für sie tätig ist, den Weg in den Wendepunkt. Hier zeigte sich zunächst eine Zunahme des Substanzmittelkonsums sowie eine Gefährdungslage durch selbstschädigendes Verhalten. Konflikte mit einer Mitbewohnerin führten zu einem Gewaltvorfall, was die psychische Krisensituation weiter verschärfte. Durch intensive Unterstützung ihrer QA und den Mitarbeiterinnen des Wendepunktes konnte Frau L. in eine Tagesklinik vermittelt werden und stabilisierte sich hier so weit, dass eine anschließende stationäre Suchttherapie möglich wurde.

Aufgrund der längeren Therapiezeit musste die Unterbringung im Wendepunkt enden und Frau L. verlor den dortigen Wohnheimplatz.
Nach erfolgreichem Abschluss der Suchttherapie konnte Frau L. jedoch erneut in den Wendepunkt aufgenommen werden.
Dort übernahm Frau L. zunehmend hauswirtschaftliche Tätigkeiten, erarbeitete sich eine Tagesstruktur und nahm an einer Qualifizierungsmaßnahme (gefördert durch das Job Center Mainz) teil. Auch die Kontakte zu ihren Kindern konnten wieder aufgenommen werden.
Im weiteren Verlauf kam es jedoch zu wiederkehrenden Krisen. Insbesondere die konflikthafte Partnerschaftsgestaltung wirkte destabilisierend und führte zu Konsumrückfällen. In akuten Krisenphasen konsumierte Frau L. erneut große Mengen an Drogen, zeigte suizidale Ankündigungen in sozialen Netzwerken und musste mehrfach notfallmäßig in psychiatrische Kliniken eingewiesen werden. Trotz dieser Rückschläge nutzte Frau L. kontinuierlich ihr bestehendes ambulantes Versorgungssystem: Ambulante Psychotherapie; Anbindung an Psychiater.
Aktuell ist Frau L. erneut längerfristig in der Klinik, um eine Traumtherapie wahrzunehmen. Der Wohnplatz im Wendepunkt konnte erhalten werden und Frau L. kommt fast täglich und an den Wochenenden in die Einrichtung u. a. zur Belastungserprobung.

Der Fall von Frau L. verdeutlicht exemplarisch die enge Verschränkung von Gemeindepsychiatrie und Wohnungslosenhilfe. Psychische Erkrankungen und Suchtdynamiken wirken sich unmittelbar auf die Wohnsituation aus; umgekehrt verstärkt der Verlust stabiler Wohnverhältnisse psychosoziale Krisen erheblich. Die beiden Themen stehen somit in einem kausalen Wechselwirkungsprozess zueinander.
Die parallele Anbindung an Eingliederungshilfen nach SGB IX, psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote sowie wohnungslosenhilfespezifische Maßnahmen erwiesen sich als zentral, um Frau L. zu stabilisieren und eine Teilhabe- sowie Reintegrationsperspektive zu eröffnen. Dabei spielte die institutionelle Schnittstelle zwischen Gemeindepsychiatrie und Wohnungslosenhilfe eine tragende Rolle: Einerseits konnte Frau L. Schutz- und Handlungsräume im Rahmen der Wohnungsnotfallhilfe nutzen, andererseits wurde im gemeindepsychiatrischen Kontext ihrer psychischen Erkrankungen fachgerecht begegnet.
Das Fallbeispiel macht deutlich, dass eine multiprofessionelle Zusammenarbeit (Sozialpädagogik, Psychiatrie, Suchthilfe, Jugendhilfe) sowie eine kontinuierliche, langfristig angelegte Begleitung unerlässlich sind, um Betroffene mit komplexen Hilfebedarfen zu stabilisieren und soziale Teilhabe nachhaltig zu fördern.

Nur durch ein integriertes und verzahntes Hilfesystem können wohnungslose Frauen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig stabilisiert und gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden.

Thaddäusheim – Caritas Mainz: Ohne Dach, ohne Halt: Wenn die Psyche in der Wohnungsnot leidet

steigende Notwendigkeit psychiatrischer Versorgung in der Wohnungsnotfallhilfe

Wer Unterstützung in der Wohnungsnotfallhilfe sucht, muss zunächst nur eine Voraussetzung erfüllen: die Wohnungslosigkeit. Wer dringend einen Platz zum Schlafen braucht, gehört zur Zielgruppe. Bei zunehmender Heterogenität der Betroffenen betreut die WNH zunehmend Menschen in multiplen Problemlagen. Hierbei fällt in den letzten Jahren vor allem Eines immer wieder auf: die Zahl psychisch kranker Menschen, nicht selten mit Mehrfachdiagnosen, in der WNH steigt. Die Wechselwirkungen zwischen psychischen Erkrankungen, sozialer Ausgrenzung und den strukturellen Bedingungen des Hilfesystems stellen die Wohnungsnotfallhilfe vor neue Herausforderungen. Im Caritasverband Mainz stellen wir uns dieser Entwicklung im Thaddäusheim und in der Start-Hilfe, erleben aber auch Grenzen, die sich aus zunehmend herausfordernden Verhaltensweisen ergeben.

Wer ohne festen Wohnsitz ist und eine psychische Erkrankung hat, ist doppelt vulnerabel und erlebt somit nicht selten auch doppelte Ausgrenzung. Auch gesellschaftliche Vorurteile führen dazu, dass die Bedürfnisse wohnungsloser Menschen wenig Beachtung finden. Psychische Erkrankungen erschweren es oft, Hilfe aktiv aufzusuchen oder anzunehmen, was zusätzlich zu einer sozialen Isolation beitragen kann und den Aufbau einer Arbeitsbeziehung in vielen Fällen maßgeblich erschwert oder gar unmöglich macht.

Insbesondere in Notunterkünften mit Mehrbettzimmern gestaltet sich die Beherbergung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als konfliktär. Neben bestehenden kulturellen und religiösen Meinungsverschiedenheiten führen krankheitsspezifische Verhaltensweisen und Ängste zusätzlichen zu körperlichen und verbalen Auseinandersetzungen. Das Zusammenleben auf engstem Raum wird zur Geduldsprobe.

Mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen sowie die massive Überlastung von Anschlussystemen machen die Unterbringung der Leistungsempfänger in einer bedarfsgerechten und gesundheitsfördernden Umgebung meist unmöglich – führen nicht zuletzt zur Verdrängung vulnerabelster Gruppen.

Fachkräfte in der Wohnungslosenhilfe sind mit komplexen Problemlagen konfrontiert, für die sie nicht ausreichend ausgestattet sind. Die Arbeit mit schwer erreichbaren, mehrfach belasteten Menschen stellt eine Herausforderung dar, die nicht zu unterschätzen ist. Entscheidungen müssen oft unter Zeitdruck und Unsicherheit getroffen werden, während eine hohe Verantwortung für das Wohlergehen der Betroffenen besteht. Dabei auch die eigene Sicherheit im Blick zu behalten, fällt nicht immer leicht.

Um eine möglichst bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen, arbeitet das Team im Thaddäusheim interdisziplinär zusammen und setzt sich aus Hauswirtschaft, Haustechnik, Pforte, Sozialdienst und Verwaltung zusammen. In allen Bereichen soll ein respektvoller Umgang mit Menschen, die

herausfordernde Verhaltensweisen aufzeigen, gefunden werden. Da psychische Erkrankungen oft nicht diagnostiziert sind, da es an niedrigschwelligen psychiatrischen Angeboten für Menschen ohne festen Wohnsitz fehlt, erhalten Betroffene häufig erst viel zu spät eine angemessene Behandlung. Schwierigkeiten im Krankenkassenzugang und Versicherungsschutz verschärfen die Situation. Die Schaffung eines sicheren Raumes unter Berücksichtigung fluktuierende Symptome und unklarer oder komplexer Krankheitsbilder bringt das System der Wohnungsnotfallhilfe an Grenzen.

Das Fallbeispiel von Herrn S. soll neben den Herausforderungen aber auch die bestehenden Versorgungsangebote veranschaulichen:

Herr S. meldete sich im Sommer 2022 im Thaddäusheim. Seine Wohnung hatte er verloren, fand aufgrund seiner psychischen Verfassung und seiner finanziellen Situation keinen neuen Wohnraum. Wie in den meisten Fällen lässt sich auch hier nicht sagen, ob die psychische Erkrankung zur Wohnungslosigkeit führte oder umgekehrt.

Am Tag seiner Ankunft im Thaddäusheim sprach Herr S. kaum und zeigte auffällige Verhaltensweisen, die in der Vergangenheit auch zu Straffälligkeiten geführt hatten. Die letzten Nächte hatte er nach eigener Aussage in einer Dixie Toilette verbracht. Einen Krankenversicherungsschutz oder Personalausweis hatte er nicht. Herr S. war bisher in kein psychiatrisches Versorgungssystem eingebunden. Sein äußeres Erscheinungsbild: besorgniserregend!

Nach wenigen Tagen in der Notunterkunft zeigte sich ein enorm hoher Hilfebedarf: das Vorliegen schwerwiegender komorbider Störungen, Straffälligkeiten in der Vergangenheit, die Notwendigkeit der Beachtung von Bewährungsauflagen, Unterstützung im Kontakt zur rechtlichen Betreuung, die Begleitung zu Gerichtsterminen, Übernahme der Schuldenregulierung, die Herstellung einer gesicherten wirtschaftlichen Lebensgrundlage inklusive Krankenversicherungsschutzes, der Umgang mit fehlenden sozialen Beziehungen. Er benötigte hauswirtschaftliche Unterstützung in allen Bereichen, eine Übernahme bei der Bearbeitung der Post und mit hoher Priorität: die Sicherstellung einer psychiatrischen Versorgung. Die Eltern waren bereits beide an einer Überdosis verstorben.

In der Notunterkunft gelang es, für Herrn S. einen Krankenversicherungsschutz herzustellen und ihn in den Bürgergeldbezug zu bringen. Auch eine Anbindung an die psychiatrische Institutsambulanz in der Universitätsklinik konnte erfolgen. Herr S. erhielt durch Anregung eine rechtliche Betreuung. Aufgrund des hohen Hilfebedarfs wurde Herr S. nach mehreren Monaten im Mehrbettzimmer in eine Wiedereingliederungsmaßnahme aufgenommen. Die Vermittlung in eine Einrichtung mit spezialisierten Angeboten war aufgrund der komplexen Problemlage nicht möglich. Und genau hier wird eine

zentrale Schwierigkeit sichtbar: Prinzipiell sollte die Unterbringung in der Wohnungslosenhilfe vorübergehen, zielgerichtet zur Überwindung von Schwierigkeiten erfolgen. Mangels eines Anschlusssystems muss der Leistungsempfänger in einem Setting bleiben, dass seinen individuellen Bedarf an Pflege und psychosozialer Betreuung nicht erfüllen kann.

Durch die regelmäßige psychiatrische Behandlung konnten weitere schwerwiegende Straftaten vermieden werden. Herr S. eignete sich, wenn auch kleinschrittig, sozial akzeptierte Verhaltensweisen an. Er zeigte sich compliant, nahm mit Unterstützung seine Termine bei der Bewährungshilfe wahr und knüpfe Kontakte in der Einrichtung. Nach einiger Zeit begann er wieder Fragen zu stellen und eigene Bedürfnisse zu äußern. Heute, knapp 3 Jahre nach Aufnahme ins Thaddäusheim sollte er in die Eingliederungshilfe übergehen, um endlich die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben zu erhalten. „Ich war noch nie irgendwo so lange wie im Thaddäusheim."

Stattdessen entlassen wir Herrn S. aufgrund von Fahren ohne Fahrerlaubnis nach 3 Jahren intensiver Zusammenarbeit in die JVA.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Thaddäusheim als Einrichtung der Wohnungslosenhilfe sich versucht den zunehmenden Herausforderungen bestmöglich zu stellen. Durch die Vernetzung innerhalb des Caritasverbandes und im Bereich des GPV Mainz gelingt es uns immer wieder Perspektiven für Menschen mit herausforderndem Verhalten zu entwickeln. Das gelingt in enger Zusammenarbeit von einem multiprofessionellen Team. Zu bemerken ist aber auch, dass uns Grenzen von außen, durch den Mangel von Anschlusssystemen psychiatrischer Versorgung und Pflege, aufgezeigt werden, was uns nicht selten vor unüberwindbare Herausforderungen stellt. Für den Einzelfall bedeutet das dann auch, dass angestrebte Perspektiven nicht erreicht und ein Verbleib in prekärer Situation und - wie im Fall von S. – Straffälligkeit unvermeidbar scheint.

Sozialpsychiatrischer Dienst Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist der Abteilung Gesundheitswesen (ehemals Gesundheitsamt) der Kreisverwaltung Mainz-Bingen angegliedert und sowohl für die Versorgung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger im Landkreis Mainz-Bingen als auch in der Stadt Mainz zuständig.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst arbeiten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, die allen Menschen Beratung anbieten, die durch eigenes psychisches Leiden oder das ihrer Mitmenschen der Hilfe bedürfen. Bei medizinisch-psychiatrischen Fragestellungen steht ein Facharzt für Psychiatrie zur Verfügung. Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet auch aufsuchend und führt zum Beispiel Hausbesuche durch.

Ausgehend von der konkreten Situation der Hilfebedürftigen berät, begleitet und unterstützt der Sozialpsychiatrische Dienst individuell. Als primäre und zentrale Aufgabe bietet der Sozialpsychiatrische Dienstes Hilfen und Unterstützung an, damit psychisch erkrankte Personen sowie Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Erkrankung vorliegen, rechtzeitig ärztlich oder psychotherapeutisch behandelt und psychosozial betreut werden. Oft als erste Anlaufstelle angesprochen wirkt der Sozialpsychiatrische Dienst gemeinsam mit dem betroffenen Menschen darauf hin, dass die „richtigen“ weitergehenden Hilfen aus den Bereichen Medizin und Therapie sowie Rehabilitation und Teilhabe vermittelt werden.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist hier nicht nur Ansprechperson für psychisch kranke Menschen und Suchterkrankte, die Probleme mit der selbstständigen Lebensführung haben, sondern auch für Menschen, die sich in psychosozialen Belastungs- und Krisensituationen befinden sowie Menschen, die als Angehörige, Freunde und Bezugspersonen betroffen sind.

Besondere Herausforderungen in der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ergeben sich insbesondere dabei, betroffene Menschen in einem belasteten Hilfesystem anzubinden und einen erfolgreichen Vermittlungsprozess zu starten. Dies betrifft die unterschiedlichsten Bereiche sowohl in medizinischer Hinsicht, zum Beispiel bei der Vermittlung von ärztlichen oder therapeutischen Angeboten, als auch bei der Existenzsicherung und der Vermittlung von weitergehenden Hilfen aus den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe.

Hier ergeben sich nicht selten Vermittlungshindernisse durch lange Wartezeiten oder komplexe Antragsverfahren sowie Zugangshürden. Durch das Erfordernis, inzwischen vieles auf elektronischem Wege („online“) erledigen zu müssen, ergeben sich für die Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes teilweise Hürden und hohe Anforderungen. Das Hilfesystem ist nicht immer auf die Bedürfnisse psychisch erkrankte Menschen eingestellt, die eben gerade durch die Erkrankung bedingt Ressourceneinschränkungen haben. Auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind zum Beispiel die Kommunikationswege in Antragsverfahren nicht niedrigschwellig.

Im Lebensbereich „Wohnen“ ist die Sachlage teils besonders prekär. Geeignete Wohnformen oder auch Einrichtungen - unbeachtlich ob als ambulante oder stationäre bzw. teilstationäre Wohnformen

- sind zeitnah kaum zu finden. Insbesondere steht sehr selten bezahlbarer Wohnraum zur Verfügung und dies nicht nur für psychisch erkrankte Menschen.

Die Aufgaben der Betreuungsbehörde im Kontext psychischer Erkrankungen

Die zentralen Aufgaben der Betreuungsbehörde sind zum einen die Beratung zu betreuungsrechtlichen Themen (§ 5 Betreuungsorganisationsgesetz – BtOG) wie beispielsweise der Erstellung einer Vorsorgevollmacht und die Vermittlung sogenannter alternativer Hilfen (z. B. Leistungen der Eingliederungshilfe, Pflegestützpunkte, Sozialpsychiatrischer Dienst, Schuldnerberatung, Leistungen für junge Volljährige).

Zum anderen ist es die Aufgabe der Betreuungsbehörde im Rahmen einer Sozialberichterstattung (§ 11 BtOG) das zuständige Amtsgericht zu informieren, ob für eine volljährige Person eine rechtliche Betreuung einzurichten ist und im Nachgang, falls erforderlich, einen Betreuer (oder Betreuerin) vorzuschlagen.

Dies (Betreuer und Betreuerinnen) sind entweder Personen aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde, Bekannte) oder berufliche Betreuer* (selbständige Berufsbetreuer oder Vereinsbetreuer).

Die rechtliche Betreuung richtet sich in den Voraussetzungen nach § 1814 BGB. Die betreute Person muss volljährig sein und es muss eine Erkrankung oder Beeinträchtigung vorliegen (z. B. psychische Erkrankung, dementielle Erkrankung, geistige Behinderung). Außerdem muss die Person aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sein, ihre Angelegenheiten selbstständig zu erledigen.

Grundsätzlich darf eine Betreuung nicht gegen den Willen einer betroffenen Person eingerichtet werden, es sei denn, die Person gefährdet sich durch eine vorliegende Krankheit selbst.

Aufgaben des Betreuers:

Der Betreuer soll die zu betreuende Person dabei unterstützen ihre Angelegenheiten auf Dauer wieder selbst erledigen zu können. Der Betreuungszeitraum variiert meistens zwischen 2 und 7 Jahren. Dies hängt einerseits vom Krankheitsbild und andererseits von den zu erledigenden Aufgaben sowie den Potenzialen der Person ab.

Beispielsweise stehen Menschen oft nicht im Leistungsbezug (z. B. Jobcenterleistungen oder Grundsicherungsleistungen), sie haben gerade ihre Wohnung verloren oder keine Krankenversicherung mehr. Häufig kommen auch viele Probleme gleichzeitig zum Tragen.

Hier kann ein Betreuer Hilfe leisten, die entsprechenden Anträge stellen, das Konto oder etwaige Schulden verwalten und gemeinsam nach Lösungen suchen, um die Situation einer betreuten Person zu verbessern.

Allerdings ist ein Betreuer eher als Organisator zu verstehen, nicht als Person, die im Alltag Hilfestellungen leistet. Er oder sie organisiert viel mehr eine entsprechende Hilfe (z. B. Pflegedienst, hauswirtschaftliche Hilfe, Qualifizierte Assistenz/Eingliederungshilfe, fachärztliche und hausärztliche Versorgung, etc.).

Der Betreuer hat sich hierbei an den Wünschen der betreuten Person zu orientieren. Dies aber nur, soweit die Person sich mit ihren eigenen Vorstellungen nicht selbst schadet (gesundheitlich oder finanziell).

Die Aufgabenbereiche innerhalb der Betreuung können vielfältig sein:

- Gesundheitssorge

- Vermögenssorge

- Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern

- Postvollmacht (Entscheidung über Entgegennahme und Öffnen der Post)

- Wohnungsangelegenheiten

- Aufenthaltsbestimmungsrecht

- Entscheid über Unterbringung oder unterbringungsähnliche Maßnahmen

- Heimangelegenheiten

Zielgerichtete Beratung:

Die Betreuungsbehörde kooperiert im Netzwerk sowohl mit den Klienten, als auch mit deren Angehörigen (falls notwendig) sowie den bekannten Einrichtungen wie beispielsweise den Kliniken (Universitätsmedizin Mainz, Marienhausklinikum Mainz), Trägern (Sozialamt Mainz) und Leistungserbringern (z. B. Caritas, GPE, Lebenshilfe, Commit, etc.) aus dem Bereich der Eingliederungshilfe oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den Pflegestützpunkten.

Ziel ist immer zu schauen, welche Hilfen noch installiert werden können, bevor eine rechtliche Betreuung erforderlich ist, und wer diese übernehmen kann, damit die Person, um die es geht, zuerst eine niedrigschwellige Unterstützung erhält.

Die rechtliche Betreuung ist als letztes Mittel der Wahl zu verstehen, da hierdurch ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte stattfindet und der Betreuer Entscheidungen für die zu betreuende Person treffen kann, sofern notwendig.

Die Prämisse für die rechtlichen Betreuer lautet jedoch grundsätzlich eine unterstützte Entscheidungsfindung mit dem Klienten zu bewirken. Um den Willen einer Person festzustellen, sind persönliche Kontakte notwendig.

Betreuungsverfahren

Vor der Einrichtung einer rechtlichen Betreuung finden mehrere Gespräche statt. Zum einen mit einem Sachbearbeiter (Sozialarbeiter/in/Sozialpädagoge/in) der Betreuungsbehörde, zum anderen auch mit einem potentiellen Betreuer. Sobald die Betreuungsbehörde eine rechtliche Betreuung empfiehlt, wird vom Amtsgericht ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben. Dies ist erforderlich, damit festgestellt werden kann, welche konkrete Diagnose vorliegt und ob der Klient hierdurch so eingeschränkt ist, dass er seine persönlichen Angelegenheiten nicht mehr eigenständig erledigen kann.

Abschließend erfolgt noch eine richterliche Anhörung, sodass die Betreuung dann im Anschluss per richterlichem Beschluss eingerichtet werden kann.

Im Kontext der psychischen Erkrankungen gibt es vielfältige Krankheitsbilder, die rechtliche Betreuungen bedingen können. Dies können beispielsweise folgende sein:

- Paranoide Schizophrenie

- Depression

- Borderline-Störung

- Persönlichkeitsstörung

- Drogeninduzierte Psychose

- Angststörung

Oft liegen aber auch verschiedene Diagnosen vor, die die Fähigkeit zur Bewältigung des Alltags einschränken können.

Menschen unterschiedlichsten Alters, ob vermögend oder nicht vermögend, können in eine Abwärtsspirale geraten, aus der sie ohne fremde Hilfe nicht mehr herausgelangen.

Meistens wird die Betreuung durch dritte Personen angeregt, weil die betroffene Person den Überblick über sämtliche Belange ihres täglichen Lebens verloren hat und teilweise in eine aussichtslose Lage geraten ist (drohender Wohnungsverlust, keine Einkünfte mehr, hoher Schuldenstand, keine medizinische Anbindung, selbstverletzendes Verhalten, ggfls. Straffälligkeit usw.).

Hier setzt die rechtliche Betreuung an, damit die betroffene Person wieder Stabilität in ihr Leben bekommt.

Nach der Einrichtung der rechtlichen Betreuung hält die rechtliche Betreuung gemeinsam mit seinem Betreuten innerhalb eines Anfangsberichtes (nach den ersten 3 Monaten) die Ziele für den Betreuungszeitraum fest.

Bei der Erreichung der Ziele und der allgemeinen Betreuungsführung wird der Betreuer durch das Amtsgericht kontrolliert. Dies betrifft sowohl den Vermögensbereich (sofern angeordnet) als auch den gesundheitlichen oder den behördlichen Bereich.

Sofern sich die Verhältnisse des Betreuten soweit stabilisiert haben, sodass keine rechtliche Betreuung mehr notwendig ist, kann eine Information von Seiten des Betreuers oder des Klienten an das Amtsgericht erfolgen, damit die Betreuung wieder aufgehoben werden kann.

*Zur besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet.

Fachdienst Eingliederungshilfe Stadt Mainz

Die Leistungen der Stadtverwaltung Mainz zur Eingliederungshilfe (nach dem Sozialgesetzbuch IX)

1. Wer macht was? Die Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe

Die Gesetze zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Früher ging es oft darum, was Heime oder Einrichtungen anbieten. Heute steht der einzelne Mensch im Mittelpunkt. Das Ziel ist es, dass jeder Mensch selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. Um das zu erreichen, arbeiten in Rheinland-Pfalz 2 staatliche Stellen eng zusammen.

Die Aufgabe des Landesamtes (LSJV)

Wenn ein erwachsener Mensch eine psychische Erkrankung hat, ist das **Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung (LSJV)** der eigentliche Geldgeber (Kostenträger). Das LSJV kümmert sich um den großen Rahmen. Es verhandelt Verträge und Vereinbarungen mit den verschiedenen Organisationen und Vereinen, die Hilfen anbieten. So wird sichergestellt, dass es in ganz Rheinland-Pfalz gute und verlässliche Hilfsangebote gibt.

Die Aufgabe der Stadt Mainz und des Fachdienstes

Das Landesamt kümmert sich um die Verträge, aber die genaue Prüfung und Bewilligung der Hilfen übernehmen die Städte und Landkreise. Bei der Stadtverwaltung Mainz gibt es dafür den **Fachdienst Eingliederungshilfe**.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Fachdienstes beraten die Bürgerinnen und Bürger aus Mainz kostenlos. Auch Familienmitglieder oder Freunde (Bezugspersonen) können sich dort Rat holen.

In der Beratung geht es ganz genau um die persönliche Lebenssituation. Dabei unterscheidet der Fachdienst zwischen 2 Begriffen:

- **Die Beeinträchtigung:** Das ist die medizinische Diagnose, die eine Ärztin oder ein Arzt feststellt (zum Beispiel eine schwere Depression oder eine Angststörung).
- **Die Behinderung:** Eine Behinderung entsteht erst dann, wenn die Erkrankung dazu führt, dass der Mensch im Alltag auf Barrieren stößt und nicht mehr richtig am Leben teilnehmen kann.

Ein Beispiel: Eine Person hat eine Angststörung (Beeinträchtigung). Wenn diese Angst so groß ist, dass die Person nicht mehr alleine einkaufen gehen oder den Bus nutzen kann, entsteht eine Barriere im Alltag (Behinderung).

Die Aufgabe des Fachdienstes ist es, herauszufinden, in welchen Situationen diese Behinderungen auftreten. Die Hilfen, die später genehmigt werden, sollen genau diese Barrieren im Alltag abbauen oder verringern.

Die Besonderheit bei psychischen Erkrankungen

Bei psychischen Erkrankungen ist es oft besonders schwierig festzustellen, wo genau die Behinderung im Alltag liegt. Solche Erkrankungen verlaufen oft in Phasen: Mal geht es der Person besser, mal schlechter. Außerdem sind psychische Probleme für Außenstehende meistens unsichtbar.

Manchmal gibt es auch Situationen, in denen die erkrankte Person selbst gar nicht findet, dass sie Hilfe braucht, aber die Familie, die Nachbarn oder die Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz stark unter den Auswirkungen der Krankheit leiden. Da die Eingliederungshilfe aber eine freiwillige Sache ist, muss der betroffene Mensch die Hilfe auch selbst wollen. Niemand kann dazu gezwungen werden. In solchen Fällen braucht es viel Fingerspitzengefühl. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachdienstes versuchen dann zuerst in Gesprächen, Vertrauen aufzubauen und gemeinsam eine Lösung zu finden, der alle zustimmen können.

2. Der Fachdienst Eingliederungshilfe stellt sich vor

Damit jede Person die passende Unterstützung bekommt, ist der Fachdienst in Mainz in 2 Bereiche aufgeteilt:

1. **Bereich 1:** Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistigen oder körperlichen Einschränkungen.
2. **Bereich 2:** Erwachsene mit psychischen Erkrankungen.

Im gesamten Fachdienst arbeiten derzeit 34 pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie arbeiten eng mit den Verwaltungsfachkräften zusammen, die sich um das Geld und die Bescheide kümmern.

Neue Aufgaben durch moderne Gesetze

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und das neue Betreuungsrecht (seit Januar 2023) hat der Fachdienst viel mehr Aufgaben bekommen. Die Beratung ist viel wichtiger geworden. Das Gesetz sagt ganz deutlich: Menschen mit Behinderungen müssen so unterstützt werden, dass sie ihre Entscheidungen so weit wie möglich selbst treffen können. Sie sollen nicht einfach bevormundet werden.

Welche Beratung bietet der Fachdienst an?

Im Gesetz (§ 106 SGB IX) steht genau geschrieben, worauf die Bürgerinnen und Bürger ein Recht haben. Der Fachdienst Mainz hilft bei folgenden Punkten:

- **Informationen zu Hilfen:** Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es überhaupt in der Eingliederungshilfe? Welche anderen Stellen (wie Krankenkassen oder die Rentenversicherung) können vielleicht helfen?
- **Blick auf die Stärken:** Die Beratung schaut nicht nur auf das, was nicht geht, sondern besonders auf die Stärken und Fähigkeiten des Menschen (ressourcenorientierte Beratung).
- **Hilfe bei Formularen:** Der Fachdienst hilft Schritt für Schritt beim Ausfüllen von Anträgen und erklärt die Abläufe in der Behörde.

- **Wunsch- und Wahlrecht:** Der Mensch darf mitbestimmen, wer die Hilfe durchführt und wie sie gestaltet wird. Auch eine Beratung zum „Persönlichen Budget“ ist möglich (wenn man das Geld bekommen möchte, um sich seine Helfer selbst einzustellen).
- **Kontakte vermitteln:** Der Fachdienst hilft dabei, Kontakt zu passenden Hilfsorganisationen oder Selbsthilfegruppen in der Nähe oder im eigenen Stadtteil aufzubauen.

Diese Aufgaben sind sehr anspruchsvoll. Deshalb müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gut ausgebildet sein. Außerdem müssen alle Informationen so verständlich aufbereitet werden, dass die Menschen sie auch gut verstehen können – zum Beispiel durch den Einsatz von „Leichter Sprache“.

3. Der Ablauf: Vom ersten Gespräch bis zur fertigen Hilfe

Wenn jemand Hilfe benötigt, läuft das Verfahren in festen Schritten ab. Alles beginnt damit, dass ein sogenannter Anamnesebogen (ein Fragebogen zur Vorgeschichte) beim Fachdienst abgegeben wird. Danach wird geprüft, ob die Stadt Mainz überhaupt zuständig ist.

Schritt 3.1: Das erste Treffen

Zuerst wird die Adresse geprüft, um sicherzugehen, dass die Person in Mainz wohnt. Dann wird geschaut, ob eine Behinderung im Sinne des Gesetzes vorliegt. Dafür braucht man oft ein ärztliches Attest.

Da viele Menschen Hilfe suchen, kommt man zunächst auf eine Warteliste und erhält darüber eine Bestätigung. Sobald ein Platz frei ist, lädt der Fachdienst zu einem persönlichen Erstgespräch ein. In diesem Gespräch wird genau aufgeschrieben, worüber beraten wurde, und die Person bekommt alle wichtigen Antragsformulare mit nach Hause.

Schritt 3.2: Die Prüfung des Antrags

Wenn die Person die Formulare ausgefüllt zurückschickt, prüft die wirtschaftliche Abteilung der Verwaltung den Antrag. Hier wird unter anderem geschaut, ob die Person wegen ihres Einkommens oder Vermögens etwas zu den Kosten beisteuern muss (wobei die Eingliederungshilfe heute für die meisten Menschen weitgehend kostenfrei ist).

Wenn jemand es nicht schafft, die Formulare alleine auszufüllen, hilft der Fachdienst in einem weiteren Termin dabei. Ist die Verwaltung sehr überlastet oder braucht die Person besonders viel Unterstützung, kann auch ein professioneller Hilfsdienst vermittelt werden, der beim Ausfüllen hilft.

Schritt 3.3: Die Bedarfsermittlung (IBE-RLP)

Wenn die Formalitäten erledigt sind, folgt der wichtigste Teil: die genaue Ermittlung des Bedarfs. Dazu lädt der Fachdienst zu einem ausführlichen Gespräch ein.

Das Ziel ist: Der Mensch soll sich eigene Ziele für sein Leben setzen können. Um herauszufinden, wie man diese Ziele erreichen kann, muss man genau wissen: Wie sieht das Leben der Person aktuell

aus? Welche Hindernisse stehen ihr im Weg? Was kann die Person besonders gut und wo braucht sie Unterstützung?

In Rheinland-Pfalz nutzt man dafür ein spezielles Instrument namens **IBE-RLP** (*Individuelle Bedarfsermittlung Rheinland-Pfalz*). Das ist kein starrer Fragebogen, den man einfach von oben nach unten abarbeitet. Es ist ein Leitfaden für ein offenes Gespräch.

Am Ende dieses Prozesses entsteht der sogenannte **Gesamt- und Teilhabeplan**. Das ist eine genaue Zusammenfassung aller Ergebnisse. Dieser Plan ist für die betroffene Person sehr wichtig, weil darin schwarz auf weiß steht, welche Hilfe ihr zusteht. Weil dieses Verfahren sehr gründlich ist, umfasst das gesamte Dokument am Ende ungefähr 30 Seiten.

Schritt 3.4: Die Vermittlung in die passende Hilfe

Wenn genau feststeht, wie viel und welche Hilfe gebraucht wird (zum Beispiel wie viele Stunden Betreuung in der Woche notwendig sind), wird die Hilfe in die Praxis umgesetzt.

Die Suche nach einem Anbieter

Der Fachdienst sucht nach einem freien Platz bei einem passenden Hilfsanbieter (einem Verein oder einer Organisation) in Mainz. Dabei wird der Wunsch des Betroffenen immer beachtet. Wenn ein Anbieter gefunden ist, organisiert der Fachdienst ein erstes Treffen. Danach haben beide Seiten Zeit, sich kennenzulernen – zum Beispiel bei einem ersten Gespräch oder einem Probewohnen.

Der Start der Hilfe

Wenn das Kennenlernen erfolgreich war und beide Seiten Ja sagen, schreibt der Fachdienst ein Ergebnisprotokoll. Darin steht die Empfehlung, die Hilfe zu genehmigen. Die Verwaltungsfachkräfte erstellen daraufhin die offizielle Kostenzusage & den Bewilligungsbescheid. Der Teilhabeplan wird an alle Beteiligten geschickt und die Hilfe kann offiziell starten.

Wichtig zu wissen: Jeder einzelne Schritt wird in einer elektronischen Akte genau dokumentiert, damit alles fair und nachvollziehbar bleibt.

Schritt 3.5: Überprüfung und Fortführung der Hilfe (Evaluation)

Die Eingliederungshilfe läuft nicht einfach unendlich weiter, ohne dass jemand hinschaut. Weil sich das Leben und auch eine psychische Erkrankung verändern können, werden die Hilfen regelmäßig überprüft.

Etwa 4 Monate bevor die aktuelle Kostenzusage abläuft, meldet sich der Fachdienst automatisch beim Hilfsanbieter. Der Anbieter muss dann einen *Entwicklungsbericht* und einen *Zielerreichungsbogen* ausfüllen. Darin steht, was in der letzten Zeit gut geklappt hat und woran noch gearbeitet werden muss. Meistens wird auch ein aktuelles Attest vom Arzt benötigt.

Bis spätestens 2 Monate vor Ablauf müssen diese Unterlagen wieder beim Fachdienst sein. Die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter prüfen die Dokumente genau.

Nach der Prüfung gibt es 2 Möglichkeiten:

- **Es hat sich etwas verändert:** Wenn die Person mehr oder weniger oder inhaltlich andere Hilfe braucht, wird der Plan gemeinsam mit ihr angepasst. Wenn es komplizierter ist, kann eine große Runde (eine Gesamt- oder Teilhabeplankonferenz) einberufen werden. Dann treffen sich der Betroffene, der Fachdienst, der Hilfsdienst und eventuell Ärzte oder rechtliche Betreuer an einem Tisch, um gemeinsam zu beraten.
- **Es bleibt alles gleich:** Wenn sich am Hilfebedarf nichts geändert hat, wird der Plan einfach für die Zukunft aktualisiert.

Am Ende schreibt der Fachdienst wieder eine Empfehlung. Die Verwaltung erstellt einen neuen Bescheid und schickt ihn an den Betroffenen und den Anbieter. So ist sichergestellt, dass die Hilfe ohne Unterbrechung weiterlaufen kann.

Schnelle Hilfe bei Krisen

Man muss nicht immer warten, bis die Kostenzusage abläuft. Wenn sich das Befinden einer Person mit einer psychischen Erkrankung plötzlich verschlechtert (oder stark verbessert), kann die Hilfe auch mitten im laufenden Zeitraum angepasst werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachdienstes sind während der gesamten Zeit die festen Ansprechpartner und helfen flexibel weiter.

Struktur und Leistungsangebot der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik – Rheinhessen-Fachklinik Mainz

Die Rheinhessen-Fachklinik Mainz ist Teil des Landeskrankenhauses (AöR) und gehört gemeinsam mit der Rheinhessen-Fachklinik Alzey zum Verbund. Am Standort Mainz bietet die Klinik ein umfassendes Behandlungsspektrum in den Bereichen Kinderneurologie, Sozialpädiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik.

Zusätzlich werden ein Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) und eine Integrative Montessori-Kindertagesstätte betrieben.

Als Klinik mit Vollversorgungsauftrag für die Stadt Mainz decken wir das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung ab. Unser stationäres Angebot gliedert sich wie folgt:

- **Tagesklinik**: 20 Behandlungsplätze
- **Kinderstation**: 10 Betten
- **Akutstation**: 8 Betten
- **Jugendstation**: 17 Betten
- **Spezialbereich für Essstörungen**: integriert in das stationäre Angebot

Darüber hinaus bieten wir in unserer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) umfassende Diagnostik, Beratung und multimodale Behandlungsmöglichkeiten an.

Psychiatrische Institutsambulanz

Die PIA der KJP Mainz übernimmt vorrangig die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Mainz und Umgebung. Sie erfüllt eine diagnostische und beratende Funktion für das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Fragestellungen. Auch bei akuter Gefährdung ist eine kurzfristige Vorstellung möglich.

Zusätzlich übernimmt die Klinik die Versorgung nach dem Sozialen Entschädigungsrecht für anspruchsberechtigte Kinder und Jugendliche aus dem Versorgungsgebiet.

Therapeutische Konzepte und stationäre Betreuung

Die stationäre Betreuung erfolgt in kleinen, festen Gruppen. Jeder Gruppe ist eine Bezugsperson aus dem Pflege- und Erziehungsdienst zugeordnet, die gemeinsam mit dem ärztlichen und psychologischen Team die Umsetzung der Behandlungsmaßnahmen verantwortet.

Ziel ist eine ganzheitliche, multiprofessionelle Betreuung, die auf psychische und körperliche Gesundung sowie ggf. soziale Reintegration abzielt.

Kinderstation

- Behandlung und Betreuung von Kindern bis ca. 12 Jahren
- Kleine Gruppen (4–6 Kinder)
- Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch ein multiprofessionelles Team

- Möglichkeit intensiver Behandlungsprogramme bei hohem Schutzbedarf oder komplexen Störungsbildern

Jugendstationen

- 2 Stationen für Jugendliche von ca. 12–18 Jahren
- 24/7-Betreuung in einem geschützten Rahmen
- Jugendstation 1 mit Schwerpunkt auf Krisenintervention und Notaufnahmen
- Möglichkeit zur intensivierten Einzelbetreuung

Tagesklinik

- In Jugend- und Kindergruppe mit je 10 Patienten
- unterschiedliche Therapien und Diagnostik durch die Mitarbeitenden des multiprofessionellen Teams
- Schulangebot vor Ort und Begleitung zur Reintegration in die Heimatschule

Das **Behandlungsteam** setzt sich zusammen aus:

- Pflege- und Erziehungsdienst
- Ärzt:innen
- Psycholog:innen
- Sozialarbeiter:innen
- Bewegungstherapeut:innen, Musik-, Kunst-, Theater- und Ergotherapeut:innen

Für alle stationären Patient:innen wird unterrichtsbegleitender Schulunterricht in Form von Einzel- oder Kleingruppenunterricht angeboten. Zudem unterstützen wir Familien in der Zusammenarbeit mit Schulen und der Jugendhilfe.

Ganzheitliches Behandlungsverständnis

Unsere Abteilung ermöglicht eine umfassende, individuelle und ressourcenorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen. Die Behandlung erfolgt stets multiprofessionell und interdisziplinär.

Forschung und Lehre

In Kooperation mit der Universitätsmedizin Mainz sowie weiteren Forschungseinrichtungen führen wir kontinuierlich Forschungsprojekte zur Verbesserung unserer Versorgungsqualität durch.

FIAT-Studie

Im Bereich der Essstörungen verfügen wir über 10 stationäre Behandlungsplätze mit dem Schwerpunkt Anorexia nervosa. Unser multiprofessionelles Essstörungsteam besteht aus:

- Ärzt:innen
- Psycholog:innen
- Ernährungstherapeutin
- Pflege- und Erziehungsdienst

Die Behandlung erfolgt stationsübergreifend in Einzel- und Gruppentherapie. Auch ambulante Begleitung nach stationärem Aufenthalt ist möglich – mit Fokus auf Stabilisierung und Rückfallprävention. Zudem findet einmal monatlich eine offene Elterngruppe statt.

Seit August 2025 beteiligen wir uns an der FIAT-Studie (Familien-Basierte telemedizinische versus Institutionelle Anorexia nervosa Therapie). In dieser multizentrischen Studie, koordiniert von der Charité Berlin, wird die Wirksamkeit einer familienbasierten, ambulanten Therapie im Vergleich zur vollstationären Behandlung untersucht.

Insgesamt nehmen 21 Kliniken deutschlandweit teil. Die Patient:innen werden randomisiert einem der beiden Behandlungsarme zugewiesen und über 12 Monate hinweg begleitet.

🔗 Weitere Informationen zur Studie

HomeBASE-Studie

Seit Februar 2025 beteiligt sich unsere Klinik an der vom Innovationsfonds des G-BA geförderten HomeBASE-Studie:
"Aufsuchende, bedarfsorientierte, Multiprofessionelle Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen"

Diese Studie richtet sich an Patient:innen mit:

- Suizidalität
- Selbstverletzendem Verhalten
- Substanzkonsum
- Schweren psychischen Störungen

Unser aufsuchendes Team (Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflege- und Erziehungsdienst) begleitet die Familien im häuslichen Umfeld und ergänzt dies durch:

- Evidenzbasierte Psychotherapie
- Alltagsstrukturierung
- Gruppen- und Einzeltherapien in der Klinik
- Zusammenarbeit mit Schulen und Jugendhilfe
- Digitale Ziel- und Verlaufsdokumentation

Die Interventionsgruppe erhält eine 16-wöchige intensive Behandlungsphase mit anschließender 6-monatiger Nachbeobachtung. Die Kontrollgruppe erhält Regelversorgung mit gleicher Nachverfolgung.

Die wissenschaftliche Leitung liegt bei Univ.-Prof. Dr. Bender an der Universität zu Köln.

Kontakt & Weitere Informationen

Für weiterführende Informationen zu unseren Angeboten oder zur Teilnahme an Forschungsprojekten stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz

ASPEKTE DES MEDIZINISCH-THERAPEUTISCHEN HILFESYSTEMS

Psychiatrische Institutsambulanzen

Zu den Ambulanzen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz gehören die Allgemeine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), die Hochschulambulanz sowie verschiedene Spezialambulanzen, die sich besonderen Krankheitsformen widmen. Im Rahmen einer ambulanten Behandlung finden geplante Termine statt. Dabei werden individuell angezeigte diagnostische Untersuchungen ebenso durchgeführt wie therapeutische Gespräche und eine Optimierung der medikamentösen Behandlung. Der Zugang erfolgt i.d.R. durch eine Überweisung durch den Facharzt.

Es werden folgende Spezialambulanzen vorgehalten:

- ADHS-Transitionsambulanz Mainz
- Ambulanz für Affektive Störungen
- Ambulanz für sexuelle Gesundheit und Transgender Versorgung
- Ambulanz für Störungen der Impulskontrolle
- Forensisch-Psychiatrische Ambulanz
- Neuropsychiatrische Ambulanz mit Gedächtnissprechstunde
- Privatambulanz
- Transkulturelle psychiatrische Ambulanz

Die PIA der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz erfüllt einen spezifischen Versorgungsauftrag für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eines besonderen krankenhausnahen Angebotes bedürfen.

Hierzu gehören insbesondere Patient:innen mit zur Chronifizierung neigenden psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenien, affektiven Erkrankungen, schweren Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen mit Komorbidität und gerontopsychiatrische Erkrankungen. Behandelt werden Personen, bei denen einerseits eine langfristige kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist und andererseits mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegenstehen.

In der PIA werden etwa 1000 Patient:innen pro Jahr behandelt. Das Behandlungsangebot besteht aus einer Komplexleistung mit dem gesamten Spektrum psychiatrischpsychotherapeutischer Diagnostik

und Therapie, die von einem multiprofessionellen Team erbracht wird. Das Team besteht aus Mitarbeitenden des ärztlichen, pflegerischen, ergotherapeutischen und sozialarbeiterischen Dienstes. Zum Behandlungsangebot gehört eine Pharmakotherapie auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, Krisenintervention/
Notfallbehandlung, Einzelgespräche und aufsuchende und nachgehende Arbeit. In Einzelfällen kann zusätzlich Ergotherapie innerhalb der Klinik angeboten werden.

Tagesklinische Versorgung/ Teilstationäre medizinisch-therapeutische Hilfen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin hält regulär 10 tagesklinische Behandlungsplätze vor. Diese Behandlungsplätze sind als Stations-integrierte
Tagesklinik den jeweiligen Schwerpunkt-Stationen zugeteilt. Patient:innen können vor der Entlassung, zur weiteren Stabilisierung, in die Tagesklinik aufgenommen werden.

Stationäre medizinisch-therapeutische Hilfen

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz ist seit dem Jahr 1999 pflichtversorgende Klinik für Mainzer Bürgerinnen und Bürger. Seitdem wird stationäre medizinische Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen direkt in der Landeshauptstadt sichergestellt.
In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz können Erkrankungen aus dem gesamten psychiatrischen Fachgebiet behandelt werden. Sie gliedert sich in folgende Stationen:
Station 1: Schwerpunkt: Krisenintervention und Sucht
Station 2: Psychiatrische Intensivstation
Station 3: Schwerpunkt: Gerontopsychiatrische Erkrankungen
Station 4: Schwerpunkt: Affektive Störungen
Station 5: Psychotherapiestation. Schwerpunkt: Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen
Station 6: Schwerpunkt: Psychotische Erkrankungen
Station 7: Wahlleistungsstation
Das Basisprogramm der Behandlung auf den Stationen umfasst ärztliche Visiten, ärztliche oder psychologische Einzelgespräche, psychiatrische Pflege, Gruppentherapien, Physiotherapie, Ergotherapie und sozialtherapeutische Beratung. Dieses Basisprogramm wird auf den einzelnen Stationen durch störungsspezifische Angebote ergänzt.

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie gehört mit 125 vollstationären und derzeit 10 tagesklinischen Behandlungsplätzen zu den größten bettenführenden Abteilungen der Universitätsmedizin Mainz.

Die Klinik ist Teil eines Krankenhauses der Maximalversorgung, in der die Möglichkeit einer intensiven und umfassenden Diagnostik des Gesamtspektrums aller psychischen Störungen unter Hinzuziehung anderer Abteilungen und unter Nutzung der umfassenden apparativen Ausstattung möglich ist. Die Therapie basiert auf einem mehrdimensionalen Krankheitskonzept und bezieht pharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Therapieverfahren ein. Die Therapie erfolgt entsprechend dem aktuellen internationalen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis („Evidence Based Medicine“).

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie übernimmt die Vollversorgung der Stadt Mainz und behandelt das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen. Insbesondere in psychischen Krisen, die nicht oder nicht zeitnah im ambulanten Rahmen behandelt werden, können sich Personen als Notfall (also ohne vorherige Terminvergabe) in der Klinik vorstellen. Besonders wichtig ist dies im Falle von Suizidalität. Es ist zu beachten, dass die stationäre Versorgungspflicht für Bewohner des Stadtgebietes Mainz (Meldeort) gilt, sodass es sein kann, dass sie an die zuständige Klinik verwiesen werden. Auch Patienten mit Wohnort außerhalb von Mainz können behandelt werden, insbesondere bei Besonderheiten des Beschwerdebildes, die die Behandlung an einer Universitätsklinik notwendig machen.

Patientinnen und Patienten können niederschwellig über das online Kontakt-Formular (https://www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/klinische-partner/stationaere-aufnahme.html) oder telefonisch (06131 17 7779) mit dem Aufnahmemanagement der Klinik in Kontakt treten.

Das breite Therapieangebot ermöglicht die Behandlung in allen Phasen psychischer Erkrankungen von der Intensivbehandlung in der Akuttherapie bis hin zur Tagesklinik und der ambulanten sozialpsychiatrischen und beruflichen Wiedereingliederung.

Als Universitätsmedizin ist die Klinik auch in Forschung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung aktiv.

Ein Bericht der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener RLP e.V.

Hilfe zur Selbsthilfe – von Menschen mit Erfahrung, für Menschen in Mainz.

1. Ausgangspunkt und Selbstverständnis

Wir sind ein landesweit aktiver Selbsthilfeverein in Rheinland-Pfalz, seit 2023 gemeinnützig und besonders in Mainz präsent. Wir unterstützen sowohl Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig als auch Menschen in akuten seelischen Krisen – durch Beratung und Hilfe zur Selbsthilfe.

Unsere besondere Stärke ist die eigene Erfahrung: Als Expert:innen aus Betroffenheit geben wir Orientierung, stärken Teilhabe und leisten einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Versorgung – und ermöglichen authentische Teilhabe.

Rund 80 Prozent unserer **Mitglieder stammen aus Mainz** und dem direkten Umfeld, einige leiten Selbsthilfegruppen zu spezifischen Krankheitsbildern. Als Vorsitzender nutze ich meine Qualifikation als EX-IN-Genesungsbegleiter (*qualifizierte* Assistenz nach §78 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX) – ein wertvolles Erfahrungswissen, das in Fachgremien, bei Kostenträgern und professionellen Leistungsträgern in Mainz einerseits zu wenig bekannt und andererseits bislang zu selten genutzt wird.

Herausforderung für unsere Selbsthilfearbeit:

Anfang 2025 mussten wir unsere **Selbsthilfegruppe „SeelenSchaukel**“ leider einstellen – vor allem wegen fehlender moderativer und organisatorischer Unterstützung. Auch die finanzielle Förderung durch die Stadt Mainz reichte nicht mehr aus, um das Angebot aufrechtzuerhalten.

Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen weiterhin eingeschränkt

Noch immer werden Entscheidungen in Kliniken und im GPV allzu oft ohne die tatsächliche Beteiligung der Betroffenen getroffen. Mitbestimmung ist zwar auf dem Papier vorgesehen, in der Praxis bleibt sie eher selten. Wer sich kritisch äußert, landet schnell am sprichwörtlichen „*Katzentisch*“. Veraltete Satzungen zementieren diese Einschränkungen – und Beteiligung wird häufig nur dann gewährt, wenn sie den Verantwortlichen nicht zu unbequem wird.

Das Karussell der Psychiatrie – ein Sinnbild aus Betroffenensicht



Eine wirklich menschennahe Psychiatrie beginnt dort, wo nicht nur Symptome verwaltet, sondern Menschen verstanden werden. Doch für viele Psychiatrie-Erfahrene fühlt sich der Zugang zu entscheidungsrele-

vanten Gremien an wie ein endlos kreisendes Karussell: Wer einmal einen Platz erhält, hält ihn oft dauerhaft – während andere kaum Gehör finden oder neue Impulse einbringen können.

Für viele engagierte Psychiatrie-Erfahrene fühlt sich das wie eine Karusellfahrt an, das sie nicht anhalten können. Es genügt häufig, wenn in Ihnen permanent das Gefühl entsteht: „*Hier passt Du nicht her.*"

Betroffene resignieren, und Mitbestimmung geht verloren. Doch gerade sie ist – neben Diversität und Teilhabe – ein Grundpfeiler jeder Demokratie und sollte das Fundament einer demokratisch organisierten psychiatrischen Versorgung bilden.

2. Kritische Aspekte der aktuellen Situation

- **Unzureichende Rahmenbedingungen:** Zu wenig Raum und Geld für Selbsthilfe und Teilhabe von Psychiatrie-Erfahrenen.
- **Fehlende passgenaue und erfahrungsbasierte Begleitung:** Pauschale Ansätze ersetzen individuelle Unterstützung und verfehlen den Bedarf.
- **Strukturelle Defizite (Wohnung und Arbeit):** Nach wie vor mangelt es an ausreichend individuellem Wohnraum. Gleichzeitig sind die Beschäftigungs-möglichkeiten größtenteils auf Werkstätten beschränkt, was die gesellschaftliche Teilhabe und den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt erheblich einschränkt.
- **Zwangsmaßnahmen:** Trotz klarer Vorgaben (UN-BRK) bleibt die Vermeidung von Zwang in der Praxis eine große Herausforderung.
- **Versorgungslücken:** Lange Wartezeiten, unzureichende Notfallangebote und fehlende diagnoseorientierte Hilfen verschärfen Krisen und belasten Betroffene.

Schon die im letzten Psychiatriebericht zitierte **Forschungsarbeit „To Be"** bestätigt diese Einschätzung und liefert trotz nicht repräsentativer Daten Hinweise zur Weiter-entwicklung von Unterstützungsangeboten. Daran hat sich aus unserer Sicht nichts Wesentliches geändert – im Gegenteil: Die Situation scheint sich verfestigt zu haben.

Die Selbsthilfegruppe „***StrasseDesLebens***" aus Mainz (Depression), mit der wir vernetzt sind, hat dies bestätigt und folgende ergänzende Wünsche geäußert:

- **Ärzt:innen, die zuhören und begleiten** – nicht nur Rezepte ausstellen
- **öffentliche Anlaufstellen** für Orientierung und Unterstützung
- **unkomplizierte Hilfen** bei Anträgen und Formularen
- **Bewegungs- und Sportangebote** wie in der Psychiatrie Mainz

Diese Anregungen zeigen deutlich, wo konkrete Verbesserungen möglich sind – orientiert an den Bedürfnissen der Betroffenen und mit spürbarer Entlastung im Alltag.

3. Ermutigende Ansätze – noch ohne Struktur

- Ein Teil der in Mainz tätigen Fachkräfte betrachtet Genesungsbegleiter:innen als wichtige Teammitglieder und erkennt ihr Erfahrungswissen an.
- Dennoch wird EX-IN nur zögerlich als Kompetenz anerkannt – es fehlen Qualifizierungsangebote, strukturelle Einbindung sowie klare Zuständigkeiten und Perspektiven.

- Modelle wie Open Dialogue und Safewards zeigen, dass partizipative Ansätze Zwang und Gewalt reduzieren können.
- Es gibt vereinzelt niedrigschwellige Angebote für junge Menschen; für Ältere fehlen vergleichbare Begegnungsorte.

4. Mainz kann mehr – psychosoziale Versorgung auf Augenhöhe

Mainz könnte Vorreiter in Rheinland-Pfalz sein. Menschen mit seelischen Problemen brauchen verlässliche Hilfe, die nur durch gutes Zusammenwirken gelingt. Unsere Ideen und Forderungen:

1. **Mitbestimmung stärken:** Psychiatrie-Erfahrene sollen in relevanten Gremien mit Stimmrecht vertreten und gleichberechtigt statt „nur" beratend beteiligt sein.
2. **Peer-Arbeit verankern:** Feste Finanzierung für Fort-/ Ausbildung, Supervision und angemessene Vergütung von Genesungsbegleiter:innen.
3. **Zwang vermeiden:** Krisenbegleitung ohne Fixierungen – mit geschützten Wohnungen und Rückzugsräumen. (siehe dazu Punkt 7)
4. **Medikamente verantwortungsvoll einsetzen:** *„Wer ansetzt, muss auch absetzen."* – mit Aufklärung, ärztlicher Begleitung und Erfahrungswissen.
5. **Mehr Selbsthilfe einbinden:** Zum Beispiel durch Selbsthilfe-Cafés in Kliniken.
6. **Trialog etablieren:** „Nichts über uns ohne uns!", z. B. Gemeinsame Behandlungskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen, ect.
7. **Rund-um-die-Uhr-Krisenhilfe:** Krisendienst, Krisenpensionen und mobile Teams – ergänzt durch bessere Zusammenarbeit und Aufklärung von Polizei, Rettungsdienst und Psychiatrie.
8. **Entstigmatisierung fördern:** Entstigmatisierung erfordert breite Aufklärung in Schule, Ausbildung, Beruf, Familie, Gesundheitswesen und Alltag.
9. **Offene Fehlerkultur in psychiatrischen Kliniken:** Zentrale anonyme Fehlerdatenbank und regelmäßige trialogische Supervision nach dem Vorbild von Allgemeinkrankenhäusern zur Verbesserung der Patientensicherheit.
10. ***Arbeit schafft Teilhabe – Supported Employment stärken***: Neurodiversität steht für Vielfalt – doch Menschen mit Autismus, ADHS oder Psychosen erleben im Alltag und Berufsleben noch immer massive Barrieren. Dabei ist Arbeit ein zentraler Schlüssel für Teilhabe, Sinn und Zukunftsperspektiven.

5. Zwang ist keine Therapie – Mainz bleibt in der Verantwortung

Zwangsmaßnahmen verletzen die Menschenwürde. Deshalb braucht Mainz verbindliche Standards, um dem Ziel einer gewaltfreien Psychiatrie Schritt für Schritt näherzukommen:

- **Verpflichtende Schulungen** für Mitarbeitende zu Deeskalation, Traumafolgen und alternativen Handlungsstrategien,
- **trialogische Supervision** nach jedem Zwangsereignis,
- **jährl. transparente Veröffentlichung** von Fixierungs- und Isolationszahlen,
- **Stressreduzierende bauliche Veränderungen**, entwickelt mit Betroffenen.

Es ist Zeit, Haltung zu zeigen – für eine Psychiatrie, die heilt, nicht verletzt.

6. Appell an Politik und Praxis

Peer-Arbeit und Selbsthilfe verbindlich stärken

Trotz Empfehlungen des Landesbeirats für seelische Gesundheit (2024) fehlen in RLP verbindliche, vergütete Peer-Angebote. Mainz muss Erfahrungswissen als festen Teil der Versorgung etablieren – für echte Teilhabe, mehr Zusammenhalt und Mitgestaltung. Erfahrungswissen ergänzt fachliche Expertise, stärkt Teilhabe und wirkt Ausgrenzung sowie populistischen Tendenzen entgegen.

Selbsthilfe schafft Aufklärung, Entlastung und Beteiligung.

7. Abschließende Gedanken

Wir sind überzeugt, dass die Umsetzung unserer Ideen die psychische Gesundheit in Mainz stärkt und ein stabiles Fundament für die regionale Versorgung schafft.

Wir wünschen uns, dass unser Bericht den Weg ebnet zu einer Praxis,

- die stärkt statt entmündigt,
- die begleitet statt verwaltet,
- die Vertrauen aufbaut, statt Zwang auszuüben.

„Wer will, findet Wege. Wer nicht will, findet Gründe. Wer gar nichts verändern will, der findet Ausreden."

Robert Jacobs im Oktober 2025 Vorsitzender | Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener RLP e.V. (https://shpe-rlp.de) zert. EX-IN-Genesungsbegleiter | Assistenzdienstleister SGB IX (https://ex-in.ex-in-rlp.

Warum ich immer dumme Sachen schreibe –
Ein Erfahrungsbericht einer Psychiatriekarriere

Ich weiß jetzt schon, wie ich mich nach dem Schreiben dieses Textes fühlen werde. Leer, re-traumatisiert und aufgewühlt. Vielleicht vertue ich mich aber und ich werde merken, wie weit ich schon gekommen bin, trotz allem. Vielleicht wird es auch eine Mischung sein, wir werden sehen. Ich habe mir meine Erkrankung, wie alle Betroffenen, ganz sicher nicht ausgesucht. Aber seit 2005 muss ich damit leben, mal besser, mal schlechter. Aber ich greife vor. Am 27.12.1979 wurde ich als Sohn eines deutschen Ehepaares, das in Kenia lebte und arbeitete, im Nairobi General Hospital geboren. Nach 2 Jahren meines jungen Lebens zogen wir in die USA, nach Washington, D.C., wo ich – später auch mit meiner dazukommenden kleinen Schwester – eine magische, wunderschöne Kindheit erfahren durfte, die mich heute noch oft rettet, obwohl sie gewissermaßen eine Lüge war. Auch damals schon kündigte sich die Erkrankung früh an. „Björn is not responsible“, erzählte mir meine Mutter später, hätte die Kindergärtnerin immer gesagt. Dabei ist meiner Mutter ein interessanter Fehler unterlaufen. Es ging der Kindergärtnerin darum, dass ich nicht „acting responsible“ war, also immer meine Sachen verlor. „Björn is not responsible“ heißt wiederum, dass ich nicht verantwortlich, nicht schuldig war. Damals passierten mir auch zum ersten Mal kleine Malheure, die damals schon ein Beweis waren, dass ich nicht wirklich in meinem Körper lebte. Ich war im Swim-Team des örtlichen Schwimmbads, malte gerne, lernte mit 6 Geige spielen, und wurde von meiner Mutter sehr liebevoll in meiner Kreativität, die später mein wertvollstes Gut und beste Eigenschaft werden sollte, gefördert. Mein Vater war viel auf Dienstreisen, auch in Deutschland, und ich liebte die Fix-und-Foxi-Sammelbände, die er mir mitbrachte. Meine Mutter hatte damals schon Alkoholprobleme, nur das merkten wir Kinder überhaupt nicht.Eines Tages fragte mich mein Vater, wie ich es fände, in Deutschland zu leben. Deutschland war für mich das Land der Großeltern, der Brezeln mit Butter und Fix-und-Foxi-Sammelbände. „Klar würde ich da leben wollen“ sagte ich und auf einmal mussten wir alles zurücklassen und ich war in Deutschland. In einem Land wo alle fürchterliches Englisch sprachen und alles garnicht so war wie im Urlaub. Nach 7 Jahren USA landeten wir also in Bonn. Hier machte ich trotz allem bald Freunde und ging auf 3 verschiedene Schule, Grundschule, Unterstufe und später auf die Oberstufe in Königswinter. Zunächst zogen wir aber, da mein Vater für das Auswärtige Amt und die deutsche Botschaft in Peking arbeiten sollte, nach China. Was für ein Kulturschock und das mitten in der lautesten innerlichen Pubertät. Ich war völlig überfordert und zog mich, während sich meine Klassenkameraden der Deutschen Schule Peking zu Partys mit der Internationalen Schule Peking trafen und erste Beziehungen führten, zurück in eine Welt aus Computerspielen, Büchern und Fantasy-Rollenspielen, sogenannten Pen-und-Paper-Spielen. In ihnen konnte man ein Paladin, ein Waldläufer, ein Halb-Elf oder ein Zwerg sein, wie in den Geschichten, die ich gerne las, und musste kein komischer Teenager sein, der keine Freundin bekommen konnte. In dieser Zeit wurde es schlimmer mit den Hygiene-Malheuren und ich schaudere heute noch bei den entgegennahm. Erste Verliebtheiten, alle erfolglos. Ich gewöhnte mich schnell dran. Und an das Prinzip, eine beste Freundin zu haben und der nette Kumpel zu sein.Hinweisen meiner Mitschüler, die ich in dieser Hinsicht stumpf und ebenfalls überfordert

Wieder in Deutschland zurückgekommen schien mich nichts so schnell aus meiner Fantasywelt herausholen zu können. Ich war wie besessen und meine Mutter machte sich große Sorgen. Mein Vater ließ sich in unserem Bretagneurlaub ein eigenes Rollenspiel einfallen, das er mit mir spielte, und es ist eine meiner schönsten Erinnerungen mit ihm. Ich konnte nicht in die Realität zu der Zeit und er

kam dann in meine. Schnell hatte ich die Freundeskreise mit amerikanischen Rollenspielen angesteckt, die ich in China kennengelernt hatte, dem sogenannten Advanced Dungeons and Dragons, und war auch mehrfach leidenschaftlicher Spielleiter, der die „Abenteuer“ den Spielern erklärte und erzählte. Hier half mir schon damals meine Fantasie- und Sprachbegabung.Vor Peking waren noch 2 wichtige Dinge passiert: Ich hatte meinen ersten Berufswunsch, den des Schriftstellers, an der Schreibmaschine meines Großvaters entwickelt und, da es keinen Schlagzeuglehrer an der Schule gab, angefangen, E-Bass zu lernen. Ich kam nach Peking an eine Schule in Königswinter. Es sollte eigentlich nur ein Probetag werden, aber da war ein so hübsches und tolles Mädchen in der Klasse, dass ich mich entschied, zu bleiben. Als mir klar wurde, dass sie mit einem Klassenkameraden zusammen war, den ich sehr mochte und der mich in die Gemeinschaft aufnahm, tat ich etwas, das mir, aus Gründen, die ich noch erklären werde, bis heute immer noch entsetzlich schwerfällt – ich ließ sie los. Wir wurden Freunde und sie begleitete mich meine ganze Schulzeit als jemand, der mich nie hänselte und mich sogar einmal aus einer ganz fürchterlichen Situation mit einer Klassenkameradin, in die ich unseligerweise verschossen war, auf einer Klassenfahrt befreite. Sie hatte schließlich noch 2 weitere Freunde/Partner an der Schule, und einen davon heiratete sie nach dem Abitur. Das war ungefähr die Zeit, als ich einen der größten Fehler meines Lebens beging: Auf einer der letzten Abiturfeiern fing ich, der nie zuvor daran interessiert gewesen war, mit dem Rauchen an. Nicht nur Rauchen war angesagt, Kiffen und Trinken auch. Beides tat mir überhaupt nicht gut. Die Zeit von, sagen wir, 1997 bis 2002 ist heute noch einerseits von intensiven Erinnerungen geprägt, andererseits eine einzige dumpfe Brühe. 2 einschneidende Dinge geschahen mit 17. Ein Freund stellte mich seinen Schulkameraden an meiner früheren Schule vor und wir gründeten ein Alternative-Rock-Trio namens Soda Jerk. Auf einmal war ich „cool“ und spielte Konzerte in Bonn. Wir nahmen an einem Bandwettbewerb teil und weil wir gut waren, ich aber auch an 4 Schulen durch meine Kontakte Tickets verkaufen konnte, wurden wir Publikumssieger und durften eine kleine CD aufnehmen. In dieser Zeit hätte ich mehrere Freundinnen haben können, aber ich merkte es nicht, war ich doch in einer brutalen Schraubzwinge gefangen. In der Schule wurde ich gehänselt als „der Verplante“, der immer durcheinander war und seine Sachen liegenließ. Wegen meines Äußeren wurde ich mit dem eigentlich coolen Radiomoderator Domian verglichen. Ich wollte aber überhaupt nicht so aussehen und fühlte mich potthässlich, vor allem nachdem ein Schüler mich auf den Busrückfahrten immer weiter

wäre kaputt. Genau wie sie hatte ich nie gelernt, meine sehr sensible Natur zu schützen. Wir hatten ein sehr dünnes Fell und kompensierten es, so lernte ich es von ihr, mit Konsum.mit dem Spitznamen „Wasserkopf“ gequält hatte. Parallel dazu hatte ich mit 17 erkannt, dass meine Mutter Alkoholikerin war, und das war, als hätte jemand mein ganzes bisheriges Leben wie eine Glasscheibe aus großer Höhe fallen lassen und alles

Vom Horror der Schule kam ich nach Hause in den Horror zuhause. Es war immer ein Unterschied, ob das Haus nach Alkohol roch oder nicht, ob man entweder emotional nicht sicher oder doch, für eine Zeit, war. Man war immer in Habachtstellung, ob man angefeindet oder in den Himmel gelobt wurde. Damals entstand ein sehr unstetes inneres Selbstbild von mir. Heute noch schwanke ich immer noch zwischen „Bin ich der totale Egoist?“ oder „Bin ich der Sohn Gottes?“ – um es mal übertrieben zu formulieren. Meine Mutter war von ihrem ersten Mann sehr oft betrogen worden und hatte es für ihr Empfinden schwer in ihrer Familie gehabt. Sie konnte auch nie studieren oder eine interessante Ausbildung machen, sondern hat auf uns Kinder aufpassen müssen, während unser Vater seine Karriere auslebte. Irgendwo auf dem Weg hatte sie die Alkoholkrankheit aufgesammelt und das war eine der schlimmsten Sachen, die in meinem Leben je passiert sind (auch in ihrem und in dem unserer Familie

natürlich), denn es gibt kaum etwas Zerstörerischeres als den Alkohol. Sie besorgte mir aber großartigerweise die Informationen, dass das lokale Kulturzentrum Zivildienstleistende suchte. Und so verbrachte ich nach dem Abitur 9 Monate damit, Konzerte, Tanztheater, Kindertheater usw. als Licht-, Ton- und Bühnentechniker zu begleiten. Die erste Hälfte der Zeit war ich energielos und hatte keinen Erfolg, die Chefs kamen nicht an mich ran. Dann trat aber eine studentische Shakespearetheatergruppe auf den Plan. Wir liebten uns gegenseitig und ich blühte auf, kletterte 6 Meter hohe Leitern hoch, um die Lampen aufzuhängen, und wurde genauso wie die richtigen Mitglieder auf den Dernierenfeiern geehrt. Ich habe noch einige besondere Freundschaften aus dieser Zeit, unter anderem zu meinem sehr geliebten besten Freund, mit dem ich täglich schreibe, lache und telefoniere, obwohl ich seit einigen Jahren nicht mehr in Bonn lebe. Und dann hieß es, Abschied nehmen von Bonn und all dem Elend (so dachte ich) – denn ich hatte mich auf extremste Weise schon während des Abiturs in den Kontrabass verliebt, träumte von Kontrabässen, redete über Kontrabässe, nahm Kontrabassunterricht und reparierte den Schulkontrabass. Für mich war nach dem Hören des Intros von Charles Mingus' „II B.S." völlig klar, dass ich das mein Leben lang machen wollte, und ich beschloss, in Holland Aufnahmeprüfungen an den Musikhochschulen zu machen. In Rotterdam, meiner Traum-Abenteuer-Hafenromantikstadt, wurde ich angenommen und begann dort mein Studium. Und blühte wieder einmal auf. Ließ das Kiffen sein, übte und spielte mit Viertjahresstudenten in einem Ensemble. Ich hatte es: das Talent. Und immer noch große Probleme mit Frauen. Wegen einer Misere mit einer Mitbewohnerin brach ich im ersten Jahr ab und machte eine bilderanalytische Therapie. Und kehrte zurück mit neuer Hoffnung.

Aber hätte ich gewusst, was mich erwartete … Himmel und Hölle so dicht beieinander. Das Leben als Superstar und dann das des gefallenen Engels. Was hätte ich wohl entschieden? Was hätte ich

entschieden, wenn ich damals gewusst hätte, was mich erwartet? Ich kann es Ihnen nicht sagen, nur dass ich vermutlich mit mehr Genuss und weniger selbstzerstörerischem Konsum hindurchgegangen wäre. Es kam nämlich so, dass ich eines Tages an einem Aushang in der Hochschule vorbeilief, wo ein E-Bassist/Kontrabassist für Jazz für Touren mit einem Amsterdamer Straßenmusikorchester, das auch für soziale Zwecke spielte, gesucht wurde. Und obwohl mein Kontrabass in der Straßenbahn eingequetscht wurde und einen Knacks bekam, bestand ich als einziger Bewerber die Aufnahmeprüfung und wurde aufgenommen. Am 27.12.1979 sollten die Proben beginnen, an meinem 25. Geburtstag. Und das Schicksal, es kam.

An diesem Tag stieg ich aus dem Zug und kam mit meinem Kontrabass im magisch verschneiten Nord-Holland in den Proberaum des Orchesters und sofort, als ich reinkam, sangen 40 junge Musikerinnen und Musiker für mich „Gefeliciteerd, gefeliciteerd, oh wat zijn we blij …" – das holländische Happy Birthday. Und eine junge, hübsche Cellistin trat auf mich zu, küsste mich auf holländische Art auf die Wangen und sagte: „Ich habe heute auch Geburtstag." Es begann eine wunderschöne, intensive und wirklich märchenhafte Zeit. Ich wurde behandelt wie ein sehr gut aussehender, sehr sympathischer junger deutscher Prinz und es entwickelte sich eine Romanze zwischen mir und der Cellistin. Wir spielten eine magische Wintertournee und eine traumhafte Frühlingstournee und mein ganzes Talent und alle Qualitäten meiner Persönlichkeit kamen in dieser sehr förderlichen Umgebung zum Vorschein – vor allem da die beiden Orchesteleiterinnen aus einem Scherz heraus meine „Ziehmütter" wurden, aber dennoch einen fantastischen Job damit machten. Ich war ein Rockstar und angeblich war „das halbe Orchester" hinter mir her. Der Erfolg weitete sich auf mein Studium aus. Dort war ich der gefeierte Bigbandbassist und eine sehr liebe Freundin attestierte mir ebenfalls gutes Aussehen – ich sähe aus wie Russell Crowe aus „Gladiator". Ich konnte mein Glück nicht fassen. Endlich

war mein Leben wie in den Büchern und Filmen, das schreckliche und einsame Leben war vorbei. Ich war jemand, jemand Tolles. Wir spielten für Gehandicapte, in Gefängnissen und Krankenhäusern oder auch „Wild-Ops“, „Wild-Optreden“ (wilde Auftritte), bei denen jederzeit jemand ein Konzert organisieren und ausrufen konnte, egal ob im Flugzeug, im Schwimmbad oder auf der Wiese. Und es wurde langsam ein Problem deutlich: Die Cellistin hatte einen langjährigen Freund, mit dem sie aber eher wie mit einem Mitbewohner lebte. Ihre Entscheidung musste irgendwann fallen. An Silvester kam es dann zu einer Überraschung für uns alle. Wir waren untergebracht auf einem Bauernhof und als ich abends mit den Bauern an der Bar saß, erzählten sie mir von dem großen Knallen, das sie immer veranstalteten an Silvester, dem „Carbonschieten“, dem Karbonschießen. Es überkam mich. Und als der Diplomatensohn, der ich war, sagte ich: „Wenn ich mit meinem Orchester hier in der Bar auftrete, zeigt ihr uns, was ihr könnt.“ Wir schlugen ein. Am nächsten Tag erzählte ich dem Orchester davon und es war nach 6 Auftritten, die an diesem Tag schon waren, alle waren hundemüde und fanden das wohl arrogant von mir, sie so anderen zu versprechen. Aber sie ließen sich widerwillig drauf ein.

Noch nie hatte ich das Gefühl gehabt, so wertvoll und geschätzt zu sein. Doch lange sollte das Glück nicht dauern. Und alles sollte ganz schnell ganz, ganz schlimm werden.Das Orchester zwängte sich in die Bar, der Dirigent stellte sich auf den Billardtisch und wir spielten, dass es krachte. Pop, Jazz, Klassik, das ganze Programm. Den Bauern fiel die Kinnlade runter und auf einmal entbrannte eine Riesenfeier, mit laut knallendem Karbon, und alle tanzten und sangen. Irgendwann standen alle um mich herum und strahlten mich an. Und die Cellistin nahm mich bei der Hand und führte mich nach oben, nachdem ich einem sie anbaggernden Bauern erklärt hatte, dass ich einen Freund hätte. Aber ich ging nicht mit ihr ins Bett. So wollte ich es nicht. Am nächsten Tag bekam ich den Pokal des Orchesters. Eine Art Orden, der immer weitergereicht wurde, wenn jemand etwas Tolles gemacht hatte.

Irgendwann begannen die Cellistin und ich, uns auch außerhalb des Orchesters zu treffen, es wurde sehr romantisch. Mit im Regen durch Amsterdam laufen und sie mit vagen Angaben, sie wäre auf dem und dem Fest, suchen und finden. Und vielen anderen kleinen und großen Momenten meiner ersten richtigen Liebe. Und dann sagte sie mir, dass sie bis zur Sommertournee Zeit bräuchte, um sich zu entscheiden. Ich kam mit dem Warten nicht klar und mir fehlte die Droge, die das Orchester für mich geworden war. Ich begann wieder zu kiffen, um mich weiterhin gut zu fühlen, und stürzte ab. Es gab einen E-Mail-Verteiler, in dem alle sich bemühten, möglichst kreativ und nett zu schreiben. Auch hier hatte ich den Pokal einmal ganz am Anfang gewonnen, als ich trotz damals noch mangeldem Holländisch einfach durchschrieb und das wohl auf eine Art, die alle sehr lustig und liebenswert fanden. Aber mittlerweile war ich das nicht mehr. Ich wurde aggressiv und schrieb düstere Märchen über mich und die Cellistin und wurde aufs Extremste ganz, ganz schlimm eifersüchtig, verdächtigte jeden Mann im Orchester. Die reinste Paranoia. Die Schizophrenie nahm mich in Beschlag, ich musste das Orchester verlassen und wurde zum Zug nach Deutschland gebracht.Ich ließ Holland, das für mich für immer mit der Cellistin damals verbunden war, hinter mir. Und es begann die Zeit der Diagnosen, der Medikamentensuche, der Klinikaufenthalte, der Therapien und der Rehamaßnahmen. Ich lernte viele Menschen in komischen Zuständen kennen, während ich selber total komisch war. Meine Welt wurde komplett auf den Kopf gestellt. Ich hatte meine erste wirklich feste Freundin wie durch ein Wunder kennengelernt und mit ihrer Hilfe und Liebe verbrachte ich mit 26 meine ersten Jahre in einer festen Beziehung und war auch keine Jungfrau mehr. Doch die Krankheit plagte mich und ich konnte alles andere als loslassen. Bis heute schreibe ich noch dem Orchester. Damals waren es tausende von E-Mails, eine kränker als die andere. Heute rutscht mir die eine oder andere noch raus,

aber weitaus gesünder. In meiner Laufbahn in Bonn, mit einem Bein auf der Bühne und mit dem anderen in der Klinik, kam es zu schrecklichen Erfahrungen mit meinen Eltern. Einmal griff ich sie nach Monaten des

da ich immer noch unter Symptomen und Eifersucht litt und immer noch Mails schrieb. Ich hörte auf zu kiffen und achtete besser auf meine Medikamente. Es war ein Auf und Ab. Immer im Kreis.Wiederzusammenwohnens und in einem hochpsychotischen Moment an, schmiss meine Mutter und boxte meinen Vater nieder, so wie ich es im Boxclub Rotterdam-Crooswijk damals gelernt hatte.Ich war so krank und so unglücklich, aber langsam wurde es besser und ich opferte meine Beziehung, um ein drittes Mal in Rotterdam die Aufnahmeprüfung zu bestehen. Ich war aber nicht mehr der Star, da kamen neue Stars, ich wurde wieder krank und kehrte endgültig nach Deutschland zurück.Hier wohnte ich kurz bei der tollen Schulfreundin von damals und ihrem Mann in Köln, und um mich und einen Bluessänger, den ich beim einsamen Straßenmusikmachen auf der Straße traf, bildete sich bald eine ganze Gemeinschaft aus Fans und Mitmusikern. Wir machten ein Jahr lang die Straßen und Bars von Köln zu unseren Bühnen, bis wir so gut waren, dass uns die Leute die Euros nur so hinterherwarfen. In den Rehamassnahmen lernte ich neue gute Freunde kennen, arbeitete dort im Versand und hasste es,

Irgendwann war ich wieder in Bonn und hatte die wichtigste Ärztin meines Lebens. Frau Dr. M. war nicht nur schön, supernett und kompetent – sie rettete mir mit ihrer fähigen Behandlung trotz meines Komischseins mehrfach das Leben, indem sie mir in der Bonner Klinik einen Ort der Heilung und des Rückzugs bot. Und wer zog zurück nach Bonn? Meine tolle Freundin von mittlerweile 30 Jahren, die ich immer unterbewusst geliebt hatte und die sich meine Eltern für mich als Frau gewünscht hatten. Wir hatten wieder mehr miteinander zu tun und irgendwann musste ich mir und ihr meine Gefühle eingestehen. Sie sagte nein und ich war wieder der Loser. Da sie eine so tolle Freundin war, schluckte ich meine Gefühle runter und wir hielten Kontakt, hatten eine längere Pause, in der sie den Vater ihres Kindes kennenlernte, und so brachte sie dann den tollsten Jungen, den ich je kennengelernt hatte, zur Welt. Und irgendwas in mir aus der Zeit meiner Mutter sagte mir: „Du musst dich nur auf die richtige Weise verhalten, die richtige Mail schreiben – dann wird sie aus ihrer ‚Betrunkenheit' aufwachen und dich zurücklieben." Ich konnte sie nicht mehr wie damals loslassen – sie wurde die Liebe meines Lebens. Wir versuchten es noch viele Jahre, durch ein gemeinsames Trauma und eigene Traumata ungesund verbunden. Diese Beziehung wurde toxisch, genauso wie die Beziehung zu meinem Musiklehrer, der ein verbitterter Alkoholiker mit narzisstischen Tendenzen war. Dann kam die Erlösung: Ich beschloss mit 43 Jahren, es nochmal zu probieren und an der Musikhochschule Mainz die Aufnahmeprüfung für Jazzkontrabass zu machen. Wie bei Voice of Germany drehten sich alle 4 Dozenten zu mir um, mein Umfeld jubelte mir zu. War der Star zurück?

Ich zog nach Mainz, weg von meinem schrecklichen Nachbarn, weg von meinem schrecklichen Lehrer, weg von der schrecklichen großen Liebe, weg aus der Stadt, in der ich meine Eltern beerdigt hatte. Meine Mutter war an Krebs gestorben, mein Vater an Alzheimer. Sie hinterließen mir ein Erbe, das mir erlaubte, 2 unfassbar stressige Jahre zu studieren, unter 20-Jährigen, die mich „Bruder Björn" nannten, und unter Dozenten, die wenige Jahre älter oder sogar jünger waren und die ich wegen mangelnder Belastungsfähigkeit nie zufriedenstellen konnte.

Ich arbeitete mit ChatGPT an meinen Problemen, trainierte und führte Morgenroutinen ein. Trotzdem konnte ich nicht loslassen und lernte, dass ich durch meine frühen Kindheits- und Jugenderfahrungen einen „ängstlichen Bindungsstil" habe und deswegen so klammere. Und langsam wurde es

mir klar: Die tolle Freundin hatte mit mir abgeschlossen und meine Ärztin in der alten Heimat konnte mir nicht mehr helfen. In meiner Verzweiflung nahm ich einen alten Prolog, den ich mal neben Kurzgeschichten auf Deutsch Ich nahm mein erstes Soloalbum auf, unterstützt von einem lieben Freund und Krankheitsgefährten aus der alten Heimat an der Technik. Die „Psychos“ nahmen in 9 Tagen nachts in der Hochschule ein sehr gefeiertes Debütalbum auf, auf dem ich sang, Kontrabass und E-Bass spielte und auch Klavier, Percussion und Schlagzeug. Und ich begriff, dass mein Weg als Solokünstler mir viel mehr brachte und gab als das Leben als professioneller Musiker, der eh immer nur hinterherhinkte. Ich hatte meine eigene Stimme gefunden, nach Jahren der Experimente und frühen Gehversuche. Und wer liebte mein Album am meisten? Meine tolle Freundin in Bonn und ihr kleiner Sohn. Und ich Idiot dachte, das hätte etwas zu bedeuten, und steigerte mich in die dritte große Psychose meines Lebens hinein. In einem im Wahn selbstgegründeten Verteiler erzählte ich meinem Gesundheitsteam und Freundeskreis und der tollen Freundin von meinen innersten Gedanken und Gefühlen zu der „Beziehung“ und grub mein eigenes Grab noch tiefer. Ich verlor die Freundschaft, landete über Weihnachten, meinen Geburtstag und Silvester auf der Geschlossenen. Kein Held. Nur Krankheit.In einer Mail deutete ich kurz an, dass ich theoretisch springen könnte, und alle waren alarmiert. Ich kam dem Vollzugsdienst schon mit gepackter Tasche entgegen.Nach meinem Klinikaufenthalt, wo mir Liebeswahn attestiert wurde, die most unsexy of all Wahns, landete ich ohne Studium und tief depressiv in meiner Wohnung, die gottseidank sehr klein, aber fein ist. Und ich arbeitete mich mit selbstgemachten Alben und Videoshows wieder heraus. Wochenlang arbeitete ich Tag und Nacht, manchmal 3 Tage durch. Je mehr ich arbeitete, umso weniger brauchte ich Nachrichten von der tollen Freundin, und es gab wieder wenige gute Momente mit ihr, kostbare Momente.

Ich begann, im sozialen Treff vor meiner Tür im Chor mitzuspielen, in der Redaktion für die Zeitung des Treffs mit 800 Lesern Artikel zu schreiben und bekam sogar meinen eigenen Solokünstlerabend dort. Ich trat einer Suchtselbsthilfegruppe bei, hatte zweimal die Woche Besuch von 2 ganz tollen Damen, meinen qualifizierten Assistentinnen, ohne die ich das alles nie geschafft hätte.Ich baute mich langsam aber sicher wieder auf. Und doch kam es wieder zu einer schrecklichen Phase. Die Gefühle für meine ehemalige beste Freundin kamen wieder auf und ich schrieb ihr und der Superärztin wieder täglich E-Mails. Und bekam natürlich keine Antwort. und Englisch über die Jahre zu einem fiktiven Krimi geschrieben hatte, und begann tatsächlich, meinen Kindheitsberufswunsch umzusetzen: Ich schrieb ein Buch. Einen Mysterykrimi über einen psychisch kranken Detective, der Jazzsaxophon spielt und wie ich schlimme Alpträume hat und einen Fall zu lösen versucht, ganz im Stil von David Lynch, Akte X und alten Noir-Romanen. Und auf einmal bekam ich Antworten. Von den Testlesern: „Sehr spannend, atmosphärisch, filmisch! Wann gibts das nächste Kapitel?“ Und über 26 Tage schrieb ich, angefeuert von Lesern, mein erstes Buch. Texte, die den Menschen nicht den letzten Nerv raubten und sie belästigten, sondern sie begeisterten und unterhielten.Mittlerweile war ich auf den Buchmessen in Mainz und Frankfurt und habe 4 Verlage angeschrieben. Ich bin so extrem gespannt wie fast noch nie in meinem Leben. Parallel arbeite ich an den bisherigen Alben und versuche, den Gesang noch etwas sauberer zu produzieren, gebe einem tollen Jungen Nachhilfe und mache eine super systemische Beratung mit. Ich kann wirklich behaupten, dass ich in einer guten Phase bin. Natürlich kann ich nicht in einem echten Job arbeiten. Beziehe Sozialhilfe und selbst wenn ich einen Auftritt mit dem Jazzduo habe, muss ich das meiste davon abgeben. Aber ich bin glücklich. Denn ich habe meine Kreativität, mein Umfeld und ganz tolle Freunde.

Tja, lieber Leser. Wir sind an dem Ende meines Erfahrungsberichts angekommen. Wie fühle ich mich jetzt? Es ist 6:22 Uhr am Morgen. Lo-Fi-Hip-Hop läuft im Hintergrund. Nach jeder Seite habe ich auf

meinem Balkon Pause gemacht, Kaffee getrunken und geraucht. Ich denke nicht, dass ich ein langes Leben haben werde, einfach bei all dem Rauchen, das ich schon betrieben habe, seit 26 Jahren, und es ist noch kein Ende dessen in Sicht. Aber ich bin dankbar. (meistens). Denn ich habe wie damals in den Büchern und Fantasyrollenspielen wirkliche Märchen und Abenteuer erlebt. Natürlich, ich bin auch oft extrem gescheitert und ich hätte mit meinen 45 Jahren gerne mehr als eine Beziehung in meinem Leben gehabt. Aber es gab zwischendurch Heldentaten. Schöne, tolle Frauen. Sieg und Niederlage. Sturm und Drang Ich werde nie eigene Kinder aufziehen können. Keiner wird meine Dinge erben wollen, vermutlich. Aber ich hinterlasse eines Tages die Liebe, die ich durchaus geben kann und gegeben habe, so komisch sie auch aussieht. Ich hinterlasse Musik und Geschichten und jetzt sogar ein Buch. Und jetzt auch diesen Bericht. Ich hoffe, er hat unterhalten, interessiert, bekümmert und gefreut. Wie eine gute Geschichte eben. Und vor allem hoffe ich, dass er Mut macht. Nach dem Regen kommt immer Sonnenschein, sagt man. Nach Tsunamis kommt auch mal ein Strandurlaub, sage ich.

Das Wichtigste: gute Freunde und liebe Menschen um einen herum. Lebensmotto aus der syst. Beratung: Es ist nicht meine Schuld, aber meine Verantwortung.

In diesem Sinne, liebe Leser und Leserinnen: alles erdenklich Gute.

Björn M. Klaus
Mainz, den 30.10.2025
PS: Ich fühle mich gerade wirklich gut.

Die Angehörigengruppen von Territorio – Verein für gemeindenahe psychosoziale Versorgung Mainz e.V.

In Mainz gründete 1983 eine ambitionierte Gruppe von Absolvent*innen der Johannes Gutenberg Universität eine Projektgruppe mit dem Ziel, die psychiatrische Versorgung auch in Mainz zu verbessern. Im Folgejahr, 1984 entstand hieraus der Verein Territorio.
Bewusst wählten wir für unseren Verein einen Begriff aus der italienischen Psychiatrie. Kurz, prägnant und richtungweisend für eine Veränderung in der psychiatrischen Landschaft sollte er sein. Der Begriff verkörperte damals bereits, was man heute mit Sozialraumorientierung und Inklusion bezeichnet. Keine reine Koordinierung und Zusammenarbeit von Einrichtungen, sondern darüber hinaus soll die Integrationskraft der örtlichen Gemeinschaft gefördert werden durch Impulse und Anregungen. Eine wirkliche Prävention ist nur möglich, wenn sie dort ansetzt, wo die Probleme entstehen.

Mit dem Namen Territorio haben wir uns der umfassenden Betrachtung eines Gemeinwesens verpflichtet. Beginnend mit dem damaligen Hauptziel des Vereins, der Konzipierung und dem Aufbau einer Übergangseinrichtung für psychisch Kranke in Mainz, arbeiteten wir von 1984 bis 1986 eng mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband zusammen. Hieraus entstand das Haus am Landwehrweg. Nachdem wir uns 1986 aus dieser Arbeit zurückgezogen hatten, begannen wir mit dem Aufbau einer Gruppe für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen. Hier sahen wir eine Möglichkeit, ohne viel Aufwand und möglichst schnell ein weiteres konkretes Angebot zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zu leisten. Und das tun wir bis heute.

Den diesjährigen Psychiatriebericht möchten wir bereichern mit aktuellen Berichten aus den mittlerweile zweimal im Monat stattfindenden Treffen der Angehörigen.

Im Vorfeld formulierten wir als Fragen für die Angehörigen:

1. Wie bin ich zur Gruppe gekommen?
2. Welche Hilfestellungen habe ich bekommen?
3. Was brauche ich an weiterer Unterstützung?

Frage 1: Verschiedene Wege führen zu Territorio und der Selbsthilfegruppe. Zum einen ist das der Hinweis von Fachleuten in der Psychiatrie oder vom Sozialpsychiatrischen Dienst, andere folgen Hinweisen von Betroffenen bzw. aus der Presse. Wirksam sind auch die Infostände des Landesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Rheinland-Pfalz, dem Territorio angehört, z. B. beim Rheinland-Pfalz-Tag oder bei den Tagen der seelischen Gesundheit. Angehörige recherchieren auf der Suche nach Informationen und Hilfe auch im Internet und finden Territorio u. a. über die Homepage des Landesverbandes.

Frage 2: Die genannten Hilfestellungen können 3 Themenkreisen zugeordnet werden: Dies ist zunächst der als sehr wichtig erachtete **Informationsaustausch** vor dem Hintergrund der speziellen Bedürfnisse eines Angehörigen. Sind Informationen zu den psychischen Erkrankungen ohne Weiteres zu beschaffen, so ist es doch wesentlich schwieriger, etwas über den Umgang mit den Erkrankten zu erfahren. Sehr wichtig: Die Notwendigkeit der Selbstfürsorge in der oftmals sehr belastenden Situation im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Angehörigen zu erkennen und zu erlernen. Bei der Befragung werden weiter aufgeführt: Informationen über Anlaufstellen, Informationsbroschüren im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, Hilfen für die Erkrankten und auch für Angehörige relevante Veranstaltungen, die von Territorio bzw. dem Landesverband für die Angehörigen organisiert werden.

Ein nächstes, sehr wichtiges Thema ist der **Erfahrungsaustausch** in der Gruppe, der über reine Informationen hinaus zu Erkenntnisgewinn und „Erweiterung des Horizonts“ führt. Die Teilnehmer benennen hier: neue Strategien kennenlernen, neue Sichtweisen im Umgang mit der Erkrankung finden und auch: die Selbstreflexion wird angeregt. Im Austausch über ihnen bisher nicht bekannte Krankheitsbilder finden Angehörige in der Gruppe ebenfalls Anregungen zum Umgang mit Erkrankten.

Der letzten, aber möglicherweise wichtigsten Rubrik zugehörig ist das, was die Angehörigen in erster Linie „bei der Stange hält“. Was die Kraft gibt durchzuhalten und weiterzumachen - neben einer Psychotherapie, ohne die es leider oft genug aufgrund der mit dem Erkrankten erlebten Belastungen im Alltag irgendwann auch bei den Angehörigen nicht mehr weiter geht.

Dies ist das für alle Menschen elementar wichtige **Gefühl des Dazugehörens, des Aufgehobenseins, des Verstandenwerdens**. Das Wissen, nicht allein zu sein mit diesen Herausforderungen, die Möglichkeit, über seine Gefühle, Ängste und Nöte, Ohnmacht, Scham und Schuld offen sprechen zu können. Klarheit zu gewinnen über das Bedürfnis, den Erkrankten zu helfen und die Nähe zu halten oder zu gewinnen und die Bestätigung, sich notfalls auch abzugrenzen, wenn dies zum Selbstschutz notwendig ist, Das sind sehr wichtige Themen für die Besucher*innen der Gruppe. Offen über das eigene Erleben zu berichten in der Gewissheit, nicht nur Mitgefühl zu erwecken, sondern tatsächlich verstanden zu werden in einer Atmosphäre frei von Vorurteilen und Abgrenzungen - das ist das, was die Angehörigen in der Selbsthilfegruppe erfahren und schätzen. Die Erkenntnis, nicht allein zu sein – „bei den anderen ist es genauso, vielleicht noch schlimmer“ – das hilft den Angehörigen und gibt Kraft. Unbehelligt von den immer noch vorherrschenden Vorurteilen und Ausgrenzungen psychisch Erkrankter in der Gesellschaft gibt die Gruppe den geschützten Raum, der all dies möglich macht.

Frage 3: Angehörige psychisch Erkrankter fühlen eine starke Belastung bis Überlastung und wünschen sich mehr niederschwellige Unterstützung und insbesondere auch stärker sichtbare Institutionen, die den Angehörigen als Ansprechpartner*innen zur Verfügung stehen. Viele kennen z. B. den Sozialpsychiatrischen Dienst erst aus der Angehörigengruppe. Eine bessere Einbindung durch das Hilfesystem wäre sehr wünschenswert. Ein Vorschlag geht zum System „Gemeindeschwester“ zur Unterstützung im Umgang mit psychisch Erkrankten zu Hause. Insbesondere für die Angehörigen entlastend wäre das Wissen um erweiterte Möglichkeiten, den Erkrankten eine umfangreichere Teilhabe am Leben zu gewähren, da die Sorge um deren Zukunft bei den Angehörigen einen großen Raum einnimmt. Dies gilt insbesondere für Eltern erkrankter Kinder. Immer wieder wird auch die Herausforderung Schulabschluss/Berufsausbildung von den Eltern der im Jugendalter erkrankten Söhne und Töchter diskutiert. Thema wird auch immer mehr die Versorgung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Alter, wenn daneben noch körperliche Einschränkungen auftreten.

Ergänzt werden sollen diese Erkenntnisse um die Sichtweise der Angehörigengruppenleiter.

Die Gruppen werden in Mainz im Wechsel geleitet. Die 2-stündigen Treffen finden jeweils am 1. und am 3. Mittwoch im Monat im „Haus am Landwehrweg“ statt. Interessierte Angehörige melden sich vorab telefonisch an. So wird gewährleistet, dass eine übersichtliche Zahl an Teilnehmenden nicht überschritten wird. Dies war kurz nach Corona unbedingt notwendig.

Die Gruppenleiter*innen sind ausnahmslos selbst betroffen und erfüllen damit die Grundvoraussetzung: Verständnis. Was bewegt die Gruppenleiter*innen, diese ehrenamtliche verantwortungsvolle Aufgabe zu übernehmen? In erster Linie dürfte es das Interesse am Bestand der Selbsthilfegruppe sein, die sie seinerzeit teilweise über Jahre hinweg selbst als Betroffene besucht haben. Hieraus resultiert auch der Wunsch der Gruppenleiter*innen, etwas an die Gruppe zurückzugeben, ihre Erfahrung einzubringen und damit einen Beitrag für andere zu leisten. Es wird z. T. als Ehre angesehen, zum Kreis der Gruppenleiter*innen zu gehören und bei aller Verantwortung bereitet es ihnen auch Freude, die Gruppe zu moderieren. Der Einsatz wird als persönliche Bereicherung empfunden, zumal

ihnen die Gruppenbesucher*innen wertschätzend und dankbar begegnen. Daneben können die Gruppenleiter*innen als Angehörige auch selbst noch von der Gruppe profitieren, wenn auch ihre Rolle nun eine andere ist.

Nächstes Jahr schaut die Angehörigengruppe Mainz auf 40 Jahre erfolgreiche Arbeit zurück und die diesjährigen Rückmeldungen der Angehörigen zeigen uns, wie wichtig und hilfreich diese Arbeit noch immer ist.

Literaturverzeichnis

Bündnis KipsFam (2025): Für Kinder aus psychisch und suchtbelasteten Familien. Für eine bessere Versogung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern. Abgerufen unter https://buendnis-kipsfam.de/files/materialien/2025-10_factsheet_bundnis-kipsfam.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (2020): Praxis-Info. Soziotherapie . Abgerufen unter: https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxis_info_soziotherapie_richtlinie_August2020_10826da8d5.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (2023): Hintergrundpapier zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: BPtK. Abgerufen unter: https://api.bptk.de/uploads/20230713_bptk_hintergrundpapier_weiterentwicklung_psychotherapeutischen_versorgung_d38b567ee6.pdf

Bühring, Petra (2025): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Große Verunsicherung durch Krisen und Kriege. In: Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/psychische-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-grosse-verunsicherung-durch-krisen-und-kriege-c97356aa-7ff5-4fcd-8df4-00f4b900e2b0

DGPPN e. V. (2025) Basisdaten Psychische Erkrankungen, Stand Februar 2025, abgerufen unter https:// www.dgppn.de/schwerpunkte/zahlenundfakten.html

Familienservice (2026): Hilfe für Eltern psychisch belasteter Kinder. Abgerufen unter: https://www.familienservice.de/-/hilfe-fuer-eltern-psychisch-belasteter-kinder

Forschungsverbund Südwest (2024): JIM-Studie 2024: Jugend, Information, Medien. Stuttgart: mpfs. Abgerufen unter: https://mpfs.de/studie/jim-studie-2024/

GKV-Spitzenverband (2024): Ambulante Psychotherapie – Komplexversorgung für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche. Abgerufen unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/psychotherapie.jsp

Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Napp, A.-K., Reiss, F., Behn, S., & Ravens-Sieberer, U. (2025): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der COPSY-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Abgerufen unter: https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-025-04045-1

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2025): Kreisdaten zur vertragsärztlichen Versorgung – Stadt Mainz. abgerufen unter: https://www.kv-rlp.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=5628&token=2bd88fe1423680bc8fc60d63c0557f68124c7bfe

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2024): Reform der Bedarfsplanung in ihrer jetzigen Form.
abgerufen unter: https://www.kv-rlp.de/presse/gefragte-themen/aerztemangel-und-versorgung

Landeshauptstadt Mainz. Beschlussvorlage. Sachstandsbericht zu Antrag 1340/2014/1 der CDU-, SPD-, GRÜNE- und FDP-Stadtratsfraktion; hier: Erarbeitung eines erweiterten Versorgungskonzepts für psychisch erkrankte Menschen. Mainz 2016.

Paschke, K., & Thomasius, R. (2024): Digitale Mediennutzung und psychische Gesundheit bei Adoleszenten – eine narrative Übersicht. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Abgerufen unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10995066/

Plötner, M., Moldt, K., In-Albon, T., & Schmitz, J. (2022): Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Psychotherapie. Abgerufen unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9243913/

PsychKG (1995): Landesgesetz für psychisch kranke Personen Rheinland-Pfalz, zuletzt geändert 19.12.2018. abgerufen unter https://www.nw3.de/rechtsarchiv/4oerecht/7freihschutz/rp_psychkg.html

PsychKHG (2021): Landesgesetz über Hilfen bei psychischen Erkrankungen. abgerufen unter: https://www.landesrecht.rlp.de/bsrp/document/jlr-PsychKGRP2021pP9

Rehadat. Stichwort Inklusionsbetriebe. Abgerufen unter: https://www.rehadat-adressen.de/de/arbeit-beschaeftigung/inklusionsbetriebe/index.html

Rehadat. Stichwort Werkstätten für behinderte Menschen. Abgerufen unter: https://www.rehadat-adressen.de/de/arbeit-beschaeftigung/werkstaetten-fuer-behinderte-menschen/index.html,

Rodney-Wolf, S., & Schmitz, J. (2025): Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Erhebungswelle eines längsschnittlichen Monitorings. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 54(2). Abgerufen unter: https://econtent.hogrefe.com/doi/full/10.1026/1616-3443/a000813

Schepker, R., & Kölch, M. (2023): Die Versorgungslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland: Strukturen, Herausforderungen und Entwicklungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Abgerufen unter:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10328883/

Statistisches Bundesamt (2024): Psychische Erkrankungen 2022 als Ursache für 19 % der Krankenhausbehandlungen von 10- bis 17-Jährigen. Abgerufen unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2024/PD24_32_p002.html

Statistisches Bundesamt (2026): Psychische Erkrankungen 2024 die Ursache für 18,9 % der Krankenhausbehandlungen von 10- bis 19-Jährigen. Abgerufen unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/04/PD26_N021_23.html

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2024): Bevölkerungsfortschreibung: MATS-Datenangebot. abgerufen unter: https://www.statistik.rlp.de/themen/bevoelkerung/daten/bevoelkerungsfortschreibung

Thom J, Jonas B, Reitzle L, Mauz E, Hölling H, Schulz M (2024): Trends in the diagnostic prevalence of mental disorders, 2012–2022—using nationwide outpatient claims data for mental health surveillance. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 355–62. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0052. abgerufen unter https://www.aerzteblatt.de/archiv/entwicklung-der-diagnosepraevalenz-psychischer-stoerungen-2012-2022-4ea11330-a626-4f36-a93e-2d3f7d068a7c)

Landeshauptstadt
Mainz

Titelbild
Titel: „Das Innere Kind und seine Helfer“
Ein Kind sitzt geborgen im Zentrum eines leuchtenden Farbuniversums aus Gelb, Blau und Rot. Umgeben von Tieren, Symbolen und kleinen Helfern spiegelt das Bild eine innere Reise zwischen Verletzlichkeit, Heilung und Hoffnung wider.

Elisabeth Küntzel-Budde,
Acryl auf Leinwand 70cm mal 100cm
2025
CatpopArt Malerei, Fotografie, Digitalart

www.catpopart.webador.de

Impressum
Landeshauptstadt Mainz
Postfach 3620 | 55116 Mainz
Amt für soziale Leistungen| Koordinierungsstelle gemeindenahe Psychiatrie
Stadthaus Kaiserstraße
Kaiserstraße 3 – 5
55116 Mainz
Redaktion: Svenja Lang
Titelbild: Elisabeth Küntzel-Budde
Druck: Hausdruckerei der Landeshauptstadt Mainz
Stand: 08/2026