

FACETTEN

Das Magazin des ZfP Südwürttemberg

Interview: Brüche in der Behandlung vermeiden S. 6

Eingliederungshilfe: Gemeinsam auf dem Weg S. 10

Ambulante Versorgung: Pflege mit psychiatrischem Blick S. 22



VERNETZTE VERSORGUNG

Transsektorale Psychiatrie



Foto Titelseite: Kwanchaift/Adobe Stock

Inhalt

- 03 Editorial
- 04 Vernetzte Versorgung im Überblick



Titelthema
Interview: Brüche in der Behandlung vermeiden

- 08 Blickpunkt: Die psychiatrische Tagesklinik



Titelthema
Gemeinsam auf dem Weg

- 12 Partner der Justiz
- 14 Zimmer mit Perspektive
- 16 Interview: Der Stigmatisierung entgegenwirken
- 18 Blickpunkt: Vernetzter Austausch
- 20 Eine Brücke zur Somatik



Titelthema
Pflege mit psychiatrischem Blick

- 24 Eng vernetzt unter einem Dach
- 26 Mit Unterstützung selbstständiger werden
- 27 Auf der anderen Seite
- 28 Mehr als Akte Peter
- 30 Blickpunkt: Ganz nah dran
- 32 Teilhabe im Vordergrund
- 34 Wenn die Klinik ins eigene Zuhause kommt
- 36 Kostproben: Bücher, Filme, Podcasts, Blogs, Musik
- 37 Service: IBB-Stellen
- 39 Übrigens, Impressum

YouTube abonnieren



PSYCHIATRIE OHNE GRENZEN DENKEN

Der Verlauf psychischer Erkrankungen folgt keinem festen Schema. Symptome können sich verstärken oder abklingen, Betroffene wechseln zwischen stabilen und herausfordernden Phasen – und damit oft auch zwischen verschiedenen Behandlungsformen. Das klassische Versorgungssystem hingegen ist nach wie vor in Sektoren gegliedert. Was aber, wenn ein Mensch genau dazwischensteht?

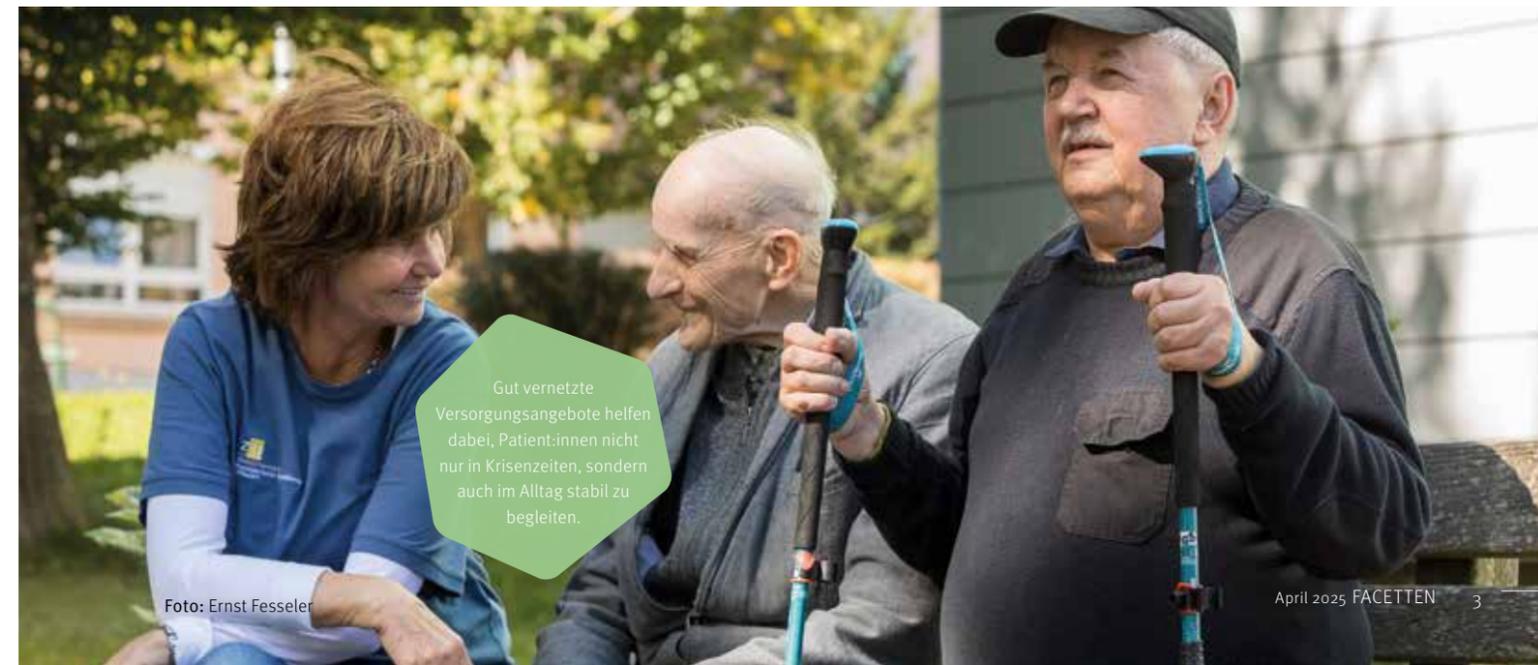
Hier setzt die Idee der transsektoralen Psychiatrie an. Sie verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der über institutionelle Grenzen hinweg denkt und sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Es geht darum, Brücken zu bauen – zwischen Klinik und Alltag, zwischen Therapie und Arbeit, zwischen Akutversorgung und langfristiger Begleitung. Das Ziel im ZFP Südwürttemberg ist es, vernetzte Versorgungsangebote zu schaffen und psychisch erkrankte Menschen nahtlos

zu begleiten. Dafür greifen stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote ineinander, um für eine flexible, individuelle und bedarfsorientierte Unterstützung zu sorgen.

Doch was bedeutet das in der Praxis? Welche Konzepte gibt es? Welche Herausforderungen müssen überwunden werden? Und wie profitieren psychisch Erkrankte davon? In der vorliegenden Facetten-Ausgabe haben wir mit Fachleuten sowie mit Psychiatrie-Erfahrenen gesprochen und einen genaueren Blick auf die Zusammenhänge und Übergänge im psychiatrischen Versorgungssystem geworfen. Denn eine vernetzte Versorgung ist keine Frage einzelner Einrichtungen – sie ist eine gemeinsame Verantwortung.

Manja Olbrich

Manja Olbrich

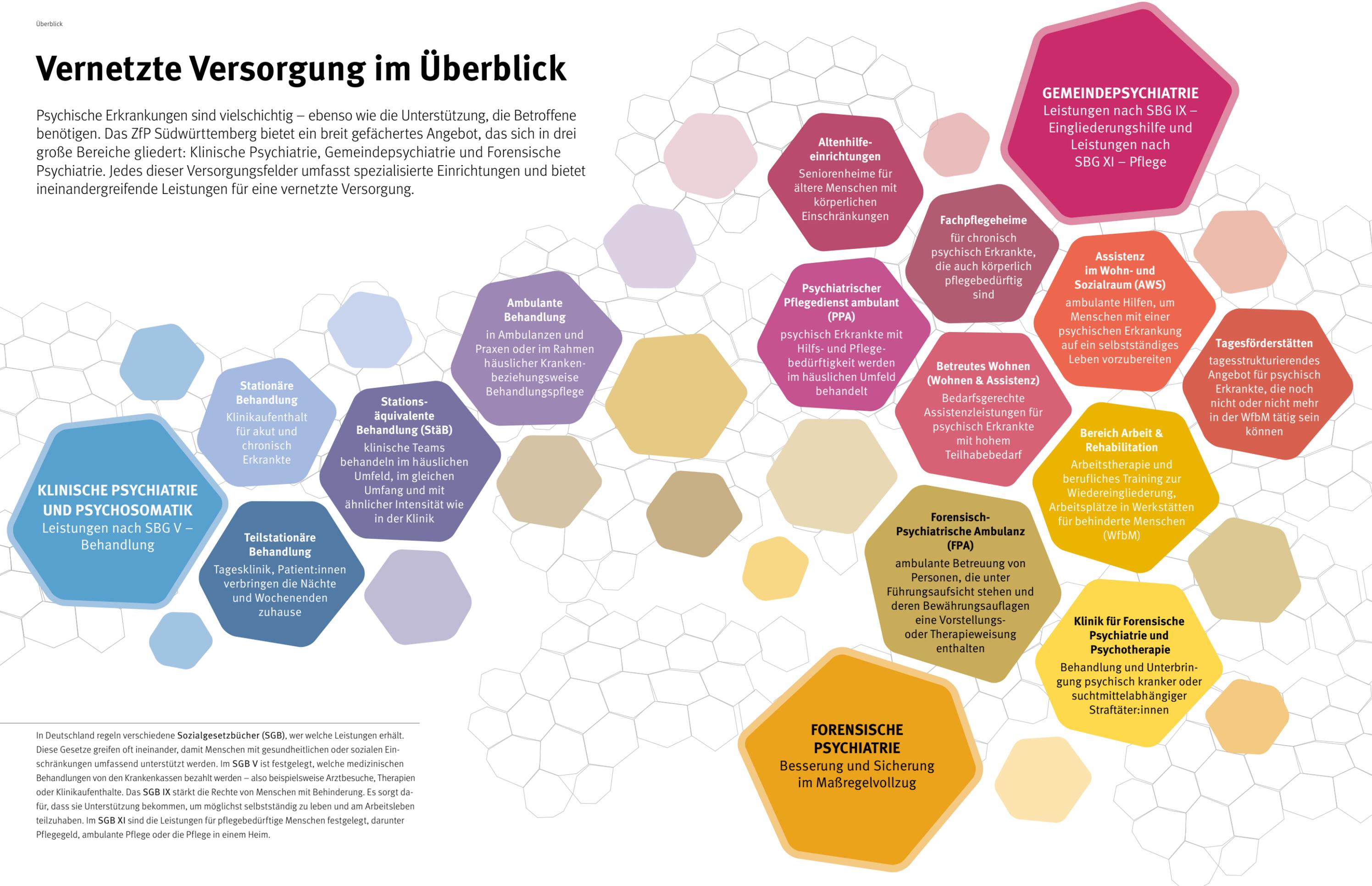


Gut vernetzte Versorgungsangebote helfen dabei, Patient:innen nicht nur in Krisenzeiten, sondern auch im Alltag stabil zu begleiten.

Foto: Ernst Fessler

Vernetzte Versorgung im Überblick

Psychische Erkrankungen sind vielschichtig – ebenso wie die Unterstützung, die Betroffene benötigen. Das ZfP Südwürttemberg bietet ein breit gefächertes Angebot, das sich in drei große Bereiche gliedert: Klinische Psychiatrie, Gemeindepsychiatrie und Forensische Psychiatrie. Jedes dieser Versorgungsfelder umfasst spezialisierte Einrichtungen und bietet ineinandergreifende Leistungen für eine vernetzte Versorgung.



KLINISCHE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK
Leistungen nach SBG V – Behandlung

Stationäre Behandlung
Klinikaufenthalt für akut und chronisch Erkrankte

Teilstationäre Behandlung
Tagesklinik, Patient:innen verbringen die Nächte und Wochenenden zuhause

Stations-äquivalente Behandlung (StäB)
klinische Teams behandeln im häuslichen Umfeld, im gleichen Umfang und mit ähnlicher Intensität wie in der Klinik

Ambulante Behandlung
in Ambulanzen und Praxen oder im Rahmen häuslicher Kranken-beziehungsweise Behandlungspflege

Altenhilfe-einrichtungen
Seniorenheime für ältere Menschen mit körperlichen Einschränkungen

Psychiatrischer Pflegedienst ambulant (PPA)
psychisch Erkrankte mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit werden im häuslichen Umfeld behandelt

Fachpflegeheime
für chronisch psychisch Erkrankte, die auch körperlich pflegebedürftig sind

Betreutes Wohnen (Wohnen & Assistenz)
Bedarfsgerechte Assistenzleistungen für psychisch Erkrankte mit hohem Teilhabebedarf

Forensisch-Psychiatrische Ambulanz (FPA)
ambulante Betreuung von Personen, die unter Führungsaufsicht stehen und deren Bewährungsaufgaben eine Vorstellungs- oder Therapieweisung enthalten

FORENSISCHE PSYCHIATRIE
Besserung und Sicherung im Maßregelvollzug

GEMEINDEPSYCHIATRIE
Leistungen nach SBG IX – Eingliederungshilfe und Leistungen nach SBG XI – Pflege

Assistenz im Wohn- und Sozialraum (AWS)
ambulante Hilfen, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf ein selbstständiges Leben vorzubereiten

Bereich Arbeit & Rehabilitation
Arbeitstherapie und berufliches Training zur Wiedereingliederung, Arbeitsplätze in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
Behandlung und Unterbringung psychisch kranker oder suchtmittelabhängiger Straftäter:innen

Tagesförderstätten
tagesstrukturierendes Angebot für psychisch Erkrankte, die noch nicht oder nicht mehr in der WfbM tätig sein können

In Deutschland regeln verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB), wer welche Leistungen erhält. Diese Gesetze greifen oft ineinander, damit Menschen mit gesundheitlichen oder sozialen Einschränkungen umfassend unterstützt werden. Im **SGB V** ist festgelegt, welche medizinischen Behandlungen von den Krankenkassen bezahlt werden – also beispielsweise Arztbesuche, Therapien oder Klinikaufenthalte. Das **SGB IX** stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderung. Es sorgt dafür, dass sie Unterstützung bekommen, um möglichst selbstständig zu leben und am Arbeitsleben teilzuhaben. Im **SGB XI** sind die Leistungen für pflegebedürftige Menschen festgelegt, darunter Pflegegeld, ambulante Pflege oder die Pflege in einem Heim.



Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie **Prof. Dr. Gerhard Längle** ist Regionaldirektor der Versorgungsregion Alb-Neckar, Geschäftsführer der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik Reutlingen (PP.r) sowie Mitglied der Geschäftsleitung des ZfP Südwürttemberg.

Brüche in der Behandlung vermeiden

Eine nahtlose Unterstützung für psychisch Erkrankte – egal ob in der Klinik, bei ambulanten Angeboten oder im Alltag. Prof. Dr. Gerhard Längle spricht über die Bedeutung von transsektoraler Psychiatrie.

FACETTEN: Was ist eigentlich gemeint, wenn wir von transsektoraler Psychiatrie sprechen?

PROF. DR. GERHARD LÄNGLE: Das ist nicht ganz eindeutig, weil es davon zwei grundsätzlich verschiedene Auffassungen gibt. Allgemein versteht man darunter die übergreifende Behandlung von Patientinnen und Patienten im stationären und im ambulanten Bereich. Hier kann man nochmal trennen zwischen ambulanter Behandlung in der Klinik und dem großen anderen Sektor, der ambulanten Behandlung bei niedergelassenen ärztlichen Fachkolleg:innen. Das ist das eine Verständnis von transsektoraler Psychiatrie. Das andere Verständnis geht weiter, weil es aus dem reinen Behandlungsbegriff herausgeht und die Sektoren der sozialen oder beruflichen Rehabilitation und der Pflege mit einbezieht. Diese Versorgungssektoren sind in eigenen Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt. Der ganze Sektor Krankenbehandlung ist in SGB V geregelt, die soziale Rehabilitation im SGB IX und der Pflegesektor im SGB XI. Und die haben alle ihre eigenen Regularien und ihre eigenen Finanzierungsstrukturen. Es ist aber immer der gleiche Mensch, der diese Unterstützung braucht. Und deshalb redet man, wenn man gemeinsam alle Bedarfe des Menschen berücksichtigen will, von transsektoraler Psychiatrie.

FACETTEN: Welche Sektorengrenzen sind aus Ihrer Sicht am stärksten wahrnehmbar?

LÄNGLE: Deutliche Schnittstellen sind da, wo der Kostenträger wechselt. Wobei das nicht immer der Fall ist, wenn der Sektor verlassen wird. Das Finanzierungssystem ist leider extrem komplex. Ganz klassisch sind

beispielsweise für Krankenbehandlungen, also für Leistungen im SGB V-Bereich, die Krankenkassen zuständig und für Pflegeleistungen nach dem SGB XI die Pflegekassen. In allen Bereichen gibt es aber viele Ausnahmen, Sonderfälle und Überschneidungen, die zu berücksichtigen sind. Aber wenn wir die reine Behandlung anschauen, dann ist leider im Moment die Trennung zwischen dem Bereich der niedergelassenen Kolleg:innen, also dem klassischen ambulanten Sektor, und dem Bereich der klinischen Versorgung, noch sehr stark ausgeprägt. Diese Grenze zu überbrücken und gemeinsam zu einem sinnvollen Vorgehen zu kommen, ist eine große Aufgabe.

FACETTEN: Warum ist es so wichtig, diese Grenzen durchlässiger zu gestalten?

LÄNGLE: Auch chronisch kranke Menschen verbringen nur eine sehr kurze Zeit ihres Lebens in der Klinik. In der Psychiatrie können es mal ein paar Wochen sein, über die Jahre hinweg gesehen auch Monate. Aber dennoch findet die Versorgung hauptsächlich ambulant statt, entweder im System der Niedergelassenen oder in unseren eigenen Ambulanzen. Wichtig ist, egal wo die ambulante Versorgung stattfindet, dass sie nicht getrennt von der stationären existiert. Das eine muss in das andere hineindenken, muss berücksichtigen, was vorher war und was hinterher sein kann. Und an diesen Schnittstellen ist es wichtig zu wissen, was die Kolleg:innen draußen, und was die Kolleg:innen drinnen getan und gedacht haben. Im günstigen Fall telefoniert man miteinander, noch besser wären gemeinsame Fallkonferenzen. Auf jeden Fall aber sollte die

Gemeinsame **Fallkonferenzen** und eine gut abgestimmte **Entlassplanung** begünstigen eine sektorenübergreifende Versorgung.

Die **Trennung** zwischen dem klassischen **ambulanten Sektor** und dem Bereich der **klinischen Versorgung** ist noch sehr stark ausgeprägt.

”
Das Ziel heißt, ambulant vor stationär im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten.
”

Prof. Dr. Gerhard Längle

Entlassplanung sehr genau miteinander abgestimmt sein, sodass keine Brüche in der Behandlung entstehen. Solche Brüche beinhalten immer das Risiko eines Rückfalls, und das ist bei psychisch kranken Menschen, die sich gerade so stabilisiert haben, eine ganz, ganz schlechte Situation.

FACETTEN: Welche Maßnahmen wären für den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor wünschenswert?

LÄNGLE: In vielen Fällen läuft die Kommunikation da schon ganz gut. Oftmals rufen die niedergelassenen Kolleg:innen an und sprechen mit dem aufnehmenden Arzt beziehungsweise der Ärztin, sodass relevante Informationen weitergegeben werden. Im Idealfall gibt es – so wie es einen Entlassbrief gibt – auch einen Einweisungsbrief. Das passiert leider selten, wäre aber optimal. Künftig sollen auch auf die elektronische Gesundheitskarte entsprechende Daten aufgespielt werden können. Wenn der Patient das zulässt, dann kann es tatsächlich dazu führen, dass man einen relativ guten Einblick in die bisherigen therapeutischen Maßnahmen bekommt. Gerade wenn ein Patient sich in ausgeprägten Krankheitsphasen selbst nicht so gut mitteilen kann.

FACETTEN: Es gibt mittlerweile einige Neuerungen im Bereich der Telemedizin. Welche Chancen bieten digitale Anwendungen?

LÄNGLE: Ich persönlich bin eher skeptisch, ob die Tools, die im Moment angeboten werden, wirklich die Lücken im Versorgungssystem füllen können. In der Regel findet der Kontakt hier nur online, bestenfalls telefonisch statt. Bei psychischen Erkrankungen ist die Ursache aber immer eine Mischung aus biologischen, sozialen und psychischen Zusammenhängen. Entsprechend muss man in der Therapie alle drei Punkte berücksichtigen. Es braucht die psychotherapeutische Komponente und auch das Wissen um das soziale Umfeld und die Unterstützung dort. Deswegen kann eine Behandlung, die auf Dauer tragen soll, nicht rein virtuell aus Berlin oder Hamburg passieren. Zur Überbrückung kann es aber für einzelne Patienten hilfreich sein. Gerade wenn man lange auf einen Platz für eine Psychotherapie wartet.

Im Idealfall gibt es – analog zum Entlassbrief – auch einen **Einweisungsbrief**.

FACETTEN: In welchen Bereichen läuft die vernetzte Versorgung gut und wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

LÄNGLE: In der Regel läuft es innerhalb des ZfP und auch in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Gesellschaften, wie zum Beispiel der GP.rt und der PP.rt, sehr gut. Schwierig wird es erfahrungsgemäß bei den hochkomplexen Patient:innen mit einem hohen Hilfebedarf und häufigem Wechsel zwischen stationären Aufenthalten und außerklinischer Behandlung. Und bei Patient:innen, die weder im einen, noch im anderen System zufriedenstellend versorgt, begleitet und behandelt werden können. Da ringen wir oftmals um optimale Abläufe und ein gutes Schnittstellenmanagement. In der Versorgungsregion Alb-Neckar besprechen wir solche Fälle in der gemeinsamen Regionalleitungskonferenz, bis wir eine zufriedenstellende Lösung haben. Hier können wir gemeinsam auch weitreichende Entscheidungen treffen, die von der üblichen Routine abweichen. Die übergreifende Koordination in solchen Extremfällen liegt mir persönlich sehr am Herzen. Ein zweiter Punkt den wir anstreben, ist eine zunehmend aufsuchende Behandlung. Gerade bei den Menschen, die im ambulant betreuten Wohnen oder in besonderen Wohnformen stationär versorgt werden. Dabei wird vor Ort ambulant oder auch stationsäquivalent behandelt, von Teams zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung, von Psycholog:innen und Mitarbeitenden aus dem Sozialdienst. Damit ist eine ganz enge Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Strukturen im Heim oder in der betreuten Wohnform gewährleistet. Das Ziel heißt, ambulant vor stationär im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Nicht nur für die soziale Rehabilitation, sondern auch im Bereich der medizinischen und psychiatrischen Versorgung. Ich glaube, das wird die transsektorale Versorgung nochmal deutlich verbessern.

Aufgezeichnet von Manja Olbrich
Foto: Heike Amann-Störk

Durch **aufsuchende Behandlungen** und **vernetzte Angebote** lassen sich Versorgungsbrüche vermeiden, was langfristig die Prognose der Patient:innen verbessert.

Die psychiatrische Tagesklinik: Ein wichtiges Bindeglied

Die psychiatrischen Tageskliniken des ZfP Südwürttemberg bieten eine flexible Behandlungsform, die die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schließt. Sie ermöglichen Patient:innen, intensive therapeutische Unterstützung zu erhalten, während sie weiterhin in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bleiben können. Neben den Tageskliniken für Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Suchterkrankungen stehen auch Angebote im Bereich Migrationspsychiatrie, Depression, Psychosomatik und Alterspsychiatrie zur Verfügung. Von Montag bis Freitag wird hier ganztägig ein individuell abgestimmtes Therapieangebot bereitgestellt. Dazu zählen Psychotherapie, Ergo- und Bewegungstherapie und medizinische Behandlungen. Die Nähe zum Alltag der Patient:innen erleichtert die direkte Umsetzung neuer Strategien und stärkt die Selbstständigkeit.

Text: Heike Amann-Störk Foto: Ernst Fesseler

Gemeinsam auf dem Weg

Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum haben das Ziel, Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Damit dies nachhaltig gelingt, ist eine enge Zusammenarbeit gefragt.

Zwei prallgefüllte Reisetaschen, ein großer Koffer und ein Rucksack – Madeleine M. ist bestens vorbereitet für den dreitägigen Hüttenaufenthalt, den die Gemeindepsychiatrie des ZfP Südwürttemberg für einige Klient:innen organisiert hat. Obwohl ihre Nervosität spürbar ist und sich wie so oft in allgemeinen Beschimpfungen entlädt, ist ihre Anwesenheit an der Bushaltestelle bereits ein großer Fortschritt.

„Als Frau M. vor einigen Jahren in der Therapeutischen Wohngruppe (TWG) des ZfP aufgenommen wurde, war sie auf sehr intensive

Betreuung angewiesen“, erinnert sich Johannes Bürker, Leiter der Eingliederungshilfe. Aufgrund ihrer paranoiden Schizophrenie und einer Persönlichkeitsstörung stellte die heute 36-Jährige sowohl für das Betreuungsteam als auch für die anderen Bewohner:innen eine erhebliche Herausforderung dar: laut, fordernd, oft aggressiv. Doch im Laufe der Zeit konnte eine stabile therapeutische Beziehung aufgebaut werden. Frau M. lernte, mit ihrer Situation besser umzugehen. Der Alltag in der Wohngruppe wurde zunehmend bewältigbar.

Trotz dieser Fortschritte war das Ziel klar: Frau M. sollte so viel Selbstständigkeit wie möglich erlangen. Daher führte der nächste Schritt in ihrer Entwicklung zum Übergang in eine ambulante Wohnform. „Dank der gut ausgebauten Strukturen der Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS) war dieser Übergang möglich“, erklärt Bürker. „Wir haben die AWS-Angebote innerhalb eines Jahres nahezu verdoppelt“, fügt er hinzu. Das Wachstum der Wohngemeinschaften sei beeindruckend, bringe aber auch neue Herausforderungen mit sich. Mehr Klientinnen und Klienten bedeuten eine größere Verantwortung und eine intensivere Abstimmung zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Akteuren. „Gerade die Zusammenarbeit mit kommunalen Beauftragten und Leistungsträgern ist essenziell“, betont Bürker.

Dabei spielt das Teilhabemanagement eine Schlüsselrolle. Das Teilhabemanagement fungiert als zentrale Schnittstelle zwischen rechtlichen Betreuern, Kliniken und Betreuungsangeboten. Es sorgt dafür, dass Klient:innen die individuelle Unterstützung erhalten, die sie benötigen – sei es in Form von Eingliederungshilfe, einer speziellen Wohnform oder Fachpflege. „Wir haben immer wieder Fälle, in denen sich Klient:innen beim Aufenthalt im Fachpflegeheim stabilisieren und anschließend in eine selbstständigere Wohnform überwechseln“, so Bürker.

Der Weg zur eigenständigen Lebensführung

Oft beginnt der Übergang zu ambulanten Angeboten bereits während des Klinikaufenthalts. „Das Aufnahmemanagement spielt hier eine zentrale Rolle“, erklärt Bürker. Gemeinsam mit den Klinikteams, dem

Teilhabemanagement und bei Bedarf auch dem psychiatrischen Pflegedienst ambulant (PPA) werden bereits zu Beginn mögliche Betreuungsformen erörtert. In einigen Fällen gibt es runde Tische, bei denen alle Beteiligten – von Klinikmitarbeitenden über Betreuende bis hin zu kommunalen Akteuren – zusammenkommen, um die nächsten Schritte zu planen.

Solche Übergänge sind nicht immer einfach. Auch im Fall von Madeleine M. war viel Engagement und Fingerspitzengefühl gefragt. „Die ersten Wochen waren für alle Beteiligten schwierig und haben viele Ressourcen gebunden“, blickt Bürker zurück. Die Assistenzleistungen werden in der Regel nur stundenweise erbracht, eine enge Betreuung wie in der TWG gibt es nicht. Daher sei die Anfangsphase von Unsicherheiten geprägt gewesen, die wiederum in auffälligem Verhalten mündeten. „Schließlich hat die Klientin jedoch mit Unterstützung des Teams gelernt, die neuen Freiheiten zu nutzen“, so Bürker. „Wenn jemand eine solche Hürde meistert, ist das ein großer Erfolg.“

Herausforderungen im Alltag meistern

Der Alltag im AWS erfordert oft flexible Lösungen und ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. Frau M., die heute in der Wohngemeinschaft lebt, weiß, wie wichtig diese Unterstützung ist. Ihre schizoaffective Störung führt immer wieder zu Überforderungen, besonders in größeren Menschengruppen. Dies zeigte sich auch bei der Vorbesprechung des Hüttenaufenthaltes, bei dem sie die anderen Teilnehmenden beschimpfte. „In solchen Momenten sind wir da, um beruhigende Gespräche zu führen und die Situation zu entschärfen“, erklärt Bürker.

Ziel der Betreuungsleistungen ist es, Strategien zu entwickeln, die den Umgang mit Herausforderungen erleichtern. Denn wie viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ist auch Frau M. pflegebedürftig. Mit ihrem Pflegegrad 2 hat sie Anspruch auf ambulante gesundheitliche und pflegerische Unterstützung, die ihr momentan vor allem bei der Einnahme ihrer Medikamente zugute kommt. Zudem tauscht sie sich mit den Mitarbeitenden des PPA regelmäßig über ihre aktuelle Situation aus. In den verpflichtenden Beratungsgesprächen, die zweimal jährlich stattfinden, werden gemeinsam weitere notwendige oder hilfreiche Leistungen besprochen und empfohlen. Diese gehen über die klassische Pflege hinaus und umfassen beispielsweise Unterstützung bei der Bewältigung von Symptomen oder bei der Vermeidung und Bewältigung von Krisensituationen.

Unterstützung in akuten Krisen

Krisen gehören meist zum Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen dazu. Wenn die ambulanten Angebote nicht ausreichen, kann ein Klinikaufenthalt für bestimmte Zeit hilfreich und entlastend sein. „Die Beziehung zum AWS-Team bleibt jedoch bestehen“, betont Bürker. Das Team besucht die Klient:innen in der Klinik, um die Bindung aufrechtzuerhalten, oder organisiert Gespräche mit den behandelnden Teams. „Manchmal sind es genau diese stabilen Beziehungen, die Klienten helfen, schneller wieder Fuß zu fassen.“

”

Es ist nicht immer leicht, aber es lohnt sich – für alle Beteiligten.

”

Johannes Bürker

Das übergeordnete Ziel dieser Maßnahmen ist es, Menschen mit psychischen Erkrankungen ein Leben in weitgehender Selbstbestimmung zu ermöglichen. Dabei ist die enge Vernetzung zwischen Klinik, PPA, AWS, Teilhabemanagement und anderen Akteuren von grundlegender Bedeutung. „Wir arbeiten daran, dass unsere Klient:innen nicht nur stabil leben, sondern auch das Gefühl haben, Teil der Gesellschaft zu sein“, betont Bürker.

Als der Bus die Klient:innen zur Hütte bringt, ist Madeleine M. dabei – mit spürbarer Aufregung, aber auch Vorfreude. „Ich fand es schön, weil es sich heimelig angefühlt hat“, erzählt sie später. Zwar seien die ersten Stunden nicht leicht gewesen, aber die Möglichkeit, mit anderen zu reden, habe ihr Sicherheit gegeben. Für sie war der Aufenthalt ein weiterer Schritt in Richtung Selbstständigkeit. „Es ist nicht immer leicht, aber es lohnt sich – für alle Beteiligten“, resümiert Bürker zufrieden. ■

Text und Foto: Heike Amann-Störk

§§ Rechtliche Basis für ein selbstbestimmtes Leben

Die Assistenzleistungen im Wohn- und Sozialraum (AWS) sind im SGB IX geregelt und unterstützen Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei, ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen. Im Gegensatz dazu ist der psychiatrische Pflegedienst ambulant eine Einrichtung der Langzeitversorgung nach SGB XI. Menschen mit Pflegegrad erhalten hier gesundheitliche und pflegerische Leistungen. Darüber hinaus sind Leistungen nach SGB V (häusliche Krankenpflege) häufig. Auf ärztliche Verordnung werden medizinische Leistungen erbracht. Dazu kommt ein spezialisierter Rahmenvertrag zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Mit passender Unterstützung lässt sich der Alltag besser bewältigen.

Partner der Justiz

Im Maßregelvollzug ist viel Engagement und Expertise gefragt, um dem gesetzlichen Auftrag der „Besserung und Sicherung“ gerecht zu werden. Dafür arbeiten die forensischen Kliniken nicht nur mit der Strafvollstreckungsbehörde eng zusammen. Zu Besuch in Bad Schussenried.

Der Unterbringungsbeschluss vom Amtsgericht kommt per Anruf oder Fax. Anschließend bleibt meistens nur ein Tag Zeit, bis auf der Aufnahme- und der Motivationsstation erfolgen Anamnese, Diagnostik und Erstbehandlung, die Behandlungsstationen arbeiten nach diagnose-spezifischen Schwerpunkten. Auf allen Stationen finden ärztliche, therapeutische und bezugspflegerische Einzelgespräche ebenso wie Gruppenangebote, Tagesstrukturierung und kreativ- und arbeitstherapeutische Angebote statt.

„Der überwiegende Teil unserer Patienten kommt erst einmal per einstweiliger Unterbringung nach § 126a Strafprozessordnung (StPO) zu uns, was einer Untersuchungshaft ähnelt“, ergänzt Birgit Schick, Pflegedirektorin der Klinik. Im Zuge der Hauptverhandlung am zuständigen Landgericht werde dann geprüft, ob eine Unterbringung nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB) erfolgt, wofür

unter anderem eine zumindest erheblich verminderte Schuldfähigkeit sowie ein Wiederholungsrisiko für erhebliche Taten und hierdurch eine Gefährlichkeit für die Allgemeinheit vorliegen muss, erklärt Hartmann-Rahm weiter.

Für die Hauptverhandlung ist die ärztliche und pflegerische Dokumentation mit entscheidend. In diese können für die Begutachtung beauftragte Sachverständige Einblick nehmen. Hartmann-Rahm: „Als Einrichtung sind wir analog zum Justizvollzug Partner der Justiz.“ Zu den Verhandlungsterminen am Landgericht in der Heimatregion der Beschuldigten werden diese gesichert und von zwei ZfP-Pflegekräften begleitet. „Wir sind dann somit auch Transportbehörde.“

Diagnosespezifische Behandlung

Kommt das Gericht zum Schluss, dass eine Unterbringung gemäß § 63 StGB zu erfolgen hat und ist der Patient problemlos in die Patientengruppe integrierbar, wird er zum

nächstmöglichen Zeitpunkt auf die Motivationsstation verlegt, wo er im Weiteren auf eine der acht Behandlungsstationen vorbereitet wird. Auf der Aufnahme- und der Motivationsstation erfolgen Anamnese, Diagnostik und Erstbehandlung, die Behandlungsstationen arbeiten nach diagnose-spezifischen Schwerpunkten. Auf allen Stationen finden ärztliche, therapeutische und bezugspflegerische Einzelgespräche ebenso wie Gruppenangebote, Tagesstrukturierung und kreativ- und arbeitstherapeutische Angebote statt.

Des Weiteren gibt es co-therapeutische Angebote wie Musik- und Kunsttherapie sowie schulische Unterstützung durch eine Lehrerin. Schwerpunktmäßig geht es bei der forensischen Behandlung um Krankheitseinsicht, Behandlungseinsicht, Deliktbearbeitung, Erfassung und Prävention der delikt-spezifischen Risikofaktoren und Entwicklung von Verantwortungsübernahme der Patient:innen für ihre individuellen delikt-spezifischen Risikofaktoren. Nachfolgend

Der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Bad Schussenried sind die Landgerichtsbezirke Hechingen, Ellwangen, Tübingen und Ulm mit insgesamt 23 Amtsgerichten zugeteilt.



Während für die Hauptverhandlung und die Führungsaufsicht das Landgericht in der Heimatregion der Patient:innen verantwortlich zeichnet, ist während der Unterbringung in Bad Schussenried die Strafvollstreckungskammer am Landgericht Ravensburg zuständig.

geht es um eine schrittweise Erprobung der Tragfähigkeit der erreichten therapeutischen Fortschritte im Rahmen von Vollzugslockerungen in kleinen, risikobewussten Schritten. Begleitet wird dies durch den Aufbau von sozialen Kompetenzen und das Stärken einfacher Alltagskompetenzen wie etwa Einkaufen oder Busfahren und das durchgehende Hinwirken auf prosoziales Verhalten in der Gemeinschaft.

In Bad Schussenried gibt es insgesamt zwölf kleinschrittige Lockerungsstufen: Sie umfassen unter anderem Ausgänge mit oder ohne Aufsicht, zunächst auf dem Klinikgelände, später auch außerhalb. Ab Stufe 8, dem selbstständigen Ausgang in die Stadt, bedarf es stets der Zustimmung der Staatsanwaltschaft. Ab dieser Stufe können die Patienten dann auch auf eine der beiden offen geführten Stationen verlegt werden.

Verläuft die Erprobung weiter positiv, beginnt der letzte Abschnitt der Behandlung mit der Planung der sogenannten extramuralen Erprobung: „Da geht es darum, den Patienten einen sozialen Empfangsraum in ihren Heimatlandkreisen aufzubauen“, erläutert Hartmann-Rahm. Dies bedeute für den Sozialdienst, dass die Telefone heiß laufen, um dort Wohnraum und Arbeit zu finden. Auch die Anbindung an eine Ambulanz vor Ort wie auch weiterhin an die Schussenrieder

Klinik sei hierfür wichtig, etwa wenn es um die Medikation oder tiefere Kenntnis der Risikofaktoren geht. Hartmann-Rahm: „Ziel ist eine positive Entlassprognose und eine Minimierung des Risikos erneuter Delikte.“

Ebenfalls angeboten werden Sprachkurse und es besteht die Möglichkeit, in den ZfP-Werkstätten zu arbeiten. Schick: „Unser Ziel ist es, dass unsere Patienten wieder Teil der Gesellschaft werden können.“ Im Schnitt dauere die Unterbringung nach § 63 StGB vier bis fünf Jahre, deren Notwendigkeit werde jährlich überprüft. Im Rahmen der Synergie bestehe eine auch personell enge Kooperation mit der Allgemeinpsychiatrie am Standort. „Dies betrifft etwa die ärztlichen Bereitschafts- und die pflegerischen Hintergrunddienste ebenso wie die therapeutischen Angebote.“

Mehrere Jahre unter Beobachtung

Nach ihrer Entlassung stehen die Patient:innen in der Regel drei bis fünf Jahre lang unter Führungsaufsicht, sind also „auf Bewährung“ in Freiheit und müssen entsprechende Auflagen erfüllen. Für ihre Nachsorge ist dann die Forensisch-Psychiatrische Ambulanz (FPA) des ZfP Südwürttemberg zuständig, die bereits im Verlauf der extramuralen Erprobung einbezogen wird.

„Unsere Ambulanz arbeitet eng mit der Bewährungshilfe zusammen, zum Beispiel, wenn es um eine möglicherweise notwendige Krisenintervention geht“, erklärt Hartmann-Rahm weiter. Für die Anpassung der Medikation zum Beispiel sei die Allgemeinpsychiatrie zuständig. Eine weitere Schnittstelle besteht an diesem Punkt auch mit der Gemeindepsychiatrie: „Die Entlassenen wohnen dann in Nachsorgeeinrichtungen, zum Beispiel von freien Trägern, der Diakonie oder der Caritas.“

Sowohl am Beginn der Unterbringung als auch bei der Entlassung komme die Vernetzung maximal zum Tragen, sagt Hartmann-Rahm: „Staatsanwaltschaft, Strafvollstreckungskammer, Landratsamt, Gemeindepsychiatrie, Ambulanz und Allgemeinpsychiatrie – alle arbeiten hier sehr intensiv und komplex zusammen.“ Um diese Zusammenarbeit und die Situation im Maßregelvollzug zu verbessern, sind der Chefärztin zufolge mindestens zwei Dinge notwendig: „Die Paragraphen 126a StPO und 63 StGB müssen wieder konsequenter ausgelegt werden. Und wir brauchen dringend mehr Plätze im engmaschig betreuten Wohnen, auch besondere Wohnform genannt.“ **f**

Text: Stefan Angele
Fotos: Ernst Fesseler

Zimmer mit Perspektive

Ein ehemaliges Hotel in Pfullingen wird zur Brücke in den Alltag: Das neue Rehaszentrum ebnet psychisch kranken Menschen den Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben.

Wer durch die Eingangstür des neuen Rehaszentrums in Pfullingen tritt, wird von einer einladenden Lobby begrüßt. Eine schicke Empfangstheke, bequeme Lounge-möbel und warme Farben erinnern noch stark an das ehemalige Hotel Engelhardt. Doch Zimmerservice gibt es hier keinen. Stattdessen erwartet die neuen Bewohner:innen ein klarer Plan: Schritt für Schritt wieder Verantwortung für den Alltag übernehmen, die Selbstständigkeit fördern und den Übergang ins Berufsleben schaffen.

„Nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt mit Rundumversorgung ist es für viele unserer Reha-bilitand:innen eine Umstellung, sich wieder selbst um hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu kümmern“, erklärt Bettina Kübler, Psychologische Psychotherapeutin. Deshalb gehören im Rehaszentrum Aufgaben wie das Einkaufen, das Blumengießen oder das gemeinsame



Kochen zum Konzept. Insgesamt stehen 15 stationäre und zehn ambulante Plätze zur Verfügung.

Brücke zwischen Klinik und Alltag

Das Ziel der Einrichtung ist klar: die Lücke zwischen Klinikaufenthalt und Alltagsbewältigung schließen und den Rehabilitanden so wieder eine Teilhabe am Alltagsleben, am Beruf und an der Freizeit zu ermöglichen. Dafür gibt es ein eng verknüpftes Angebot, das Leistungen einer medizinischen und beruflichen Rehabilitation unter konsequenter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung vereint. Im Fokus steht dabei stets der einzelne Mensch, der je nach Diagnose und individuellen Funktionsbeeinträchtigungen ganz unterschiedliche Ansprüche hat. „Durch unser Bezugspersonen-System können wir die individuellen Bedürfnisse genau erfassen und gezielt darauf eingehen“, sagt Kübler.

Chefärztlich geleitet wird die Rehabilitationsklinik für Psychisch Kranke (RPK) von Dr. Jamil El Kasmi, wodurch eine enge Anbindung an die Klinik PP.r.t inklusive sämtlicher medizinischer und therapeutischer Leistungen gewährleistet ist. Über die GP.r.t sind Angebote wie Trommelkurse oder Walkinggruppen zugänglich. „Unsere Rehabilitanden profitieren enorm von dieser Vernetzung“, so Kübler.

Übergänge erleichtern

Der Aufenthalt im Rehaszentrum ist in Phasen gegliedert. Zunächst orientieren sich die Rehabilitand:innen



Im Rehaszentrum stehen **15 stationäre** und **10 ambulante Plätze** zur Verfügung.



Das Projekt wird von **vier Trägern** gestützt: Käuferin des Hotels ist die **PP.r.t.**, gemeinsam mit der **Schwester-Gesellschaft GP.r.t.** Beide sind Töchter der **BruderhausDiakonie** und des **ZfP Südwürttemberg**.



1,5 Jahre vergingen vom Baugesuch bis zur Inbetriebnahme des ehemaligen Hotels.

Zum Trainingsbereich gehört auch eine kleine Holzwerkstatt, in der handwerkliche Fähigkeiten geschult werden.



in einem allgemeinen Therapieprogramm mit Kunst- und Arbeitstherapie, Gesprächsgruppen oder Psychoedukation. In einer späteren Phase werden individuelle Ziele definiert. „Vielen gelingt der direkte (Wieder-)Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt, andere finden einen Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen“, erklärt Kübler.

Um den Übergang zu erleichtern, gibt es vor Ort zahlreiche Trainingsmöglichkeiten: eine kleine Werkstatt mit Maschinen, PC-Arbeitsplätze oder eine Nähmaschine. Wenn es im geschützten Rahmen gut läuft, wird ein Praktikumsplatz vermittelt. Dafür arbeitet das Rehaszentrum mit lokalen Partnern wie Drogeriemärkten, Apotheken und Schulen zusammen. „Mittlerweile haben wir ein gutes Netzwerk aufgebaut und wissen, welche Betriebe sich eignen“, sagt Kübler. Hilfreich sei außerdem die Zusammenarbeit mit der BruderhausDiakonie, die ebenfalls viel Expertise bei der Vermittlung von Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe hat.

Kontakt reißt nicht ab

Die Zusammenarbeit geht über die Region hinaus: Die Deutsche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit sind wichtige Partner, um individuelle Übergänge erfolgreich zu gestalten. Gleichzeitig spielt die regionale Anbindung eine zentrale Rolle. Angebote wie das Schwimmbad, die Stadtbücherei oder Weiterbildungen bei der Volkshochschule und dualen Hochschulen werden gezielt genutzt, um den Kontakt zur Umgebung zu fördern und Alltagskompetenzen zu stärken.

Und auch nach der Rückkehr in den Alltag und das Berufsleben bleibt das Rehaszentrum eine wichtige Stütze. „Der Kontakt zu den Bezugspersonen reißt nicht einfach ab, sondern bleibt so lange bestehen, wie nötig“, betont Kübler. Jobcoaches reflektieren mit allen Beteiligten, geben Ratschläge und sorgen für Stabilität – selbst über die Nachsorge hinaus. So können die Rehabilitand:innen beispielsweise für die Dauer der Ausbildung in eine betreute Wohnform vermittelt werden. „Mit der richtigen Unterstützung und einer guten Vernetzung lassen sich auch große Veränderungen meistern.“

Text: Heike Amann-Störk
Fotos: Ernst Fesseler, GP.r.t
Icons: icons8

Heike Amann-Störk hat zwar schon viele Nächte in Hotels verbracht, jedoch nur als Gast und war beeindruckt, wie aus dem ehemaligen Gebäude ein Ort für einen Neustart ins Leben geschaffen wurde. ✍



Dr. Paul Lahode ist Mitglied der Geschäftsleitung des ZfP Südwürttemberg und seit 2022 Regionaldirektor der Versorgungsregion Donau-Riss. Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie leitet zudem den Zentralbereich Gemeindepsychiatrie.

Der Stigmatisierung entgegenwirken

Die Gemeindepsychiatrie schafft ein unterstützendes Netzwerk, das psychisch erkrankten Menschen hilft, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, die soziale Teilhabe zu fördern und individuelle Ressourcen zu stärken. Dr. Paul Lahode erklärt, worin die Schwierigkeiten einer umfassenden Versorgung liegen.

FACETTEN: Warum ist eine vernetzte Versorgung durch gemeindepsychiatrische Angebote so wichtig?

DR. PAUL LAHODE: Die Gemeindepsychiatrie setzt an der Schnittstelle zur Klinik an. Wir wollen den Menschen nicht nur im medizinischen Kontext in der Klinik sehen, sondern in seiner Ganzheit, in seinem gesamten Lebensumfeld. Denn das Leben findet außerhalb der Klinik statt und soll auch außerhalb der Klinik stattfinden. Das ist auch mit ein Grund, weshalb wir geschäftsbereichsübergreifend unsere Angebote weiter ambulantisieren. Bei der Vernetzung der Versorgungsangebote geht es darum, der Individualität des Menschen und seinen Bedarfen sektorenübergreifend gerecht zu werden und einen nahtlosen Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen sicherzustellen. Es geht um eine Stabilisierung und Verbesserung des Zustands außerhalb der Klinik, um die Stärkung im sozialen Umfeld. Ziel ist es, Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen, indem der Patient außerhalb der Klinik in seinem sozialen Umfeld bestmöglich versorgt und betreut wird. Um das Lebensumfeld zu stärken, sind uns auch die Angehörigenarbeit und der sogenannte Trialog wichtig. Wir wollen Patient, Behandler oder Betreuer und die Angehörigen zusammenbringen.

FACETTEN: Das heißt, die Teilhabe steht im Vordergrund?

LAHODE: Das Ziel ist eine personenzentrierte und bedarfsgerechte Versorgung. Was genau bedarfsgerecht bedeutet, ist von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich und hängt von seiner Persönlichkeit, seiner Erkrankung, seinem sozialen Umfeld und anderen Faktoren ab. Was können zum Beispiel Freunde, Familie oder Kolleg:innen auffangen und

wie gut ist der Mensch noch ins Gemeinwesen integriert, zum Beispiel durch seine Arbeit, durch Vereinsmitgliedschaften oder ehrenamtliches Engagement? Eine psychische Erkrankung ist immer auch ein Risikofaktor für einen niedrigen sozio-ökonomischen Status. In der Folge kann dies Auswirkungen auf das soziale Umfeld haben, sei es die Familie, den Arbeitsplatz, die Bildungschancen oder auch die körperliche Gesundheit. Es besteht die Gefahr einer Abwärtsspirale. Befeuert wird diese zusätzlich durch Stigmatisierungen und Vorbehalte, die nach wie vor gegenüber psychisch Erkrankten bestehen. Daher sehen wir als ZfP Südwürttemberg unsere Aufgabe auch darin, Aufklärungsarbeit zu leisten und der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen entgegenzuwirken.

FACETTEN: Gibt es aus Ihrer Sicht Lücken im Versorgungsnetzwerk?

LAHODE: Grundsätzlich halte ich das Netz der psychiatrischen Versorgung in den Versorgungsregionen des ZfP Südwürttemberg schon für sehr gut. Viele engagierte Kolleginnen und Kollegen haben seit Jahrzehnten dafür erfolgreich gearbeitet und gekämpft, Lücken im Versorgungssystem zu schließen. Eine Versorgungslücke besteht noch bei den Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten. Wir reden von schwerst psychisch chronisch erkrankten Menschen, die einen sehr hohen individuellen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf haben. Es gibt derzeit landes- oder sogar bundesweit nur sehr wenige Angebote, wo diese Menschen unter geschützten Bedingungen ihren Lebensmittelpunkt dauerhaft oder zumindest über einen längeren Zeitraum haben können. Es gibt zwar Therapeutische Wohngruppen, aber diese verfolgen – wie der Name schon sagt – einen therapeutischen Ansatz und sind

Die Sozialgesetzgebung hat sich in den letzten Jahren geändert, insbesondere durch das **Bundesteilhabegesetz (BTHG)**. Dabei wurde die **Eingliederungshilfe** aus der Sozialhilfe herausgelöst und im SGB IX neu geregelt. Früher wurde sie als **Betreuung** verstanden und war eine Fürsorgeleistung. Heute liegt der Fokus auf der Unterstützung zur eigenständigen Lebensführung.

”
*Das Leben findet außerhalb
der Klinik statt.*
”

Dr. Paul Lahode

nach ihrer Konzeption auch zeitlich begrenzt. Pro Landkreis sind es schätzungsweise fünf Personen, für die wir ein LIBW-Angebot (Langzeit intensiv betreutes Wohnen) benötigen. Auch die flächendeckende Einrichtung eines psychiatrischen Krisendienstes in den verschiedenen Landkreisen wäre wünschenswert.

FACETTEN: Gibt es Hürden in der sektorenübergreifenden Versorgung?

LAHODE: Die bürokratischen Belastungen sind deutlich spürbar. Wir sehen das in der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Die Bedarfsfeststellung bei einem psychisch erkrankten Menschen ist deutlich aufwendiger geworden und unsere Mitarbeitenden sowie die gesetzlichen Betreuer, die immer schwieriger zu finden sind, haben einen deutlich höheren Aufwand. Dies kann zu längeren Überleitungszeiten zwischen Klinik oder dem Maßregelvollzug und den gemeindepsychiatrischen Angeboten führen. Ein weiteres Problem ist die Wohnraumknappheit, die eine nahtlose sektorenübergreifende Versorgung auch manchmal erschwert. Hinzu kommt die Herausforderung einer zentralen Fallsteuerung: Eine Person, die für den psychisch erkrankten Menschen umfassend zuständig ist und bei der alle Fäden zusammenlaufen. Solche Konzepte diskutieren wir schon lange, die Umsetzung ist bisher nicht zufriedenstellend.

FACETTEN: ... und unternehmensintern?

LAHODE: Im Unternehmen wird sich die Frage stellen, wer zukünftig welche Leistung erbringt. Beispielsweise bei ambulanten Pflegeleistungen: Übernehmen das die Kolleginnen und Kollegen aus der PIA, aus

der Klinik oder die aus der Gemeindepsychiatrie? Da haben wir je nach Versorgungsregion unterschiedliche Vorgehensweisen. Unser Ziel ist es, ambulante Angebote unter einem Dach und auch geschäftsbereichsübergreifend vorzuhalten. In Biberach werden wir alle ambulanten Dienste im Sinne eines Ambulanzentrums unter einem Dach zusammenführen. Eine weitere Herausforderung ist der Datenschutz, hier gibt es sogar unternehmensinternen Hürden.

FACETTEN: Sehen Sie Reformbedarf im Gesundheits- und Sozialrecht und wenn ja, welche Änderungen würden Sie sich wünschen?

LAHODE: Eine Idee ist ein Regional- oder Globalbudget und eine sektorenübergreifende Leistungsabrechnung. Wenn wir für jeden Menschen, der zu uns kommt, ein festes Budget hätten, also einen Topf, aus dem alle Leistungen finanziert werden können, dann würde das jede Menge bürokratischen Aufwand sparen und die Gesundheitsversorgung wesentlich erleichtern. Mit je mehr Kostenträgern und verschiedenen Abrechnungssystemen wir zu tun haben, desto komplizierter wird es. Aber das würde auch ein besseres Zusammenspiel der verschiedenen Kostenträger und ein Umdenken in der Finanzierung unseres Gesundheits- und Sozialsystems erfordern. So weit sind wir noch nicht. Da gibt es politisch in den nächsten Jahren noch viele „dicke Bretter“ zu bohren. Aber wir bleiben dran.

Aufgezeichnet von Manja Olbrich
Foto: Elke Cambré

Vernetzter Austausch

Seit Oktober 2024 bietet Sabine Rief im ZfP Südwürttemberg in Weissenau den wöchentlichen Gesprächskreis „Suchtkranke Eltern“ an. Die aktuell zwölf Teilnehmenden werden stationär, teilstationär oder ambulant behandelt. Im Mittelpunkt der Treffen stehen persönliche Themen sowie Fragen rund um Selbstfürsorge, Suchterkrankung und Elternschaft. Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise wie dieser geben den Betroffenen Stabilität, ermöglichen ihnen, sich offen auszutauschen und sind – begleitend zur Therapie – ein wichtiger Teil der psychiatrischen Versorgung. Geplant ist, auch für Patient:innen der Allgemeinpsychiatrie einen Gesprächskreis anzubieten.

Text: Nicola Netzer Foto: stagestock via canva.com

Eine Brücke zur Somatik

Psychologische Unterstützung bei schweren Erkrankungen des Körpers: Mit ihrem Konsil- und Liaisondienst stellt die SINOVA Klinik Ravensburg somatischen Kliniken psychotherapeutische und psychosomatische Expertise zur Verfügung.

Die Mutter eines schwerstbehinderten Kindes wird in der Oberschwabenklinik (OSK) behandelt. Die Diagnose: Brustkrebs. Der behandelnde Arzt spricht ihr Mut zu, die Heilungschancen sind gut, doch die Behandlung sollte umgehend starten. Die Alleinerziehende ist völlig durcheinander: Wer kümmert sich jetzt um ihr Kind? Wer ist überhaupt zuständig? „Es war ein ziemliches Durcheinander“, beschreibt Dr. Susanne Bachthaler die Situation. Zu der verzweifelten Frau kam die Chefärztin der SINOVA Klinik Ravensburg auf Zuruf aus der OSK. In einem ersten Gespräch ging sie auf ihre Sorgen ein: „Schreiben Sie der Ärztin von der St. Lukas-Klinik, die Sie schon kennen, fragen Sie direkt nach einem Termin. Es wird sich eine gute Lösung finden, ich helfe Ihnen dabei.“

Viele ihrer Patientinnen und Patienten seien wie diese Frau nicht primär psychiatrisch erkrankt, erläutert Bachthaler. „Sie kommen mit einer Krebserkrankung, wegen einer schweren Operation oder nach einem Unfall ins Krankenhaus und sind dann oft überfordert, gestresst, hilflos – und wir helfen ihnen, wieder Handlungskompetenz zu gewinnen.“ Bei manchen stelle sich auch heraus, dass die somatische Diagnose nur die halbe Geschichte ist. Die einen bekommen Panikattacken, andere entwickeln Depressionen, die erst im Krankenhaus zum Vorschein kommen.

„Der Konsildienst ist patientenzentriert“, erklärt die Chefärztin das Verfahren. „Jemand wird uns mit einer bestimmten Fragestellung gemeldet, wir sprechen mit ihm, untersuchen ihn, stellen eine Diagnose und geben dem behandelnden Arzt eine Empfehlung.“ Dabei könne es sich natürlich auch um eine akute psychiatrische Problematik handeln, etwa eine Depression nach einer Krebsdiagnose, oder um eine Angststörung, die sich als vermeintliches Herzproblem tarnt. Manchmal sei angezeigt, eine Medikation zu empfehlen, manchmal reiche ein unterstützendes Gespräch.

Proaktiv Unterstützung anbieten

Während der Konsildienst auf spontane Bedarfe ausgerichtet ist, ist der Liaisondienst fest in die Abläufe der somatischen Fachbereiche integriert: „Wir sind Teil der Teams, nehmen an multiprofessionellen Besprechungen teil und sind regelmäßig auf Station – insbesondere in der Onkologie und in der Palliativmedizin, aber zum Beispiel auch auf der Geburtsstation.“ Ziel sei es, nicht nur gezielt auf akute psychische Belastungen zu reagieren, sondern proaktiv Unterstützung anzubieten. „Jeder Patient wird gefragt, ob er ein Gespräch möchte – unabhängig davon, ob ein konkreter Bedarf besteht.“ Oft sei es für die Betroffenen eine Erleichterung, einfach jemanden zu haben, der nachfragt, wie es ihnen geht.

Gerade auf der Palliativstation spiele der psychosomatische Liaisondienst eine entscheidende Rolle: „Es geht hier oft um die letzten Wochen, manchmal Tage eines Lebens“, berichtet die Chefärztin. Eine ihrer Kolleginnen sei vor kurzem bei einer Patientin auf Station gewesen, als eine Physiotherapeutin versuchte, diese zum Aufstehen zu motivieren. „Die Patientin wollte das aber nicht – sie klagte über Schmerzen im Bein. Die Physiotherapeutin war schon im Begriff aufzugeben. Niemand konnte ihr sagen, was genau eigentlich los war – und die Patientin selbst war sich auch nicht sicher.“ Doch durch einfühlsames Nachfragen und geschicktes Motivieren fand sich schließlich eine Lösung. Bachthaler: „Sie konnte die Patientin in einen Rollstuhl setzen, das Bein entlasten – und plötzlich war sie in der Lage, für eine Weile aus dem Bett zu kommen. Das war für sie ein großes Moment. Solche kleinen Erfolge können einen riesigen Unterschied machen.“

Psychosomatische Konsil- und Liaisondienste haben eine immense Bandbreite. Besonders in der Onkologie sind Patienten oft mit existenziellen Fragen konfrontiert, die weit über ihre Erkrankung hinausgehen. „Und manchmal begleiten wir Patienten nur durch den Dschungel des Gesundheitssystems, helfen ihnen, Anträge zu stellen und sich zurechtzufinden.“ Wichtig dabei ist Bachthaler zufolge die enge Vernetzung

Konsil- und Liaisondienste der SINOVA Ravensburg gibt es an den Oberschwabenkliniken Ravensburg und Wangen, an der Lungenfachklinik Wangen, an den Hospizen Schussental und Wangen sowie über das Clinic Home Interphase und die Krebsberatungsstelle Oberschwaben/Allgäu.

An den Oberschwabenkliniken Ravensburg und Wangen sowie an der Lungenfachklinik Wangen betreut die SINOVA Ravensburg jährlich rund **1700 Patientinnen und Patienten**. Dafür finden rund **2700 Kontakte** sowie zirka **400 Besprechungen** statt.

Mehrere **Ärzt:innen** und **Psycholog:innen** sowie eine **Psychoonkologin mit einem Master in Ethik** übernehmen in unterschiedlichem Stellenumfang die Konsil- und Liaisondienste der SINOVA Ravensburg.

mit anderen Fachbereichen und dem Sozialdienst: „Wir entlasten die somatischen Kolleginnen und Kollegen und helfen, psychische Belastungen frühzeitig zu erkennen. Viele Patienten würden von sich aus niemals einen Psychotherapeuten aufsuchen – durch unsere Präsenz im Krankenhaus können wir niedrigschwellige Unterstützung bieten.“ Dadurch ließen sich langfristige psychische Erkrankungen früher identifizieren und behandeln.

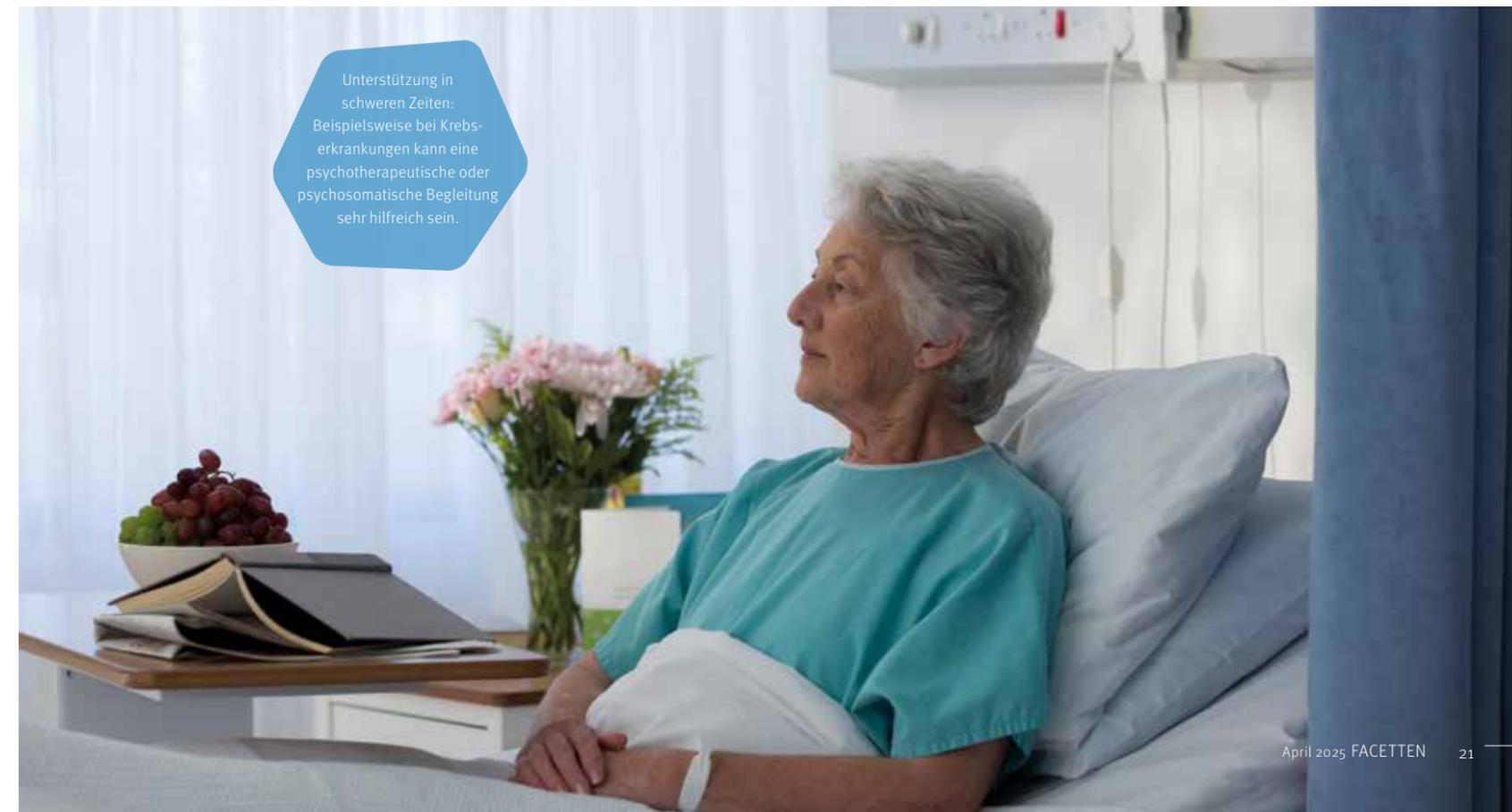
Langfristige Planung nicht möglich

Doch das System stehe unter Druck – die Finanzierung der Dienste sei nicht langfristig gesichert: „Wir arbeiten auf Basis von Einzelverträgen mit Kliniken und Palliativdiensten. Wenn sich Strukturen ändern, wenn Krankenhäuser privatisiert werden oder Budgets gekürzt werden, kann das unser Modell gefährden.“ Auch in diesem Bereich beeinflussen finanzielle Zwänge die Versorgung: „Wir müssen wirtschaftlich arbeiten, sonst stehen Stellen auf dem Spiel – und ohne

Personal gibt es ohnehin keine Versorgung.“ Auch die Bürokratie erschwere so manches: „Wir haben hier eine gut funktionierende Vernetzung – aber es gibt immer noch Prozesse, die unnötig kompliziert sind.“

Trotz aller Herausforderungen ist für Bachthaler eines nicht zu ersetzen: der menschliche Kontakt. „Es gibt einen Trend zur Digitalisierung von Gesundheitsleistungen – aber eine App kann nicht einfühlsam reagieren oder in einem schwierigen Moment die Hand halten.“ Menschliche Nähe sei heute wichtiger denn je: „Als soziale Wesen brauchen wir ein verständnisvolles Gegenüber. Gerade in der Medizin darf dieser Aspekt nicht verloren gehen.“ **i**

Text: Stefan Angele
Foto: Adobe Stock



Unterstützung in schweren Zeiten: Beispielsweise bei Krebserkrankungen kann eine psychotherapeutische oder psychosomatische Begleitung sehr hilfreich sein.

PFLEGE MIT PSYCHIATRISCHEM BLICK

Für eine gute ambulante Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ist Zusammenarbeit gefragt – sowohl innerhalb des Pflorgeteams als auch unter den diversen Leistungserbringern. Einblicke in eine besondere Form der Pflege.



Die zirka 230 Mitarbeitenden der Gemeindepsychiatrischen Hilfen Reutlingen (GP.rt) begleiten jährlich mehr als 1200 Menschen, rund 1100 davon im Rahmen ambulanter Hilfen. Es stehen etwa 120 stationär betreute Wohnplätze sowie etwa 150 Plätze für tagesstrukturierende Angebote zur Verfügung.



„Wir begleiten Menschen über Jahre, erleben Fortschritte und können wirklich einen Unterschied machen.“

Eleonore Gondorf* sitzt vor dem Fernseher, als Sandra Schmid die Wohnungstür aufschließt. Das Klingeln hätte die Klientin ob der Lautstärke des Geräts vermutlich ohnehin nicht gehört. Die Bereichsleiterin Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) der Gemeindepsychiatrischen Hilfen Reutlingen (GP.rt) fragt, wie es ihr geht und schaut sich um. Gefrühstückt habe sie noch nicht, und ihr Bein tue ihr wieder weh, sagt die 67-Jährige, die an einer wahnhaften Erkrankung leidet und nach einem Klinikaufenthalt in die ambulante Versorgung übernommen wurde. Die Sozialwohnung im Reutlinger Norden hat eine gute Größe und ist ebenerdig zugänglich.

Psychiatrische Pflege im ambulanten Bereich ist eingebunden in eine komplexe Versorgungslandschaft, die unterschiedliche Leistungsbausteine vereint. „Wir kombinieren Verordnungen für häusliche Krankenpflege aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V mit Pflegeleistungen aus dem SGB XI und Ergänzungsleistungen der Eingliederungshilfe“, erklärt Schmid: „Das Ziel ist eine ganzheitliche Versorgung, die sich flexibel an die Bedürfnisse unserer Klienten anpasst.“

Versorgungsphasen koordinieren

Der Fall von Eleonore Gondorf sei dafür ein gutes Beispiel: „Ihr Versorgungsbedarf ist komplex: Neben der Medikamentengabe und Anleitung zur Selbstversorgung benötigt sie Hilfe bei der Alltagsbewältigung, medizinische Koordination und Unterstützung in ihrer psychosozialen Stabilität.“ Hierbei greifen verschiedene Kostenträger ineinander: „Die Eingliederungshilfe stellt einen Zeitkorridor für Betreuung bereit, die Pflegeversicherung deckt Pflegesachleistungen ab und die medizinische Versorgung läuft über den Facharzt. In der

Praxis bedeutet das: viel Abstimmung, viele Anträge, viele Gespräche mit Ämtern.“

Dieses vernetzte Arbeiten sei eine der größten Herausforderungen in der ambulanten psychiatrischen Pflege. Anders als bei klassischen Pflegediensten, die vor allem körperliche Bedarfe abdecken, spielt die enge Zusammenarbeit mit psychiatrischen Fachärzten, Sozialdiensten und anderen Akteuren eine zentrale Rolle. Schmid: „Unsere Patienten durchlaufen häufig verschiedene Versorgungsphasen. Manchmal beginnt es mit einer Klinikentlassung, dann kommt ambulante Pflege dazu, dann vielleicht ein Intensivangebot wie die stationsäquivalente Behandlung, dann wieder eine stabilere Phase mit weniger Betreuung.“ Dies so präzise wie möglich zu koordinieren, sei essenziell, um Versorgungslücken zu vermeiden.

Insbesondere die stationsäquivalente Behandlung (StäB) sei eine oft genutzte Schnittstelle. „Es kann passieren, dass wir eine Klientin versorgen und plötzlich verschlechtert sich ihr Zustand. Dann springt das StäB-Team für einige Wochen ein, beobachtet engmaschiger, stabilisiert die Situation, und danach übernehmen wir wieder. Ohne enge Abstimmung wäre das kaum möglich.“ Auch Sozialarbeitende, gesetzliche Betreuer und Einrichtungen der Eingliederungshilfe seien

dabei wichtige Partner. „In manchen Fällen machen wir auch einen runden Tisch, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen“, erläutert Schmid weiter. „Da sitzen dann Klientin, Mitarbeiter der APP, der Eingliederungshilfe, der Grundsicherung und der gesetzliche Betreuer zusammen, um eine individuelle Lösung zu finden. Diese Prozesse sind oft langwierig, aber notwendig.“

Flexibilität notwendig

Ein großes Problem stellen Schmid zufolge die starren Rahmenbedingungen der verschiedenen Kostenträger dar. „Es gibt eine Diskrepanz zwischen Praxis und Theorie: Wenn eine schwer psychisch erkrankte Person sich nicht regelmäßig meldet oder Termine nicht wahrnimmt, können Eingliederungshilfe, Pflege- und Krankenkasse die Leistungen stoppen, weil angeblich kein Bedarf mehr besteht. Tatsächlich aber bedeutet genau dieses Verhalten, dass der Bedarf sogar erhöht ist.“

Hinzu komme, dass psychiatrische Pflege ein hohes Maß an Flexibilität erfordert: „Wir können nicht im klassischen Takt von 10-Minuten-Hausbesuchen arbeiten. Manche Klienten brauchen täglich intensive Gespräche, andere vermeiden an einem Tag jeglichen Kontakt und sind dann plötzlich wieder zugänglich. In der klassischen Pflege würde das System nicht funktionieren.“ Ein weiteres Problem: Die Versorgung ist zeitintensiv, aber schwer refinanzierbar. „Ein normaler Pflegedienst bekommt eine Medikamentengabe pauschal bezahlt. Wir leisten fortlaufend zusätzlich psychoedukative Gespräche, Krisenintervention, Netzwerkarbeit – das ist nicht immer kostendeckend.“

Die Arbeit in der ambulanten psychiatrischen Pflege verlange den Mitarbeitenden viel ab, erklärt Schmid weiter: Neben Fachwissen in Psychiatrie braucht es eine starke Beziehungsfähigkeit. „Viele unserer Klienten haben tiefsitzende Ängste und Misstrauen gegenüber Hilfe. Man muss sich Vertrauen erarbeiten und sehr genau abschätzen können, wann man Grenzen setzen oder wo man Raum geben muss.“ Nachdem Schmid sich um das Frühstück und den Abwasch gekümmert und das Bein der Klientin wundversorgt hat, hilft sie Gondorf bei der täglichen Hygiene und kämmt ihr die langen Haare. Sie spricht mit ihr, fragt, wie es ihr gehe und wie der jüngste Arztbesuch verlaufen sei. Später wird Schmid die Klientin mit in die Tagesstruktur der GP.rt nehmen, wo sie den restlichen Tag verbringen wird.

Es sei ein hohes Maß an Eigenverantwortung gefragt, erklärt Schmid, oft sei man allein bei den Klient:innen. „Da muss man Entscheidungen treffen, Situationen richtig einschätzen und gegebenenfalls Sofortmaßnahmen einleiten. Das ist eine große Verantwortung.“ Nichtsdestotrotz sei die Arbeit extrem bereichernd: „Viele Mitarbeitende sagen, dass es eine sehr erfüllende Tätigkeit ist. Wir begleiten Menschen über Jahre, erleben Fortschritte und können wirklich einen Unterschied machen.“

Text und Fotos: Stefan Angele

*Name von der Redaktion geändert



ENG VERNETZT UNTER EINEM DACH

Beraten, beurteilen, behandeln und mehr – gemeinsam mit Kooperationspartnern und weiteren Akteuren übernimmt das Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) in Friedrichshafen eine große Bandbreite an Aufgaben. Eine personenzentrierte Versorgung sicherzustellen, steht dabei im Mittelpunkt.

„Der Vernetzungsgedanke schwingt intern wie extern immer mit“, beschreibt Geschäftsführer Dr. Urban Hansen die Strukturen des GPZ. Das Café im Erdgeschoss, darüber die Räume der Tagesstätte und der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), nebenan die Büros der Mitarbeitenden des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des ambulant betreuten Wohnens des Pauline 13 e.V. – Tür an Tür befinden sich Dienstleistungen und Angebote verschiedener Anbieter unter dem Dach des GPZ. Auch eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), offene Kultur- und Bildungsangebote und berufsorientierte Beratungs- und Vermittlungsstellen beherbergt das Gebäude in der Stadtmitte Friedrichshafens.

Kurze Wege vor Ort

Und nicht nur räumlich seien die Leistungs- und Unterstützungsangebote verbunden, wie Hansen erklärt: „Verschiedene Akteure können fachlich interagieren und gemeinsam Wege bahnen, wenn Maßnahmen ineinandergreifen und sich ergänzen.“ Wie das aussehen könne, beschreibt der Psychiater anhand des Beispiels eines an akuter Psychose erkrankten Patienten. So wird während des stationären Aufenthaltes des Patienten in der Klinik frühzeitig der Kontakt zum GPZ für eine Anschlussbehandlung in der PIA und eine Beschäftigungsmaßnahme

in die Wege geleitet. Parallel zum Klinikaufenthalt arbeitet der Betroffene dann schon stundenweise im Rahmen einer verordneten Arbeitstherapie in der Tagesgestaltung des Gemeindepsychiatrischen Zentrums. Wenn er nach der Entlassung regelmäßig in die Ambulanz zur Nachsorge kommt, besucht er die niederschweligen Angebote zur Tagesgestaltung im GPZ weiter. Hansen erklärt: „Wir können flexibel schauen, welche weiteren Maßnahmen – beispielsweise im Bereich der beruflichen Eingliederung – für den Betroffenen in Frage kommen.“ Da der Klient zusätzlich alkoholabhängig ist, wird er in eine von der Bundesagentur für Arbeit geförderte „Beschäftigung mit integriertem suchtspezifischem Ansatz“ (BISS) vermittelt. „Dank kurzer Wege und vieler Kooperationspartner können wir flexibel reagieren und Entwicklungen innerhalb des Hauses anstoßen“, so Hansen. Da unklar ist, ob der Klient auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Beschäftigung finden wird, wechselt er schließlich in den Berufsbildungsbereich der WfbM. „Auch jetzt stehen noch verschiedene Optionen offen“, führt der Psychiater aus. „Über Praktika oder einen Außenarbeitsplatz der WfbM kann der Klient in einem Betrieb Fuß fassen. Falls das nicht möglich ist, wird eine dauerhafte Beschäftigung im GPZ sichergestellt.“ Vermitteln, fördern, rehabilitieren und psychisch Erkrankten wieder gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen – auch das gehört zum breiten Aufgabenspektrum des GPZ.

Rund 200 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nutzen die vielseitigen Angebote des GPZ.

Öffnung nach außen

So vielfältig die internen Verknüpfungen sind, so vielfältig sind die Zugangswege, die ins GPZ führen. Während die einen über stationäre Klinikaufenthalte den Weg in das Gemeindepsychiatrische Zentrum finden, werden andere über Suchtberatungsstellen, die Bundesagentur für Arbeit oder Integrationsfachdienste dorthin vermittelt. „Mit unseren Angeboten möchten wir uns außerdem nach außen für alle öffnen“, betont Hansen. So richte sich das „Offene Haus“ mit inklusiven Kultur- und Bildungsangeboten gezielt an die Öffentlichkeit. Ebenso die sogenannten MHFA-Kurse (Mental Health First Aid), die in Kooperation mit dem Bündnis für Seelische Gesundheit Bodenseekreis durchgeführt werden und zu den Themen seelische Gesundheit und Krisenintervention informieren. Neben Angehörigen von psychisch Erkrankten und Ehrenamtlichen nehmen Mitarbeitende anderer Beratungs- und Hilfestellen und aus den Bereichen Industrie und Handwerk daran teil. Des Weiteren nutzen verschiedene Selbsthilfegruppen die Räume für regelmäßige Treffen und auch Sitzungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Bodenseekreis, mit dem das GPZ eng vernetzt ist, finden in den Gebäuden des Gemeindepsychiatrischen Zentrums statt.

„Mit verschiedenen und teils verknüpften Leistungsangeboten unter einem Dach können wir eine personenzentrierte Versorgung in einem sehr fragmentierten Hilfesystem sicherstellen“, erklärt der Geschäftsführer. Mit dem GPZ werden nicht zuletzt Kooperation, Netzwerkarbeit und eng verzahnte Strukturen sichtbar gemacht. „Es gibt dem Versorgungssystem ein Gesicht.“

Text: Nicola Netzer
Foto: GPZ Friedrichshafen

Nachgefragt

Projekt Stark im Sturm



Sabine Rief, Sozialarbeiterin und systemische Therapeutin, leitet im ZfP Südwürttemberg das Projekt Stark im Sturm, das im Mai 2024 in Weissenau startete. Im Interview erklärt sie, warum die Initiative für das vernetzte psychiatrische Versorgungssystem so wichtig ist.

FACETTEN: Worum dreht sich Stark im Sturm und an wen richtet sich das Angebot?

SABINE RIEF: Stark im Sturm wurde vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim entwickelt, um psychisch und suchterkrankte Elternteile und ihre Kinder frühzeitig zu unterstützen. Da Jugendhilfen und Kliniken oft nur wenig vernetzt sind, fallen Kinder mit psychisch krankem Elternteil oft „durch das Hilferaster“. Hier setzt Stark im Sturm an: Schon während des Klinikaufenthalts wird der Fokus auf das Thema Elternschaft gelegt und geschaut, welche Hilfsangebote Patient:innen mit Kindern an die Hand bekommen können. Das übernehmen sogenannte Kinderbeauftragte, also Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen im ZfP, die im Rahmen des Projekts ausgebildet werden.

FACETTEN: Wie unterstützen die Kinderbeauftragten die Patient:innen konkret?

RIEF: Alle 29 Kinderbeauftragten, die aktuell tätig sind, haben zu Beginn eine zweitägige Schulung absolviert und werden kontinuierlich fachlich begleitet. Sie gehen mit den Betroffenen ins Gespräch, geben neue Impulse oder motivieren, offen mit den Kindern über die Erkrankung zu reden. Oft wird auch schon im ZfP externe Unterstützung in die Wege geleitet oder die Patient:innen erhalten Adressen für Beratungsangebote. Die Kinderbeauftragten sorgen auch dafür, dass im Team das Thema Elternschaft einen Platz bekommt. Das Projekt wird zudem wissenschaftlich begleitet, um zu untersuchen, welchen Einfluss die Arbeit der Kinderbeauftragten hat.

FACETTEN: Welche Rolle nimmt Stark im Sturm aktuell und künftig im Hilfesystem ein?

RIEF: Eine sehr wichtige. Im Rahmen des Projekts arbeiten wir mit dem Jugendamt eng zusammen, vor allem im Bereich Schnittstellenmanagement und Kooperation. Bei Bedarf wird auch schon während des stationären Aufenthaltes ein Kontakt hergestellt. Auch mit Beratungsstellen und anderen Hilfeanbietern sind wir gut vernetzt. Aus Stark im Sturm hat sich außerdem eine von mir geleitete und sehr nachgefragte Gesprächsgruppe für suchtkranke Eltern entwickelt. Mein Wunsch wäre, dass künftig unter anderem standardmäßig für alle Patient:innen, die Eltern sind, ein Gespräch mit Kinderbeauftragten stattfindet und das Angebot nach der dreijährigen Projektphase in die Regelversorgung übernommen wird.

Aufgezeichnet von Nicola Netzer
Foto: Nicola Netzer

MIT UNTERSTÜTZUNG SELBSTSTÄNDIGER WERDEN

In der Therapeutischen Wohngruppe (TWG) des ZFP Südwürttemberg in Weissenau werden zehn Bewohnende eng betreut und auf ein eigenständiges Leben in einer gemeindeintegrierten Wohnform vorbereitet. Damit nimmt das Wohnmodell im Hilfesystem eine besondere Schlüsselposition ein.

„Unsere Wohngruppe ist als therapeutische Maßnahme zu sehen“, erklärt die therapeutische Leiterin Dr. Luisa Sophie Frei. „Die Bewohnenden lernen, in einer Gemeinschaft zurechtzukommen, übernehmen Aufgaben und erhalten tagesstrukturierende Angebote. Bei Bedarf werden sie dabei eng angeleitet und unterstützt.“ Seit 13 Jahren gibt es das Modell, das mit der Therapeutischen Wohngruppe des ZFP in Ehingen einzigartig in ganz Baden-Württemberg ist. Es richtet sich an Menschen mit einer seelischen Behinderung, die aufgrund schwerwiegend herausfordernden Verhaltens – zum Beispiel Fremd- oder Selbstaggressionen oder anderem Verhalten, das zu zwischenmenschlichen Problemen führt – eine besonders engmaschige Betreuung und Bezugspflege benötigen.

Von Suchterkrankungen über affektive Störungen bis hin zu Schizophrenie – ganz unterschiedliche Diagnosen bringen die WG-Bewohnenden mit. „Manche haben schon langjährige Klinikaufenthalte hinter sich, andere sind in ambulanten Betreuungsformen unterversorgt, wiederum andere kommen aus der Obdachlosigkeit“, erläutert Inez Sauter, pflegerische Leiterin und duale Partnerin von Frei. Anders als ambulant betreute Wohngruppen bietet die TWG ihnen viel Struktur und eine kontinuierliche Bezugspflege. „Die Bezugspersonen sind immer präsent und ansprechbar. Das schafft Vertrauen und Verlässlichkeit“, erläutert Psychologin Frei das Konzept. „Ziel ist, dass die Bewohnenden mit Unterstützung selbstständiger werden.“

Ein eigenes Zimmer und Kühlschrank, feste Aufgabenverteilungen und gemeinsame Aktivitäten – vieles erinnert an ein gewöhnliches WG-Leben. „Wir möchten ganz bewusst eine klinische Atmosphäre vermeiden“, so das Führungsduo. In der gemeinsamen Küche bereiten die Bewohnenden mittags ihr Essen selbst zu, morgens und abends wird gemeinsam gegessen. „Bei Bedarf unterstützen wir“, erklärt Sauter, „sei es beim Kochen oder auch mit Behördengängen, bei Finanzen oder Arztbesuchen. So lernen die Bewohnenden, sich eine eigene Tagesstruktur aufzubauen.“ Zu dieser gehören neben Arbeitstherapie auch Bewegungs- und Kochgruppen sowie Medikamententraining.

Kleine Ziele setzen

„Die Bewohnenden sollen Fortschritte machen“, betont das Leitungsteam. So bietet das Modell eine zeitlich begrenzte, sehr hohe therapeutische Betreuung. „Auch deshalb ist es uns besonders wichtig, dass jede:r Einzelne hier sein möchte und mitarbeitet“, so Frei. „Die Bereitschaft, hier zu sein und sich kleine Ziele zu setzen reicht schon aus.“ Bereits beim Einzug werden Ziele festgelegt und gemeinsam überlegt, welches Wohnmodell sich an die TWG anschließen soll. „Nach eineinhalb Jahren besprechen wir erneut, welche Wohnmöglichkeiten im Anschluss realistisch sind“, erläutert Sauter. Oft erfolgt der Wechsel in eine ambulant betreute Wohnform innerhalb des ZFP. Sehr zu schätzen wissen Sauter und Frei die Flexibilität des Modells. Wer nach zwei Jahren noch mehr Zeit benötige, für den könne die Maßnahme verlängert werden. Damit übernimmt die TWG eine wichtige Schlüsselposition: Sie bietet psychisch Erkrankten eine neue Perspektive, um selbstständiger leben zu können oder die Obdachlosigkeit hinter sich zu lassen, zusätzlich werden Stationen entlastet. „Wieder am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und selbstständiger leben – dabei unterstützen wir die Bewohnenden“, so die therapeutische Leiterin abschließend. **f**

Text: Nicola Netzer
Foto: Ernst Fesseler

Gemütlich und alltagsnah – bewusst soll ein klinisches Flair in den Räumen der TWG im Klostergebäude vermieden werden.



Auf der anderen Seite

Genesungsbegleiterin Claudia Röhm zeigt, dass psychische Erkrankungen kein Stigma und kein Endpunkt sein müssen, sondern ein Ausgangspunkt für Veränderung und Wachstum sein können.



„Ich konnte meine schwierigen Erfahrungen in etwas Positives umwandeln.“

Claudia Röhm

„Dies ist keine Heldinnen-Geschichte.“ Damit beginnt Claudia Röhm ihre Vorstellung. Mit klaren Worten erzählt sie aus ihrem Leben – vom Aufwachsen in einer dysfunktionalen Familie und emotionalem Missbrauch, von frühen Kontakten mit Rauschgift und diversen Suizidversuchen, von Klinikaufhalten, Entzugsprogrammen und immer wieder von Abstürzen in die Sucht. Dass sie heute auf der anderen Seite des Stationsalltags der Zwiefalter Klinik stehen würde, hätte sie selbst noch vor einigen Jahren nicht gedacht.

Stabilität und Struktur in ihre eigene Genesung brachte für Röhm erst die EX-IN-Ausbildung (Experienced Involvement). Ein Ansatz, der Menschen mit eigener Erfahrung in psychischen Krisen oder Suchterkrankungen qualifiziert, im psychiatrischen Umfeld unterstützend tätig zu werden. Der Fokus liegt dabei auf dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“: Die Genesungsbegleiter:innen nutzen ihre eigene Geschichte, um anderen Betroffenen Hoffnung und Orientierung zu geben. Die Ausbildung umfasst theoretische Module sowie praktische Einheiten, die den Einstieg in die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen erleichtern. „Für mich war die Ausbildung ein Wende-

punkt“, so Röhm rückblickend. „Ich konnte meine schwierigen Erfahrungen in etwas Positives umwandeln – das war eine Art Heilung für mich selbst. Ich stehe jetzt ganz anders im Leben als vor der EX-IN-Ausbildung.“

Fachwissen trifft auf Lebenserfahrung

Seit 2022 ist Röhm als Genesungsbegleiterin im ZFP Südwürttemberg festangestellt. In ihrer Arbeit bringt sie ein tiefes Verständnis für die Herausforderungen Erkrankter mit. „Ich kenne das Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Scham aus eigener Erfahrung“, erzählt sie. Diese Nähe erlaubt es ihr, Brücken zu bauen, wo sonst Sprachlosigkeit herrscht. „Es ist eine Vertrauensfrage. Die Patienten öffnen sich mir intuitiv leichter aufgrund der gleichen Ebene und Nähe, die ich als Betroffene ausstrahle.“ Auf Station lehnt sie es ab, die Patientenakten im Detail einzusehen. „Ich möchte Menschen begegnen, keinen Diagnosen.“

Besonders hilfreich findet Röhm das Konzept des Recovery-Ansatzes. Dabei geht es nicht nur um die Abwesenheit von Symptomen, sondern um ein selbstbestimmtes Leben, in dem die individu-

ellen Stärken und Ressourcen im Vordergrund stehen. „Ich erinnere die Patienten dann daran, dass Genesung nicht linear ist. Rückschläge gehören dazu, und das ist okay. Ich kann jetzt zu meinen Krisen und zu meiner Erkrankung stehen.“

Mit ihrem Einsatz wird der Alltag auf Station um eine Dimension bereichert. Neben der professionellen Perspektive – Diagnose, Therapieplan, Medikamentenanpassung – ist es die Begegnung auf Augenhöhe, die einen Unterschied machen kann. Patient:innen fühlen sich eher verstanden und ermutigt, eigene Schritte in Richtung Genesung zu unternehmen. Röhm ist sich sicher. „Persönliche Erfahrung ist auch eine fachliche Kompetenz.“ **f**

Text: Manja Olbrich
Foto: privat

Wendepunkte im Leben sind oft der Beginn für die spannendsten Kapitel, findet Manja Olbrich. **f**

Mehr als Akte Peter

„Alkohol
war meine
Geheimwaffe.“

„Ich habe
Arbeitsstellen,
Freunde und
Frauen
verloren.“

Mit schwerer Alkoholvergiftung in die Entzugsstation und wieder zurück zum Vollrausch: Seit über 45 Jahren ist Peter T.* alkoholabhängig. Das breite Versorgungsangebot des ZfP und seine Leidenschaft für Musik unterstützen ihn auf seinem Weg aus der Abhängigkeit.

Sehr gut gehe es ihm zurzeit, betont der 66-Jährige, seit genau 153 Tagen sei er abstinent. Für den Straßenmusiker ist das ein Meilenstein. „Ich war ein bestialischer Komasäufer und Kamikaze-Trinker.“ Mit zwölf Jahren greift T. das erste Mal zur Bierflasche und erlebt den leichten Rausch als Zuflucht vor dem gewalttätigen alkoholkranken Vater, der die Familie misshandelt. „Alkohol war ab da meine Geheimwaffe, die mir die Angst nahm und Selbstvertrauen gab“, erinnert sich T. Zur selben Zeit entdeckt er sein musikalisches Talent und beginnt, autodidaktisch bis zu sechs Instrumente zu lernen – bis ihn der Vater zur Ausbildung als Bauelektriker drängt. „Das war überhaupt nicht mein Ding, eigentlich war ich Musiker.“ Von da an gehören Schnaps und Bier zum Arbeitsalltag des jungen Auszubildenden, bis zu acht Flaschen Bier konsumiert der damals 17-Jährige tagsüber. Die ungeliebte Ausbildung, die Angst vor dem cholerischen Chef – „beides ließ sich mit Alkohol besser aushalten, ich habe ihn psychisch gebraucht“, reflektiert der gebürtige Biesinger. „Ich wollte und brauchte die Euphorie und Entspannung, die ein konstanter Alkoholpegel mit sich brachte.“ Und doch schließt er die Ausbildung mit Auszeichnung ab, sattelt obendrauf den Techniker. Als junger Mann sei er trotz regelmäßigem Konsum körperlich fit gewesen und wusste

seine Abhängigkeit gut zu verheimlichen. „Ich hatte mein Leben nach außen hin im Griff, aber nebenbei war ich immer Alkoholiker.“

T. ist Mitte 20 als ihn seine Mutter und ein Bruder in Rottweil das erste Mal für eine Entzugsbehandlung einweisen lassen. „Einsehen hatte ich da überhaupt keines“, erinnert sich der Suchterkrankte. „Alkohol war meine Rüstung, die ich keinesfalls ablegen wollte.“ Im Laufe der nächsten Jahre nehmen die Alkoholexzesse zu, die Abhängigkeit lässt sich nicht mehr vertuschen. „Mein Pegel war teils so hoch, dass ich ins Koma fiel“, erzählt T. Immer wieder findet er sich in Krankenhäusern, Ausnüchterungszellen oder in Entzugsstationen wieder, schließlich auch im Gefängnis, als er wegen Delikten wie Beleidigung, Zechprellerei und Diebstahl verurteilt wird. Die weiteren Lebensjahre sind geprägt von Vollräuschen, Kontrollverlust, mehrmaligen Entzugsbehandlungen und dem Wunsch, nüchtern zu bleiben. „Ich habe Arbeitsstellen, Freunde und Frauen verloren“, blickt der 66-Jährige zurück. Doch neben der Abhängigkeit begleitet ihn all die Jahre noch etwas anderes: seine Liebe zur Musik. Als Straßenmusiker führt sie ihn in verschiedene Länder, bis heute spielt T. mit der Gitarre in den Straßen Bad Schussen-

rieds und tritt regelmäßig mit einer Band auf. Auch das hilft dem gelernten Elektriker seit rund einem halben Jahr abstinent zu bleiben.

Sicherheit und Stabilität

Mit Anfang 50 kommt T. schließlich ins ZfP Südwürttemberg nach Bad Schussenried. „Ich hatte auch hier einen Rückfall nach dem anderen“, erinnert er sich an die erste Zeit vor 13 Jahren. Immer wieder wacht er im Krankenhaus oder in der qualifizierten Entzugsbehandlung auf und verbringt dort mehrere Wochen. „Das war kein Rausch, das waren Alkoholvergiftungen mit bis zu 6,3 Promille“, beschreibt es T. ungeschönt. Gleich zu Beginn im ZfP bezieht der Patient ein Zimmer in einer betreuten Wohngruppe im Abt-Siard-Haus, wo er bis vor wenigen Monaten wohnte. Feste Bezugspersonen, die ihn heute noch begleiten, geben ihm dort Sicherheit und Stabilität. „Auch in der Therapie und an meinem Arbeitsplatz werde ich nicht nur als Patient, sondern in erster Linie als Mensch gesehen. Ich bin nicht nur Akte Peter.“ Seit rund zwölf Jahren arbeitet T. im Rahmen einer tagesstrukturierenden Maßnahme vier Stunden am Tag in der Küche des ZfP in Bad Schussenried. Die zwischenmenschlichen Beziehungen und der Zuspruch, den er hier von Kolleg:innen erhält, sind für

ihn besonders wichtig. „Die wissen alle von meiner Abhängigkeit und freuen sich mit mir, wenn ich es schaffe, länger abstinent zu bleiben.“ Seit mehreren Jahren eine feste und unverzichtbare Anlaufstelle in Ts. Leben ist außerdem die Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker, wo er auf ehemalige Mitpatient:innen aus dem ZfP trifft, die inzwischen zu Freunden geworden sind. Der offene Austausch gibt ihm Rückhalt und Kraft. „Sie kennen mich und meine Geschichte und ich kenne ihre. Hier werde ich akzeptiert, wie ich bin.“

Enge Bezugspersonen, das vernetzte therapeutische Setting und sein musikalisches Talent – viele Faktoren tragen dazu bei, dass T. seit mehreren Monaten nicht mehr zum Alkohol greift. Vor wenigen Monaten zog er aus der Wohngruppe im Abt-Siard-Haus in ein Einzelapartment auf dem ZfP-Gelände. Der Umzug ermöglicht ihm, eigenständig zu leben und gleichzeitig im Hilfesystem zu bleiben. So erreicht er von dort fußläufig in wenigen Minuten die psychiatrische Suchtambulanz, wo er im Rahmen des 100-Tage-Entzugsprogramms täglich eine Alkoholprobe abgibt. „Das gesamte Team freut sich mit mir, wenn der Test negativ ist“, so der 66-Jährige. „Die dortige Unterstützung und die Möglichkeit, allein wohnen zu können, motivieren mich, trocken zu bleiben.“ Täglich kommt das Team des PPA (psychiatrischer Pflegedienst ambulant) für die Tabletten-gabe vorbei, zusätzlich hat T. mit zwei Ansprechpersonen vom AWS (Assistenz im Wohn- und Sozialraum) feste und vertraute Bezugspersonen an seiner Seite, die zudem in regelmäßigem Austausch mit dem PPA-Team und behandelndem Therapeuten der

Suchtabteilung sind. „Ich kann eigenständig wohnen und bin trotzdem nicht auf mich allein gestellt, was in Krisensituationen besonders wertvoll ist“, so T.

Dem Hobbymusiker ist bewusst, dass er sich jeden Tag neu gegen den Alkohol entscheiden muss. „Die Versuchung ist immer da, man ist 24 Stunden im Standby-Modus.“ Ein künstliches Glück vermittelt ihm der Alkoholrausch, an das sich immer großer Selbsthass anschließt. „Ich habe noch ein paar Jahre vor mir, die ich nutzen möchte“, zeigt sich T. entschlossen. „Es ist höchste Zeit, die Abhängigkeit hinter mir zu lassen.“ Das feste Versorgungsnetz des ZfP, die Kontinuität und Sicherheit in der Therapie sowie verlässliche Bezugspersonen unterstützen ihn bei diesem Vorsatz. „Vielseitige Interessen, Spiritualität und die Freude an Natur und Bewegung – als Gegenpol zum Alkohol – helfen mir außerdem, mein Leben mit positiven Inhalten zu füllen“, ist T. überzeugt. **I**

Text: Nicola Netzer

„Ich bin nicht
auf mich allein
gestellt.“

„Hier werde
ich akzeptiert,
wie ich bin.“

„Mein Pegel
war teils so
hoch, dass ich
ins Koma
fiel.“

„Die Versuchung
ist immer
da.“

*Name von der Redaktion geändert

Das Beispiel von Peter T. verdeutlichte Nicola Netzer nochmals, wie wichtig ein stark vernetztes und ineinandergreifendes Hilfesystem für psychisch Erkrankte ist. **I**



Ganz nah dran

Im häuslichen Umfeld bei bestmöglicher Gesundheit leben – das ermöglicht der psychiatrische Pflegedienst ambulant (PPA) des ZfP Südwürttemberg. Alle gesundheitlichen und pflegerischen Belange werden unterstützt – hier begleitet eine Mitarbeiterin des PPA-Teams Bad Schussenried einen Klienten zu einem Arzttermin. Im Fokus der Arbeit steht die psychiatrische häusliche Krankenpflege. Betroffene werden dabei unterstützt, Krisen zu bewältigen und den Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung zu erlernen. So können Klinikaufenthalte oft vermieden oder verkürzt werden. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit mit Therapeut:innen, Ärzt:innen und anderen Unterstützungsdiensten gestärkt. Die Leistungen des PPA umfassen alle Bereiche der ambulanten Pflege – immer mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse der psychischen Gesundheit. Dazu gehören praktische Hilfen wie die Wundversorgung, die Einnahme von Medikamenten oder die Beratung und Unterstützung bei alltäglichen Aufgaben.

Text: Heike Amann-Störk Foto: Ernst Fessler

Teilhabe im Vordergrund

Für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Beeinträchtigungen ist Arbeit mehr als nur ein Broterwerb – sie bedeutet Struktur, Selbstbestätigung und soziale Teilhabe. Die Werkstätten für behinderte Menschen im ZfP Südwürttemberg spielen dabei eine zentrale Rolle. Ein Sprungbrett auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sind sie jedoch nur selten.

In der Holzwerkstatt ist es heute ruhig. Ein junger Mann sortiert sorgfältig verschiedene Hölzer in den großen Regalen, schaut dabei nicht auf. Nebenan schleift ein Kollege ein Holzbrett, in gleichmäßigen, konzentrierten Bewegungen. Hier in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zählt nicht das Tempo, sondern Beständigkeit. Am ZfP-Standort Bad Schussenried gehören neben der Holzwerkstatt auch eine Gärtnerei, ein Bistro, die Aktenvernichtung und das Recycling sowie drei Industriemontagegruppen zur WfbM. „85 Menschen sind bei uns in den Werkstätten im Rahmen der WfbM-Maßnahme beschäftigt“, erklärt Gerd Rahmer, der Leiter des Bereichs Arbeit und Reha. „Einige davon haben ihr gesamtes bisheriges Arbeitsleben hier verbracht.“

Offiziell dienen Einrichtungen wie diese der beruflichen Rehabilitation. Die gesetzliche Aufgabe der WfbM besteht darin, die individuelle Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu stärken und sie auf eine Tätigkeit außerhalb der Werkstatt vorzubereiten. In der Praxis gelingt dieser Übergang jedoch nur selten. Natürlich gibt es auch immer

wieder richtige Erfolgsgeschichten, berichtet Rahmer. Er erzählt von einem jungen Mann mit einer Autismus-Spektrum-Störung, der mittlerweile in einer Behörde seinen Traumjob gefunden hat. Und von einem Paar, das sich in der WfbM kennengelernt hatte, und nun gemeinsam in einem Aktivstall in der Region angestellt ist.

„Leider haben wir solche Fälle aber eher selten“, fügt der Werkstattleiter bedauernd hinzu. „Die Quote derer, die es aus der WfbM dauerhaft in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis schaffen, liegt bei unter einem Prozent.“ Laut Umfragen der Bundesagentur für Arbeit und des ISG (Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik) entspricht das dem Durchschnitt. Für viele der hier beschäftigten Menschen ist der Gedanke an einen Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zwar reizvoll – aber auch beängstigend. Denn mit dem Übergang erhalten sie nicht nur mehr Selbstständigkeit, sondern verlieren auch den schützenden Rahmen der Werkstätten, wie zum Beispiel die zeitlich nicht begrenzten Betreuungs-, Förderungs- und Therapieleistungen. Zudem besteht ein enges Vertrauensverhältnis

zwischen den WfbM-Klient:innen und den Angestellten. „Die Leute arbeiten hier unter angepassten Bedingungen und mit begleitender Förderung“, erklärt Sozialfachwirt Rahmer. „Viele absolvieren draußen zwar Praktika, kehren aber letztlich in die geschützte Werkstatt zurück.“

Der Integrationsfachdienst als Brücke

Eine wichtige Rolle beim Übergang in den regulären Arbeitsmarkt spielt der Integrationsfachdienst (IFD). Er sichert bestehende Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen und Behinderte, indem er berät und unterstützt, wenn es Schwierigkeiten gibt. Auch die Begleitung von WfbM-Klient:innen beim Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gehört zu den Leistungen des IFD. Integrationsfachberater Thomas Ruf: „Die Vorbereitung der Beschäftigten ist eine wichtige Aufgabe der Werkstätten. Hierbei arbeiten wir eng mit den WfbM zusammen, bieten beispielsweise Sprechstunden an oder unterstützen bei der Vermittlung von Praktika. Gerade die Anbahnungszeit und die ersten sechs Monate zur Stabilisierung in einem neuen Arbeitsverhältnis werden von uns intensiv begleitet. Aber auch danach stehen wir bei Bedarf beratend und unterstützend zur Seite – den Arbeitnehmern genauso wie den Arbeitgebern. Der IFD ist eine beidseitige Interessenvertretung.“

Ganz am Anfang eines solchen Vermittlungsprozesses steht die sogenannte Feststellung der Werkstattfähigkeit. Dafür durchlaufen neue Klient:innen in der WfbM ein achtwöchiges Eingangsverfahren. Es wird geprüft, ob der gesundheitliche Zustand eine Beschäftigung von mindestens vier Stunden am Tag zulässt, ob selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zu erwarten ist und wie hoch das tatsächliche Ausmaß der erforderlichen Betreuung ist. „Danach startet bei uns der zweijährige Berufsbildungsbereich“, erzählt Rahmer beim Rundgang durch die Werkstätten. „Da lernen die Leute alle Arbeitsbereiche kennen, bekommen theoretischen Unterricht und können ganz praktisch ausprobieren, was ihnen liegt.“ Neben den fachlichen Fertigkeiten werden dabei auch soziale Kompetenzen gestärkt. Dinge wie die Zusammenarbeit im Team, Pünktlichkeit am Arbeitsplatz und dranzubleiben, obwohl man vielleicht mal keine Lust hat – das gehört alles mit dazu.

„Wir führen die Klient:innen Schritt für Schritt an eine berufliche Tätigkeit heran und helfen dabei, eine Arbeitsroutine zu entwickeln“, so Rahmer. „Dabei versuchen wir nach Möglichkeit, auch Wünsche zu erfüllen. Wenn sich einer für Autos interessiert, organisieren wir ein Praktikum in einer KFZ-Werkstatt. Ein anderer ist vielleicht richtig fit am PC, dann fragen wir beispielsweise beim Landratsamt nach. Bei der Akquise von solchen Praktikumsplätzen hilft uns der IFD.“

Realität statt Idealbild: Teilhabe als Hauptziel

Viele Arbeitgeber in der Region sind grundsätzlich offen für Inklusion, können aber oft keine Stellen anbieten, die den individuellen Fähigkeiten der WfbM-Klient:innen gerecht werden, weiß IFD-Teamleiter Ruf. „Praktika sind ein guter Einstieg. Arbeitgeber und Arbeitnehmer können sich kennenlernen und eventuelle Vorbehalte können ausgeräumt werden. Es freut uns, wenn wir dabei helfen können, dass sich etwas entwickelt. Tatsache ist jedoch, dass der dauerhafte Wechsel in ein reguläres Arbeitsverhältnis nur wenigen Beschäftigten gelingt.“

Der allgemeine Arbeitsmarkt bleibt eine hohe Hürde. Die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen machen eine echte Inklusion oft schwer. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen oder kognitiven Einschränkungen haben Schwierigkeiten mit dem Leistungsdruck und den Anforderungen der regulären Arbeitswelt. Für sie sind die WfbM keine Übergangslösung, sondern eine langfristige Möglichkeit zur Teilhabe. Die Tagesstruktur und die soziale Interaktion sind oft wichtiger als die Aussicht auf einen regulären Job. Auch wenn der erste Arbeitsmarkt für einige erreichbar ist, bleiben die Werkstätten für die Mehrheit der Klient:innen der geeignetere Ort. Denn Inklusion bedeutet nicht zwangsläufig berufliche Wiedereingliederung – sondern vor allem, dass jeder Mensch einen Platz in der Gesellschaft hat. **I**

Text: Manja Olbrich

Foto: Ernst Fesseler, Manja Olbrich

In Deutschland gibt es knapp 700 WfbM mit etwa 310.000 Beschäftigten. Weniger als ein Prozent davon wechselt dauerhaft in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Nicht alle WfbM-Beschäftigten arbeiten in der Werkstatt – einige sind auf sogenannten Außenarbeitsplätzen tätig. Das bedeutet, sie arbeiten in Unternehmen des ersten Arbeitsmarkts, bleiben aber offiziell in der WfbM angestellt. Dadurch haben sie die Möglichkeit, sich in einem regulären Betrieb auszuprobieren, ohne den geschützten Rahmen ganz zu verlassen. Der Ausbau solcher Außenarbeitsplätze wäre ein wichtiger Schritt zur Öffnung der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt.



Wenn die Klinik ins eigene Zuhause kommt

Eine stationsäquivalente Behandlung (StäB) ermöglicht es, psychiatrisch erkrankte Menschen stationär in ihrem gewohnten Umfeld zu behandeln. Dafür ist die engagierte Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsformen besonders wichtig.

Psychiatrische Behandlungen sind traditionell an Kliniken gebunden: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden stationär aufgenommen, erhalten Medikamente, therapeutische Interventionen und kehren nach Stabilisierung in ihr Alltagsumfeld zurück. Doch genau hier beginnt oft ein Problem: Der Bruch zwischen stationärer Behandlung und gewohnter Umgebung kann den Behandlungserfolg beeinträchtigen. Das Konzept der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) setzt genau hier an.

„Wir können Patientinnen und Patienten, die eigentlich stationär behandelt werden müssten, auch in ihrem Zuhause betreuen“, erklärt Dr. Jamil El Kasmi, Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik (PP.r) in Reutlingen. „Das bedeutet, das Behandlungsteam kommt zum Patienten, nicht umgekehrt. Es ist kein Ersatz für ambulante oder teilstationäre Behandlungen, sondern eine Alternative zur Klinikaufnahme.“

Flexibel und intensiv

Die Behandlungsintensität sei mit einer stationären Behandlung vergleichbar, teilweise sogar höher: „Da die Kontakte im StäB-Kontext meist länger dauern und individuell ausgerichtet sind, erleben viele Patienten sie als intensiver als eine Visite auf Station“, so El Kasmi weiter. „Zudem ist der soziale Kontext viel unmittelbarer einbezogen.“

Besonders geeignet sei StäB für Menschen, die aus verschiedenen Gründen eine Klinikeinweisung scheuen oder nicht realisieren können. Alleinerziehende zum Beispiel, Menschen mit schlechten Erfahrungen im Krankenhaus oder Patienten mit Angst vor Stigmatisierung könnten von dieser Behandlungsform profitieren. In der Suchtbehandlung wird durch StäB auch ein viel höherer Frauenanteil erreicht als im Krankenhaus.

„Es gibt aber auch Patienten, die genau aus diesen Gründen eine Behandlung zuhause ablehnen“, betont der Chefarzt. „Wenn zweimal täglich das

Behandlungsteam klingelt, kann das den Nachbarn natürlich auffallen. Manche empfinden das als unangenehmer als einen Klinikaufenthalt, der sich vielleicht leichter verheimlichen lässt.“

Enge Abstimmung wichtig

Ein zentraler Aspekt von StäB ist El Kasmi zufolge die enge Zusammenarbeit mit anderen Behandlungs- und Versorgungsformen: „Die Abstimmung zwischen StäB, stationärer Klinik, Psychiatrischer Institutsambulanz, Tagesklinik und ambulanten Angeboten ist essenziell. Die Patienten durchlaufen oft verschiedene Phasen ihrer Erkrankung und benötigen dafür eine nahtlose und flexible Betreuung.“ Daher sei es entscheidend, dass sich die verschiedenen Behandlungssektoren untereinander abstimmen: „Wir arbeiten eng mit niedergelassenen Psychiatern, den Sozialdiensten, dem betreuten Wohnen und der Eingliederungshilfe zusammen, um Behandlungsübergänge optimal zu gestalten.“ Gerade bei Suchterkrankungen oder für psychisch belastete Familien sei die

Verbindung mit der Jugendhilfe und anderen sozialen Hilfen besonders wertvoll.

Ein weiteres Beispiel ist die Zusammenarbeit mit den Notfalldiensten: „Da StäB-Patienten weiterhin eine stationäre Indikation haben, braucht es 24-Stunden-Notfallstrukturen. Wir organisieren das über den fachärztlichen Hintergrunddienst der Klinik und arbeiten mit unseren hauseigenen Krisendiensten zusammen, die notfalls Hausbesuche machen.“

Möglichkeiten und Grenzen

Besonders vielversprechend sei StäB für die Behandlung von Suchterkrankungen. El Kasmi: „Wir können Alkohol- oder Drogenabhängige stationär entziehen, ohne dass sie aus ihrem Umfeld herausgerissen werden. Das hat unter anderem den Vorteil, dass sie direkt lernen, mit Suchtauslösern in ihrem Alltag umzugehen.“

In manchen Fällen betreue das StäB-Team auch Patient:innen, die ihre Trinkmenge schrittweise

reduzieren möchten. „Das ist natürlich nicht immer möglich, aber es kann eine Brücke sein für Menschen, die einen Komplettentzug ablehnen.“ Ein weiterer Vorteil: „Angehörige, Kinder oder Mitbewohner können direkt in die Behandlung einbezogen werden, wenn sie das möchten oder dies notwendig ist. Das erleichtert die Unterstützung und hilft auch dabei, destruktive Dynamiken frühzeitig zu erkennen.“

StäB eigne sich jedoch nicht für jeden Patienten: „Schwer suizidale oder akut intoxikierte Menschen können nicht zuhause behandelt werden“, sagt El Kasmi. „Hier braucht es die stationäre Aufnahme.“ Auch seien Patient:innen, die nicht zuverlässig Termine einhalten oder das Behandlungsteam nicht in die Wohnung lassen, nur sehr schwierig zu versorgen.

Gute Planung entscheidend

Im Hinblick darauf, den Teufelskreis von Klinikaufenthalt und Rückfall zu durchbrechen, stelle die stationsäquivalente Behandlung dennoch einen Meilenstein dar. Der Aufwand dafür sei hoch, denn es bedeute einen hohen personellen und logistischen Aufwand: „Pro Patient sind täglich mindestens ein aufsuchender Kontakt und regelmäßige Besuche durch verschiedene Berufsgruppen erforderlich. Deshalb müssen wir genau planen, wer wann zu welchem Patienten fährt“, erklärt El Kasmi. Gerade in ländlichen Regionen seien die Fahrzeiten oft lang, was wertvolle Therapiezeit kostet. **f**

Text: Stefan Angele
Foto: Ernst Fesseler



Seit StäB im Jahr 2017 einem stationären Klinikaufenthalt rechtlich gleichgestellt wurde, bietet die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik (PP.r) Reutlingen ebenso wie das ZfP Südwürttemberg diese Behandlungsoption an.

Stefan Angele ist klar geworden, wie wichtig StäB ist, um flexibel auf sich verändernde Behandlungsbedarfe reagieren zu können. **f**

Bücher . Filme . Podcasts Blogs . Musik

Die Summe meiner einzelnen Teile

Drama, 2011, 117 Minuten



Kein Zurück ins alte Leben

Hans Weingartners Film „Die Summe meiner einzelnen Teile“ erzählt die Geschichte von Martin, einem Mathematiker, der nach einem psychischen Zusammenbruch aus der Gesellschaft herausfällt. Der Film zeigt Martins Kampf mit einem Versorgungssystem, das scheinbar wenig Raum für individuelle Bedürfnisse lässt, und seine Suche nach einem neuen Lebenssinn in der Natur und in der Beziehung zu einem traumatisierten Jungen. Die Erzählung kann als kritischer Blick auf die Grenzen eines standardisierten psychiatrischen Versorgungssystems verstanden werden, das Menschen wie Martin wenig flexible Unterstützung bietet. Gleichzeitig zeigt die Geschichte, dass Heilung und Stabilität nur durch einfühlsame, auf den Einzelnen abgestimmte Unterstützung möglich sind.

Ein intensives Drama, das dazu anregen kann, über die Grenzen des aktuellen Versorgungssystems nachzudenken.
Heike Amann-Störk



4 Könige

Drama, 2015, 98 Minuten

Alle gemeinsam, jede:r für sich

„4 Könige“ erzählt die Geschichte von vier Jugendlichen, die Weihnachten in einer Jugendpsychiatrie verbringen. Die Protagonist:innen Lara, Alex, Timo und Fedja kämpfen mit unterschiedlichen psychischen Problemen und familiären Konflikten. Anfangs herrscht Skepsis und es gibt Konflikte zwischen den Jugendlichen. Durch gemeinsame Erlebnisse beginnen sie aber, einander zu vertrauen. Doch die individuellen Herausforderungen bleiben. Während einige erste Fortschritte machen, scheint es für andere schwieriger zu sein. Der Film zeigt Verbindungen und Brüche zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Familie auf und lässt erkennen, dass es gemeinschaftlicher Anstrengungen und individueller Lösungen bedarf, um psychiatrisch erkrankten Menschen zu helfen.

Sehenswerter Film, der versucht, Klischeehafte zu vermeiden.
Stefan Angele



PsychCast

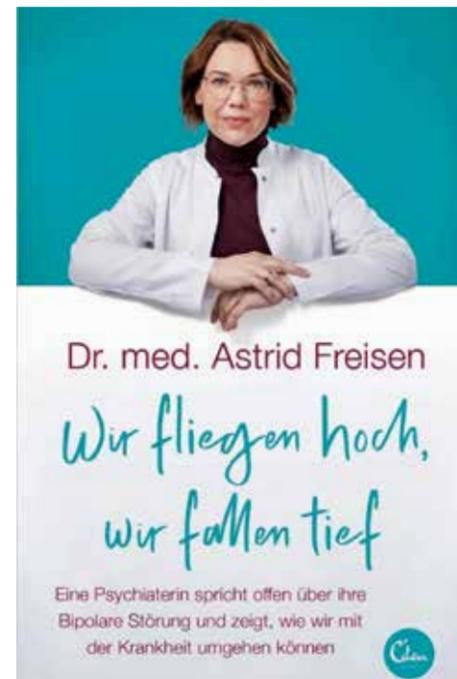
Podcast, kostenlos abrufbar bei allen gängigen Podcast-Anbietern

Einblicke in die psychiatrische Versorgung

„PsychCast“ ist ein deutscher Podcast über Psychiatrie, Psychotherapie und mentale Gesundheit, moderiert von Dr. Jan Dreher (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr. Alexander Kugelstadt (Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie). Die Themen reichen von klassischen psychiatrischen Erkrankungen über Psychopharmaka und Therapieansätze bis hin zu gesellschaftlichen Fragen rund um psychische Gesundheit. Ein Fokus liegt auf der Versorgung psychisch Erkrankter und damit auch auf transsektoralen Fragestellungen: Wie können Klinik und ambulante Therapie besser verzahnt werden? Wo liegen die größten Herausforderungen im deutschen Versorgungssystem? Welche Rolle spielen Hausärzte, Sozialpsychiatrie und Präventionsmaßnahmen? Trotz ernster Themen bleibt der Ton locker und unterhaltsam. Beide Hosts sind erfahrene Ärzte und vermitteln evidenzbasiertes Wissen, wobei sich manche Folgen eher an ein Fachpublikum richten, was für Laien gelegentlich herausfordernd sein kann.

Fachlich fundiert, unterhaltsam und nah dran am psychiatrischen Alltag.
Manja Olbrich

Redaktionstipp



Wir fliegen hoch, wir fallen tief

Dr. Astrid Freisen
ISBN 978-3959103763

Selbst betroffene Profis

Extreme emotionale Schwankungen und Suizidgedanken begleiten Astrid Freisen schon seit ihrer Kindheit. Jedoch will sie sich lange Zeit nicht eingestehen, dass ihre psychische Erkrankung dauerhaft und konsequent behandelt werden muss. Als perfektionistische Einserschülerin und später als Medizinstudentin möchte sie hauptsächlich eines: nicht auffallen. Doch damit verliert sie die Kontrolle über ihre Erkrankung und beinahe auch über ihr Leben. In ihrer Biografie offenbart die Psychiaterin schonungslos die Auswirkungen ihrer Bipolaren Störung. Und zeigt ihren Weg zurück in einen funktionierenden beruflichen und privaten Alltag. Heute geben ihre persönlichen Erfahrungen der Ärztin Gelegenheit, psychische Erkrankungen aus einer neuen Perspektive zu sehen und Betroffenen auf einer anderen Ebene zu begegnen.

Freisens Biografie zeigt, dass psychische Erkrankungen in allen Teilen der Gesellschaft zuhause sind.
Manja Olbrich



Systemsprenger

Drama, 2019, 120 Minuten

Wenn helfen nicht reicht

Sie schlägt zu, bis ihr Ziehbruder bewusstlos und blutend auf der Eisfläche liegt. Die neunjährige Benni ist unkontrollierbar in ihrer Wut, aggressiv und traumatisiert. Erfolglos wird sie von sozialen Einrichtungen zu Kliniken und zu Pflegefamilien weitergereicht. Als Systemsprenger werden Kinder wie Benni bezeichnet, bei denen die Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe nicht greifen. Der Film zeigt ein Hilfesystem, das funktioniert und dennoch scheitert. All diejenigen, die es repräsentieren – die engagierte Mitarbeiterin des Jugendamts, der entschlossene Schulbegleiter und die bemühten Erzieher:innen – sehen die Not und Hilfebedürftigkeit des Mädchens und geraten doch an ihre fachlichen und emotionalen Grenzen. Welche Rolle nehmen sie, aber auch die überforderte Mutter und Benni selbst ein? Ohne Schuldzuweisung lässt der Film die Zuschauenden alle Perspektiven sehen und nachempfinden.

Hilfebedarf trifft auf Überforderung – berührend zeigt der Film die Grenzen des Systems auf.
Nicola Netzer

bemerkenswert

+++ Mit Präventionsangeboten für Schulen, Hochschulen und Unternehmen möchte die Non-Profit-Organisation **Irrsinnig Menschlich e. V.** eine Brücke schlagen und gegen die Stigmatisierung psychisch Erkrankter vorgehen. +++ Um Depressionen geht es in Kathrin Weßlings Roman „Drüberleben“, um Fortschritte und Rückschläge in der Behandlung und darum, wie wichtig es ist, den Blick nach vorn zu stärken. +++ Der Dokumentarfilm „Raum 4070 – Psychosen verstehen“ fängt die emotionale Dichte ein, die entsteht, wenn Psychose-Erfahrene, Angehörige und Fachleute aufeinandertreffen, um über Psychosen zu sprechen. +++ Der Mental Health Blog „Locating your Soul“ bietet jungen Menschen eine Plattform, um über ihre Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen zu sprechen.

Information · Beratung · Kontakt

Informations-, Beratungs- und Beschwerdestellen (IBB-Stellen) unterstützen Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige bei der Wahrnehmung ihrer Rechte und Interessen. Sie bieten kostenfreie und vertrauliche Beratung, informieren über wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote und vermitteln bei Beschwerden zwischen Betroffenen und psychiatrischen Einrichtungen. IBB-Stellen sind unabhängig und beraten neutral.

IBB-Stelle-Esslingen

Alleenstraße 92
73230 Kirchheim unter Teck
☎ 0711 12299292
info@ibb-psychiatrie-esslingen.de
www.ibb-psychiatrie-esslingen.de

IBB-Stelle Reutlingen

Kaiserstraße 107
72764 Reutlingen
☎ 07121 4855826
info@ibb-kreis-reutlingen.de
www.ibb-kreis-reutlingen.de

IBB-Stelle Sigmaringen

Fidelisstraße 1
72488 Sigmaringen
☎ 07571 730155
team@ibb-sigmaringen.de
www.ibb-sigmaringen.de

IBB-Stelle Bodenseekreis

Landratsamt Bodenseekreis
Kleinebergstraße 6
88046 Friedrichshafen
☎ 0159 01400246
IBB-Bodenseekreis@web.de
www.gpv-bodenseekreis.de/ibb-info-beratungs-u-beschwerdestelle

IBB-Stelle Ehingen

Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ)
Mühlweg 8
89584 Ehingen
☎ 07391 703147
team@ibb-adk.de
www.ibb-adk.de

IBB-Stelle Ulm

Bleichstraße 1/2
89077 Ulm
☎ 0731 880 163 27
kontakt@ibb-stelle-uhl.de
www.ibb-stelle-uhl.de

IBB-Stelle Biberach

Saulgauer Straße 51
88400 Biberach
☎ 07351 34-951300
ibb-bc@caritas-dicvrs.de
www.ibb-bc.de

IBB-Stelle Ravensburg

Landratsamt Ravensburg
(c/o Psychiatriekoordination)
Gartenstraße 107
88212 Ravensburg
☎ 0751 85-909959
kontakt@ibb-ravensburg.de
www.ibb-ravensburg.de



Foto: TITOVA ILONA via canva.com

Besetzt sind die zumeist ehrenamtlich arbeitenden IBB-Stellen mit Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen psychisch erkrankter Menschen sowie Personen mit professionellem Hintergrund im psychiatrischen Versorgungssystem.

Übrigens

Am ZfP-Standort Zwiefalten gibt es ein ganz spezielles alterspsychiatrisches Behandlungsteam (3054 ABT). Eigens für psychisch erkrankte Menschen ab 65 Jahren entwickelt, sorgt das Team mit einem individuellen Bereichs- und Bezugspflegekonzept für eine noch bessere Betreuung. So soll beispielsweise durch basale Stimulation die Sinneswahrnehmung, Körperorientierung und Kommunikationsfähigkeit der Patient:innen gefördert und verbessert werden. Mit 15 Behandlungsplätzen verbessert das 3054 ABT die stationäre Versorgung und stärkt die Vernetzung mit ambulanten Angeboten. Auch eine alterspsychiatrische Ambulanz ist in Planung, um den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nahtlos und patientenfreundlich zu gestalten.

Impressum

Facetten — Das Magazin des ZfP Südwürttemberg
Herausgeber — ZfP Südwürttemberg, Pfarrer-Leube-Straße 29, 88427 Bad Schussenried, www.zfp-web.de

Redaktionelle Verantwortung für diese Ausgabe — Manja Olbrich

Redaktion — Heike Amann-Störk, Stefan Angele, Prof. Dr. Gerhard Längle, Dr. Paul Lahode, Nicola Netzer, Manja Olbrich

Konzept und Gestaltung — openminded, Ursi Zambrino, Ulm/Hamburg

Druck — Druckerei der Weissenauer Werkstätten
Auflage — 4.200 Exemplare, gedruckt auf Enviro nature

Facetten erscheint drei Mal jährlich und kann kostenlos bei der Abteilung Kommunikation per E-Mail an facetten@zfp-zentrum.de bestellt werden. Die nächste Ausgabe erscheint im August 2025.

Um die Privatsphäre von Patient:innen zu schützen, greifen wir bei Fotos für Facetten auch auf Mitarbeitende des ZfP als Statist:innen zurück.

Ein Unternehmen der **ZfP** Gruppe Baden-Württemberg

Anzeige

Lust auf einen Seitenwechsel?

Dann kommen Sie in unser Team.

Denn wir engagieren uns nicht nur in der Therapie und Behandlung psychisch kranker Menschen, sondern zeigen auch vollen Einsatz, wenn es um unsere Mitarbeitenden geht. Als größter psychiatrischer Klinikverbund in Baden-Württemberg bieten wir mehr als 4.000 Beschäftigten vielseitige und sichere Arbeitsplätze. Und noch jede Menge Extras.

Freuen Sie sich auf:

- faire Vergütung nach Tarifvertrag
- mindestens 30 Tage Urlaub
- großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildung
- Karriereplanung orientiert an Ihren Zielen
- flexible und familienfreundliche Arbeitsbedingungen



Noch mehr Vorteile und unsere offenen Stellenangebote finden Sie auf www.zfp-karriere.de





 www.facebook.com/psychiatrie.im.sueden



 Youtube-Kanal
ZfP Südwürttemberg

Anzeige

Lust auf einen Seitenwechsel?

Liebe Leserin, lieber Leser, ja, richtig.

Wir wollen Sie auf unsere Seite ziehen. Nicht nur als regelmäßig Lesende der FACETTEN. Nein. Wir möchten Sie gerne in unsere Teams holen – sofern Sie nicht schon dazugehören.

Denn im ZfP Südwürttemberg warten nicht nur jede Menge spannende Geschichten, sondern auch viele tolle Jobs. Egal, ob Sie gerade erst einsteigen oder schon Erfahrung haben: Wir freuen uns auf neue Kolleg:innen.



◀ Was Sie davon haben? Jede Menge.
Blättern Sie doch einfach mal zurück.

Oder überzeugen Sie sich auf
www.zfp-karriere.de

