

PSYCHO SOZIALE UMSCHAU



Digitale Umschau

Springen Sie über das Inhaltsverzeichnis einfach durch Klick auf den gewünschten Artikel. Zurück zum Inhaltsverzeichnis gelangen Sie durch Klick auf PSYCHOSOZIALE UMSCHAU am Fuße jeder Seite.

Heute anfragen, morgen anfangen

Innovation beim Übergangsmanagement

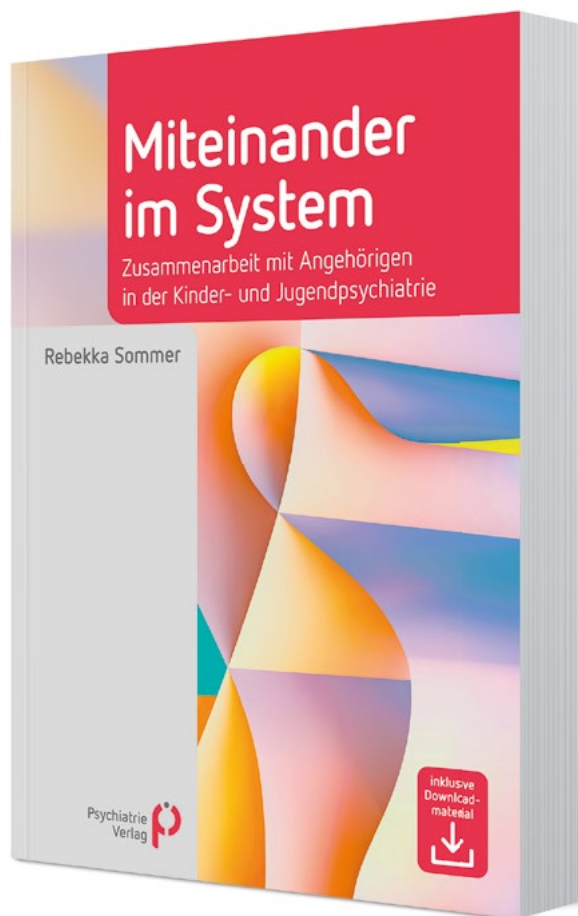
Alltag und Ausnahme in der Pflege

Autorin Nadine Schuster im Interview

Der Trost der Punkte

Yayoi Kusama heilt sich selbst durch ihre Kunst

Gemeinsam stark für junge Menschen



Unterschiedliche Perspektiven gehören zum Behandlungsalltag – doch sie müssen das Bündnis zwischen jungen Patient*innen, Angehörigen und Profis nicht sprengen. Der Leitfaden liefert klare Signale für frühes Erkennen von Konflikten und praktische Schritte für rechtzeitiges Handeln. Er stärkt die Kommunikation, macht Erwartungen transparent und lädt zur Zusammenarbeit auf Augenhöhe ein.

Besonders deutlich: die Perspektive der Eltern. Ihre Fragen, Zweifel und Grenzen werden nicht nur beschrieben, sondern als Ressource genutzt. Interviews und Fallbeispiele zeigen, wie Partizipation gelingt – in der Klinik, der Beratung und der Schule.



Rebekka Sommer
Miteinander im System
264 Seiten + Downloadmaterial, 35,00 €
ISBN 978-3-96605-323-5
eBook 34,99 €



Das Kriterium Geschlecht findet Einzug in die psychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Während gesellschaftliche Debatten häufig polarisieren, sendet dieses umfassende Lehrbuch eine inklusive und offene Botschaft: Die geschlechtssensible Perspektive weitet den Blick und stellt geschlechtsspezifische Diagnose- und Behandlungskonzepte vor. Als moderner Ansatz der Gendermedizin, zum ersten Mal für die Psychiatrie adaptiert, bietet das Lehrbuch Geschlechtssensible Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Studierenden und erfahrenen Praktiker*innen einen breiten Wissensfundus, der auch differenzierte und konträre Positionen zulässt.



Ulrike M.E. Schulze, Jörg M. Fegert, Isabel Böge
Geschlechtssensible Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
664 Seiten, 48,00 €
ISBN 978-3-8252-6473-4
Als eBook erhältlich



Wenn sich Teilhabe und Selbstwirksamkeit die Hand reichen: Auf dem Projekthof von Organic Village wird nicht nur unterstützt, sondern gemeinsam gearbeitet und gelebt.

Liebe Leser:innen,

was Menschen in seelischen Krisen trägt, was sie stärkt und was das Versorgungssystem dabei oft nicht sieht: Davon handeln viele Beiträge dieser Ausgabe. Jo Becker zeigt, dass mystische Erfahrungen während einer Psychose nicht nur als Symptom verstanden werden sollten, sondern auch als Ressource und Chance zur Entstigmatisierung (S. 4). Matthias Ennenbach führt uns in die Buddhistische Psychotherapie ein und erklärt, wie westliche Psychotherapie und Buddhas Lehre zusammenwirken können (S. 40). Josef Sachs und Christoph Müller plädieren dafür, das Bauchgefühl ernst zu nehmen: Ihr Essay über die Rolle der Intuition in der psychiatrischen Versorgung erinnert daran, dass nicht alles zählbar ist und es auch nicht sein muss (S. 36).

Eine ganz eigene Antwort hat die Künstlerin Yayoi Kusama gefunden: Sie heilt sich durch ihre Kunst und fasziniert damit ein Weltpublikum – aktuell auch in einer vielbesuchten Ausstellung in Köln. Cornelia Schäfer porträtiert Kusama und ihr Werk (S. 42). Nadine Schuster hat aufgeschrieben, was viele Pflegenden nur denken: wie es sich anfühlt, täglich zwischen Hoffnung und Verzweiflung zu arbeiten. Ihr Buch »Ein Tanz auf dem Drahtseil« ist ein seltenes Zeugnis aus dem Inneren der psychiatrischen Pflege. Einen Auszug und ein Gespräch mit der Autorin finden Sie ab S. 6.

Dass Menschen durchs Raster fallen, zeigt das Gespräch mit Dr. Sarah Straub: Menschen mit Frontotemporaler Demenz sind oft zu jung für Alzheimer-Einrichtungen und zu herausfordernd

für Regelangebote. Das Bayerische Aktionsbündnis für FTD will das ändern und dabei Impulse in die ganze Republik senden (S. 12). Rebekka Sommer hat als Mutter einer psychisch erkrankten Tochter erlebt, wo die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheitert – und was es braucht, damit sie gelingt (S. 10).

Wie der Übergang zurück in einen Alltag mit bedarfsgerechter ambulanter Unterstützung nach einem Klinikaufenthalt schnell, niedrigschwellig und ohne lange Wartezeiten gelingen kann, zeigt Alexander von Hohenthal am Beispiel eines Potsdamer Projekts im Übergangsmanagement (S. 26). Im mecklenburg-vorpommerischen Matgendorf verbindet seit 15 Jahren ein Laden mit Café eine psychosoziale Einrichtung mit dem Dorf – ein Modell, das Michael Brandt und Torsten Ehlers vorstellen (S. 24).

Bei den aktuellen Reformen der Psychisch-Kranken-Gesetze stellt die Mehrheit der Bundesländer das Ordnungsrecht und ein (vermeintliches) Mehr an öffentlicher Sicherheit über die Hilfe für Betroffene. Was sich genau ändern soll, analysiert Matthias Rosemann (S. 32). Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit feiert 20-jähriges Jubiläum – von einer kleinen Interessengemeinschaft ist es zum zentralen Netzwerk für Aufklärung und Entstigmatisierung gewachsen. Franziska Taffelt und Patricia Wulfheide blicken zurück (S. 20).

Wir wünschen eine inspirierende Lektüre! Schreiben Sie uns gerne Ihre Gedanken an umschau@psychiatrie.de.

Ihre Redaktion



6



Nadine Schuster berichtet aus der psychiatrischen Pflege.

12



Ein Aktionsbündnis engagiert sich für Menschen mit Demenz.

24



Organic Village aus Potsdam hilft beim Weg zurück in den Alltag.



VON MENSCHEN UND WEGEN

- 4 Einssein mit allem, was existiert**
Jo Becker
- 6 Zwischen Mut und Missverständnis**
Nadine Schuster
- 7 Papier, um atmen zu können**
Viele psychiatrisch Pflegenden sagen, sie könnten Bücher über ihre Arbeit schreiben. **Nadine Schuster** hat das getan und mit **Christoph Müller** darüber gesprochen.



DIE BESONDERE GESCHICHTE

- 10 Ein ungeschriebenes Gesetz auf dem Prüfstand**
In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gilt ein ungeschriebenes Gesetz: »Wir beziehen die Eltern ein.« Doch was heißt das genau?
Rebekka Sommer



NACHGEFRAGT

- 12 Zu krank für Unterstützung?**
Die Psychologin **Dr. Sarah Straub** hat **Cornelia Schäfer** erzählt, wie man in Bayern versucht, Menschen mit einer bestimmten Demenzform gerecht zu werden.



THERAPEUTISCHES

- 16 Nicht mehr allein mit dem Erlebten**
Christiane Robens-Söhn, Jennifer Söhn



NEUES AUS DER FORSCHUNG

- 18 Eine Alternative für stationäre psychiatrische Behandlung?**
Aylin Russ



AKTUELL DISKUTIERT

- 19 Eingeladen, aber überhört?**
Azize Kasberg, Jona-Marin Sühwold, Imada Spiewok
- 20 20 Jahre gemeinsam für psychische Gesundheit**
Franziska Taffelt, Patricia Wulfheide



ARBEIT UND REHABILITATION

- 22 Gelebte Inklusion vor historischer Kulisse**
Seit 15 Jahren verbindet in Matgendorf ein Laden mit Café die psychosoziale Einrichtung mit dem Dorf.
Michael Brandt, Torsten Ehlers
- 24 »Heute anfragen – morgen anfangen«**
Alexander von Hohenthal
- 26 Reform aus der Retorte**
Marc Fesca



IM BLICKPUNKT

- 28 Die vier Bindungstypen**
Thomas Köhler-Saretzki, Anika Merten



38



Matthias Ennenbach stellt die Buddhistische Psychotherapie vor.

42



Yayoi Kusama begeistert Köln und die Welt mit ihrer Kunst.

SOZIAL- UND GESUNDHEITSPOLITIK

- 30 Mehr öffentliche Sicherheit durch neue Psychisch-Kranken-Gesetze?**
Matthias Rosemann

- 32 Weiterentwicklung der Hilfen zur Teilhabe im Fokus**
Susanne Haucke, Jörg Holke

FORUM

- 33 Scharnier im Hilfesystem**
Das Projekt »Kompass« soll in Bremen die psychosoziale Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern.
Volker Althoff
- 34 Bindungsstörungen: Das unterschätzte Thema in der Sozialpsychiatrie**
Andreas Knuf, Larissa Henschel
- 36 Überlegungen und Intuition**
Von der Rolle der Intuition in der psychiatrischen Versorgung.
Josef Sachs, Christoph Müller
- 38 Das Ego loslassen**
Wie die Buddhistische Psychotherapie die Lehre Buddhas mit westlicher Psychotherapie verbindet.
Matthias Ennenbach
- 40 Essen in der Psychiatrie**
Welchen Stellenwert hat die Ernährung in der psychiatrischen Versorgung?
Christoph Müller

KUNST UND KULTUR

- 42 Der Trost der Punkte**
Yayoi Kusama heilt sich selbst durch ihre Kunst und fasziniert ein Weltpublikum.
Cornelia Schäfer

BÜCHER UND MEDIEN

- 46 Kaum psychopathologisch auffällig**
Ada Borkenhagen: »Bin ich schön genug? Schönheitswahn und Body Modification«
Christoph Müller
- 46 Sich und anderen begegnen**
Thomas Holtbernd: »Der Weg ist Dein Coach. Kompetenzen erwerben durchs Gehen, Wandern und Pilgern«
Christian Zechert
- 47 Ein Lehrbuch für alle Berufsgruppen**
Daniel Ketteler/Corinna Jung: »Sozialmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch«
Dr. Norbert Mönter

SAVE THE DATE!

- 48 Termine**
- 48 Impressum**



Einssein mit allem, was existiert

Mystische Erfahrungen während einer Psychose können eine wichtige Ressource sein und zur Entstigmatisierung beitragen. **Von Jo Becker**

Seit gut 40 Jahren arbeite ich als Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei sind mir immer wieder Menschen begegnet, die während ihrer Psychose »Erleuchtungserlebnisse« hatten – ein Phänomen, das bisher weder wissenschaftlich noch in der psychiatrischen Praxis Beachtung gefunden hat. Damit meine ich ein Erleben des Einsseins, einer tiefen Verbundenheit mit der Umwelt oder mit Gott, begleitet von überwältigenden Emotionen des Glücks, manchmal auch des Erschreckens. Für Dorothea Buck, Pionierin der Selbsthilfebewegung psychisch kranker Menschen in Deutschland, war das ihr »Zentralerleben«, wie sie in ihrer Biografie »Auf der Spur des Morgensterns« schreibt: »Ergriffensein« und Einssein mit dem Kosmos, das Erleben eines »geheimen Sinnzusammenhangs«, sind für sie der entscheidende Unterschied zwischen psychotischer und alltäglicher Welterfahrung. Bemerkenswert an diesem Phänomen ist, dass die gleiche Erfahrung in der christlichen Religion als Einheit mit Gott (Unio mystica) beschrieben wird, im Hinduismus und Buddhismus als Erleuchtung (Samadhi bzw. Satori). Nach meiner Überzeugung handelt es sich daher nicht um Symptome der Erkrankung. Vielmehr scheint der Grenzbereich des Bewusstseins, den Menschen mit einer Psychose erleiden, für manche gleichzeitig auch den Zugang zu mystischen Erfahrungen zu öffnen, die zwar theoretisch allen Menschen zugänglich sind, für die meisten aber nur durch langjährige meditative Praxis.

Eine tiefe Einheitserfahrung

In einer zweijährigen Forschungsphase habe ich Menschen gesucht, die in ihrer Psychose mystische Erfahrungen gemacht haben und bereit waren, über diese Erfahrungen zu berichten. Von zwölf veröffentlichten Erfahrungsberichten verdanke ich einen Claus Wefing. Er erlebte seine erste psychotische Krise mit 19 Jahren. »In der Zeit habe ich mich viel mit Yin und Yang beschäftigt und mit dem I Ging, dem Buch der Wandlungen. Ich las auch das Buch »Centurien« von Nostradamus, mit Vorhersagen für die Zukunft der Menschen. Dabei bin ich durchgedreht. Einerseits spürte ich eine sehr starke Energie, die ganz angenehm war. Aber ich konnte sie nicht kontrollieren und habe wirres Zeug geredet, etwa dass die Welt sich zum Guten verändern wird. Ich war fest davon überzeugt, dass die Vorhersagen von Nostradamus eintreffen. Dann bin ich zur Polizei gegangen und habe gesagt, dass ich Hilfe brauche, dass ich dabei bin, den Verstand zu verlieren.« Im Krankenhaus bekam Claus Wefing das Medikament Haldol. Obwohl er sich nun rasch beruhigte, wurde er mit einem Gerichtsbeschluss sechs Wochen in der Psychiatrie festgehalten, in einer Umgebung, die der junge Mann als enorm belastend erlebte. »Als ich dann alles aufgab, ich meine wirklich alles, hatte ich abends im Bett das erste Mal dieses Erleuchtungserlebnis. Es fühlte sich an, als würde ich über mein Scheitel-Chakra

ins All austreten. Ich kann mir geistig nichts Höheres, Tieferes oder Intensiveres vorstellen. Da war keine Struktur, kein Buddha oder Jesus. Alles war voller Licht, eine tiefe Einheitserfahrung mit allem, was existiert. Es war vom Gefühl her die Erfüllung aller Sehnsüchte. Ich kann das gar nicht vollkommen beschreiben.« Mehrere Tage hintereinander habe er dieses Einswerden mit Allem erlebt, berichtet Claus Wefing, immer abends beim Einschlafen. »Es war jeden Tag gleich, aber auf eine nicht zu beschreibende Weise dann doch anders. Es war offen und weit und mit unendlicher Liebe gefüllt. Da war nichts, aber von einer so großen Fülle, im Nichts ist viel los. Das ganze Universum war in mir. Es war ein Auf- und Untergehen im göttlichen Licht, dem transpersonalen Raum. Das Gefühl wurde in der weiteren Behandlungszeit immer schwächer. Ich erinnere mich noch, dass es beim letzten Mal auch bedrückend war und nicht nur schön. Dann war es zu Ende.«

In den Jahren danach wurde Claus Wefing wiederholt im Krankenhaus behandelt, immer, wenn er versuchte, ohne Medikamente zu leben. Spiritualität blieb ihm wichtig. Er begann zu meditieren, suchte ein Kloster auf und lässt sich heute von einem Meditationslehrer unterstützen. »Durch tägliche Meditation erreiche ich ein Gefühl der Ich-Auflösung, aber nicht so intensiv und überwältigend schön wie in einer Psychose. Es beginnt immer mit dem Gedankensammeln. Dann tritt eine tiefe innere Stille, Weite und Ruhe ein.«

Gottes Gegenwart in allen Dingen

Meine Interviewpartnerin Caterina Nicolai erkrankte am Ende ihres Studiums an einer Psychose. Dinge, die sie vorher nur im Traum erlebt hatte, versuchte sie in den Alltag zu holen und telepathisch mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Sie erlebte sich in einem Kampf zwischen Gut und Böse, begleitet von positiven und negativen Stimmen. Alltägliche Dinge hatten plötzlich eine besondere Bedeutung: Ein Kinderlachen etwa war gut und ein Stein am Wegesrand böse. »Bei bösen Wahrnehmungen hatte ich Todesangst und Panik. Das Erleben des Guten war dagegen ein Gefühl großer Leichtigkeit und unendlicher Schönheit. In dieser Zeit habe ich nichts mehr gegessen und auch fast nicht geschlafen.« Freundinnen sorgten schließlich dafür, dass sie in die Psychiatrie eingewiesen wurde.

Zehn Jahre später, während einer Ausbildung zur Rednerin, in der es um existenzielle Fragen wie Liebe und Tod ging, regte sich erneut ihr Sinn für eine über das Ich hinausreichende Wirklichkeit. »Mir wurde plötzlich klar, dass ich nicht nach Zeichen suchen muss, um in die spirituelle Welt zu gelangen, sondern dass sie in mir ist. [...] Es war das gleiche Erleben wie zehn Jahre zuvor, aber ohne Angst und Panik, kein Kampf zwischen Gut und Böse. Es war die Erfahrung der reinen Schönheit einer vollkommenen Schöpfung.

Ich spürte Gottes Gegenwart in allen Dingen. Meine Seele und mein Geist fühlten sich groß und leuchtend an, als wenn sich etwas in mir erhebt und ich eins bin mit Allem. Ich erlebte intensiv, dass alles auf der Welt zusammenspielt und eine Einheit bildet, die perfekt zusammenpasst, und dass ich ein Teil von allem bin.« Sie habe gespürt, dass ein Mensch angesichts der Größe der göttlichen Präsenz regelrecht »verglühen« könnte, erinnerte sich meine Interviewpartnerin. Damit verband sie aber kein Gefühl von Angst, sondern eher ein Aufgehobensein. »Ich bin so klein, jede Tat ist so winzig, ich konnte nur einen Hauch dieser Vollkommenheit spüren, mehr geht nicht. Aber bestimmt ist das nach dem Tod möglich.«

Ressource und Chance zur Entstigmatisierung

Religiöse Themen wie Engel, Teufel oder eine göttliche Mission tauchen während einer Psychose häufig auf und werden beglückend oder bedrohlich erlebt. Auch mystische Erfahrungen sind nicht selten. Für viele sind sie eine Lebenserfahrung, die dauerhaft nachwirkt. Liz Binder (Name geändert) beschreibt es so: »Ich spürte eine starke Wärme in mir und fühlte mich mit der Unendlichkeit des Kosmos verbunden. Ich nahm mich nicht mehr als Individuum wahr, sondern als Teil des Ganzen, verbunden mit allem. Es ist schwierig, dafür die richtigen Worte zu finden. Es war pure Freude über diese absolute, unumstößliche Liebe, ein wunderbares Gefühl von Einssein. Mehr geht nicht.« Diese Erfahrung kann bei der biografischen Einordnung der psychotischen Krise helfen und dem Erlebten einen Sinn geben. Für viele bleibt Spiritualität im weiteren Leben eine wichtige Ressource.

Der Psychologe William James war einer der ersten, der sich mit dem Bewusstseinszustand tiefer religiöser Versenkung beschäftigt hat. Für ihn ist das Erleben des Einswerdens mit dem Absoluten das Ziel aller religiös-mystischen Erfahrungen. Der Religionsphilosoph Walter Stace beschreibt sieben Kriterien für religiös-mystische Erfahrungen, darunter das Verschwinden von räumlichem und zeitlichem Erleben, Empfinden von Objektivität und Wirklichkeit des mystischen Erlebens, von tiefer positiver Stimmung und das Unvermögen, es in Worte zu fassen. Entscheidend war für ihn das »Erfassen einer ultimativen nicht-sinnlichen Einheit in allen Dingen, ein Einssein oder ein Eins, zu dem weder die Sinne noch der Verstand durchdringen können.« Der Theologe und Religionswissenschaftler Rudolf Otto unterscheidet beim Erleben des Göttlichen zwei Empfindungen. Im »mysterium fascinans« erlebe der Mensch das Glück der Gotteserfahrung als eine überschwängliche Freude. Gleichzeitig sei es für ihn ein »mysterium tremendum«, ein Schauern angesichts der überwältigenden Größe Gottes.

So ist es auch bei mystischen Erfahrungen im Rahmen einer Psychose. Sie stimmen mit mystischen Erfahrungen, die durch religiöse Praxis erreicht werden, in drei Kriterien überein:

- ▶ Das Ich-Bewusstsein wird durchlässig, es erweitert sich zu einem transpersonalen Erleben, je nach Persönlichkeit z.B. als enge Verbundenheit mit der Natur, als Auflösung des Ichs im Kosmos oder als Einheit mit Gott.
- ▶ Die Erfahrung des Einsseins wird begleitet von einem Gefühl grenzenlosen Glücks. Oft ist es auch ein ambivalentes Gefühl, wechselnd zwischen Hochstimmung und Erschrecken oder Angst.



Jo Becker

- ▶ Das Erleben ist so ungewöhnlich, dass es außerhalb aller alltäglichen menschlichen Erfahrungen liegt. Es ist deshalb nur schwer mit Worten zu beschreiben und zugleich tief beeindruckend: Unaussprechlichkeit.

Die Umstände dieser Erfahrung sind dagegen völlig verschiedenen. Personen in religiöser Versenkung müssen meistens lange praktizieren, um diesen Zustand zu erreichen. Sie machen diese Erfahrung im Schutz einer religiösen Gemeinschaft. Bei einer Psychose werden die Betroffenen unerwartet von psychotischen Erlebnissen überwältigt und sind damit allein. Das erschüttert zutiefst und führt meistens zu einem Gefühl der Einsamkeit und des Unverstandenen-Seins.

Es macht für Menschen mit einer Psychose deshalb einen großen Unterschied, wenn Fachkräfte mystische Erfahrungen ernst nehmen, indem sie diesen mit Respekt begegnen, sie nicht als krankhaft einordnen und auf Wunsch den Kontakt zu einer Seelsorgerin oder einem Seelsorger vermitteln. Es ist für sie eine Entlastung, zu hören, dass auch andere Menschen während einer Psychose ähnliche Erfahrungen machen und diese für viele zu einer wertvollen Ressource geworden sind. Und es kann zur Entstigmatisierung von Menschen mit Psychose-Erfahrung beitragen, wenn anerkannt wird, dass manche von ihnen etwas erleben, das die Weltreligionen als den höchstmöglichen Bewusstseinszustand religiöser Versenkung oder Ekstase beschreiben: als Erleuchtung oder Einheit mit Gott.

Dr. Jo Becker ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Er war 25 Jahre klinisch tätig, danach Geschäftsführer des Sozialpsychiatrischen Trägers Spix und Ausbilder in Systemischer Psychotherapie. Heute arbeitet er in einer Ambulanz.

Die im Text zitierte Literatur kann beim Autor angefragt werden.

Kontakt: j.becker@spix-ev.de

Sein Buch »Psychosen und Spiritualität« ist im Psychiatrie Verlag erschienen (ISBN: 978-3-96605-324-2).

Weitere Interviewpartner:innen sind willkommen.



Zwischen Mut und Missverständnis

Warum die Psychiatrie anders ist, als Sie denken.

Von Nadine Schuster

»Ich könnte das ja nicht – mit solchen Menschen arbeiten.«
Diesen Satz höre ich oft. Und jedes Mal zucke ich innerlich zusammen.
Mit solchen Menschen?

Ich weiß, er ist nicht böse gemeint. Nur unbedacht.
Doch Worte wie dieses verraten, wie fest alte Bilder noch in uns verankert sind.
Kaum ist das Wort *Psychiatrie* ausgesprochen, flackern in vielen Köpfen dieselben Szenen auf:
geschlossene Türen, lautes Geschrei, Fesseln, kaltes Wasser.
Man sieht Krankenhausschleusen, hört Schlüssel klirren – und denkt an Kontrollverlust.

Doch das alles ist ein Schatten aus einer anderen Zeit.
Die Psychiatrie von heute ist kein finsterner Ort hinter Mauern, sondern ein Raum zwischen Zusammenbruch und Neubeginn. Ein Zwischenhalt.

Hier kommen Menschen an, die erschöpft sind vom Funktionieren.
Menschen, die den Halt verloren haben, weil das Leben zu laut, zu viel, zu schnell wurde.
Lehrerinnen. Verkäufer. Rentner. Studierende. Väter. Töchter.
Menschen, die irgendwann nicht mehr wussten, wie sie weitermachen sollen.
Keine »Irren«. Keine Monster.
Nur Menschen mit Wunden, die man nicht sieht – aber spürt, wenn man zuhört.

Trotzdem haftet an der Psychiatrie ein eigentümlicher Schleier aus Angst und Neugier.
Man spricht darüber, als wäre es eine fremde Welt – dabei liegt sie mitten in unserer.
In Wahrheit trennt uns nur ein feiner Riss: ein paar Nächte ohne Schlaf,
eine zu schwere Trennung, eine Diagnose, die plötzlich alles verändert.
Es kann jeden treffen.

Vielleicht ist das größte Missverständnis unserer Zeit:
dass Stärke bedeutet, keine Hilfe zu brauchen.
Dass Schwäche ein Makel ist.
Dass man erst krank sein muss, um Unterstützung zu verdienen.

Aber wahre Stärke beginnt dort, wo jemand sagt:
»Ich schaffe das nicht allein.«
Und jemand anderes antwortet:
»Ich bleibe hier.«



Foto: Nadine Schuster

Stille Momente in der Psychiatrie, die es auszuhalten gilt.

Zwischen Medikamenten und Gesprächen, Krisen und Kaffee, Tränen, Rückfällen und kleinen Siegen geschieht etwas, das kaum jemand von außen sieht:
die stille Arbeit am Weiterleben.
Nicht heroisch. Nicht filmreif.
Aber echt.

Vielleicht sollten wir aufhören, die Psychiatrie als dunklen Raum zu betrachten –
und anfangen, sie als Spiegel zu begreifen.
Denn wer lange genug hineinschaut, erkennt darin nicht nur die anderen,
sondern sich selbst.
Mit all dem, was bricht –
und all dem, was heilt.

Nadine Schuster ist psychiatrische Pflegerin und Autorin des Buchs »Ein Tanz auf dem Drahtseil – über Würde, Abgründe und die stille Arbeit in der Psychiatrie«.
Ein Interview mit Nadine Schuster lesen Sie auf den folgenden Seiten.



Papier, um atmen zu können

Viele psychiatrisch Pflegende sagen, sie könnten Bücher über ihre Arbeit schreiben.

Nadine Schuster hat das getan und mit **Christoph Müller** darüber gesprochen.

»Ein Tanz auf dem Drahtseil« ist der Titel des Buches, das die Krankenschwester Nadine Schuster geschrieben hat. »Dieses Buch führt tief hinein in die Welt der psychiatrischen Pflege – dorthin, wo Alltag und Ausnahme ineinanderfließen. Es erzählt von Begegnungen, die bleiben, von Momenten zwischen Hoffnung und Verzweiflung, von Menschen, die oft unsichtbar sind und doch viel tragen«, so heißt es im Ankündigungstext des Verlags.

Christoph Müller: *Liebe Frau Schuster, Sie arbeiten als Krankenschwester in einem psychiatrischen Setting. In Ihrem 500 Seiten umfassenden Buch finden sich viele Erfahrungen, die Sie über lange Berufsjahre machten. Warum haben Sie dieses Buch geschrieben?*

Nadine Schuster: Ich habe in meiner Arbeit als psychiatrische Pflegerin irgendwann gemerkt, dass ich das, was ich erlebt habe, nicht mehr nur mit mir selbst tragen konnte. Schreiben war keine Entscheidung, sondern eine Notwendigkeit.

Über Jahre haben sich Gedanken, Bilder und Begegnungen angesammelt, für die es im Alltag kaum Raum gibt: moralische Konflikte, Zweifel, Grenzerfahrungen, Momente, in denen man Verantwortung trägt, ohne wirklich Handlungsmacht zu haben. Diese Erfahrungen verschwinden oft, weil sie sich schlecht dokumentieren lassen und im Behandlungssystem der Psychiatrie keinen Platz haben. Sie brauchten irgendwann Papier, um atmen zu können.

Es gab Situationen in der Klinik, die ich korrekt dokumentiert habe – und die mich trotzdem noch Wochen später nicht losgelassen haben. Nicht, weil etwas schiefgelaufen ist, sondern weil es im System keinen Ort gibt, an dem diese innere Spannung abgelegt werden kann.

Ein Patient saß schweigend vor mir, die Hände ineinander verschränkt, während ich in die Akte schrieb: »Suizidgedanken vorhanden.« Zwei nüchterne Worte in einem Formular – und gleichzeitig ein Moment voller Verzweiflung, Ohnmacht und Verantwortung. Was später in der Dokumentation wie ein kurzer Vermerk wirkte, hatte in Wirklichkeit Gewicht. Manche Begegnungen enden nicht mit dem Schließen der Akte.

Das Buch ist mein Versuch, genau diese Wirklichkeit festzuhalten – nicht erklärend und nicht ordnend, sondern so, wie sie sich anfühlt. Ich wollte sichtbar machen, was sonst im Stillen bleibt.

Schon auf dem Buchumschlag finden sich deutliche Wegmarken, was den Leser:innen im Buch begegnen wird. »Über Würde, Abgründe und die stille Arbeit in der Psychiatrie« ist der Untertitel. Was bewegte Sie zu dieser klaren Ansage?

Die psychiatrische Pflege bewegt sich permanent zwischen Würde und Abgründen – das ist kein Ausnahmezustand, sondern Alltag. Abgründe gehören zur Arbeit ebenso wie der Anspruch, Würde zu wahren, oft unter Bedingungen, die dem entgegenstehen. Diese Spannung wollte ich weder relativieren noch theoretisch entschärfen.

Mit der »stillen Arbeit« meine ich all das, was im Alltag geschieht, ohne sichtbar zu sein: Aushalten, Dableiben, Entscheiden unter Unsicherheit. Diese Arbeit ist kaum messbar, findet selten Anerkennung – und prägt das Handlungsfeld entscheidend.

Wer dieses Buch liest, sollte wissen, dass es keine einfachen Antworten bietet. Es zeigt eine Wirklichkeit, die unbequem ist – die aber gesehen werden muss.

Zum Grundsätzlichen will ich kommen. Wenn jemand ein Buch mit 500 Seiten veröffentlicht, dann ist vorher das Drei- oder Vierfache in der Summe geschrieben worden. Was bedeutet Ihnen das Schreiben? Wann und wie schreiben Sie?

Schreiben ist für mich in erster Linie ein Denk- und Verarbeitungsraum. Es hilft mir, Dinge zu sortieren, für die im beruflichen Alltag oft kein Platz ist. Viele Situationen in der psychiatrischen Pflege sind komplex und emotional aufgeladen. Man begegnet Situationen, in denen widersprüchliche Wahrheiten gleichzeitig nebeneinanderstehen. Eine Patientin sprach offen über ihren Todeswunsch. Gleichzeitig achtete sie weiterhin auf kleine Alltagsdinge wie Zahnpflege, Kleidung oder ihre Kontaktlinsen. Gerade diese Gleichzeitigkeit von Lebensmüdigkeit und Selbstfürsorge erlebt man in der Psychiatrie immer wieder.

Schreiben ist für mich kein Ausgleich zum Beruf, sondern eine Fortsetzung mit anderen Mitteln. Im beruflichen Alltag muss ich handeln, reagieren, Entscheidungen treffen – oft unter Zeitdruck und mit begrenzten Optionen. Schreiben ist der Ort, an dem ich nicht funktionieren muss.

Es gibt Texte, die ich nur deshalb geschrieben habe, damit sie mich nicht weiter begleiten. Dass daraus ein Buch entstehen würde, war mir relativ früh klar. Ich schreibe nicht nach festen Zeiten oder Ritualen. Oft entstehen Texte aus Notizen oder aus Gedanken, die mich nicht loslassen. Es ermöglicht mir, Situationen noch einmal anzusehen, ohne sie lösen zu müssen. Viele Texte habe ich auch verworfen oder neu geschrieben.

Wer in der psychiatrischen Pflege arbeitet, der oder diejenige weiß, wie entscheidend die persönliche Grundhaltung bei der beruflichen Tätigkeit ist. Sie beschreiben Ihr Buch als Versuch, »den Stimmen Gehör zu verschaffen, die oft überhört werden – leise, aufrichtig und mit tiefem Respekt«. Was heißt dies konkret für Sie?

Für mich heißt das vor allem, Menschen ernst zu nehmen, bevor ich versuche, etwas einzuordnen oder zu verstehen. In der psychiatrischen Pflege begegnen mir viele Menschen – Patient:innen, Angehörige, Pflegende –, die sehr viel zu sagen hätten, es aber aus ganz unterschiedlichen Gründen nicht tun.

Manche finden keine Worte, manche wurden zu oft unterbrochen, manche haben gelernt, dass ihre Sichtweise nicht gefragt ist. Anderen fehlt schlicht der Raum. Den Stimmen Gehör zu verschaffen, bedeutet für mich deshalb nicht, stellvertretend zu sprechen oder Lösungen anzubieten, sondern da zu bleiben und zuzuhören. Auch dann, wenn nichts sofort gesagt werden



kann. Einfach nur für einen Menschen »da zu sein« ist manchmal das Wichtigste. Im Buch versuche ich genau das: Situationen stehen zu lassen, ohne sie zu kommentieren oder zu bewerten. Nicht, um mich der Verantwortung zu entziehen, sondern um sichtbar zu machen, dass Dasein manchmal wichtiger ist als Erklären.

Bei der Lektüre Ihres Buches sehen die Leser:innen viele berührende Schwarz-Weiß-Zeichnungen als Illustrationen der erzählten Geschichten. Was macht die Faszination des Zeichnens aus?

Zeichnen ist für mich ein Gegenpol zur Sprache. Es ist eine andere Form des Innehaltens. Wo Worte schnell erklären oder festlegen, darf eine Zeichnung offenbleiben. Sie muss nichts beweisen und nichts festlegen. Manche Erfahrungen lassen sich nicht gut in Worte fassen, ohne ihnen etwas zu nehmen. Die Zeichnungen begleiten die Geschichten, ohne sie zu kommentieren, und lassen Leser:innen Raum für eigene Wahrnehmungen.

Erstaunlicherweise haben Sie die Erzählungen auch entlang von medizinischen Klassifikationen erzählt. Welche Erklärung gibt es dafür?

Diagnosen sind Teil des Arbeitsalltags, unabhängig davon, wie begrenzt sie das Erleben eines Menschen abbilden. Mir war wichtig zu zeigen, dass Pflege ständig Übersetzungsarbeit leistet: zwischen systemischer Ordnung und individueller Wirklichkeit. Genau in diesem Spannungsfeld bewegt sich psychiatrische Pflege täglich.

Lachen, Humor und Heiterkeit tauchen in einem speziellen Kapitel auf. »Hier lebt der feine, manchmal bitterböse, oft schwarzhumorige Begleiter, der uns daran erinnert, dass selbst am Rande des Abgrunds ein Lächeln möglich ist«, schreiben Sie. Was bedeutet dies ganz anschaulich?

Humor macht vieles in der psychiatrischen Pflege erträglicher. Gerade dort, wo Schwere, Belastung oder Ohnmacht präsent sind, kann Humor ein kurzer Moment von Entlastung sein.

Der Humor, den ich im Buch beschreibe, ist meist leise, manchmal trocken oder schwarz. Er entsteht unter Pflegenden, aber auch gemeinsam mit Patient:innen. Es geht nicht darum, über jemanden zu lachen, sondern miteinander: als gemeinsames Aufatmen, als stilles Einverständnis darüber, wie absurd oder schwer eine Situation gerade ist.

Anschaulich heißt das: ein kurzer Blick, ein trockener Kommentar, ein Satz, der Spannung löst, ohne das Geschehen zu relativieren. Dieser Humor schafft Nähe und Verbindung und schützt davor, innerlich zu verhärten.

Individualität stellen Sie als einen Wert an sich vor, der im psychiatrischen Handlungsfeld sicher sehr unterschiedlich gedeutet wird. Nähert man sich als Leser:in Ihren Worten, so rüttelt es auf: »bis an die Wurzeln von Geschichten, Eigenheiten, Mustern«. Füllen Sie die Beschreibung einmal mit Leben.

Wenn ich von Individualität spreche, meine ich die konkreten Muster, Bewältigungsstrategien und Eigenheiten, die Menschen mitbringen. Diese zeigen sich selten auf den ersten Blick.



Illustrationen aus dem Buch von Nadine Schuster

Fotos: Nadine Schuster

Im psychiatrischen Alltag bedeutet das, dass ähnliche Symptome sehr unterschiedliche Bedeutungen haben können. Was äußerlich gleich wirkt, hat oft völlig verschiedene Hintergründe. Individualität ernst zu nehmen heißt deshalb, genauer hinzuschauen: Woher kommt dieses Verhalten? Welche Funktion hatte es? Was hat es ermöglicht oder geschützt?

Das ist unbequem, weil es schlecht in standardisierte Abläufe passt. Symptome zeigen nur die Oberfläche, in der psychiatrischen Pflege ist es aber notwendig, den einzelnen Geschichten auf den Grund zu gehen. Nicht um alles zu erklären oder zu verändern, sondern um Menschen in ihrer Eigenlogik ernst zu nehmen – auch dann, wenn sie sich nicht eindeutig einordnen lassen.

Mit dem Buch »Ein Tanz auf dem Drahtseil« haben Sie eine Wegmarke gesetzt. Sind noch weitere Wegmarken zu erwarten?

Das Buch markiert für mich einen Anfang. Es ist ein Orientierungspunkt. Es hat vieles sichtbar gemacht, was mich weiterhin beschäftigt, und es hat neue Fragen geöffnet.

Ich arbeite bereits an einem zweiten Buch, das an vielen Stellen thematisch anschließt, den Blick aber weiterführt. Auch dort wird es um Erfahrungen aus der Praxis, um Haltung und um das Spannungsfeld zwischen System und Mensch gehen.

Darüber hinaus sehe ich meine Arbeit nicht nur im Schreiben von Büchern. Mich interessiert der Austausch über Texte, Gespräche, Beiträge oder Projekte, die dazu beitragen, Pflege sichtbar zu machen und differenziert zu denken.

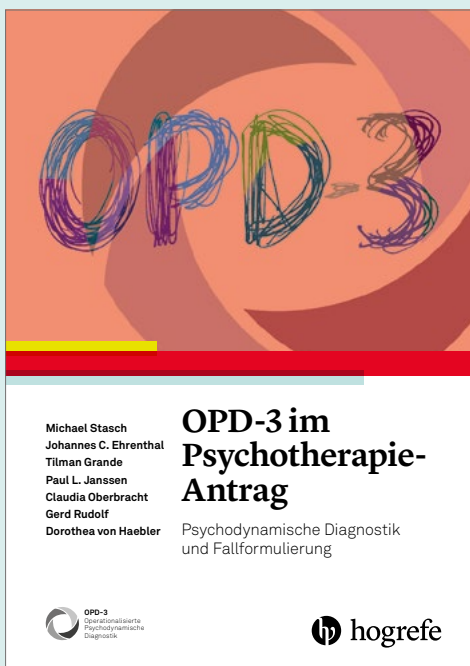
Christoph Müller ist psychiatrisch Pflegendender und Redakteur der Zeitschrift »Psychiatrische Pflege«. Er lebt und arbeitet in Wessling und Basel.



Nadine Schuster
**Ein Tanz auf dem Drahtseil.
Über Würde, Abgründe, und die
stille Arbeit in der Psychiatrie**

BoD – Books on Demand, Hamburg 2025
500 Seiten, 30,99 €
ISBN: 978-3-695-17287-0

Das Praxisbuch für Diagnostik und Antragstellung



Michael Stasch et al.

OPD-3 im Psychotherapie-Antrag

Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung

Dieses vollständig überarbeitete Praxisbuch zeigt anschaulich und verständlich, wie die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-3) sicher, strukturiert und effizient in der Antragstellung für Richtlinienpsychotherapie eingesetzt werden kann. Renommierete OPD-Trainer*innen, Gutachter*innen und erfahrene Antragssteller*innen bündeln ihr Fachwissen und geben einen transparenten Einblick in den gesamten Prozess der psychodynamischen Urteilsbildung – von der ersten Kontaktaufnahme bis zum fertig formulierten psychodynamischen Bericht.

Praxisnah, Schritt für Schritt und eng an OPD-3 orientiert vermittelt das Buch, wie psychodynamische Diagnostik im klinischen Alltag erfolgreich umgesetzt wird. Authentische Fallbeispiele veranschaulichen eindrucksvoll den Einsatz von OPD-3 in Diagnostik, Behandlungsplanung und Antragstellung. Dabei werden unterschiedliche psychotherapeutische Settings – Einzel- und Gruppentherapie sowie der Einbezug von Bezugspersonen – ebenso berücksichtigt wie zentrale klinische Fragestellungen bei neurotischen, strukturell beeinträchtigten, psychotischen oder traumatisierten Patient*innen.

Die aktuelle Ausgabe wurde umfassend aktualisiert und an die Neuerungen von OPD-3 sowie die geltende Psychotherapierichtlinie angepasst. Damit ist dieses Buch ein unverzichtbarer Leitfaden für alle Fachpersonen, die OPD-3 fundiert, praxisorientiert und erfolgreich in der Antragstellung anwenden möchten.

2026. 176 S., 8 Abb., 7 Tab., Gb
€ 45,00 (DE)/€ 46,30 (AT)/CHF 58.90
ISBN 978-3-456-86464-8
Auch als eBook erhältlich

Ein ungeschriebenes Gesetz auf dem Prüfstand

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gilt ein ungeschriebenes Gesetz:

»Wir beziehen die Eltern ein.« Doch was heißt das genau?

Von Rebekka Sommer

Beziehen Fachkräfte die Familien ein oder ist es eher umgekehrt? Und was, wenn zwei Seiten dieses »Einbeziehen« ganz unterschiedlich verstehen? Diese Fragen begleiteten mich durch die Recherchen zu meinem Buch »Miteinander im System«. Auslöser war meine eigene Erfahrung als Mutter einer noch sehr jungen Tochter, die mittlerweile von Anorexia nervosa (Magersucht) genesen ist. Gleichzeitig habe ich Soziale Arbeit studiert, arbeitete zur Zeit der Erkrankung meiner Tochter als Redakteurin bei einer Fachzeitschrift für Soziale Arbeit – und war ziemlich überfordert mit dem, was ich »auf der anderen Seite« des Systems erlebte. Den Behandelnden meiner Tochter fühlte ich mich anfangs sehr nah. Viele von ihnen waren auch (Sozial-)Pädagog:innen, sie hätten meine Kommiliton:innen sein oder als Studierende in einer meiner Lehrveranstaltungen sitzen können. Soziale Arbeit ist ein kritisches und selbstreflexives Fach. Ich war gewohnt, dass offen darüber gesprochen wird, dass die Rahmenbedingungen es oft nicht erlauben, so zu arbeiten, wie es eigentlich sinnvoll wäre. Ich fand es nur logisch, wenn deshalb Missverständnisse und Fehler passierten – und dass im Klinikalltag meiner Tochter die Supervision fehlte und strukturelle Defizite offen sichtbar waren, überraschte mich nicht. Vielmehr erschütterte mich die emotionale Reaktion der Behandelnden, als ich versuchte, ihnen mit Nachsicht zu begegnen. Mein »Schwamm drüber« angesichts eines handfesten Rechenfehlers bei den Zielgewichten meiner Tochter nahmen sie nicht als Entlastung, sondern als Anmaßung wahr. Meine Bitte, nach einer ausgefertigten Hypothesenbildung über vermeintliche Familiendynamiken wieder zum Anfang zurückzukehren und zusammenzuarbeiten, führte auch nicht zur Deeskalation, sondern löste einen Therapieabbruch in prekärer Untergewicht aus. Die Begründung war meine »brüchige Compliance«, die meiner Tochter schade.

Die »alte Theorie«

Aber was hat das alles mit diesem »Einbeziehen« zu tun? Eine mögliche Antwort fand ich bei einer Gruppe aktiver Eltern, die sich mit führenden Expert:innen zu Anorexia nervosa austauschten. Hier war von einer »alten« und »neuen« Theorie die Rede: Die alte sei einem fundamentalen Attributionsfehler unterlegen und habe Folgen und Ursachen der Erkrankung miteinander verwechselt. Typische akute Krisenreaktionen – wie Verzweiflung, Kontrolle, Anspannung – seien jahrzehntelang als stabile dysfunktionale Familienmuster und im schlimmsten Fall als Krankheitsursache speziell bei Anorexia nervosa interpretiert worden. »Einbeziehen« bedeute unter dem »alten« Paradigma oft nichts anderes als die therapeutische Bearbeitung der Eltern. Schwierig daran erscheinen mir nicht nur die Logik, sondern

auch das methodische Vorgehen: Um seriös an tiefgreifenden Hypothesen über Familiendynamiken zu arbeiten, bräuchte es einen familientherapeutischen Rahmen. Der setzt voraus, dass alle Beteiligten informiert zustimmen – einen klaren Therapievertrag für die gemeinsame Reflexion. Ich nehme an, dass ein solcher Rahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufiger fehlt, die Hypothesen der frühen Familientherapeuten aber mangels Alternativen (oder besseren Wissens) trotzdem herangezogen werden. So verschwimmen Rollen und Zuständigkeiten. Es ist nicht klar, wer wen behandelt, wer welche Rechte hat und wer wofür Verantwortung trägt.

Ein rosa Elefant im Raum

Nun kommt etwas Zweites hinzu, das mich ziemlich verwirrte: Ohne dass ich je danach gefragt hätte, versicherten mir Familienangehörige und Fachkräfte, ich müsse keine Angst haben, mit meiner Tochter ins Versorgungssystem zu gehen. Kinder- und Jugendpsychiatrie sei heute nett, fortschrittlich, man werde mit mir als Mutter zusammenarbeiten, mich als Alleinerziehende entlasten. Die »alten Schuldzuweisungstheorien« (die ich bis dahin gar nicht kannte) seien überholt. Man arbeite bei Anorexia nervosa heute eher mit positiver Verstärkung, die Gewichtszunahme werde belohnt. Zum Beispiel durch schöne Dinge, die man gemeinsam mit seinem Kind unternehme, wenn es die Angst vor dem Essen überwinde. Dabei werde es von Fachkräften und Eltern empathisch begleitet, was anstrengend, aber fachlich gut begründet und wirkungsvoll sei. Die »neue Theorie« stelle das Phänomen selbst – also das Hungern und Essen – wieder stärker ins Zentrum. Nach möglichen Risikofaktoren für Rückfälle oder Chronifizierung werde erst gesucht, wenn der Körper in der Lage sei, halbwegs normal zu funktionieren. Kurz gesagt: Ich fand das logisch und genau das hat meiner Tochter und mir schließlich geholfen. Doch erst einmal stand ein rosa Elefant im Raum, und der kam nicht von mir: Menschen versuchten, mir Ängste und »Schuldgefühle« zu nehmen, die ich nicht hatte.



Rebekka Sommer
Miteinander im System.
Zusammenarbeit mit Angehörigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Psychiatrie Verlag, Köln 2026
 264 Seiten, 35€
 ISBN: 978-3-96605-323-5

Andere gingen von Widerstand aus und führten Gespräche mit mir so konfrontativ, dass ich nur »ja« zu einer Intervention sagen konnte, was ich sowieso getan hätte. Dabei waren das wirklich nette Menschen, die es mit meiner Tochter und mir gut meinten. Das Problem schien nicht »alte Theorie« zu sein, sondern dass nicht erwartet wurde, dass ich die Situation begreife. Ich war Material, das bearbeitet werden musste, und jeder Versuch, darüber zu sprechen, führte zu weiteren Hypothesen. Es gelang mir nicht, mit den Fachkräften meiner Tochter auf eine Metaebene zu kommen und mein Kind vor einem schnöden Rechenfehler zu schützen, obwohl er die Behandlung immer offensichtlicher durcheinanderbrachte. Heute, vier Jahre später, geht es mir wieder okay, wenn ich höre, dass »man« in der KJP die Eltern »einbezieht«. Aber zwischenzeitlich hatte ich bei dieser Floskel sehr starke negative Gefühle.

Ein Buch, das von Erfahrungen zeugt und Unterstützung bietet

Für »Miteinander im System« habe ich mit 38 (ehemals) betroffenen Jugendlichen, Familienangehörigen und Fachkräften gesprochen. Ziel war es, dahin zu schauen, wo es zwischen Eltern und Fachkräften schwierig wird – weil Beziehungen und Gespräche fehlen, Grenzen überschritten werden, Beobachtungen oder fachliche Einschätzungen durch Vorerfahrungen oder Vorannahmen geprägt sind. Die meisten der Angesprochenen waren schnell und gern zum Gespräch bereit. Auch hier begegneten mir Menschen, die beim Thema »Angehörigenarbeit« sofort auf der emotionalen Schiene waren und über »Ängste, Befürchtungen, Scham und Schuldgefühle« von Eltern sprechen wollten. Andererseits traf ich auch hier wieder Mütter, die nicht (nur) emotional betüddelt werden wollten, sondern auf relativ hohem Niveau über blinde Flecke, Wahrnehmungsverzerrungen, Kommunikation, Methoden und eigene Krisenerfahrungen reflektierten. Für Eltern schien es oft eine Entlastung zu sein, von paradoxen Erfahrungen zu erzählen. Die betroffenen Jugendlichen haben mich durch die Klarheit und Wertschätzung beeindruckt, mit der sie über »ihre« Erwachsenen sprachen. Es schien für sie gar nicht wichtig zu sein, wer auf welcher Seite stand.

Die Fachkräfte habe ich sehr unterschiedlich wahrgenommen. Einerseits erfahrene Chefärzt:innen, Sozialarbeiter:innen und Therapeut:innen, die sofort sagten: »So ein Buch brauchen wir«. Ihnen bin ich sehr dankbar. Nicht viele Eltern werden wie ich in den Genuss kommen, nach verrückenden Erfahrungen das eigene Selbstvertrauen wiederherzustellen, indem sie mit gestandenen Profis über Intuition, Kinderschutz, Konkurrenz zwischen Erwachsenen, Fehlerkultur und Wiedergutmachung sprechen dürfen. Ich hoffe, dass das Nachlesen dieser Gespräche für sie stellvertretend wirksam ist. Andere Fachkräfte sind mit mir tiefer in bestimmte Aspekte eingestiegen, wie traumainformiertes Arbeiten oder Dialog. Dann gab es ein paar zögerliche Fachkräfte, denen sehr wichtig war, dass ihre Kolleg:innen nicht zu schlecht wegkommen. Oft wurden hier wieder die schwierigen



Rebekka Sommer

Foto: Alexander Hagemann

Rahmenbedingungen genannt – wie Fachkräftemangel, Abrechnungsdruck, sehr belastete Familienangehörige oder auch Eltern als Täter:innen, mit denen man auch irgendwie umgehen muss. Drei meiner Interviewpersonen stiegen aus der Zusammenarbeit wieder aus. Ich vermute, dass es neben den genannten Gründen noch andere gab. In den Gesprächen mit ihnen wirkte manches nicht logisch, und das schwarz auf weiß zu lesen, wird unangenehm gewesen sein. Für dieses Abbrechen der Beziehung zwischen den Interviewten und mir habe ich keine Lösung gefunden. Das schmerzt ein bisschen, weil alle drei auch sehr aufschlussreiche Dinge sagten und sich für Angehörige engagieren (wollen).

Fehlerkultur aushalten

Zwei Dinge finde ich nach meinen Recherchen hilfreich zu wissen: 1. Manchmal sind es die Eltern, die von den »alten Theorien« wissen und sich selbst abwerten. Wenn sie sich von der akuten Krise erholt haben, suchen sie Wege aus dem Defizitdenken. Das ist kein »Harmonisieren« oder »Nicht-Wahrhaben-Wollen« von Defiziten, sondern eine Aktivierung von Ressourcen. Fachkräfte müssen aber gedanklich folgen können – und zulassen, dass Familien sie »einbeziehen«. 2. Die Fallhöhe der Erwartungen ist da besonders hoch, wo man viel erwartet. Es ist schön, wenn das Kind in der Ergotherapie töpft und der Arzt einen bunten Strickpulli trägt. Aber das Selbstverständnis, zu »den Guten« zu gehören, kann für Fachkräfte ein Fallstrick sein. Eine meiner Gesprächspartner:innen plädierte sogar dafür, das Wort »Fehler« nicht zu verwenden, weil es bei Konflikten zwischen Fachkräften und Betroffenen oder Angehörigen in der Psychiatrie meist um »etwas anderes« gehe – etwa, dass jemand die Realität verzerrt wahrnehme. Doch aus meiner Sicht würde genau das die Realität verwässern. Nur weil ein Fehler Ursachen hat, hört er nicht auf, ein Fehler zu sein. Wer Eltern »einbeziehen« will, muss sie auch als Korrektiv aushalten, wenn es nötig ist.

Rebekka Sommer arbeitet als Referentin für Öffentlichkeitsarbeit und Texterin mit Schwerpunkt auf Soziale Arbeit. Im April ist ihr Buch »Miteinander im System« in der Reihe Fachwissen beim Psychiatrie Verlag erschienen.

Zu krank für Unterstützung?

Menschen mit Demenz, die sich eigenwillig oder herausfordernd verhalten, finden wenig Betreuungsangebote. Für die Gruppe derjenigen, die eine Frontotemporale Degeneration aufweisen, setzt sich das Bayerische Aktionsbündnis für Frontotemporale Degeneration ein. Die Psychologin **Dr. Sarah Straub** hat **Cornelia Schäfer** erzählt, wie man in Bayern versucht, Menschen mit dieser Demenzform gerecht zu werden und dabei Impulse in die ganze Republik zu senden.

Initiiert von der erst 2024 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Frontotemporale Degeneration, deren Erste Vorsitzende Sie sind, wurde in Bayern im vergangenen Sommer ein Aktionsbündnis für Frontotemporale Degeneration (BAFTD) gegründet. Warum war das nötig?

Dr. Sarah Straub: Ich beschäftige mich seit 2011 mit Frontotemporaler Demenz. Wir haben am Universitätsklinikum in Ulm eine der wenigen Spezialambulanz für diese Erkrankung. Das heißt, ich überblicke einen langen Zeitraum, sehe unglaublich viele Betroffene und deren Familien, und der Eindruck ist durchgehend in all diesen Jahren, dass diese Menschen in der Versorgung eigentlich komplett durchs Raster fallen. Die werden im pflegerischen Versorgungssystem nicht mitgedacht, weil diese Erkrankung vermeintlich selten ist. Schätzungen gehen von 30.000 bis 60.000 Menschen mit einer Frontotemporalen Demenz aus, das ist nicht viel. Ich denke allerdings, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt. Bis heute wird die Frontotemporale Degeneration oder Demenz (FTD) von vielen Ärzt:innen nicht erkannt oder falsch diagnostiziert, weil die Betroffenen häufig Wesensveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die dann als Depression oder eine andere psychiatrische Erkrankung fehlgedeutet werden.

Wodurch zeichnet sich die Frontotemporale Demenz denn aus?

Die FTD ist, ebenso wie die Alzheimer-Demenz, eine fortschreitende Hirnerkrankung, die zu einem zunehmenden Verlust kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten führt. Allerdings erkranken die Betroffenen in der Regel bereits vor ihrem 65. Lebensjahr. Sie haben meistens lange Zeit kaum Gedächtnisprobleme, sondern leiden vielmehr an fortschreitenden Persönlichkeitsveränderungen, Verhaltensauffälligkeiten und/oder Sprach- und auch Bewegungsstörungen.

Was ändert sich denn an Verhalten und Persönlichkeit?

Die Degeneration im Frontallhirn kann zu einer Enthemmung, aber auch zu einer zunehmenden Antriebsarmut bis hin zur Einstellung jeglicher Aktivitäten einschließlich des Sprechens führen. Im sozialen Kontakt zeigt sich meist schon früh ein Verlust von Umgangsformen mit Distanzlosigkeit, gesteigerter Impulsivität und Reizbarkeit bis hin zu offener Aggressivität. Es kann aber auch zu sozialem Rückzug, einem Verlust von Mitgefühl und Einfühlungsvermögen sowie affektiver Verflachung kommen. Viele Menschen, die an FTD erkrankt sind, entwickeln auch Zwänge.

Das klingt herausfordernd, für die Betroffenen wie auch für ihr Umfeld. Genau. Man muss ja auch bedenken: Wenn jemand im jüngeren Lebensalter an Demenz erkrankt, ist er oder sie normalerweise noch berufstätig.

Dann ist schon das erste Problem: Wie geht man damit um? Sagt man es dem Arbeitgeber oder nicht? Der weiß dann im Zweifel überhaupt nicht, was die Erkrankung sein soll, hört nur Demenz und kündigt dem Arbeitnehmer. Was ein Unding ist, weil es ganz wichtig wäre, diese Menschen so lange wie möglich im Berufsleben zu halten, damit sie eine Tagesstruktur behalten und weiter geistig gefordert werden, auch Kontakte haben. Die Situation für die Familien ist prekär: Irgendwann zwingt die Demenzerkrankung die Betroffenen eben doch dazu, aus dem Beruf auszuscheiden, und dann steht der oder die Angehörige da und muss allein die Familie versorgen. Wie kann der betroffene Mensch dann betreut und begleitet werden? Vielleicht sind auch noch minderjährige Kinder mit im Haushalt. Die finanzielle Situation verschlechtert sich...

Ein Versorgungssystem mit Hilfebedarf

Man sollte meinen, für Menschen, die unter so dramatischen Nöten leiden, ist das Hilfesystem ganz besonders da.

Ja, unbedingt. Das ist aber bislang nicht der Fall. Mit unserem Bayerischen Aktionsbündnis für FTD, das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention gefördert wird, möchten wir das ändern. Wir haben ein Modellprojekt gestartet, das auf eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungslage von Menschen mit FTD zielt, und zwar angefangen bei einer frühzeitigen Diagnosestellung über eine speziell auf diese Zielgruppe zugeschnittene Beratung und Begleitung bis hin zu Schulungsangeboten für Fachpersonal und pflegende Angehörige. Zum ersten Mal wird in einem Bundesland flächendeckend eine strukturierte Versorgungsstrategie für Menschen mit FTD und ihre Familien aufgebaut, die bundesweit Strahlkraft entfalten kann.

Wie das?

Unser Ziel ist es, in jedem Regierungsbezirk Bayerns FTD-Expert:innen auszubilden, miteinander zu vernetzen und sichtbar zu machen. Gleichzeitig möchten wir praxisnahe Handlungsempfehlungen entwickeln, die Orientierung im Umgang mit FTD geben. So schaffen wir mehr Sicherheit für alle Beteiligten im Versorgungssystem – von der Diagnostik über Beratung und Betreuungsangebote bis hin zur konkreten Entlastung betroffener Familien. Familien sollen nicht länger aufgrund von Überforderung, fehlender Erfahrung oder mangelnder Vernetzung allein gelassen werden. Mit dem BAFTD schaffen wir Klarheit: für die Diagnostik, für die Beratung, für Betreuungsgruppen – und vor allem für die Menschen, die mit FTD leben und ihre Angehörigen.

Was davon bieten Sie denn schon in Ihrer Spezialambulanz in Ulm an, die Sie leiten?

Wir bieten eine ausführliche Diagnostik nach wissenschaftlichem Standard an, begleiten die Familien aber auch nach Diagnosestellung durch die Erkrankung: Wir prüfen regelmäßig Erkrankungsschwere und Versorgungssituation, wenn nötig gehen wir auch mit Behörden in Kontakt, wenn Pflegeleistungen abgelehnt werden; wir bieten FTD-spezifische psychosoziale Beratung an, vernetzen die Familien bei Bedarf mit FTD-Akteur:innen in anderen Regionen Deutschlands, begleiten Familienangehörige bei genetisch bedingten FTD-Erkrankungen, bieten Angehörigengruppen an und ermöglichen die Teilnahme an wissenschaftlichen Studien.

Und wie gehen Sie jetzt vor, um die Struktur in Bayern aufzubauen?

Wir möchten zunächst herausfinden: Wer in Bayern kennt sich eigentlich mit FTD aus? FTD-spezifische Hilfsangebote sind im Internet kaum auffindbar. Also geht es für uns erst einmal darum, die Kolleg:innen zu finden, die sich auskennen, und diese über www.dgftd.de sichtbar zu machen. Gleichzeitig müssen wir diejenigen, die sich noch nicht ausreichend auskennen, schulen. Die Pflegeberater:innen, die Pflegekräfte, die ärztlichen Kolleg:innen, die Alltagsbegleiter:innen. Egal welche Fachrichtung, wir wollen, dass jede und jeder sich gut auskennt, auch mit diesem Erkrankungsbild. Wir bringen die Menschen zusammen, schulen sie ganz spezifisch und versuchen, Versorgungsstrukturen auszubauen. Das Ziel muss sein, dass jemand mit Verdacht auf FTD direkt Adressen an die Hand bekommt, wo er sich für weiterführende Hilfen hinwenden kann.

Das beginnt schon bei der Diagnostik, dass wir Kooperationspartner:innen an Kliniken haben, die dann ein bestimmtes Protokoll fahren, damit die Diagnose bestmöglich gestellt werden kann.

Was gehört denn dazu, die Diagnose zu stellen, und wie sicher ist die?

Wir können die Diagnose dieser Erkrankung mit einer hohen Sicherheit stellen, wenn bestimmte Untersuchungen ermöglicht werden. Wir brauchen ein Bild vom Kopf per Magnetresonanztomographie (MRT) und im Idealfall – deswegen hoffen wir, dass die Patient:innen in eine FTD-Sprechstunde gehen – auch ein FDG-PET. Bei dieser bildgebenden Untersuchung wird der Zuckerstoffwechsel im Gehirn gemessen. Das ist deswegen besonders nützlich, weil das strukturelle Bild vom Kopf zu Beginn der Erkrankung oft noch unauffällig aussieht.

Daneben brauchen wir eine körperliche und neurologische Untersuchung, eine Fremdanamnese, eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung, eine Nervenwasseruntersuchung sowie – wenn möglich – eine genetische Untersuchung. Das alles ist sehr aufwändig, lohnt sich aber, um die Diagnose mit größtmöglicher Sicherheit zu stellen.

Wofür ist eine Diagnose gut?

Und was spricht überhaupt für eine, womöglich noch sehr frühe, Diagnosestellung, wenn es doch bisher kein Mittel gegen Demenzen gibt?

Nur wenn die richtige Diagnose gestellt wird, können die Familien in das für sie passende Versorgungssystem überführt werden. Können darüber informiert werden, mit welchen Symptomen und welchem Erkrankungsverlauf sie rechnen müssen und die richtigen Vorkehrungen treffen, um bestmöglich damit umzugehen.



Dr. Sarah Straub

Daneben sind bei der FTD circa 15 bis 20 Prozent der Erkrankungen genetisch bedingt. Es besteht dann eine Genmutation, die für die Erkrankung ursächlich ist. Das bedeutet für die Familien: Zu 50 Prozent wird diese Genmutation auch an die Kinder weitergegeben. Diese Information ist für die Familien ganz wichtig. Das ändert eigentlich das komplette Leben, wenn man weiß, es ist etwas, was wir innerhalb der Familie weitervererben. Und ich finde, die Forschung ist hier schon relativ weit. Man hat ja für Demenz immer allgemein den Eindruck, es gibt nach wie vor keine Wirkstoffe, die wirklich signifikant einen Unterschied für die Therapie machen. Aber was die genetisch bedingten FTD-Formen anbelangt, wird es einmal Gensatztherapien geben. Und diese auch in hoffentlich absehbarer Zeit. Das heißt, wenn die Familien eine genetische Untersuchung machen lassen und das defekte Gen erkannt ist, dann wissen wir für die Zukunft, welches Medikament diese Familie braucht. Die wissenschaftliche Vision ist, dass irgendwann schon die präklinischen Genträger, also die gesunden jungen Verwandten, behandelt werden können, damit die gesund bleiben. Und da hoffen wir natürlich darauf, dass die Familien da auch an Therapiestudien teilnehmen, wenn die kommen. Stand heute sind diese Therapien noch nicht verfügbar, aber wir erwarten sie mittelfristig.

Aber man kann auch mit nichtmedikamentösen Therapien etwas tun, um dieser Erkrankung etwas entgegenzusetzen. Logopädie hilft etwa den Menschen, die die Sprachvariante der frontotemporalen Demenz haben. Auch Ergotherapie kann etwas bewirken. Viele Familien wissen gar nicht, dass man sich das verschreiben lassen kann.

Genauso ist die Diagnose aber auch wichtig, damit die An- und Zugehörigen die Veränderungen der erkrankten Menschen richtig einordnen können. Sie müssen erfahren, dass diese sich nicht deswegen anders verhalten, weil sie keine Lust mehr auf die Familie und die Ehe haben oder weil die Kinder ihnen nichts mehr bedeuten, sondern dass die Hirnschädigung der Grund ist, dass diese Personen keine Empathie mehr empfinden oder keine Regeln mehr einhalten können. Außerdem gibt es auch immer wieder strafrechtlich relevante Situationen. Die Patient:innen gehen in den Supermarkt, nehmen was mit und zahlen nicht. Nicht deswegen, weil sie nicht wollen, sondern weil sie das nicht mehr verstehen, unsere Regeln nicht mehr verstehen. Und da muss eigentlich jede/r Angehörige selbst FTD-Expertise gewinnen,

um mit solchen Situationen richtig umgehen zu können und rechtzeitig Dinge zu regeln, Vorsorgevollmachten zu haben, die finanziellen Dinge an die Angehörigen abzugeben. Viele Betroffene kaufen zum Beispiel Unmengen an Dingen, weil sie eben auch das Ausgeben von Geld nicht mehr richtig einschätzen, oder sie entwickeln eine Spielsucht.

Finden Sie denn Tagespflegen und stationäre Anbieter, die bereit und in der Lage sind, solche herausfordernden Symptome aufzufangen? Wie kann so eine Betreuung denn aussehen?

Das Problem ist: Man kann einen 50-jährigen Demenzpatienten nicht in eine Tagespflege setzen, wo sonst nur Menschen mit einer Alzheimer-Demenz zusammenkommen. Diese meist hochbetagten Menschen haben es dort gut, und es werden schöne Dinge mit ihnen gemacht. Aber ein junger Mensch hat ganz andere Bedürfnisse, der ist viel zu agil und auch oft aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten so herausfordernd, dass eine Eins-zu-eins-Betreuung nötig wäre. Und das ist rein strukturell in solchen Angeboten gar nicht möglich. Dafür fehlt das Personal. Und wenn diese Menschen dann von den Tagespflegen und evtl. auch von Heimen abgelehnt werden, dann sind die Familien damit alleingelassen. Es ist dann häufig eine Frage des Vermögens der Familie, wie gut die Patient:innen begleitet sind, und das darf natürlich nicht sein.

In Bayern kommen wir mit unseren Bemühungen gut voran, Anbieter:innen zu finden, die bereit sind, sich auf Gäste oder Bewohner:innen mit FTD einzulassen. Mit Hilfe unserer im Rahmen des BAFTD durchgeführten Schulungen ermöglichen wir Pflege- und Betreuungskräften, Menschen mit FTD besser zu verstehen und sie in ihre Angebote zu integrieren.

Es muss nicht immer eine Eins-zu-eins-Betreuung sein

In München haben wir zum Beispiel den Verein »wohlBedacht«, der sich auf FTD spezialisiert hat. Der ist auch Kooperationspartner in unserer Gesellschaft für frontotemporale Degeneration. Er bietet Wohngemeinschaften und Tagespflege für Menschen mit Demenz und auch für Menschen mit FTD an und hat auch ein eigenes pflegerisches Konzept für diese spezifische Patientengruppe.

Was umfasst das denn zum Beispiel?

Natürlich gibt es kein Patentrezept, das auf jeden Menschen mit herausfordernden Symptomen im Zusammenhang mit einer Frontotemporalen Demenz passt. Trotzdem können wir in der Schulung, die die DGFTD zusammen mit dem FTD-Kompetenzzentrum Bayern regelmäßig organisiert, Anbieter:innen Mut



Foto: Hauke Dressler

Das Leitungsteam des Aktionsbündnisses für Frontotemporale Degeneration: v.l.n.r.: Annette Arand, Dr. med Zeljko Uzelac, Melanie Liebsch, Dr. Sarah Straub, vorne: Anna D'Etter

machen und Beispiele geben, wie es gelingen kann, FTD-Betroffene in eine Pflegegruppe zu integrieren. In der Tagespflege des Vereins wohlbedacht kann es sein, dass sie eine Mitarbeiterin für eine begrenzte Zeit abstellen, die eine Person mit FTD eine Zeit lang sehr intensiv betreut, etwa wenn sie großen Bewegungsdrang hat, lange Gänge oder Läufe mit ihr macht. Wenn dann Bindung und Vertrauen entstanden sind, lässt sich dieser Mensch meistens leichter auch im Rahmen der Gruppe betreuen. Im Übrigen muss auch immer wieder deutlich gemacht werden, dass FTD eine Erkrankung mit vielen Gesichtern ist und nicht jeder Patient so herausforderndes Verhalten zeigt, dass er nicht in Betreuungsangebote integriert werden kann. Wir wünschen uns, dass Kolleg:innen nicht gleich die Segel streichen, wenn sie die Diagnose FTD hören.

Was sonst kann Familien mit einem Menschen mit FTD helfen? Ist es möglich, eine Assistenz zu beantragen?

Wir würden uns sehr wünschen, dass dies möglich ist. Denn Menschen, die jung an Demenz erkranken, haben eine Behinderung, die auch rechtlich wie andere Behinderungen behandelt werden sollte. Das bedeutet, eine Person mit FTD hat auch eigentlich ein Recht auf Teilhabeleistungen nach dem SGB IX. Sprich, sie hat ein Anrecht auf eine Assistenz im Alltag, die ermöglicht, dass jemand weiterhin im Beruf bleiben kann.

Das möchte aber niemand zahlen, weil es für diese jungen Menschen mit Demenz keine klaren Regelungen vom Gesetzgeber gibt, dass die auch wirklich ein Recht auf Teilhabeleistungen haben. Dies muss im Einzelfall immer erstritten werden. Aber das ist natürlich ein ziemlicher Aufwand und neben der ganzen Alltagsbelastung und emotionalen Belastung durch die Erkrankung häufig nicht stemmbar für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

Nicht nur für Bayer:innen: Schulung und Austausch

Sie sprachen von einer Schulung, die Sie bzw. die Deutsche Gesellschaft für Frontotemporale Degeneration anbietet. Was vermitteln Sie dort, und wie kommt man daran?

Unsere Schulung »Basis Kurs FTD Verstehen« bedeutet eine Art FTD-Crashkurs durch alle Lebensbereiche. Es kann sich jede und jeder anmelden und es gibt keine Obergrenze bei den Teilnehmenden. Wir erklären zunächst die unterschiedlichen FTD-Subtypen, mit welchen Symptomen sie einhergehen und was wir über die Ursachen wissen. Wir geben Einblicke in das Leben mit FTD und klären über die Herausforderungen auf, die damit einhergehen – sowohl für professionell begleitende Personen als auch für pflegende Angehörige. Wir zeigen auf, wie die Betreuung und Pflege von Menschen mit FTD gelingen kann und welche rechtlichen Rahmenbedingungen relevant sind: Welche finanziellen Hilfen können Familien einfordern? Wie kann eine Weiterbeschäftigung am Arbeitsplatz gelingen? Was bedeutet bei einem jung an Demenz erkrankten Menschen sein Recht auf Teilhabe? Wozu benötigt man einen Pflegegrad, einen Schwerbehindertenstatus, eine Vorsorgevollmacht?

Dann geht es um Therapiemöglichkeiten: Was gibt es im Moment an medikamentösen und nichtmedikamentösen Möglichkeiten, Symptome zu behandeln und den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, wo steht die Forschung? Die einzelnen Schulungsinhalte werden von einigen der führenden FTD-Expert:innen Deutschlands angeboten. Zudem hören die Teilnehmenden auch einen Vortrag von pflegenden Angehörigen von Menschen mit FTD. Denn nur sie können die Lebensrealität mit FTD wirklich

glaubhaft schildern. Am Ende bieten wir auch Informationen, wo und wie man sich überregional vernetzen kann. Bei solch einer seltenen Demenzform ist es oft notwendig, sich ein überregionales Unterstützungsnetzwerk zu »bauen« und auch digitale Angebote wie solch eine Schulung oder Online-Angehörigengruppen zu nutzen.

Was, denken Sie, können Sie mit Ihrem Aktionsbündnis in Bayern erreichen? Müsste nicht auch politisch etwas passieren, um die Versorgung von Menschen mit einer so besonderen Demenzform zu verbessern? Und gibt es Grund, auch außerhalb Bayerns Hoffnung zu schöpfen, was die Versorgung von Menschen mit FTD betrifft?

Unser Minimalziel ist es, die verschiedenen Akteur:innen im Gesundheitswesen in Bayern für die besonderen Herausforderungen der FTD zu sensibilisieren und sicherzustellen, dass betroffene Familien frühzeitig an die richtigen Anlaufstellen vermittelt werden. Selbst wenn wohnortnah keine FTD-spezifischen Angebote verfügbar sind, sollen Familien zumindest Ansprechpartner:innen an die Hand bekommen, die mit den Besonderheiten der FTD vertraut sind und kompetent unterstützen können. Klar ist aber auch, dass unser Engagement an Grenzen stößt, solange auf bundespolitischer Ebene keine strukturellen Veränderungen angestoßen werden, die bessere finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen für die Begleitung junger Menschen mit Demenz schaffen.

Und was die Versorgung im übrigen Land angeht: Tatsächlich gibt es deutschlandweit ein paar kleine »gallische Dörfer«, wo sich Menschen speziell engagieren (s. Infokasten). Einige von ihnen sind auch Kooperationspartner der Deutschen Gesellschaft für Frontotemporale Degeneration, die ja für Menschen in der gesamten Bundesrepublik Angebote macht. Und natürlich erhoffe ich mir auch positive Wirkungen von den Handreichungen für alle, die mit der FTD in Berührung kommen und beruflich zu tun haben.

Vielen Dank für das Gespräch, Frau Dr. Straub!

Cornelia Schäfer ist freiberufliche Journalistin und ehrenamtliche Co-Moderatorin des Kölner Psychose-Forums.

Anlaufstellen und Initiativen für eine bessere Versorgung von Familien mit FTD in Deutschland (beispielhaft)

- ▶ Deutsche Gesellschaft für Frontotemporale Degeneration (www.dgftd.de)
- ▶ Eine Übersicht über FTD-spezifische Hilfsangebote, geordnet nach Bundesland, gibt es unter www.dgftd.de/hilfe-finden
- ▶ Verein »wohlBEDACHT« – Wohnen und Leben mit Demenz (wohlbedacht.de)
- ▶ Deutsche Alzheimer Gesellschaft (www.deutsche-alzheimer.de)
- ▶ ANKERPUNKT Junge Demenz – Hilfe bei Demenz vor dem 65. Lebensjahr und FTD (www.alzheimer-hamburg.de/angebote/ankerpunkt-junge-demenz)
- ▶ Projekt »JaDe« für jung an Demenz Erkrankte des Landesverbandes der Alzheimergesellschaften NRW. Es vermittelt Wissen über verschiedene Demenzformen, bietet Foren für den Austausch und lädt zu Freizeitaktivitäten ein. (www.alzheimer-nrw.de/aktivitaeten-projekte/jade)
- ▶ »FTD – Das Programm« bietet gute Erklärungen zur Frontotemporalen Demenz. Das Hüttenwochenende für Betroffene sowie ihre Angehörigen kann nicht mehr angeboten werden (Nachfolger:innen werden gesucht und ggf. beraten). Ab Juli wird aber eine Telefonsprechstunde zum Umgang mit FTD angeboten, c/o Alzheimer NRW. (ftd-dasprogramm.de)
- ▶ Caritas Düsseldorf berät u. a. zu Frontotemporaler Demenz, bietet Angehörigengruppen in Präsenz und online, monatliche Wandertage für Paare und niederschwellige Betreuungsangebote, an denen auch Menschen mit FTD teilnehmen. Außerdem wird einmal im Monat ein kollegiales Treffen FTD-online angeboten. (www.caritas-duesseldorf.de/hilfe-angebote/beratungsangebote/demenz-beratung-und-entlastung)

Nicht mehr allein mit dem Erlebten

Die neu entwickelte ambulante Gruppentherapie nach PITT für Menschen mit komplexer Traumafolgestörung.

Von Christiane Robens-Söhn und Jennifer Söhn

Für Menschen mit Traumafolgestörungen ist das Leid oft groß. Sie haben bereits früh über lange Zeit Gewalt, Vernachlässigung oder andere belastende Beziehungserfahrungen erlebt. Was eigentlich Schutz und Sicherheit geben sollte, wurde stattdessen zu einer Quelle von Angst und Ohnmacht. Solche Erfahrungen wirken oft weit über die eigentlichen traumatischen Ereignisse hinaus und prägen späteres Erleben von sich selbst, Beziehungen und der Welt. Menschen mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) leiden häufig unter starken inneren Spannungszuständen, Gefühlsüberflutungen sowie Schwierigkeiten, sich selbst zu beruhigen. Viele erleben Schuld- und Schamgefühle, fühlen sich wertlos oder »falsch« und haben zugleich Angst vor Nähe und ein tiefes Misstrauen gegenüber anderen. Um psychisch überleben zu können, haben diese Menschen gelernt, Gefühle und Erinnerungen abzuspalten, wodurch die Vergangenheit bis in die Gegenwart hineinwirken kann.

Die Suche nach passender Unterstützung

Mit der Einführung der ICD-11 wurde die KPTBS erstmals als eigenständige Diagnose anerkannt und von der klassischen PTBS abgegrenzt. Dies stellt für Betroffene einen wichtigen Fortschritt dar, weil ihre Symptome dadurch genauer beschrieben und besser verstanden werden. Gleichzeitig bringt die Diagnose neue Herausforderungen mit sich. Die Behandlung komplex traumatisierter Menschen ist häufig aufwendig und langwierig.

Was ist die PITT?

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT® wurde seit den späten 1980er Jahren von der Psychiaterin und Psychoanalytikerin Luise Reddemann gemeinsam mit Kolleg:innen entwickelt. Die PITT verbindet psychodynamische Traumatherapie mit imaginativen Übungen, also inneren Vorstellungsbildern, die Sicherheit, Distanzierung und Selbstberuhigung fördern. Ein wichtiger Bestandteil ist die Arbeit mit sogenannten »inneren Anteilen«. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Abspaltung von Affekten in traumatischen Situationen innere Anteile entstehen. Ziel der Therapie ist es, diesen Anteilen mit mehr Verständnis, Mitgefühl und Fürsorge zu begegnen. Die Therapie arbeitet deshalb besonders ressourcen- und beziehungsorientiert und soll Menschen mit Traumafolgestörungen unterstützen, wieder mehr Selbstwirksamkeit und Vertrauen in sich selbst zu entwickeln.

Viele leiden zusätzlich unter Depressionen, Ängsten und anderen psychischen Belastungen. Nicht selten wird die KPTBS übersehen oder anderen Störungsbildern zugeschrieben. Erschwerend kommt hinzu, dass traumatherapeutische Hilfe vielerorts nur schwer zugänglich ist und die Wartezeiten auf spezialisierte Therapieangebote betragen oft sehr viele Monate. Manche erleben zusätzlich, aufgrund der Schwere ihrer Symptomatik abgewiesen oder nicht ausreichend verstanden zu werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche therapeutischen Angebote in dieser Übergangszeit stabilisieren und unterstützen können. Tiefenpsychologisch fundierte gruppentherapeutische Konzepte für Menschen mit KPTBS sind bisher jedoch wenig untersucht. Gruppentherapie kann helfen, mit den eigenen Schwierigkeiten nicht allein zu sein: Der Austausch, ein gegenseitiges Verstehen und gemeinsames Erleben können Scham verringern und wieder mehr Verbundenheit ermöglichen.

Das Konzept der ambulanten PITT-Gruppe

Im Rahmen des Masterstudiengangs Klinische Psychologie an der Internationalen Psychoanalytischen Hochschule Berlin entwickelten die Autorinnen die durchgeführte Interventionsstudie zur PITT im ambulanten Gruppensetting als manualisiertes Gruppenkonzept. Die zehnwöchige Gruppentherapie fand in wöchentlichen 90-minütigen Sitzungen statt. Um einschätzen zu können, ob diese Form der Gruppentherapie hilfreich war, wurden vor und nach Abschluss der Gruppe standardisierte Testverfahren durchgeführt. Erfasst wurden unter anderem die KPTBS-Symptomatik, depressive Beschwerden, allgemeine psychische Belastungen sowie der Umgang mit Gefühlen und Selbstmitgefühl. Die Ergebnisse wurden einer Vergleichsgruppe ohne psychische Störungen gegenübergestellt.

Das Gruppenangebot verband Elemente der PITT mit integrativen und kreativtherapeutischen Methoden. Im Mittelpunkt standen nicht nur die therapeutischen Übungen, sondern auch die für die PITT typische Haltung: zugewandt, würdeorientiert und in mitfühlender Beziehungsgestaltung. Ziel war ein möglichst sicherer therapeutischer Rahmen, der Hoffnung, Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit fördert. Die Teilnehmerinnen lernten verschiedene Methoden der PITT kennen. In praktischer Selbsterfahrung wurden imaginative Übungen, Arbeit mit inneren Anteilen und psychoedukative Elemente vermittelt. Teilweise kamen kreative Methoden zum Einsatz, um innere Erfahrungen auszudrücken und einzuordnen. Die Teilnehmerinnen sollten zunehmend verstehen lernen, wie sie sich in Belastungssituationen stabilisieren und unterstützen können.



Christiane Robens-Söhn und Jennifer Söhn

Die durchgeführte PITT-Gruppentherapie hatte folgende inhaltliche Ziele:

- ▶ Entwicklung von Möglichkeiten der inneren Distanzierung durch die Begegnung mit verletzten inneren Anteilen, um konstruktive Kommunikation und Kooperation anzuregen
- ▶ Förderung von Selbstmitgefühl und Selbstregulation
- ▶ Förderung der Fähigkeit, die Gegenwart als getrennt von der traumatischen Vergangenheit wahrzunehmen
- ▶ Verbesserung der KPTBS-Symptomatik und komorbider Belastungen

Die Gruppe wurde von den Autorinnen im Co-Therapie-Setting geleitet. Auch die Gestaltung des Therapieraums sollte Sicherheit und Orientierung vermitteln. Ein offener Stuhlkreis ermöglichte Begegnungen auf Augenhöhe. Die bewusst gestaltete Mitte des Raumes mit Blumen, Bildkarten und anderen Materialien unterstützte eine ruhige und wertschätzende Atmosphäre. Jede Sitzung begann mit einer einführenden edukativen Einheit. Neben theoretischen Inhalten wurden alltagsnahe Beispiele, Demonstrationen und kleine praktische Übungen eingesetzt. Im weiteren Verlauf standen Imaginationen, kreative Methoden und erfahrungsorientierte Einheiten im Vordergrund. Selbsterfahrungen fanden in Einzelarbeit und in der Klein- oder Großgruppe statt, mit anschließendem Austausch und gemeinsamer Reflexion.

Das Gruppenangebot folgte einer klaren, schrittweisen Struktur, indem zu Beginn gegenseitiges Kennenlernen sowie eine Einführung in die Grundhaltung und Methoden der PITT im Vordergrund standen. Gleichzeitig wurden erste ressourcenorientierte, anregende Übungen eingesetzt, um Bedürfnisse, Fähigkeiten und Zukunftswünsche wahrzunehmen.

Im weiteren Verlauf lernten die Teilnehmerinnen imaginative Techniken zur inneren Distanzierung und Selbstberuhigung kennen. Ein Schwerpunkt lag auf der Arbeit mit inneren Anteilen, den sogenannten »jüngeren Ichs«. Durch angeleitete Imaginationen konnten innere Erfahrungen wahrgenommen und in einen neuen Zusammenhang gestellt werden. Ergänzend wurden psychoedukative Inhalte zu Stressverarbeitung, dem limbischen System und dem Stresstoleranzfenster vermittelt, um traumabedingte Reaktionen besser verstehen zu können. Weitere Themen waren der Umgang mit abwertenden inneren Anteilen, Schuld, Scham und Trauer sowie Ressourcen, Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl. Kreative Methoden und der Austausch in der Gruppe

unterstützten dabei, innere Prozesse erlebbar zu machen und neue Perspektiven zu entwickeln. Im letzten Teil der Gruppentherapie rückten persönliche Stärken und Entwicklungsschritte stärker in den Vordergrund. Die Abschlussstunde, in der die Teilnehmerinnen mit den entstandenen Bildern, freiem Schreiben und Märchen arbeiteten, diente dem Rückblick, wobei persönliche Veränderungen symbolisch ausgedrückt wurden, um das Erlebte innerlich zu integrieren.

Vom Verstandenwerden und innerer Veränderung

Die Ergebnisse der klinischen Interventionsstudie weisen darauf hin, dass die PITT auch im ambulanten Gruppensetting für Menschen mit KPTBS hilfreich sein kann. Viele Teilnehmerinnen berichteten von einem verständnisvolleren und mitfühlenderen Umgang mit sich selbst sowie von einer verbesserten Fähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu regulieren; besonders wirksam waren die imaginativen Übungen der PITT. Die Arbeit mit verletzten und verletzenden inneren Anteilen unterstützte die Teilnehmerinnen dabei, innere Spannungen besser einzuordnen und sich selbst weniger abwertend zu begegnen. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Interventionen insbesondere Selbstmitgefühl, Affektregulation und Selbstberuhigung fördern konnten. Auch die psychoedukativen Inhalte wurden als entlastend erlebt: Das bessere Verständnis der eigenen Symptome verringerte Schuld- und Schamgefühle. Auch die in der Gruppe erlernten Übungen wurden als hilfreiche Unterstützung im Alltag wahrgenommen. Besonders bedeutsam war für die Teilnehmerinnen die Atmosphäre innerhalb der Gruppe. Vor allem die letzte Sitzung wurde als bewegender und würdiger Abschluss erlebt: »Ein großes Gefühl der Solidarität, Nähe und Anteilnahme der Gruppe war in dieser Stunde spürbar. [...] Wir alle konnten uns mit unserer Geschichte zeigen und wurden von der Gruppe und den Therapeutinnen gesehen und gewürdigt.«

Traumatherapie in der Gruppe weiterdenken

Die Kombination aus Psychoedukation, imaginativen Verfahren und kreativtherapeutischen Elementen erwies sich als praktisch gut umsetzbar und emotional tragfähig. Besonders hervorzuheben ist die erstmalige manualisierte Übertragung der PITT in ein ambulantes Kurzzeit-Gruppensetting. Die Studie zeigt, dass ein tiefenpsychologisch fundierter und zugleich traumafokussierter Gruppenansatz auch ambulant möglich sein kann. Darüber hinaus könnte ein solches Angebot eine wichtige Brücke zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Weiterbehandlung darstellen und traumatherapeutische Unterstützung früher zugänglich machen. Die Studie versteht sich zugleich als Einladung, traumatherapeutische Gruppenangebote weiterzudenken. Die Autorinnen wünschen sich daher, dass das entwickelte Manual künftig auch anderen Therapeut:innen zugänglich gemacht werden kann, damit mehr Betroffene von niedrigschwelligen und zugleich traumaspezifischen Gruppenangeboten profitieren können.

Christiane Robens-Söhn und Jennifer Söhn sind Psychologinnen. Sie arbeiten seit 2015 gemeinsam in eigener Praxis für Psychotherapie und Traumatherapie (HeilprG) in Düsseldorf.
Kontakt: kontakt@praxis-robens-soehn.de



Eine Alternative für stationäre psychiatrische Behandlung?

Eine neue Studie aus den Vivantes Kliniken für Psychiatrie in Berlin zeigt erstmals die langfristigen Effekte des Home Treatments.

Von Aylin Russ

Seit 2018 können psychiatrische Kliniken in Deutschland ihren Patient:innen das Home Treatment anbieten, welches »stationsäquivalente Behandlung« (STäB) genannt wird. Dabei handelt es sich um eine intensive psychiatrische Behandlung, die vorwiegend am Wohnort der Patient:innen von multidisziplinären Teams durchgeführt wird. Das Home Treatment richtet sich an Personen, die die Kriterien für eine akute stationäre psychiatrische Behandlung erfüllen und für eine häusliche Behandlung geeignet sind, etwa ein festes Wohnumfeld mit ausreichend Privatsphäre zur Verfügung haben. Dabei zeichnet sich das deutsche Home Treatment im internationalen Vergleich durch strenge regulatorische Anforderungen der gesetzlichen Krankenkassen aus. In den ersten Tagen wird eine Bedarfsanalyse durchgeführt, die das Fundament für einen maßgeschneiderten Behandlungsplan mit medikamentöser Behandlung, Psychotherapie, Kompetenztraining, alltäglichen Aktivitäten sowie enger Einbeziehung Angehöriger bildet. Es muss täglich mindestens ein persönlicher Kontakt mit den Patient:innen stattfinden und das Team muss grundsätzlich rund um die Uhr verfügbar sein, alle Kontakte sorgfältig dokumentieren und wöchentliche Besprechungen abhalten.

Langfristige Effekte des Home Treatments

Erstmals verglich nun eine Studie das Home Treatment und die stationäre psychiatrische Behandlung hinsichtlich ihrer langfristigen Effekte über einen Zeitraum von drei Jahren. Zunächst einmal zeigten Patient:innen im Anschluss an das Home Treatment ein verringertes Risiko von erneuten stationären Aufnahmen (41 % vs. 56 %), sowie eine verringerte Anzahl erneuter stationärer Behandlungstage (48 Tage vs. 52 Tage). Es dauerte zudem deutlich länger, bis es überhaupt zu einer erneuten stationären Aufnahme kommen musste.

Auf der anderen Seite nahmen Patient:innen im Anschluss an das Home Treatment häufiger psychiatrische Angebote im häuslichen Rahmen (22 Tage vs. 7 Tage), sowie erstmalig ambulante psychiatrische Dienste (34 % vs. 25 %) in Anspruch. Diese Ergebnisse zeigen, dass das Home Treatment im Vergleich zur stationären Behandlung langfristig den Gesamtbedarf an psychiatrischer

Versorgung zwar nicht verringert, jedoch die Versorgung weg von stationären Einrichtungen hin zur häuslichen Behandlung und einem breiteren Spektrum psychiatrischer Dienste verlagert.

Zukünftige Versorgung

Zu erwähnen ist zunächst, dass die Studienergebnisse zum Home Treatment vor allem für Patient:innen mit ausreichend stabilem klinischen Zustand und sozialen Umfeld, sowie für urbane Ballungsräume mit gut ausgebauten Versorgungsnetzen aussagekräftig sind. Nichtsdestotrotz reiht sich die Studie in das wachsende Forschungsbild ein und zeigt das Home Treatment als eine realistisch umsetzbare, wirksame und nachhaltige Alternative für stationäre psychiatrische Behandlungen. Langfristig kann es zur Entlastung der stationären Strukturen beitragen.

Diese Ergebnisse sind besonders relevant für Deutschland, da sich durch die hohe Dichte an psychiatrischen Krankenhausbetten im europäischen Vergleich besonderes Potenzial zur Ressourcenoptimierung ergibt. Die wirksame Umsetzung des Home Treatments muss dabei in ein pluralistisches und flexibles Netzwerk psychiatrischer Dienste (ambulante Kliniken, Tageskliniken, Krisendienste und betreutes Wohnen) eingebettet sein. Nur so können Nutzende bedürfnisorientiert eine geeignete, nachhaltig wirksame Versorgung wählen.

Mögliche Gründe für die Effekte

Besonders am Home Treatment ist, dass Behandelnde das häusliche Umfeld als Gäste statt Autoritäten betreten, wodurch Machtverhältnisse aufgeweicht werden und gegenseitiger Respekt, Vertrauen und Kollaboration die therapeutische Beziehung stärken können. Zudem ermöglicht das Home Treatment, dass die Patient:innen ihre Rollen im familiären Umfeld aufrechterhalten können. Systematisch einbezogene Angehörige können aktiv den Genesungsprozess unterstützen und Bewältigungsstrategien können nachhaltiger wirken, da sie direkt in realen Situationen geübt werden. Das Home Treatment ist zudem weniger disruptiv und kann die Autonomie, Selbstwirksamkeit und Aufrechterhaltung der Identität der Betroffenen fördern und Stigmatisierung verringern. Nicht zuletzt schafft das Home Treatment mit seinem täglich an die Bedürfnisse der Patient:innen angepassten Behandlungsplan ein besonderes Gleichgewicht zwischen Struktur und Flexibilität.

Zum Nachlesen: Nikolaidis, K., Rout, S., Hardt, O. et al. Intensive home treatment compared to inpatient psychiatric treatment: a 36-month follow-up of a propensity-score matched retrospective multicenter cohort study. *BMC Psychiatry* 26, 318 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12888-026-08062-5>

Aylin Russ studiert Klinische Psychologie M.Sc. an der Humboldt-Universität zu Berlin und absolviert aktuell ihr Forschungspraktikum in der AG Präventive Psychiatrie, innovative Versorgungs- und Psychotherapieformen im Forschungsverbund Charité x Vivantes.



Eingeladen, aber überhört?

Die Selbstvertretung braucht mehr als gute Absichten. Das Projekt »PARTskills online« entwickelt deshalb Workshops für eine wirksame Beteiligung.

Von Azize Kasberg, Jona-Marin Sühwold und Imada Spiewok

Selbsthilfe ist eine tragende Säule des Gesundheitssystems – dennoch erleben viele Engagierte, dass ihre Erfahrungen und ihr Wissen zwar angefragt, aber nicht ausreichend berücksichtigt werden. Diese Beobachtung hat zwei Seiten. Auf der einen Seite sind Gremien und Organisationen, die Menschen einladen, ohne die Bedingungen zu bieten, die eine wirksame Selbstvertretung benötigt. Das sind zeitliche und finanzielle Bedingungen, aber auch das Wissen von Selbstvertretenden anzuerkennen und die Bereitschaft, ihre Stimmen gleichberechtigt zu berücksichtigen.

Auf der anderen Seite sind Menschen, denen vielleicht das Wissen über Selbstvertretungsstrukturen und Strategien fehlt, um ihre Anliegen auch wirksam zu vertreten. Selbstvertretende berichten immer wieder von entsprechenden Bedarfen. Genau hier setzt das Projekt PARTskills online des Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP) an, das am 1. Januar 2026 startete.

Welche Ziele hat das Projekt?

Ziel ist es, Menschen aus der psychosozialen Selbsthilfe, ehrenamtlich Engagierte sowie An- und Zugehörige darin zu stärken, ihre Interessen wirksam in Gremien, Organisationen und politischen Prozessen zu vertreten.

Von 2026 bis 2028 werden online-Workshops entworfen, erprobt und weiterentwickelt. PARTskills online baut auf den Erkenntnissen des Projekts »Wirksame Selbstvertretung« des Kellerkinder e.V. zusammen mit Azize Kasberg sowie dem Projekt Part-Web des DVGP auf. Gefördert wird es von der BARMER Krankenkasse.

Was ist Partizipation?

Partizipation wurde nicht erst mit der UN-Behindertenrechtskonvention zu einem normativen Standard gemeindepsychiatrischer Angebote. Allerdings gibt es unterschiedliche Meinungen, was unter Partizipation zu verstehen ist und wer woran beteiligt werden sollte. Auf Basis der Allgemeinen Bemerkung Nummer 7

des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen nutzt das Projekt folgende Kurzdefinition:

»Die volle und wirksame Partizipation bedeutet, entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention, Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt in alle Phasen von Prozessen und Entscheidungen, die sie direkt oder indirekt betreffen, auf allen Ebenen aktiv einzubeziehen. Die Voraussetzung für Partizipation ist die Anerkennung der Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderungen.«

»Nichts über uns ohne uns!« lautet der Slogan der Behindertenrechtsbewegung. Er fasst gut zusammen, wer woran zu beteiligen ist: Menschen sind immer dann zu beteiligen, wenn sie direkt oder indirekt von etwas betroffen sind. Wenn wir eine inklusive Gesellschaft realisieren möchten, gibt es nichts, wovon Menschen mit Behinderungen nicht betroffen wären, da sie selbstverständliche Teile aller Lebensbereiche wären.

Leider wird in Gremien oft (noch) Scheinpartizipation praktiziert. Hier werden Menschen vielleicht angehört, aber weder kontinuierlich noch mit Entscheidungsmacht beteiligt.

Was haben wir in den nächsten drei Jahren vor?

Das Projekt wird dialogisch umgesetzt: Menschen mit Erfahrungsperspektive, An- und Zugehörige sowie Fachkräfte (mit Mehrfachrollen) arbeiten von Beginn an gleichberechtigt im Team zusammen. Zurzeit befinden wir uns in der Vorbereitung der ersten Workshops für Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen:

- ▶ Wir suchen nach ähnlichen Angeboten, um von ihnen zu lernen.
- ▶ Wir interviewen erfahrene Selbstvertretende, welches Wissen, welche Fähigkeiten und welche weiteren Ressourcen für die Selbstvertretung benötigt werden.
- ▶ Wir befragen Menschen aus der Selbsthilfe in den Mitgliedsorganisationen des DVGP, welche Bedarfe sie bezüglich des Angebotes haben und welche Ressourcen sie für die Teilnahme mitbringen.

In der Projektlaufzeit müssen wir uns auf Angebote für Mitglieder des DVGP beschränken. Es ist geplant, die Angebote so zu verstetigen, dass eine Mitgliedschaft im DVGP keine Voraussetzung mehr ist.

Bereits über Partizipation nachgedacht?

Wie steht es um Ihre Partizipation? Bei welchen Entscheidungen wirken Sie mit? Wie steht es um die Partizipation in der Organisation, in der Sie tätig sind? Wer partizipiert an welchen Entscheidungen und wer (noch) nicht? PARTskills online steht für eine moderne Selbsthilfe, deren Stimmen gehört werden – für mehr Mitsprache, bessere Entscheidungen und eine partizipative Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie!

Imada Spiewok, Jona-Marin Sühwold und Azize Kasberg sind das dreiköpfige Projektleitungsteam von PARTskills online des DVGP. Imada Spiewok ist Psychologin und erfahren bezüglich chronischer Erkrankungen. Jona-Marin Sühwold ist Genesungsbegleiter und Ex-In-Trainer. Azize Kasberg ist Ergotherapeutin und Gesundheitswissenschaftlerin. Alle drei sind An- und Zugehörige von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen. Kontakt zum Team über kasberg@dvgp.org.

20 Jahre gemeinsam für psychische Gesundheit

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit feiert Jubiläum. Was als kleine Interessengemeinschaft begann, ist heute zum zentralen Netzwerk für Aufklärung und Entstigmatisierung gewachsen.

Von Franziska Taffelt und Patricia Wulfheide



Panelrunde auf der Jubiläumsveranstaltung zum 20-jährigen Bestehen des Aktionsbündnisses im Mai 2026.

Der Saal im vierten Obergeschoss des Auditoriums Friedrichstraße in Berlin ist festlich erleuchtet. Warmes Licht taucht den Raum im Fünfzigerjahrestil in eine erwartungsvolle Stimmung, während leise Musik den Auftakt dieses besonderen Tages einläutet. Auf der großen hölzernen Bühne spannt sich ein digitales Banner: »20 Jahre – Gemeinsam für psychische Gesundheit« steht dort in lilafarbenen Lettern.

An diesem Maitag wird hier nicht nur gefeiert, sondern auch Bilanz gezogen: Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit blickt auf zwei Jahrzehnte engagierter Antistigma- und Netzwerkarbeit zurück. Zwei Jahrzehnte, in denen aus einer Idee eine relevante Initiative geworden ist.

Am Vormittag gehört der Saal den vielen Organisationen im Bündnis. Für die Jahrestagung sind Vertreter:innen aus ganz Deutschland angereist. Auf die Frage, was das Aktionsbündnis für sie bedeutet, findet Julia Trütschel vom Verein Jungagiert klare Worte: »Ihr schafft Sichtbarkeit, stärkt Betroffene und Angehörige und vernetzt starke Akteurinnen und Akteure miteinander.«

Viele Akteure in einem starken Bündnis

Mit ihr angereist ist Ronny Türk, der die Organisation in der Steuerungsgruppe des Aktionsbündnisses vertritt. Gemeinsam haben sie aus Dresden ein Projekt mitgebracht, das beispielhaft für die Innovationskraft des Aktionsbündnisses steht: DISEKO, kurz für digitale Selbsthilfekontaktstelle.

Niedrigschwellig und gut sichtbar werden auf interaktiven Displays Selbsthilfegruppen sowie digitale Angebote dort vorgestellt, wo Menschen Unterstützung suchen oder im Alltag unterwegs sind. Die digitale Wanderausstellung tourt durch Kliniken, öffentliche Einrichtungen und Freizeitorde. Eines von vielen Best-Practice-Beispielen, das zeigt, wie vielfältig die Arbeit im Netzwerk ist.

Den offiziellen Auftakt der Jahrestagung gestaltet der Vorsitzende des Aktionsbündnisses, Dr. Raoul Borbé. Er ist seit 2025 im Amt und nutzt seine erste Jahrestagung als Vorsitzender, um einen Blick nach vorn zu richten und Impulse für die zukünftige Ausrichtung des Bündnisses zu setzen.

Dass sich das Bündnis zwanzig Jahre nach seiner Gründung zu einer festen Größe in der deutschen Versorgungs- und Auf-

klärungslandschaft entwickelt hat, war zu Beginn keineswegs selbstverständlich.

Aus einer kleinen Initiative wird eine große Bewegung

Der Ursprung liegt im Jahr 2006. Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) wird das Aktionsbündnis erstmalig vorgestellt. Die DGPPN und der Verein Open the Doors verfolgen eine gemeinsame Vision: Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihre An- und Zugehörigen sowie Fachleute miteinander ins Gespräch zu bringen. »Triologisch« nennt sich dieser Ansatz, der bis heute das Fundament der Bündnisarbeit bildet. Aus einer kleinen Initiative ist seither das zentrale Netzwerk für Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in Deutschland gewachsen. Rund 190 Organisationen tragen das Aktionsbündnis inzwischen.

In seiner Videobotschaft zum Jubiläumsjahr betont der Mitbegründer seitens der DGPPN, Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, die ursprüngliche Idee: »Menschen trotz psychischer Erkrankungen sichtbar zu machen, ihre Erfahrungen und Wünsche ernst zu nehmen und ihrer Ausgrenzung entgegenzuwirken.«

Ein Jahr nach Gründung des Aktionsbündnisses findet die erste Berliner Woche der Seelischen Gesundheit statt. Ziel war und ist es, Prävention zu stärken, über psychische Erkrankungen

aufzuklären und wichtige Beratungs- und Hilfsangebote sichtbar zu machen. Seit 2010 koordiniert das Aktionsbündnis die Aktionswoche auch bundesweit und spannt damit ein gemeinsames Dach über wichtige Antistigma-Aktivitäten in ganz Deutschland.

Mittlerweile beteiligen sich über 200 Städte und Regionen, alle Bundesländer sind vertreten. Die Aktionswoche bringt Menschen zusammen, fördert Austausch und macht psychosoziale Unterstützungsangebote für die breite Öffentlichkeit interessant und zugänglich. Sie ist ein essenzieller Beitrag gegen Vorurteile und für frühzeitige Prävention von psychischen Erkrankungen.

Zwanzig Jahre Woche der Seelischen Gesundheit bedeuten auch zwanzig unterschiedliche Themenschwerpunkte: Mit jährlich wechselnden Mottos greift das Bündnis gesellschaftliche Entwicklungen auf und setzt neue Impulse. Ob mentale Gesundheit in der Familie oder am Arbeitsplatz, Stress und Digitalisierung, Zuversicht und Einsamkeit: Die unterschiedlichen Themen treffen den Zeitgeist und laden zum gesellschaftlichen Dialog zwischen unterschiedlichen Zielgruppen und Generationen ein.

Antistigma-Arbeit im persönlichen Kontakt

Zurück in den Mai 2026, zurück ins Auditorium Friedrichstraße in Berlin. Der festliche Saal füllt sich heute zum zweiten Mal. Nach der Jahrestagung steht der nächste große Programmpunkt des Tages an: die öffentliche Jubiläumsfeier in Form einer Fachveranstaltung.

Im vorderen Bereich des Saals präsentiert sich die Ausstellung der Mutmachleute e.V. »YOUth Mental Health Matters«. Die Aufsteller zeigen die Portraits 14 junger Menschen und erzählen ihre persönlichen Geschichten sowie von ihren Erfahrungen mit psychischen Krisen. Einige der Protagonist:innen sind an diesem Tag selbst vor Ort und laden zum Gespräch ein, berichten von ihren Herausforderungen und individuellen Bewältigungsstrategien. Die Ausstellung ist ein weiteres Beispiel für gelungene Antistigma-Arbeit aus dem Bündnis.

Über Jahre gefördert – ein sichtbares Zeichen der Anerkennung durch das BMG

Auf der Bühne steht an diesem Nachmittag auch der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Dr. Georg Kippels. In seinem Grußwort unterstreicht er die jahrelange und enge Verbindung des Aktionsbündnisses zum Bundesgesundheitsministerium.

In den vergangenen zwanzig Jahren hat das BMG zahlreiche Projekte unterstützt und damit wichtige Weichen für die Antistigma-Arbeit in Deutschland gestellt. Schon in den Anfangsjahren entstand ein wissenschaftlich fundiertes Konzept zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung in den Medien. Darauf aufbauend wurden zielgruppenspezifische Maßnahmen entwickelt. Medienschaffende und Multiplikatoren wurden in Workshops und Seminaren eingebunden und arbeiteten dabei eng mit Betroffenen zusammen. Aus diesem Austausch entstand eine praxisnahe Handlungshilfe. Die Fair-Media-Broschüre gilt bis heute als wegweisend für eine sensible und verantwortungsvolle Berichterstattung über psychische Erkrankungen.

Seit 2016 ist das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit auch in den sozialen Medien aktiv. Ebenfalls im Rahmen eines vom BMG geförderten Projekts wurde die Wirksamkeit digitaler Informationskampagnen zur Prävention psychischer Erkrankungen bei

jugen Erwachsenen untersucht. Seitdem ist das Bündnis auf allen gängigen Plattformen präsent und hat eine große und engagierte Community aufgebaut. Mit fundierten Informationen und aktuellen Einblicken in die Bündnisarbeit nutzt es die digitale Reichweite, um auf zentrale Projekte und Aktionen aufmerksam zu machen und Betroffene sowie ihre Angehörigen zu Wort kommen zu lassen.

Blick in die Zukunft: Entstigmatisierung weiterdenken

In der abschließenden Panelrunde der Jubiläumsveranstaltung wird deutlich: Veränderungen lassen sich erreichen, doch sie entstehen nicht von selbst. Damit Antistigma-Arbeit wirksam bleibt, braucht es langfristiges Engagement, verlässliche politische Rückendeckung und eine enge Zusammenarbeit im Dialog.

Neben Vertreter:innen aus Politik und Versorgung kommen vor allem Betroffene und Angehörige zu Wort. Nele Riepenhusen vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BAPK) und Vorständin im Aktionsbündnis betont: »Es ist wichtig, Raum einzufordern und Sichtbarkeit weiter zu stärken. Da gibt es noch viel zu tun.«

Genau darin liegt auch künftig eine der zentralen Aufgaben des Aktionsbündnisses: psychische Gesundheit als gesamtgesellschaftliches Thema sichtbar zu halten, Vorurteile abzubauen und Ausgrenzung entschieden entgegenzutreten. Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke e.V., bringt die Stimmung der lebhaften Gesprächsrunde abschließend auf den Punkt: »Wir müssen uns für eine seelenfreundliche Gesellschaft einsetzen. Da ist das Aktionsbündnis eine große Kraft.«

Die Grüne Schleife: Das Symbol für mehr Akzeptanz und Offenheit

Beim kulinarischen Get-together im Anschluss an den offiziellen Teil der Veranstaltung fällt im Foyer des Auditoriums besonders ein Detail ins Auge: kleine grüne Metallpins an den Revers vieler Gäste.

Die Grüne Schleife ist längst zu einem sichtbaren Zeichen der Antistigma-Bewegung geworden. Sie steht für eine solidarische und offene Gesellschaft für Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihre Angehörigen und Nahestehenden. Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit hat die Aktion, die aus England stammt, 2019 nach Deutschland gebracht. Seitdem wurden über 400.000 Pins an Organisationen, Unternehmen, Selbsthilfegruppen und Einzelpersonen verteilt. Auch viele prominente Unterstützer:innen haben sich angeschlossen.

An diesem feierlichen Jubiläumstag ist sie mehr als ein Symbol. Sie verbindet die Menschen im Raum und steht zugleich für das, was das Aktionsbündnis erreicht hat: Aufmerksamkeit schaffen, Austausch ermöglichen und gesellschaftliche Veränderung anstoßen.

Franziska Taffelt und **Patricia Wulfheide** gehören seit vielen Jahren zum Team der Geschäftsstelle in Berlin und sind Ansprechpartnerinnen für das Bündnisnetzwerk, die Woche der Seelischen Gesundheit und die Grüne Schleife.

Sie finden das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit online unter www.seelichegesundheit.net

Gelebte Inklusion vor historischer Kulisse

Seit 15 Jahren verbindet in Matgendorf ein Laden mit Café die psychosoziale Einrichtung mit dem Dorf.

Von Michael Brandt und Torsten Ehlers



Mitten im ländlichen Raum Mecklenburg-Vorpommerns ist aus einer Versorgungslücke ein Modellprojekt mit Strahlkraft geworden: Der Dorfladen Matgendorf verbindet Nahversorgung, soziale Teilhabe, pädagogische Arbeit und zeigt gelebte Inklusion. Er liegt eingebettet auf dem weitläufigen Außengelände des Schlosses Matgendorf, in dem sich mehrere Wohn-, Pflege- und Assistenzangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen der Diakonie Güstrow e.V. befinden. Damit ist der Laden nicht nur ein Geschäft, sondern Teil eines Gesamtkonzepts, das Versorgung, Betreuung und gesellschaftliche Teilhabe im Schloss Matgendorf miteinander verzahnt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen erhalten hier eine reale, sinnvolle Aufgabe in einem öffentlichen Setting, ohne überfordert zu werden. Gleichzeitig profitiert die Dorfgemeinschaft von einem erreichbaren Laden, von Begegnung und von einem Ort, der das Dorf lebendig hält.

Eingebettet im Schloss Matgendorf

In den Psychosozialen Einrichtungen Schloss Matgendorf leben 45 Menschen mit einer psychiatrischen Grundbeeinträchtigung in drei verschiedenen Wohnformen zusammen. Im Pflegewohnbereich erhalten 24 Menschen neben der Pflegeleistung, der sozialen Betreuung und der zusätzlichen Betreuung auch zusätzliche Leistungen zur sozialen Teilhabe nach dem SGB IX, um bei ihren individuellen Zielen Unterstützung zu erhalten. Diese Bewohner:innen sind zwischen 50 und 91 Jahre alt. Der geschlossene Wohnbereich ist eine besondere, geschützte Wohnform für 17 Menschen, die einen zeitlich begrenzten, richterlichen Beschluss über eine freiheitsentziehende Unterbringung nach § 1831 SGB erhalten haben. Die Bewohner:innen dieses Bereichs kommen aus Mecklenburg-Vorpommern. Im psychosozialen Wohnen haben vier Bewohnende, zwischen 34 und 70 Jahren, ein Zuhause. Auch die Bewohner:innen aus diesen beiden Wohnformen erhalten individuell abgestimmte Unterstützung, Motivation und Begleitung bei der Umsetzung ihrer Ziele in Form von Assistenzleistungen. Das Schloss Matgendorf soll erhalten werden, da es mit seiner Nutzung als Lebens-, Arbeits- und Begegnungsort ein soziales Kulturgut bleiben soll, das für die Region von besonderem Wert ist.

Mehr Informationen zu den psychosozialen Angeboten der Diakonie Güstrow e.V. finden Sie unter:
diakonie-guestrow.de/psychische-erkrankung/psychosoziale-einrichtungen/

Die Idee und die Teilhabe im Alltag

Die Grundidee des Ladens entstand aus einer ganz konkreten Versorgungslücke: Der frühere Konsum-Laden im Dorf schloss, die Einkaufsmöglichkeiten fielen weg, und für die Bewohner:innen der Einrichtung wie auch für die Dorfbewölkerung wurde der Weg zum nächsten Laden zu weit. Aus diesem Mangel entwickelte sich 2011 ein Dorfladen mit Café, der seither nicht nur Lebensmittel verkauft, sondern auch Begegnung ermöglicht. Das Projekt reagiert damit auf zwei Bedürfnisse zugleich: auf die Versorgung im ländlichen Raum und auf einen niedrigschwelligen Ort für soziale Kontakte.

Die räumliche Anbindung an das Schloss ist dabei mehr als ein praktisches Detail. Sie macht sichtbar, wie soziale Infrastruktur im ländlichen Raum funktionieren kann, wenn Wohnen, Assistenz, Pflege und Alltagsangebote nicht nebeneinanderherlaufen, sondern eng zusammenwirken. Gerade im Kontext des Bundesteilhabegesetzes ist das bedeutsam, weil es um personenzentrierte Unterstützung, Selbstbestimmung und die schrittweise Stärkung von Teilhabe im Alltag geht. Der Dorfladen wird so zur Schnittstelle zwischen Einrichtung und Gemeinde.

Für jede:n die passende Arbeit

Besonders wichtig ist die Art, wie im Dorfladen gearbeitet wird. Die Menschen, die in den psychosozialen Angeboten von Schloss Matgendorf leben, arbeiten dort im Rahmen der Eingliederungshilfe mit Assistenz und fachlicher Begleitung. Die Mitarbeit im Dorfladen ist dabei als Assistenzleistung mit tagesstrukturierendem Charakter angelegt – als fachliche Leistung zur persönlichen Weiterentwicklung, nicht als Erwerbstätigkeit. Der Laden ist ein niedrigschwelliges Arbeitsangebot, welches passgenau auf die individuellen Möglichkeiten abgestimmt werden kann. Im Alltag bedeutet das: Bewohnende übernehmen unter anderem Aufgaben an der Kasse, bedienen Kundschaft, räumen Ware ein, nehmen Lieferungen entgegen oder kontrollieren Haltbarkeitsdaten.

Gerade hier zeigen sich die persönlichen Erfahrungen besonders deutlich. Herr N. lebt seit rund zwei Jahren in Schloss Matgendorf und begann mit der Arbeit im Dorfladen schon im geschlossenen Wohnbereich. Heute wohnt er in der offenen Wohnform und kommt weiterhin regelmäßig und zuverlässig zum Ladendienst. Seine knappe Beschreibung bringt die Wirkung auf den Punkt: »Die Arbeit im Laden tut mir gut. Es lenkt mich ab und ich habe eine Aufgabe.« Für ihn ist der Laden damit ein Ort, der Struktur gibt und Stabilität schafft.



Fotos: Diakonie Güstrow e.V.

Im Schloss Matgendorf werden Versorgung, Betreuung und gesellschaftliche Teilhabe zusammengebracht.

Der Dorfladen ist mittlerweile ein fester Bestandteil der Dorfgemeinschaft.

Auch Frau Pl. zeigt, wie individuell Teilhabe im Dorfladen aussehen kann. Sie lebt inzwischen im Pflegewohnbereich, hat körperliche Einschränkungen und arbeitete früher selbst als Verkäuferin. Gerade deshalb ist das Ladenprojekt für sie mehr als Beschäftigung: Es knüpft an eine biografische Erfahrung an und macht Kompetenzen wieder sichtbar. Ihre Aussage »Man hat Zeit, sich mal richtig zu unterhalten, und es ist immer lustig hier« verweist darauf, dass Teilhabe nicht nur durch Tätigkeit entsteht, sondern ebenso durch Gespräch, Beziehung und Anerkennung.

Der Laden als Teil der Alltagskultur

Die soziale Wirkung zeigt sich aber nicht nur für die Mitarbeitenden, sondern auch im Miteinander der gesamten Einrichtung. Herr J. aus dem geschlossenen Bereich verbindet mit dem Laden vor allem Gemeinschaft und Vorfriede, wenn er sagt: »Im Sommer grillen wir dann wieder zusammen.« Solche kleinen Sätze machen deutlich, dass der Dorfladen Teil einer Alltagskultur ist, in der gemeinsame Erlebnisse, Rituale und gegenseitige Wertschätzung eine wichtige Rolle spielen.

Mit dem Dorfladen wird außerdem eine Form von Normalität geschaffen, die für viele Bewohnende zentral ist. Wer einkauft, Ware einräumt oder Kund:innen begrüßt, erlebt sich als handlungsfähig und gebraucht. Herr St., der neu in den geschlossenen Wohnbereich gezogen ist, beschreibt den Laden deshalb als Training: »Damit bleibe ich im Körper und im Kopf fit und es macht auch noch Spaß!« Genau in dieser Verbindung von Aktivierung und Freude liegt ein großer Teil der Qualität des Projekts. Arbeit wird hier nicht als Druck erlebt, sondern als Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen Fähigkeiten zu erhalten und auszubauen.

Ein Ort für Normalität

Der Laden ist bewusst öffentlich zugänglich. Er richtet sich also nicht nur an die Bewohner:innen von Schloss Matgendorf, sondern ausdrücklich auch an Menschen aus dem Dorf und der Umgebung. Gerade dieser doppelte Auftrag macht das Projekt besonders: Was als Antwort auf fehlende Nahversorgung begann, ist heute ein Ort, an dem Alltag, Nachbarschaft und Teilhabe aufeinandertreffen. Die kleine Verkaufsstelle erfüllt damit eine Funktion, die im ländlichen Raum oft unterschätzt wird: Sie schafft Verlässlichkeit, kurze Wege und einen Treffpunkt, an dem man sich sieht und kennt.

Der Laden ist kein abgeschlossener Schonraum, sondern ein Ort, an dem Öffentlichkeit und psychosoziale Angebote aufeinandertreffen. Genau dadurch werden Vorbehalte abgebaut und Normalität geschaffen: Die Anwohner:innen kaufen dort ein, reden mit den Mitarbeitenden und erleben die Menschen in ihrem Lebensraum nicht nur abstrakt, sondern als Teil des Ortes. In der Praxis ist das ein wesentlicher Faktor für Akzeptanz.

Die Öffnungszeiten sind überschaubar und auf den Bedarf vor Ort abgestimmt: Montag bis Freitag morgens und nachmittags sowie samstags vormittags. Das Sortiment deckt den täglichen Bedarf ab und umfasst frische Brötchen, Lebensmittel, Süßwaren, Kuchen, Eis, Kosmetik, Tabakwaren, Zeitungen und Tiefkühlkost. Damit passt sich der Laden an die Abläufe eines kleinen Ortes und einer Einrichtung an, statt ein Vollsortiment unter großstädtischen Bedingungen abzubilden. Das Café und die Sitzmöglichkeiten im Grünen erweitern das Angebot um eine soziale Komponente, die sich nicht in Umsatzzahlen allein messen lässt.

Wie der Laden finanziert wird

Zur Finanzierung solcher Angebote gehört in der Praxis vor allem die Einbindung in die jeweiligen sozialrechtlichen Leistungsbereiche. Die psychosozialen Angebote in Matgendorf arbeiten auf Grundlage individueller Teilhabeplanungen; die Unterstützung wird gemeinsam mit dem Sozialamt festgelegt und im Rahmen der Eingliederungshilfe organisiert. Für den Pflegewohnbereich sind ergänzende Leistungen zur sozialen Teilhabe nach dem SGB IX relevant, während der Pflegealltag klassisch im SGB XI geregelt ist. Für den Dorfladen selbst ist die ökonomische Logik daher nicht die eines rein gewinnorientierten Einzelhandelsbetriebs, sondern die eines Versorgungs- und Teilhabekonzepts. Die wirtschaftliche Tragfähigkeit ist dabei eng mit dem sozialen Nutzen verbunden. Die Waren werden vom regionalen Großhandel bezogen; verkauft werden Produkte des täglichen Bedarfs, Frischwaren sowie ergänzende Artikel. Das Projekt zeigt damit, dass ein Dorfladen auch dann funktionieren kann, wenn er nicht ausschließlich nach klassischen Rentabilitätsmaßstäben bewertet wird. Sein Erfolg misst sich ebenso daran, ob Menschen einen Ort für Begegnung, Aufgabe und Zugehörigkeit finden.

Michael Brandt ist Bereichsleiter der Sozialpsychiatrie bei der Diakonie Güstrow e.V.

Torsten Ehlers ist Leiter der Öffentlichkeitsarbeit bei der Diakonie Güstrow e.V.

Kontakt: presse@diakonie-guestrow.de

»Heute anfragen – morgen anfangen«

In Potsdam bietet ein niedrigschwelliger Ansatz im Übergangsmanagement psychisch erkrankter Menschen schnelle Hilfe dabei, einen Arbeitsplatz zu finden.

Von Alexander von Hohenthal

Der Übergang von stationärer psychiatrischer Behandlung in den Alltag stellt für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen eine besonders vulnerable Phase dar. In der Praxis zeigt sich hier häufig eine Versorgungslücke: Nach der Entlassung fehlen zeitnah verfügbare Anschlussangebote, während Betroffene oft in wochen- oder monatelangen Antrags- und Bewilligungsverfahren auf weiterführende Leistungen warten.

Diese Diskontinuität im Versorgungssystem ist strukturell bedingt. Leistungen der Teilhabe und Rehabilitation sind in Deutschland in hohem Maße an formale Zugangswege und Zuständigkeitsklärungen gebunden. Für Personen in akuten Übergangssituationen bedeutet dies nicht selten eine Phase der Inaktivität, in der bereits erreichte Stabilisierungserfolge gefährdet werden.

Eine Lücke im System – und der Versuch, sie zu schließen

Um diese Versorgungslücke zu schließen, hat die Landeshauptstadt Potsdam seit Anfang 2026 ein niedrigschwelliges psychosoziales Angebot etabliert, das auf eine unmittelbare Anschlussfähigkeit abzielt und welches es in dieser Form bislang an keinem anderen Ort in Deutschland gibt: die sogenannte »Ad-hoc-Maßnahme«. Ihr Prinzip ist einfach: Interessierte können kurzfristig und ohne Antragsverfahren einsteigen.

Organic Village gGmbH, Potsdam – Zielgruppe »volljährige Menschen mit psychischen Erkrankungen« – wurde 2013 gegründet.

- ▶ »Zuverdienstprojekte« seit 2017, 2 bis 15 Stunden pro Woche
- ▶ »AGH-Maßnahmen« für das JobCenter Potsdam seit 2018
- ▶ »Ad-hoc-Maßnahmen« (Vorläufermodelle seit 2014), Finanzierung durch LH Potsdam seit 2019, Weiterführung in aktualisierter Form ab 2026, 2 bis 25 Stunden pro Woche, volljährige Personen mit Wohnsitz in Potsdam
- ▶ Organic Village ist anerkannt als »Anderer Leistungsanbieter« nach § 60 SGB IX für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- ▶ Wohnraum (i.d.R. für Teilnehmende aus anderen Landkreisen/Bundesländern) wird (für Selberzahler) angeboten im Programm »Wohnen & Recovery«
- ▶ Weitere Informationen auf www.organic-village.de

Die Umsetzung hat nach einer europaweiten Ausschreibung 2025 die Organic Village gGmbH übernommen, eine gemeinnützige Initiative in Potsdam, die Menschen mit psychischen Erkrankungen ein inklusives Recovery- und Arbeitsumfeld bietet. Die Finanzierung – auch der Vorläufermodelle ab 2019 – erfolgt durch die Landeshauptstadt Potsdam. Das Prinzip ist so einfach wie ungewöhnlich: »Heute anfragen – morgen anfangen«

Dass es im Übergang zwischen stationärer Behandlung und weiterführenden Unterstützungsangeboten zu Brüchen kommt, ist kein Einzelfall, sondern Ausdruck eines stark segmentierten Hilfesystems mit komplexen Verfahren: Anträge, Zuständigkeiten, Bewilligungen. Das kann Monate dauern, manchmal auch Jahre. Für Menschen in akuten Übergangsphasen kommen die Ergebnisse oft zu spät.

Eine wissenschaftliche Evaluation der Medizinischen Hochschule Brandenburg (2023) zur Vorläufermaßnahme weist darauf hin, dass fehlende Anschlussstrukturen nach einer Behandlung mit einem erhöhten Risiko für Rückfälle und Abbrüche im weiteren Rehabilitationsverlauf verbunden sind.

Schneller handeln ohne Verwaltungsverfahren

Die Ad-hoc-Maßnahme setzt genau hier an. Sie überbrückt Wartezeiten und schafft einen unmittelbaren Zugang zu Struktur, Tätigkeit und sozialer Einbindung. Ermöglicht wird dies durch eine faktische Umkehrung des Verwaltungsverfahrens bei der Besetzung der Plätze: Die Zugangsvoraussetzungen für die an einer Teilnahme Interessierten sowie die Platzkapazitäten sind im Vorfeld definiert worden (aktuell 20 Plätze). Organic Village entscheidet in diesem Rahmen eigenständig und ohne weiteres Verwaltungsverfahren über Zu- oder Absage. Der Zeitgewinn der wegfallenden Beantragung ist erheblich und im Einzelfall für Betroffene oft ein »Game-Changer«.

Die überwiegend handwerklichen und arbeitsmarktnahen Arbeiten (die einzelnen Arbeitsergebnisse sollen möglichst »verkaufbar« sein und somit am Wirtschaftskreislauf teilnehmen) finden überwiegend auf dem Projekthof von Organic Village in Potsdam statt. Seit 2013 entstehen hier inklusive Arbeitsprojekte in Bereichen wie Holzwerkstatt, Gastronomie, Gärtnerei oder Verwaltung. Was das Organic Village besonders macht, ist die Verbindung aus praktischer Arbeit und Unterstützung. Hier wird nicht nur betreut und beschäftigt – hier wird gemeinsam arbeitsmarktnah gearbeitet, gelernt und gelebt.

Die Ad-hoc-Maßnahme ist somit eine wichtige Brücke auf dem Weg zu möglichen Anschlusszielen, wie die Rückkehr in den Arbeitsmarkt oder die Ausbildung, in ein »Zuverdienstprojekt«



Die handwerklich ausgerichtete Arbeit orientiert sich an den Möglichkeiten der Teilnehmenden.

oder zu einem »anderen Leistungsanbieter«. Letztere sind seit 2018 eine gesetzlich verankerte Alternative zur Werkstatt für behinderte Menschen – für Menschen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch nehmen möchten, aber nicht in einer klassischen Werkstatt arbeiten wollen oder können. Sie bieten mehr Flexibilität und können Leistungen auch in regulären Betrieben oder inklusiven Projekten erbringen.

Wie sich das konkret anfühlt

Eine Teilnehmerin beschreibt ihren Einstieg sinngemäß so: »Nach dem Klinikaufenthalt wusste ich nicht, wie ich die Tage füllen soll. Alles war leer.« Statt monatelang auf einen Bescheid zu warten, kommt sie zu einem Gespräch ins Organic Village – und beginnt kurz darauf mit wenigen Stunden pro Woche. Erst im Garten, später auch in der Holzwerkstatt. Der behutsame Einstieg – je nach individueller Belastbarkeit – kann bereits ausreichend sein, um eine erste Tagesstruktur zu etablieren.

Solche Verläufe sind keine Ausnahme. Sie zeigen, worum es eigentlich geht: nicht sofort komplett funktionieren zu müssen, sondern in sinnvollen Schritten wieder ins Leben zurückzufinden. Belastungsgrenzen austesten, Selbstwirksamkeit erfahren, eine Perspektive entwickeln.

Die praktische, meist handwerklich ausgerichtete Arbeit ist bewusst niedrigschwellig gestaltet und orientiert sich an den Möglichkeiten der Teilnehmenden. Es gibt keinen Druck, aber eine klare Struktur: fest vereinbarte Arbeitszeiten, Krankmeldung bei Fehlzeiten, Urlaubsantrag – eben »arbeiten wie im Betrieb«.

Viele Teilnehmende suchen genau diese Normalität. Beim Kennenlernen sagen sie oft Sätze wie »Bitte keine Stuhlkreise mehr«, »Habe fertig mit Therapie« oder »Ich möchte einfach nur arbeiten«. Mit der Zeit steigt das Selbstvertrauen im Job, zwischenmenschliche Kontakte zu Kolleg:innen entstehen – also Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Teilhabe gleichermaßen. Gerade für Menschen, die nicht (mehr) in therapeutische Angebote eingebunden und durch das Hilfesystem erreicht werden können, ist die Ad-hoc-Maßnahme gut geeignet.

Was wirkt – und für wen

Seit dem Beginn des Projekts haben ca. 400 Menschen die inklusiven Arbeitsprojekte bei Organic Village durchlaufen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation der Medizinischen Hochschule Brandenburg zeigen: Rund 70 Prozent der Teilnehmenden erreichen ihre Ziele ganz oder zumindest teilweise.

Dabei spielt es keine Rolle, ob jemand jung oder älter ist, eine Ausbildung hat oder nicht. Gleichzeitig zeigt sich auch: Krisen gehören zum Verlauf. Nicht alle Teilnehmenden erreichen ihre Ziele. Aber genau dafür ist das Angebot da – um Rückschritte aufzufangen, bevor sie zu Abbrüchen werden.

Ein Angebot, das es so kaum gibt

In den Interviews zur wissenschaftlichen Evaluation wird ein Satz immer wieder deutlich: Viele Teilnehmende sehen in der Ad-hoc-Maßnahme eine der wenigen realistischen Möglichkeiten, überhaupt wieder anzufangen. Das wirft eine grundsätzliche Frage auf: Warum gibt es so wenige Angebote dieser Art?

Die Maßnahme beweist, dass Unterstützung auch anders organisiert werden kann – flexibler, schneller und näher an der Lebensrealität. Gleichzeitig macht sie sichtbar, wo das bestehende System an seine Grenzen stößt.

Auch ein kritischer Blick gehört dazu

So überzeugend der Ansatz in vielen Fällen erscheint, so wird zugleich deutlich, dass er nicht alle Personengruppen gleichermaßen erreicht. Die Inanspruchnahme setzt ein Mindestmaß an Eigeninitiative voraus, etwa in Form der Kontaktaufnahme und dann eben auch in Form einer möglichst regelmäßigen Teilnahme. Für besonders stark belastete Personen kann dies bereits eine erhebliche Hürde darstellen.

Dies verweist auf eine strukturelle Zugangsbeschränkung, die auch durch niedrigschwellige Angebote nicht vollständig aufgehoben werden kann. Darüber hinaus stellen sich Fragen nach der langfristigen Finanzierung, der Übertragbarkeit auf andere Regionen sowie der Einbettung in bestehende Leistungssysteme. Da hier viel auf dem Spiel steht, bräuchte es – gerade in Zeiten abnehmender Sozialbudgets – eine dringend erforderliche Nachschärfung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Ein wichtiges politisches Ziel wäre dabei die Schaffung eines verbindlichen Rechtsrahmens. Es müsste klargestellt werden, dass es sich – in sinngemäßer Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – für die kommunalen Kostenträger bei der Finanzierung von Ad-hoc-Maßnahmen nicht um eine »Kann-«, sondern um eine »Muss-Vorschrift« handelt.

Fazit

Die Ad-hoc-Maßnahme ist damit nicht nur als praktisches Angebot zu verstehen, sondern auch als Impuls für eine Weiterentwicklung des Übergangsmanagements im psychosozialen Hilfesystem. Sie zeigt eindrucksvoll, wie wichtig der richtige Zeitpunkt ist. Unterstützung wirkt am besten, wenn sie genau dann kommt, wenn Menschen sie brauchen. Vielleicht liegt genau darin ihre größte Stärke: Sie setzt nicht erst an, wenn schließlich alles geregelt ist – sondern genau dann, wenn es darauf ankommt.

Alexander von Hohenthal ist bei der Organic Village gGmbH in der Geschäftsführung tätig und beschäftigt sich mit niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten an der Schnittstelle von psychischer Gesundheit, Arbeit und gesellschaftlicher Teilhabe. 2013 hatte er die gemeinnützige Initiative zusammen mit seiner Ehefrau Julia von Hohenthal gegründet.

Kontakt: alexander.hohenthal@organic-village.de

Reform aus der Retorte

Das neue Fachkonzept für Werkstätten schätzt **Marc Fesca** ein.

Im November 2025 hat die Bundesagentur für Arbeit (BA) das neue Fachkonzept für das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) veröffentlicht. Zum 1. Januar 2026 hat es das alte Fachkonzept von 2010 abgelöst.

Das Eingangsverfahren (EV - drei Monate) und der Berufsbildungsbereich (BBB – zwei Jahre) sind die ersten beiden Phasen, die Menschen mit Behinderungen in einer Werkstatt durchlaufen. Sie gelten als berufliche Rehabilitation und werden deshalb meist von der Bundesagentur finanziert, aber auch von der Rentenversicherung. Danach folgt der Wechsel in den eigentlichen Arbeitsbereich. Dieser kann bis zur Altersrente dauern und wird als Sozialleistung von der Eingliederungshilfe finanziert.

Im Eingangsverfahren wird zunächst festgestellt, welche Fähigkeiten jemand mitbringt und welche Form der Förderung sinnvoll ist. Im Berufsbildungsbereich werden dann gezielt berufliche Kompetenzen aufgebaut. Das Fachkonzept der Bundesagentur für Arbeit legt fest, wie diese beiden Phasen inhaltlich und organisatorisch gestaltet werden müssen – es ist gewissermaßen das Regelwerk, nach dem Werkstätten und andere Leistungsanbieter arbeiten.

Mit der Einführung des neuen Fachkonzepts sollen bundesweit einheitliche Grundlagen für die Durchführung dieser Maßnahmen geschaffen werden. Die Anschlussfähigkeit an die übrigen Maßnahmen der BA soll gestärkt und die berufliche Bildung weiterentwickelt werden. Dieser Auftrag hat sich vor allem aus dem in der vergangenen Legislatur vom BMAS vorgelegten »Aktionsplan für Übergänge aus den Werkstätten für behinderte Menschen auf einen inklusiven Arbeitsmarkt« abgeleitet. (siehe Umschau 3/24)

Gleichzeitig sollen mit dem neuen Fachkonzept auch verschiedene Empfehlungen des Bundesrechnungshofes berücksichtigt werden. Mit der Einführung und den Vorstellungen des Fachkonzepts bei den Leistungserbringern wurde zudem klar, dass der 1. Januar 2026 als Start eines Einführungsprozesses zu verstehen ist, in dessen Verlauf das Fachkonzept und seine diversen mitgeltenden Unterlagen weiter vervollständigt und ergänzt werden. So haben die Leistungserbringer bis zum 31. Dezember 2026 Zeit, alle Anforderungen umzusetzen, die Prüfungen durch die Regionaldirektionen und Anerkennungsbehörden der BA werden 2027 erfolgen und bis 2028 ist eine »Produktweiterentwicklung« vorgesehen.

Andere Leistungsanbieter als Vorbild

Das neue Fachkonzept betrifft sowohl WfbM als auch andere Leistungsanbieter (aLa). Trotz weiterhin bestehender struktureller Unterschiede zwischen beiden Angebotsformen wird eine deutlich stärkere Einheitlichkeit angestrebt. Die Inhalte sind teilweise auch aus dem bislang geltenden Fachkonzept für aLa im EV/BBB bekannt.

So auch das Kernelement des neuen Fachkonzepts, das Qualitäts- und Leistungshandbuch (QLHB), das nun auch anstelle

der bisherigen Durchführungskonzepte von den WfbM vorzulegen ist. Die aLa mussten auch zuvor schon ein QLHB erstellen und vorlegen.

Das QLHB soll den Weg der Teilnehmenden durch die Maßnahme abbilden und ist mit diversen Anlagen zu ergänzen. Hierzu hat die BA als mitgeltende Unterlage einen »Orientierungsleitfaden zur Erstellung des QLHB« veröffentlicht.

Übergangsmanagement und Teil-Qualifizierung

Besondere Bedeutung erhält im neuen Fachkonzept das Übergangsmanagement – also die Förderung des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Obwohl dies bereits bislang Bestandteil der Maßnahmen war, wird dieser Aspekt nun wesentlich stärker hervorgehoben. Die Leistungserbringer sind noch eindringlicher aufgefordert, Praktika und berufliche Bildung in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes zu realisieren und sich mit Betrieben, Kammern und weiteren Akteuren am Arbeitsmarkt zu vernetzen.

Weiterhin werden Qualifizierungsbausteine künftig stärker forciert. Grundlage hierfür ist die Berufsausbildungsvorbereitungsbildungsverordnung (BAVBVO). Die Entwicklung dieser Bausteine soll gemeinsam mit den Kammern erfolgen, um eine spätere Anwendung für einzelne Teilnehmende zu ermöglichen.

Die Qualifizierungsbausteine bewegen sich unterhalb von Ausbildungs- und Teilqualifizierungsabschlüssen, erhalten jedoch durch die Bescheinigung der Kammern einen offiziellen Charakter. Mit dieser Entwicklung verbindet sich das Ziel, den Übergang stärkerer Teilnehmender in den ersten Arbeitsmarkt gezielt zu unterstützen. Gleichzeitig kann bei langfristiger Beschäftigung eine spätere Validierungsanerkennung nach dem Berufsbildungsvalidierungs- und -digitalisierungsgesetz (BVA-DiG) erleichtert werden.

Zielvereinbarungen und Qualitätszirkel

Die Zielvereinbarungen zwischen BA und Leistungserbringern sollen umfassender ausgestaltet werden und konkrete Festlegungen zur Zahl der Betriebspraktika, der Absolventen eines Qualifizierungsbausteins und der durchzuführenden Mobilitätstrainings enthalten. Letzteres soll die Zahl der Umstiege von Gruppenfahrdiensten auf eigenständige Mobilität erhöhen.

Als neues Beratungsgremium wird der sogenannte Qualitätszirkel eingeführt. Es ist ähnlich zusammengesetzt wie die Fachausschüsse, die mit Einführung der Terilhabeplanverfahren in der Praxis fast gänzlich weggefallen sind, und soll sich der Beratung übergeordneter Themen und Strategien widmen. Zur Besprechung von Einzelfällen soll es ausdrücklich nicht dienen. Zu den Qualitätszirkeln will die BA noch weitere Dokumente, so etwa eine Mustergeschäftsordnung, nachliefern.

Elektronische Dokumentation

Die Nutzung der elektronischen Kommunikationsschnittstelle EM@W wird ab dem 7. Januar 2027 für alle Träger verpflichtend eingeführt. Bereits ab 2026 sollen zur Dokumentation die neuen Leistungs- und Verhaltensbeurteilungen (LUV) für die Kommunikation mit den Agenturen für Arbeit angewendet werden. Damit soll die Digitalisierung und Vereinheitlichung der Verwaltungsprozesse weiter vorangetrieben werden.

Fähigkeitsorientierte Qualifizierung

Eine weitere Neuerung betrifft die Qualifizierungsstufen. Das System der sogenannten Binnendifferenzierung wird um die Stufe der »fähigkeitsorientierten Qualifizierung« erweitert. Damit wird insbesondere auf Teilnehmende eingegangen, die eine stärker individuelle und praxisorientierte Förderung benötigen. Hier handelt es sich also um Menschen mit komplexeren Behinderungen, deren berufliche Bildung oft zu wenig Beachtung gefunden hat.

Neue Regelung zu Fahrtkosten

Schließlich sieht das neue Fachkonzept auch eine bundeseinheitliche Regelung zu Gruppenfahrtkosten vor. Die entwickelte Vereinheitlichung soll künftig für mehr Transparenz sorgen, die bisherige Praxis wurde als uneinheitlich und intransparent vom Bundesrechnungshof kritisiert.

Fazit: Psychische Beeinträchtigungen werden kaum beachtet

Mit dem neuen Fachkonzept hat die BA eine modernisierte Produktbeschreibung vorgelegt. Ob es zu Produktverbesserungen kommt, liegt bei den WfbM und aLa und wie sie ihr Angebot neu beschreiben – und vor allem mit Inhalt füllen. Das Fachkonzept ist in erster Linie ein Impuls, die eigenen Angebote der beruflichen Bildung zu prüfen, das Gute zu behalten und das Übrige zu erneuern.

Wirkliche inhaltliche Reformen beinhaltet das Fachkonzept nicht, das war aber auch nicht zu erwarten. Auch die spezifischen Anforderungen für eine Umsetzung in WfbM oder bei aLa für Menschen mit psychischer Erkrankung finden in dem Fachkonzept keinen Raum. Statt Personenzentrierung gilt weiter das Prinzip »Eine Werkstatt für alle«. Und zu guter Letzt ist das Fachkonzept ausgesprochen kompatibel mit der optionalen und oft diskutierten Herauslösung des EV/BBB aus den Werkstätten. Denn es gibt nach wie vor die Überlegung, Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich aus den Werkstätten herauszulösen und als eigenständige Einrichtungen zu organisieren. Der Gedanke dahinter: Wer nicht mehr automatisch im Anschluss an die Qualifizierungsphase in den Werkstattarbeitsbereich wechselt, könnte häufiger den Weg in den allgemeinen Arbeitsmarkt finden.

Marc Fesca ist Geschäftsführer Arbeit und Teilhabe bei den Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg.



Philipp Stang (unter Mitarbeit von Isabell Schuh)

Psychotherapie geht alle an Workbook

2026
144 Seiten, Großformat
EUR 24,80
ISBN 978-3-86333-107-8

Auch als E-Book erhältlich:
EUR 22,99
ISBN 978-3-86333-903-6 (PDF)
ISBN 978-3-86333-904-3 (EPUB)

Unsere Welt ist laut, schnell und oft überfordernd – umso wichtiger ist es, auf die eigene psychische Gesundheit und persönliches Wohlbefinden zu achten. Dieses Workbook ist ein einfühlsamer Begleiter auf dem Weg zu mehr innerer Ausgeglichenheit, Selbstreflexion und persönlichem Wachstum.

Ob zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz, als begleitendes Therapiematerial oder zur Vertiefung der Eigenwahrnehmung: Psychotherapie geht alle an liefert fundiertes psychologisches Wissen und praxisnahe Übungen zur Förderung der Selbsthilfe-Kompetenz.



mail@psychotherapie-verlag.com
www.psychotherapie-verlag.com

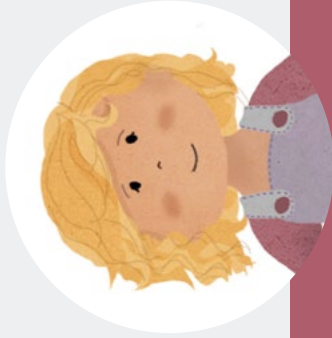
Psychotherapie-Verlag

Die vier Bindungstypen*

Der sichere Typ

„Bindung ist ein sicherer Hafen“

- erlebt(e) seine/ihre Bindungsperson als sichere Basis und Zufluchtsort
- sucht Trost und Unterstützung, Körperkontakt und emotionale Nähe bei Belastung



„Wenn es mir nicht gut geht, bist du mein sicherer Ort. Ich weiß, dass es mir bei dir gleich besser geht. Dann kann ich wieder losziehen und die Umwelt entdecken.“

Erste Schritte:

Sicherheit mit Sicherheit begegnen!

- Schutz und Trost in misslichen Lagen bieten
- Bedürfnisse/Sorgen wahrnehmen
- sicherer Hafen sein

Der vermeidende Typ

„Hilf dir selbst, sonst hilft dir keiner“

- erlebt(e) seine/ihre Bindungsperson als zurückweisend, ablehnend oder strafend
- zeigt nicht deutlich, wenn es ihm oder ihr nicht gut geht



„Ich werde von dir zu wenig beachtet. Mit dieser Enttäuschung versuche ich umzugehen, indem ich wenig Nähe suche. Wenn du für mich da bist, bin ich erleichtert, zeige es aber nicht.“

Erste Schritte:

Vermeidung nicht mit Vermeidung beantworten!

- behutsam Beziehung herstellen
- Bindungsangebote wiederholen
- Beziehung durch gemeinsames Tun
- Zurückweisung nicht persönlich nehmen

Der ambivalente Typ

„Ich weiß nicht so recht wie Bindung geht“

- erlebt(e) seine/ihre Bindungsperson als unberechenbar oder nicht ansprechbar
- reagiert auf Trost und Nähe widersprüchlich
- exploriert eingeschränkt, da innerlich mit Beziehung beschäftigt



„Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass du bei mir bleibst. Also tue ich alles, um dich bei mir zu halten. Es macht mich wütend, traurig und verzweifelt, dass ich dir nicht trauen kann.“

Der desorganisierte Typ

„Ich weiß nicht, wie mir geschieht“

- erlebt(e) seine/ihre Bindungspersonn als bedrohlich
- zeigt kein erkennbares Bindungsverhalten
- oft unerwartete, bizarre Reaktionen oder bestimmendes Verhalten
- misstrauisch
- kann zeitweise etwas Nähe zulassen



„Ich will zu dir, aber du machst mir Angst. Ich fühle mich hilflos und weiß nicht, was ich tun soll.“

Anmerkung: Es gibt eine wissenschaftliche Diskussion, ob Desorganisation als eigenständige Kategorie besteht oder nur als Zusatzqualifikation bei Vorliegen der anderen Muster. Der Diskurs darüber ist nicht abgeschlossen.

Erste Schritte:

Ambivalenz mit Verlässlichkeit begegnen

- vorhersagbare Präsenz bieten Rituale
- bindings- und trennungsrelevante Situationen (z.B. Beginn/Ende) planen
- Nähe dosieren
- negative Gefühle aushalten/ko-regulieren

Erste Schritte:

Mit wertschätzender Klarheit, Ruhe und Geduld reagieren

- aggressivem Verhalten ruhig, klar und grenzsetzend begegnen, Kind aber wertschätzen
- verlässliche Führung übernehmen
- Grenzen wahrnehmen und achten (auch eigene)
- kleine Erfolge würdigen

Thomas Köhler-Saretzki, Anika Merten
Wo ist Wilma?
Ein Bilderbuch über Bindungsmuster
© Psychiatrie Verlag, Köln 2026

* Die vier Bindungstypen gibt es als Plakat beim Psychiatrie Verlag zu erwerben: www.psychiatrie-verlag.de/product/plakat-wo-ist-wilma/



Mehr öffentliche Sicherheit durch neue Psychisch-Kranken-Gesetze?

Matthias Rosemann gibt eine Übersicht über die aktuellen Entwicklungen.

Einige Bundesländer haben damit begonnen, ihre Gesetze über die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu überarbeiten. Anlass dazu gaben verschiedene Ereignisse, bei denen Menschen im öffentlichen Raum getötet oder verletzt wurden und die Täter offenbar psychisch erkrankt waren, wobei nähere Umstände dazu öffentlich nicht bekannt sind.

Dennoch haben die Taten u. a. in Magdeburg, Aschaffenburg und Hamburg verschiedene Aktivitäten, insbesondere bei den für die Sicherheit zuständigen Behörden, ausgelöst. Beflügelt durch die mediale Berichterstattung ließen sich Politiker wie Carsten Linnemann dazu hinreißen, öffentlich wirksam Register für psychisch Kranke zu fordern. »Es reicht nicht aus, Register für Islamisten und Rechtsextremisten anzulegen, sondern das müsse in Zukunft auch für psychisch Kranke gelten. Sicherheitsbehörden könnten so zum Schutz vor Gewalttätern besser mit Psychiatrien und Psychotherapeuten zusammenarbeiten«, hieß es im Juni 2025 in einem Beschluss der CDU.

Die Innenminister werden aktiv

Da waren die Innenminister:innen schon tätig geworden. Auf einer Sondersitzung der Innenministerkonferenz am 27. Januar 2025 hatten sie die Gesundheitsministerkonferenz aufgefordert, »schnellstmöglich und im Rahmen einer ressortübergreifenden Betrachtung Optimierungsmöglichkeiten der gesamten Abläufe, der rechtlichen Rahmenbedingungen und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit jedweder Form der Unterbringung psychisch auffälliger gewalttätiger Personen zu erarbeiten und umzusetzen«.

Damit war der Weg vorgezeichnet: Die Länderinnenminister:innen forderten in ihren Bundesländern die für die PsychK(H)G zuständigen Ressortkolleg:innen auf, die Gesetzeslage in ihren Ländern diesen Erfordernissen anzupassen. Es gab deutliche Proteste der Fachöffentlichkeit gegen diesen Beschluss, bzw. seine mediale Wirkung, etwa durch eine Resolution der der Teilnehmenden einer großen Veranstaltung zu »50 Jahren Psychiatrie-Enquete« in Leipzig.

Die Gesundheitsministerkonferenz reagierte in ihrer 98. Sitzung im Juni 2025 besonnen und erkannte zwar die Problemlage an, konstatierte aber zugleich: »Die wirksamste Prävention gegen Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen mit Neigung zu fremdgefährdendem Verhalten ist eine bedarfsgerechte und verlässliche Behandlung. Dafür braucht es sowohl frühzeitige und niedrigschwellige Hilfe- und Behandlungsangebote als auch die Sicherstellung der Behandlungskontinuität. Hierzu gehören auch flexibel je nach Krankheitsphase einzusetzende aufsuchende und nachgehende Behandlungsmodelle als Alternative oder

vorgeschaltete Versorgungsangebote zur medizinischen Regelstruktur für bereits anders nicht mehr erreichbare Patientinnen und Patienten. Damit das gelingt, ist die sektorenübergreifende Vernetzung der gemeindepsychiatrischen Angebote und der medizinischen Regelstruktur wichtig«. Gleichzeitig vereinbarten sie u. a. »in den vorhandenen Gremien Fragen in Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie erforderliche Anpassungen und Verantwortlichkeiten zum Schutz der Bevölkerung, aber auch der psychisch erkrankten Menschen selbst zu klären. Dies umfasst die Prüfung des Austauschs von Gesundheitsdaten und den Erkenntnissen der Gefahrenabwehrbehörden unter datenschutzrechtlichen Vorgaben«.

Bundesländer aktualisieren ihre PsychK(H)G

Auf diesen Weg machten sich dann auch verschiedene Bundesländer: Sie begannen mit der Überarbeitung ihrer Gesetze über die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, meist PsychKG oder PsychKHG abgekürzt. Bei diesen Gesetzen ist daran zu erinnern, dass sie ihre Wurzeln in den Ordnungsgesetzen der Länder hatten und in ihren Vorformen Unterbringungsgesetze waren. Erst im Verlaufe der letzten 50 Jahre entwickelten sie sich – in länderspezifisch unterschiedlicher Ausprägung – nach und nach zu Gesetzen, die die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Vordergrund stellten und die Unterbringungsfragen nachrangig zu den Hilfen regelten. Nun hat es mit den jüngsten Novellierungen den Anschein, als wollten mehrere Bundesländer diesen Trend umkehren und die ordnungsrechtlichen Teile der Gesetze deutlich mehr gewichten, als die Hilfen. Den Startschuss gab das Land Hessen, das eine neue Formulierung im § 28 Abs. 4 aufnahm, dass die Kliniken die örtlich zuständige Ordnungsbehörde und Polizeibehörde zu informieren haben, wenn die Klinik beabsichtigt, eine Person, die zuvor wegen Fremdgefährdung untergebracht worden war, zu entlassen und dabei den Eindruck hat, dass »von der untergebrachten Person in absehbarer Zeit ohne ärztliche Weiterbehandlung eine erhebliche Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Anderer ausgehen könnte«. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst ist zu informieren. Es sollen notwendige Informationen zur Gefahreneinschätzung übermittelt werden, die auch nur zur Gefahrenabwehr verwendet werden dürfen § 28 Abs. 4 PsychKHG Hessen. Als Alternative zur Meldung soll vom Krankenhaus eine interdisziplinäre Fallkonferenz unter Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Ordnungsbehörde und der Polizei durchgeführt werden. Damit erübrigt sich die Meldung § 28 Abs. 5 PsychKHG Hessen.

Beschluss der Innenministerkonferenz am 27.1.25

www.innenministerkonferenz.de/IMK/DE/termine/to-beschluesse/2025_01_27/Beschluss.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Resolution der Veranstaltung zu »50 Jahren Psychiatrie-Enquête« in Leipzig vom 2. bis 3.6.2025

www.dgsp-ev.de/veroeffentlichungen/standpunkte-stellungnahmen/resolution-psychiatrie-enquete

Beschluss der 98. Gesundheitsministerkonferenz vom 11. bis 12.06.2025

www.gmkonline.de/beschluesse.html?id=1712&jahr=2025

Damit hatte Hessen einen Tenor gesetzt, in dem sich auch die anderen PsychK(H)-G-Änderungen bisher bewegen. Das Land Niedersachsen zog nach und brachte ebenfalls eine – ziemlich umfassende – Änderung seines PsychKG auf den Weg. Dieser Gesetzentwurf wird inzwischen im Landtag beraten und könnte bei Erscheinen dieser Ausgabe der Umschau bereits beschlossen sein. Aus Nordrhein-Westfalen liegt bisher ein Referententwurf vor. Dessen Überarbeitung soll noch in diesem Sommer in der Landesregierung beschlossen und dann zur Beratung und Beschlussfassung in den Landtag überwiesen werden.

Bundratsinitiative

Zugleich brachte das Land Niedersachsen im Dezember 2025 einen Entschließungsantrag »Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch« in den Bundesrat ein, der dann auch am 30. Januar 2026 mit Mehrheit im Bundesrat beschlossen wurde. Ziel des Antrags war, die Bundesregierung aufzufordern, »insbesondere den Austausch von Gesundheitsdaten und den Erkenntnissen der Gefahrenabwehrbehörden unter datenschutzrechtlichen Vorgaben zu prüfen und hier zügig zu Anpassungen im Sinne eines modernen Daten- und Informationsmanagements sowie einer besseren bundesweiten Vernetzung der Erkenntnisse zwischen Sicherheits-, Gesundheits-, Waffen- und gegebenenfalls anderen relevanten Behörden zu kommen, um Risikopotenziale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten möglichst frühzeitig zu erkennen« (Bundesratsdrucksache 717/25). Zugleich »fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, Maßnahmen zu ergreifen, um die medizinische und rehabilitative Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nachhaltig zu verbessern«. In der Folge dieser Entschließung fand auch eine breit besetzte nicht-öffentliche Konferenz von Vertretenden aus Bund und Ländern zu dieser Thematik statt.

Typische Veränderungen

Die veränderten Regelungen der Ländergesetze, in jedem Land etwas anders ausgearbeitet und formuliert, haben mit Blick auf die Minderung von möglichen Gefährdungen mehrere Aspekte:

- ▶ Die Anforderungen an eine Unterbringung wegen Gefährdung Dritter werden herabgesetzt. Es muss nicht mehr eine unmittelbare Gefährdung eines Dritten vorliegen, sondern eine jederzeit mögliche Gefährdungssituation soll ausreichen. Beispiel für die Formulierung des Referententwurfs in NRW: »Eine gegenwärtige Gefährdung ... liegt auch dann vor, wenn gefährdendes Verhalten unmittelbar bevorsteht

Foto: © TMSGAF/Jacob Schröter



Die Gesundheitsministerkonferenz tagte im Juni 2025 in Potsdam.

oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen der besonderen Umstände oder mangels der Einsichtsfähigkeit der betroffenen Personen in ihre psychische Erkrankung oder ihr gefährdendes Verhalten jedoch jederzeit zu erwarten ist.«

- ▶ Die schon seit vielen Jahren bestehende Möglichkeit, durch Entscheidung des Gerichts eine Unterbringung unter Auflagen auszusetzen (§ 328 FamFG), soll durch Vorgaben an die weiter Behandelnden präzisiert werden, um die Behandelnden zu verpflichten, die Behörden zu informieren, wenn die betreffende Person die Auflagen nicht einhält. In Bayern wirbt die Landesregierung dafür, von dieser gesetzlichen Möglichkeit häufiger Gebrauch zu machen.
- ▶ Kliniken sollen verpflichtet werden, Ordnungs- und/oder Polizeibehörden zu informieren, wenn der Unterbringungsgrund zwar nicht mehr besteht, sie aber trotzdem Gefährdungsaspekte bei der betreffenden zu Entlassung anstehenden Person sehen. Ungeklärt ist in allen bisherigen Entwürfen, was die Empfangenden mit diesen Informationen anfangen sollen.
- ▶ Die Durchführung von personenbezogenen Konferenzen wird vorgesehen, allerdings ohne konkrete Ziele der Konferenzen im Sinne der Gestaltung von passenden Hilfeangeboten zu benennen.

Diese Aspekte sind keineswegs vollständig. Die konkrete Ausgestaltung fällt sehr unterschiedlich aus. Außerdem ist bemerkenswert, dass die Länder sich sehr stark darin unterscheiden, wie sie die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgestalten und gewichten. In allen bisherigen Novellierungen sind dafür Ansätze erkennbar. In Niedersachsen sollen die Sozialpsychiatrischen Dienste rund um die Uhr den Unterbringungsbehörden zur Unterstützung bei akuten Unterbringungssituationen zur Verfügung stehen. NRW zielt dagegen deutlich mehr auf die Implementierung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden ab. Und so wird eine Tendenz deutlich: Die Möglichkeiten einer Unterbringung sollen erleichtert werden, Informationspflichten bei Entlassungen von Menschen, die unbestimmt möglicherweise noch gefährdend sein könnten, werden in die Richtung der Sicherheitsbehörden erweitert, aber zugleich offen gelassen, wie diese dann zu handeln haben. Und eher abstrakt benannte Konferenzstrukturen sollen geschaffen werden, um die Gefährdungen zu mindern. Einige Länder, wie etwa Hamburg, setzen mehr auf die Ausgestaltung von Präventionsambulanzen, die im Landespsychiatrieplan verankert werden. Was bisher überall fehlt, ist der Ausbau von niedrigschwelligen Krisendiensten, wie sie etwa in Bayern oder Berlin schon landesweit existieren.

Matthias Rosemann, M. A., ist Psychologe und Soziologe. Er ist einer der stellvertretenden Vorsitzenden der Aktion Psychisch Kranke e. V.

Weiterentwicklung der Hilfen zur Teilhabe im Fokus

Mit dem Teilhabeforum will die Aktion Psychisch Kranke die Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen qualitativ fortschreiben.

Von Susanne Haucke und Jörg Holke

Die Zahl der Menschen, die Leistungen zur Teilhabe benötigen und in Anspruch nehmen, steigt kontinuierlich. Insbesondere der Anteil der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unter den Leistungsempfängenden wächst seit Jahren. Die episodischen Verläufe psychischer Erkrankungen bedingen, dass der Bedarf an Unterstützung im Zeitverlauf teils stark variiert, sei es im sozialen, medizinischen oder beruflichen Bereich. Dies setzt eine Flexibilität der Leistungen zur Teilhabe voraus, die in der Realität oft nur bedingt gegeben ist. Erschwerend kommen Schnittstellenprobleme und bürokratische Hürden hinzu. Zudem sind Angebote wie ambulante oder mobile Rehabilitation nicht flächendeckend verfügbar – obwohl sie für einen niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugang zur Teilhabe dringend gebraucht werden.

Auf individueller Ebene passen die Hilfen häufig nicht genau genug. Vereinbarte Ziele verlieren im Laufe der Zeit an Bedeutung, und die Kontinuität in den Leistungen ist gefährdet. Gerade bei komplexen Hilfebedarfen braucht es deshalb eine stärkere Ausrichtung auf die jeweilige Person mit besser koordinierten und aufeinander abgestimmten Angeboten in Rehabilitation und Teilhabe. Dies hat auch die aktuelle Bundesregierung anerkannt, die in ihrem Koalitionsvertrag die Fortschreibung des »System[s] der Rehabilitation und Teilhabe [...] im Sinne des Prinzips »Leistungen [wie] aus einer Hand« ankündigte.

Konkrete Handlungsempfehlungen erarbeiten

Vor diesem Hintergrund führt die Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, zwischen 2026 und 2028 das Teilhabeforum mit dem zentralen Fokus auf die Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch. Das Ziel ist es dabei, Handlungsbedarfe auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zu identifizieren und diese in einem beteiligungsorientierten Prozess in konkrete, praxisnahe und realisierbare Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu übersetzen. Konkret werden sowohl Empfehlungen zur fachlichen und konzeptionellen Weiterentwicklung von Angeboten als auch gesetzliche und untergesetzliche (d.h. in Verwaltungsvorschriften, Richtlinien oder Rahmenvereinbarungen gefasste) Änderungsbedarfe formuliert.

Einbezug der verschiedenen Perspektiven und weiteres Vorgehen

Insbesondere vor dem Hintergrund vielfältiger Barrieren in Zugang und Vernetzung, vorhandener Versorgungslücken und bekannter Schnittstellenprobleme ist die Integration der verschiedenen Perspektiven aller Beteiligten und Betroffenen von zentraler Bedeutung für die Identifizierung und Priorisierung der Handlungsbedarfe. Daher wird für das Teilhabeforum ein festes Expertenpanel (Forengruppe) zusammengestellt, das sich aus Vertreter:innen der verschiedenen Leistungsträger der Rehabilitation und Teilhabe, der Leistungserbringer, Fachverbände und Selbstvertretungen zusammensetzt. Über den Prozess des Teilhabeforums hinweg kommen die Mitglieder dieser Forengruppe in fünf Veranstaltungen zusammen, um gemeinsam in den identifizierten Schwerpunkten unter Einbringung ihrer jeweiligen Fachexpertise und der eigenen Erfahrungen leistungsbereichs- und trägerübergreifend Handlungsempfehlungen zu erarbeiten.

Im Vorfeld werden die relevanten Verbände und Institutionen per Stellungnahmeverfahren am Prozess beteiligt.

Als inhaltliche Schwerpunkte zeichnen sich folgende Themenfelder ab:

- ▶ Psychische Beeinträchtigung und niedrigschwellige Tätigkeit (< 3 h) – Beschäftigung nachhaltig ermöglichen
- ▶ Soziale Teilhabe – Teilhabeleistungen personenzentriert weiterentwickeln
- ▶ Psychische Beeinträchtigung und individuelle Wege in Arbeit – personenzentrierte Hilfen zur Erlangung und Erhalt des Arbeitsplatzes
- ▶ Teilhabe-Strukturen und regionale/trägerübergreifende Steuerung weiterentwickeln
- ▶ Teilhabe an Bildung, berufliche und soziale Teilhabe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit psychischen Beeinträchtigungen sicherstellen

Die von der Forengruppe erarbeiteten Empfehlungen werden anschließend von der APK redaktionell finalisiert. In einer Abschlussveranstaltung im ersten Quartal 2028 werden die Empfehlungen vorgestellt und an die relevanten ministeriellen und politischen Ebenen adressiert.

Susanne Haucke ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Aktion Psychisch Kranke e.V. Kontakt: haucke@apk-ev.de

Jörg Holke ist Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Scharnier im Hilfesystem

Das Projekt »Kompass« soll in Bremen die psychosoziale Versorgung wohnungsloser Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern. **Von Volker Althoff**

»Das Projekt ist eine Art Scharnier zwischen den verschiedenen Akteuren«, beschreibt Christina Nerlich-Bronowicki die Funktion des Modellprojektes Kompass, welches der Verein für Innere Mission in Bremen seit dem 1. Januar 2026 betreibt. Christina Nerlich-Bronowicki ist die Projektleitung. Bei Kompass kooperieren zwei große und seit Jahrzehnten fest etablierte Bereiche des Vereins für Innere Mission miteinander: der Bereich Teilhabe Aktiv mit Assistenzangeboten für Menschen mit psychischen und weiteren Beeinträchtigungen und der Bereich der Wohnungslosenhilfe.

Langfristige Unterstützung

Dass diese beiden Bereiche bei Kompass zusammenarbeiten, hat seinen Grund. Bei der Zielgruppe handelt es sich unter anderem um Personen mit schweren und/oder psychischen Erkrankungen beziehungsweise Beeinträchtigungen (beispielsweise Psychosen, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen, ausgeprägte Angststörungen, schwere Depressivität) oder mit deutlichen Symptomen, die auf eine solche Erkrankung hinweisen. »Die Personen finden keinen oder nur sehr begrenzten Zugang zum bestehenden Behandlungs- und Hilfesystem oder lehnen Behandlungs- und Unterstützungsangebote (wiederholt) ab«, berichtet Nerlich-Bronowicki. In vielen Fällen bestehen wiederholte Klinikaufenthalte, häufige Beziehungsabbrüche und Abbrüche von Hilfesystemen.

Das Projekt hat zum Ziel, verlässliche Begleitung durch personale Kontinuität – insbesondere in fragilen Lebenssituationen und Krisen – zu ermöglichen sowie Übergänge in eine langfristige Unterstützung zu begleiten. Die unabhängige, ergebnisoffene und neutrale Begleitung ist es, was das Angebot besonders macht.

Begleitung durch vielseitige Teams

Zu den Angeboten des Projekts gehören niedrigschwellige Gesprächs- und Kontaktangebote, Beratung, Orientierung und Begleitung im psychiatrischen System sowie die Vermittlung und Vernetzung von Hilfs- und Behandlungsangeboten. »Wir bieten auch Fallberatung an und tauschen uns mit den Versorgungsbereichen aus«, erzählt die Projektleiterin. Dazu gehören auch die Beamt:innen der Kontaktpolizei oder des Ordnungsamtes. Hinter dem Projekt steckt ein Kompetenzteam für Psychische Gesundheit und Soziale Stabilisierung. »Kompass« soll die psychosoziale Versorgung wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bremen verbessern. Hintergrund ist, dass Wohnungslosigkeit und schwere psychische Erkrankungen in einem engen wechselseitigen Zusammenhang stehen. Zu dieser Erkenntnis kommt unter anderem der Wohnungslosenbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2024, den das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) erstellt hat.



Foto: Anke Mirsch, Verein für Innere Mission in Bremen

Das Kompass-Team hat Anfang des Jahres seine Arbeit aufgenommen (v.l.): Melina Reinwaldt, Francis-Tobias Luce, Sandra Groß, Christina Nerlich-Bronowicki, Olaf Dietze.

Im Team beschäftigt sind fünf Mitarbeitende aus den Bereichen Teilhabe Aktiv und Wohnungslosenhilfe – drei im Kernteam und zusätzlich jeweils eine Projekt- und Teamleitung. Die Kolleg:innen verfügen über eine breite und langjährige Berufserfahrung in den jeweiligen Arbeitsfeldern. Francis-Tobias Luce ist Genesungsbegleiter:in im Team. Er verfügt über eigene Erfahrung mit psychischer Erkrankung und über Praxiserfahrung im Kontext sozialer Problemlagen. Er sieht seine Aufgabe darin, mit den Betroffenen auf Augenhöhe in Kontakt zu treten. »Ich versuche, mein Erfahrungswissen mit ihnen zu teilen. Ich war selbst wohnungslos, habe Klinikaufenthalte hinter mir und weiß, wie schwierig der Weg sein kann, wenn jemand wirklich ganz unten angekommen ist«, erzählt Luce. Bei der Unterstützung legt er das Augenmerk nicht auf die negativen Erfahrungen, sondern auf die positiven. »Denn die haben mir ja geholfen, aus der Krise herauszukommen«, berichtet er. Luce schätzt die Perspektive der Genesungsbegleitung bei dieser Arbeit als sehr wichtig ein. »Jemanden zu kennen, zu dem man Vertrauen hat, ist sehr wertvoll. Und ich bringe Erfahrungen mit, die ähnlich sind wie die der Betroffenen. Deshalb ist meine Sichtweise sehr bedeutend.«

Hoffnung auf Nachhaltigkeit

Das Team trifft sich wöchentlich zu festen Teambesprechungen, in denen Fälle, Netzwerkanliegen, organisatorische Themen oder Qualitätsfragen thematisiert werden. Darüber hinaus hält sich das Team an frequentierten Orten im Stadtteil auf, etwa im Bremer Treff, in Kirchengemeinden oder der Bahnhofsmission, um nahe an den relevanten Zielgruppen zu sein.

»Kompass« wird durch Projektmittel zur Psychiatriereform finanziert und läuft Ende 2027 aus. Christina Nerlich-Bronowicki wünscht sich, dass die Erfahrungen des Projekts für eine Weiterentwicklung der Situation der Zielgruppe genutzt werden. »Ich hoffe, dass sich daraus etwas Langfristiges entwickelt.«

Volker Althoff ist freier Journalist aus Bremen.

Bindungsstörungen

Das unterschätzte Thema in der Sozialpsychiatrie

Das Bewusstsein über eigene Bindungsstile ist für Fachpersonen bei der Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie essenziell.

Von **Andreas Knuf** und **Larissa Henschel**

Während in der Kinder- und Jugendhilfe das Wissen über Bindungsprobleme selbstverständlich ist, taucht es in der Erwachsenenpsychiatrie kaum auf. Wenn, dann meist im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen, etwa als Mitursache von Borderline-Erkrankungen. Dabei wissen wir längst, dass auch andere Klient:innen problematische Bindungserfahrungen gemacht haben, Menschen mit psychotischen Erkrankungen und langwierigen Depressionen beispielsweise. Um dies zu verstehen, hilft es, die viel zitierte »Beziehungsarbeit« genauer zu reflektieren. Bindungsforschung gibt es bereits länger als ein halbes Jahrhundert. Ihr verdanken wir unser Wissen darüber, wie wichtig Bindung für Menschen ist. Eine sichere Bindung ist zentral für den Erwerb von Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Regulation von Gefühlen, Fähigkeiten, mit denen Fachpersonen in der Sozialpsychiatrie täglich konfrontiert sind. Sie entscheidet darüber, ob wir anderen Menschen vertrauen oder misstrauisch sind. Auch unser Stresspegel hängt wesentlich von unseren Bindungserfahrungen ab. Traumatisierte Menschen etwa haben oft schwere Bindungsstörungen und in der Folge eine dauerhafte Aktivierung des Stresssystems. Vor allem hat uns die Bindungsforschung gelehrt, dass es verschiedene Bindungstypen gibt. Wir unterscheiden heute meistens vier davon.

Die vier Muster und was sie im Alltag bedeuten

Sicher gebunden gelten Menschen, die früh erfahren haben, dass Bezugspersonen verlässlich da sind und angemessen auf ihre Bedürfnisse reagieren. Als Erwachsene können sie Beziehungen eingehen, ohne sich darin zu verlieren. Sie holen sich Hilfe, wenn sie nötig ist, und lassen sie wieder los, wenn es besser geht. In der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil bei rund der Hälfte. Unter Klient:innen ist er deutlich kleiner.

Ängstlich-ambivalent gebunden sind Menschen, deren frühe Bezugspersonen unberechenbar waren. Mal verfügbar, mal abwesend, oft mit sich selbst beschäftigt oder vereinnahmend. Als Erwachsene sind sie dauerhaft damit beschäftigt, zu prüfen, ob die Beziehung noch trägt. Wir erkennen sie an vielen kurzen Anrufen, an Nachfragen, ob der nächste Termin wirklich stattfindet, an der Eifersucht zwischen Bewohner:innen um Bezugsbetreuende. *Vermeidend gebundene* Menschen haben gelernt, dass Nähe eher enttäuscht als hilft. Sie sind innerlich früh ausgezogen. Als Erwachsene wirken sie selbstgenügsam, einsilbig, manchmal schroff. Sie geben wenig preis, sagen Termine kurzfristig ab, gehen nicht ans Telefon. Auf die Frage, wie es ihnen gehe, antworten sie meist »gut«, auch wenn es gerade gar nicht gut geht. Der Beziehungsaufbau dauert oft Jahre und bedarf geduldiger Annäherung. *Desorganisiert gebundene* Menschen haben die schwierigste Vorgeschichte. Ihre Bezugspersonen waren gleichzeitig Quelle von Sicherheit und Quelle von Angst, sei es durch Gewalt, Vernachlässigung, schwere eigene Erkrankung oder Sucht. Innerlich entsteht ein »Ich brauche dich, aber du bist gefährlich für mich« – eine Logik, die sich später nicht abstreifen lässt. Heute schwanken diese Menschen abrupt zwischen Nähe und Distanz, zwischen Idealisierung und Entwertung. Hinzu kommen oft intensive Gefühle wie Panik, Hass oder Verzweiflung und äußern sich manchmal in Erstarren, Dissoziationen oder Grenzverletzungen. Desorganisiert gebundene Menschen sind unter unseren [LC.1] Klient:innen deutlich überrepräsentiert. Während in der Allgemeinbevölkerung etwa 5–15% desorganisiert gebunden sind, sind es bei Menschen mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen bis zu 80%.

Bindung trifft Bindung

Soweit zu den Mustern bei Menschen mit psychischen Belastungen. Doch auch Fachpersonen bringen ihren eigenen

Kostenloses Webinar »Bindungsstörungen – Das unterschätzte Thema in der Sozialpsychiatrie« mit Andreas Knuf am 15. September, 15.30–17 Uhr. Zur Vertiefung gibt es auf MINDEMY auch den Onlinekurs »Bindungsstile verstehen und hilfreich mit ihnen umgehen«. Anmeldung und Infos unter www.mindemy.de.

Newsletter: Von Andreas Knuf gibt es ab sofort den kostenlosen Newsletter »Forschung für die Praxis«. Dort werden aktuelle Forschungsbefunde aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie vorgestellt und Anregungen für die Alltagsarbeit gegeben. Anmelden für den Newsletter können Sie sich unter dem QR-Code.



Bindungsstil in die Arbeit mit, meist ohne ihn wirklich reflektiert zu haben. Wer hat sich in seiner Ausbildung mit dem eigenen Bindungsstil beschäftigt? Nach unserer Erfahrung kaum jemand. Was passiert, wenn Bezugsbetreuer:innen und Klient:innen mit jeweils unterschiedlichen Bindungsstilen aufeinandertreffen? Eine viel zitierte Studienreihe von Mary Dozier und Kolleg:innen liefert die vielleicht wichtigste Antwort. Sicher gebundene Mitarbeitende ließen sich nicht in das Muster ihrer Klient:innen ziehen: Wenn diese auf Distanz gingen, blieben sie warm und ansprechbar. Wenn sie sich anklammerten, blieben sie freundlich, aber klar. Unsicher gebundene Mitarbeitende dagegen verdoppelten unbewusst das Muster der Klient:innen: Sie zogen sich von Vermeidenden zurück und ließen sich von Ängstlichen vereinnahmen. Die Botschaft ist nicht, dass nur sicher gebundene Mitarbeitende gute Arbeit leisten könnten. Aber wer dem eigenen Bindungsstil naiv folgt, riskiert sogar, zu schaden.

Wie Bindung in den Genesungsweg hineinwirkt

Bindung prägt die Beziehung zum sozialen Umfeld. Soziale Integration ist einer der zentralen Recovery-Faktoren, doch Bindungsstörungen machen sie manchmal fast unmöglich. Etwa neun von zehn Borderline-Betroffenen zeigen unsichere, meist desorganisierte Bindungsmuster. Dies wirkt sich auf die Fähigkeit zum Aufbau und Erhalt einer Partnerschaft aus und oft auch auf die Beziehung zu den eigenen Kindern. Auch bei chronischen Depressionen ist weniger als ein Fünftel der schwer Betroffenen sicher gebunden. Endloses Grübeln und harte Selbstkritik hängen eng damit zusammen, dass jemand früh gelernt hat, sich selbst nicht mit freundlichen Augen anzusehen. Bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen zeigt eine Metaanalyse aus 25 Studien, dass rund drei Viertel unsicher gebunden sind – mehr als doppelt so viele wie in der Allgemeinbevölkerung. Etwa ein Drittel weist desorganisierte Bindungsmuster auf.

Bindungssensibel arbeiten

Ähnlich wie wir heute vermehrt traumasensibel zu arbeiten versuchen, sollten wir deshalb auch bindungssensibel arbeiten. Zuerst bedeutet das, zu wissen, wie sich Bindungsstörungen auswirken. Die Klientin, die zum vierten Mal kurzfristig absagt, ist nicht einfach »unzuverlässig« – womöglich prüft sie, was die Beziehung aushält. Der Klient, der nie um Hilfe fragt und dann in eine Krise gerät, ist nicht einfach dickköpfig, sondern hat früh gelernt, dass Hilfesuche enttäuscht. Wenn wir diese Dynamiken besser verstehen, wird im Alltag manches tragbarer, weil wir weniger persönlich nehmen, was nicht persönlich gemeint ist. Wir sollten genauer reflektieren, wodurch eine Bindung heilsam wird. Was in der Bindungsforschung als Feinfühligkeit bezeichnet wird, meint die Fähigkeit, die Bedürfnisse und Zustände eines Menschen wahrzunehmen, sie richtig einzuordnen und prompt und angemessen darauf zu reagieren. Überzogene professionelle Distanz verunmöglicht dies, denn wir müssen für unser Gegenüber spürbar sein, bereit zur emotionalen Resonanz und zur Co-Regulation.

Besonders wichtig ist zu verstehen, dass wir unser Verhalten auf den Bindungsstil unseres Gegenübers abstimmen müssen. Vermeidend gebundene Menschen brauchen Geduld, niedrigschwellige Angebote, kein Drängen auf Nähe.



Foto: MINDEMY GbR

Andreas Knuf und Larissa Henschel von der Mindemy.

Ängstlich-ambivalent gebundene Menschen brauchen Vorhersehbarkeit, klare Zeiten, ehrliche Rückversicherung. Bei desorganisiert gebundenen Menschen braucht es ein Gegenüber, das gerade dann ruhig und verlässlich bleibt, wenn sie selbst ins Chaos kippen. Hilfreich ist "Liebevoller Klarheit", eine Haltung, die Wärme und Struktur nicht als Gegensätze behandelt, sondern um beides ringt: Grenzen werden freundlich, aber unmissverständlich benannt. Grenzverletzungen werden angesprochen, ohne Bestrafungsimpuls. Die Beziehung wird nicht aufgekündigt, die Grenzen aber auch nicht endlos ausgedehnt.

Wir sollten auch um unseren eigenen Bindungsstil wissen, am besten auch im Team. Bei eigenem desorganisierten Bindungsstil ist Psychotherapie fast unumgänglich, damit sich keine destruktiven Muster in den Betreuungskontext einschleichen. Bei den anderen Bindungsstilen geht es darum, die eigenen Handlungsimpulse zu reflektieren, sie bei der Bezugspersonenauswahl zu berücksichtigen und als Ressource zu verstehen: Was der einen Bezugsbetreuerin schwerfällt, fällt einem Kollegen womöglich leichter.

Die Versorgungslandschaft braucht Bindungssicherheit

Gute Bindungserfahrungen leben von Verlässlichkeit über die Zeit, und jeder Personalwechsel ist für bindungsunsichere Menschen ein kleines Wiederholen früherer Erfahrungen. Vielleicht ist es kein Zufall, dass Bindung gerade jetzt stärker in den Blick rückt: In unseren Einrichtungen haben wir mit Personalmangel und Fluktuation zu tun, und auch in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft werden Bindungen instabiler. Was Fachpersonen ihren Klient:innen anbieten sollten, lässt sich nicht immer einlösen. Trotzdem oder gerade deshalb lohnt der Blick auf das, was möglich bleibt. Die Bindungsforschung kennt den Begriff der erarbeiteten Bindungssicherheit: Menschen können ihre unsicheren Muster verändern, wenn sie über längere Zeit neue, verlässliche Beziehungserfahrungen machen. In der Sozialpsychiatrie und Eingliederungshilfe sind Fachpersonen für viele Klient:innen häufig die einzige kontinuierliche Beziehung. Was wie eine Last wirken kann, ist eine große Chance, denn gerade sie zählt besonders.

Larissa Henschel ist Psychologin und leitet die Online-Akademie MINDEMY.

Andreas Knuf ist Psychologischer Psychotherapeut, niedergelassen in Konstanz und Mitbegründer der Online-Akademie MINDEMY. Die verwendete Literatur kann beim Psychiatrie Verlag / den Autor:innen angefragt werden.

Überlegungen und Intuition

Von der Rolle der Intuition in der psychiatrischen Versorgung.

Von Josef Sachs und Christoph Müller



Christoph Müller



Josef Sachs

Fotos: Jürgen Georg, Fotostudio Felix Wey

Plötzlich wird es laut auf der Station. Thomas, ein langjährig erfahrener Pfleger, eilt zum Ort des Geschehens. Als den Kontrahenten klar wird, dass das psychiatrische Personal zum Ort der Auseinandersetzung kommt, beruhigen sie sich schnell. Sie ahnen, dass die Auseinandersetzung Konsequenzen haben wird. Thomas hat ein Gespür dafür, was geschehen ist. Aus der Menge der Untergebrachten auf dem Stationsflur ruft er zwei Patient:innen zu sich, und verschwindet mit ihnen im Gesprächsraum.

Leibliches Erspüren

Was Thomas in dieser Situation half, war seine Intuition. Die Intuition ist in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis ein Phänomen, das Wunder zu wirken scheint. Es gibt Menschen, die verbinden sie mit dem schwer begreifbaren Bauchgefühl. Wieder andere schreiben handelnden Menschen ein Erfahrungswissen zu, das in konkreten, manchmal gefährlichen Situationen ein Schlüssel zum Gelingen ist.

Blickt man nüchtern auf die angedeutete Krisensituation auf einer psychiatrischen Station und den zur Hilfe eilenden Thomas, so wird es der erfahrene Pflegefachmann erspürt haben, was sich unter den untergebrachten Menschen zugetragen hatte. Ihm sind nicht nur viele Krisensituationen und deren Bewältigung geläufig. Er kennt unglaublich viele seelisch erkrankte Menschen, die er begleiten muss. Viele seit Jahrzehnten, viele immer wieder. So sind ihm auch die Dynamiken, die zwischen Menschen herrschen, die auf engem Raum aufeinander angewiesen sind, vertraut.

Die Intuition der Angehörigen

Angehörige psychisch erkrankter Menschen kennen sich oft auch mit Intuition aus. Intuition hilft ihnen bei der Begleitung ihnen

lieber Menschen. Sie haben das Gefühl dafür, wenn beim Lebenspartner oder der Tochter wieder eine manische Episode droht. An- und Zugehörige haben keine medizinischen Klassifikationssysteme gelernt. Sie können die psychopathologischen Vokabeln, die psychiatrisch Tätige kennen, nicht aufsagen. Aber sie beobachten den geliebten Menschen immer wieder und können sehr konkret den Moment beschreiben, in dem der Sohn oder die Lebenspartnerin in die psychotische Parallelwelt abgeglitten ist. Auf die Beobachtungen und die Beschreibungen können beispielsweise die psychiatrisch Tätigen nicht verzichten. Sie sind eine gute Unterstützung, um vielleicht im Gespräch mit einer oder einem Betroffenen abzugleichen, wie die Fremd- und die Eigenwahrnehmung zum Erleben der eigenen Symptome war.

Gelassenheit und Zielgerichtetheit

Intuition gibt nicht nur in schwierigen Situationen die Gelassenheit und Zielgerichtetheit, das wahrscheinlich Richtige zu tun. Sie hilft nicht nur, die Situation zu beherrschen – anstatt die Menschen in existentiellen Krisen. Intuition zeigt den helfenden Personen auch, welche Worte in bestimmten Situationen zu finden sind. Intuition veranlasst Praktiker:innen dazu, auf therapeutisches Vokabular im Umgang mit dem Gegenüber zu verzichten. Intuition gibt die Einsicht, dass in dem einen Moment ein strengeres Wort genutzt werden kann oder auch die Unterhaltung in einem Dialekt unverzichtbar ist, um das Gegenüber in der eigenen Lebenswelt abzuholen.

Dieser Zugang zu den Betroffenen kontrastiert mit der aktuell herrschenden Tendenz, ärztliches und pflegerisches Handeln in empirisch begründbare, kleine Teilschritte zu zerlegen. Dies zeigt sich zunächst in der Art und Weise, wie eine Diagnose gestellt wird.

Wir verwenden heute eine operationale Diagnostik, mit eindeutigen Ein- und Ausschlusskriterien. Zudem gibt es Skalen und numerische Cut-off-Werte für Depressionen, Psychosen, Borderlinestörungen oder ADHS. Eine Diagnose wird dann und nur dann vergeben, wenn in den »Rating Scales« eine bestimmte Punktzahl erreicht ist.

Die Behandlung der Betroffenen orientiert sich an therapeutischen Standards und »Best Practices«-Richtlinien. Viele psychotherapeutische Verfahren werden als kognitiv-behaviorale »Programme« abgewickelt, in denen die zu bearbeitenden Themen in einem Manual vorgegeben sind. Intuition ist in solchen Konzepten nicht vorgesehen. Wenn ein forensisch-psychiatrischer Gutachter die Rückfallgefahr eines psychisch kranken Gewaltstraftäters beurteilen muss, stehen prognostische Instrumente zur Verfügung, mit denen sich das Rückfallrisiko in Prozenten berechnen lässt, indem die straffälligen, psychisch erkrankten Rechtsbrecher:innen bestimmten Risikogruppen zugeordnet werden. Implizites Erfahrungswissen ist nicht gefragt und kann nur indirekt in die Beurteilung einfließen.

Der Fokus der Medizin verschiebt sich somit immer mehr vom Qualitativen zum Quantitativen, vom Erlebten zum Zählbaren. Was nicht zählbar ist, wird zählbar gemacht.

Der französische Mathematiker und Philosoph Blaise Pascal (1623–1662) ging davon aus, dass die Erkenntnis aus zwei Quellen bezogen wird: dem »esprit géométrique« (dem logischen Denken, das Schritt für Schritt vorgeht) und der »raison de cœur« (der Logik des Herzens, der Intuition, der unmittelbaren Einsicht). Die Logik des Herzens aber sei dem Verstand nicht zugänglich (»Le cœur a ses raisons, que la raison ne connaît point«). Nur die Synthese dieser beiden Quellen der Erkenntnis könne die Wirklichkeit ergründen. Blaise Pascal erkannte also schon vor fast 400 Jahren, dass logisches, analytisches Denken für den Erkenntnisgewinn zwar notwendig, aber nicht hinreichend ist. Viele Entdeckungen und Erfindungen sind nicht die Frucht eines logisch-analytischen Prozesses, sondern entspringen einer Intuition.

Heilkunst im besten Sinne

Im medizinischen Alltag ist intuitives Denken und Handeln immer, ganz besonders aber bei komplexen Krankheitsbildern und in Notfällen, unerlässlich. In solchen Situationen sind klare und schnelle Entscheide erforderlich, selbst wenn nur wenig Informationen verfügbar sind und die Diagnose ungewiss ist. Das »Bauchgefühl«, auf das sich dann Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende verlassen, ist kein übernatürliches Orakel, sondern eine unbewusste Erfahrungsbasis, auf die zurückgegriffen werden kann. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Erfahrung und Intuition. Wer über mehr Erfahrung und mehr Routine verfügt, kann auf eine zuverlässigere Intuition zurückgreifen.

Wenn wir trotz Unsicherheit beherrscht entscheiden und handeln, verlassen wir die medizinische Wissenschaft und betreiben Heilkunst im besten Sinne des Wortes. Wir überschreiten dabei situativ unpassende Regeln und erschließen auf eine kreative Weise neue Zugänge zu einem Problem. Das kann zu echten Innovationen und Entdeckungen führen. Zugleich kann dieses Vorgehen aber auch irritieren und kognitive Dissonanzen erzeugen, weil dumpfe Gewohnheiten in Frage gestellt werden. Insofern beinhaltet Intuition sowohl Risiken als auch Chancen, denn wer sich immer peinlich genau an tradierte Muster hält, wird nie etwas Neues entdecken. Der Pariser Arzt Philippe Pinel wusste zwar im

ausgehenden 18. Jahrhundert noch wenig über psychische Krankheiten und deren Zusammenhang mit Verwahrlosung oder sozial unverträglichem Verhalten. Er war aber ein guter Beobachter und spürte intuitiv, dass in den Gefängnissen viele schwer kranke Menschen in Ketten lagen. Indem er sich ab 1793 über die gängigen Vorstellungen der Ursachen des Verbrechens hinwegsetzte und die geisteskranken Menschen in den Pariser Spitälern Bicêtre und Salpêtrière von ihren Ketten befreite, wurde er zu einem Pionier der psychiatrischen Wissenschaften.

In Notfällen hat man oft nur eine Chance. Die nachträgliche Korrektur eines »falschen« intuitiven Entscheides ist nicht mehr möglich; die kognitive »Korrektur« der Intuition kommt meist zu spät. Bei anderen klinischen Fällen ist die Komplexität der Problemfelder so groß, dass ein ausschließlich rationales, analytisches Vorgehen von vornherein nicht zielführend sein kann. Außerdem beinhalten Therapie und Pflege nicht nur eine medizinisch-technische Behandlung, sondern auch ein intuitiv-empathisches Einfühlen in die innere Realität der psychisch erkrankten Menschen. Ärztliches und pflegerisches Handeln sollte in einem steten Wechselspiel von rationalen Überlegungen und Intuition gründen.

Intuition vs. Impulsivität vs. emotionale Intelligenz

Intuition muss von Impulsivität unterschieden werden, obwohl beide Funktionen schnelles Entscheiden und Handeln unter weitgehender Ausschaltung von geordneten, kognitiven Prozessen ermöglichen. Impulsives Reagieren entsteht aus einer Angst und Unsicherheit heraus. Es wirkt hektisch, überstürzt und inkohärent. Demgegenüber zeichnet sich eine intuitive Reaktion auf eine Herausforderung durch innere Gewissheit, Ruhe und Souveränität aus. Intuitives Handeln wirkt sich auch beruhigend auf das Umfeld aus. Es weckt Vertrauen und Zuversicht.

Abgegrenzt werden muss die Intuition auch von der emotionalen Intelligenz. Unter emotionaler Intelligenz verstehen wir die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen, mit diesen umzugehen und sie – zum Beispiel bei der Gestaltung von Beziehungen – zu nutzen. Dem gegenüber steht der Begriff der Intuition für die Fähigkeit, eine Situation blitzschnell, ohne bewusstes Nachdenken, richtig einzuschätzen und entsprechend zu handeln. Beide, Intuition und emotionale Intelligenz, sind Voraussetzungen für den Umgang mit seelisch erkrankten Menschen.

Thomas kennt vor allem die Menschen, die immer mal wieder bei Krisen auf die psychiatrische Station kommen, auf der er arbeitet. Schon früh kann er ansprechen, was ihm auffällt, was möglicherweise auch bei ihm emotionale Reaktionen hervorruft. Die Fähigkeit, auf die er dabei zurückgreifen kann, nennen wir Intuition.

Josef Sachs ist forensischer Psychiater und Autor mehrerer Fachpublikationen. Er arbeitet in der Schweiz als Gutachter und Therapeut.

Christoph Müller ist psychiatrisch Pflegender und Fachautor. Er arbeitet derzeit in einer forensischen Ambulanz in der Deutschschweiz und als Fachautor in Wesseling am Rhein (D).

Vor mehr als 15 Jahren haben Sachs und Müller beim Aufbau einer stationären forensischen Versorgung im Schweizerischen Kanton Aargau zusammengearbeitet.

Das Ego loslassen

Wie die Buddhistische Psychotherapie die Lehre Buddhas mit westlicher Psychotherapie verbindet.

Von Matthias Ennenbach

Die buddhistische Literatur füllt mittlerweile ganze Bibliotheken. Neben den ursprünglichen Lehrreden des Buddha finden wir zahllose Interpretationen und Auslegungen sowie eine fast unüberschaubare Anzahl populärer Lebenshilfebücher mit buddhistischer Einfärbung. Dennoch lässt sich die gesamte Lehre auf nur einen einzigen Begriff zentrieren: Befreiung. Da dieser Begriff so einfach scheint, zugleich aber so viel Interpretationsspielraum bietet, will ich ihn gerne in Bezug auf Buddhismus und Psychotherapie beleuchten.

Der junge Siddhartha Gautama, der die buddhistische Lehre vor etwa 2.600 Jahren entwickelte, suchte keinen Zugang zu den Göttern seiner Religion – er suchte einen Weg, die Menschen vom Leiden zu befreien. Ein Motiv, das wohl allen Menschen in sozialen Berufen vertraut ist, ja das uns alle verbindet: Kein Mensch möchte leiden.

Der Buddhismus und westliche Therapieformen

Um den Hintergrund der Buddhistischen Psychotherapie (BPT) verstehen zu können, hilft zunächst ein Blick auf die sog. »Vier Edlen Wahrheiten« – eine der grundlegenden Lehren des Buddhismus aus seiner Entstehungsphase. Sie zeigen uns: erstens, dass Leid zum menschlichen Leben gehört – nicht nur in Form von Schmerz oder Krankheit, sondern auch als das unterschwellige Gefühl von Unvollständigkeit, Unzufriedenheit und Vergänglichkeit, das viele Menschen kennen. Zweitens, dass dieses Leid eine Ursache hat: unsere Ego-Dynamik – die Neigung, an angenehmen Erfahrungen festzuhalten, unangenehme abzuwehren und dabei unbewusst und automatisch zu reagieren statt bewusst zu handeln. Drittens, dass dieses Leiden grundsätzlich überwunden werden kann. Und viertens, dass es dafür einen konkreten Übungsweg gibt, der unter anderem ethisches Handeln, bewusstes Wahrnehmen und Meditationspraxis einschließt.

Im Laufe der Jahrhunderte konnte sich die buddhistische Lehre in verschiedene Kulturen integrieren und ist zur Religion geworden. Für viele Menschen, die sich der Wissenschaft verpflichtet fühlen, wurde der Zugang jedoch erschwert oder gar verunmöglicht, schienen Profession und Religion oder Spiritualität doch unvereinbare Gegensätze zu sein.

Für psychologisch interessierte Menschen ist dabei aufschlussreich, dass die buddhistische Lehre sehr lange vor Sigmund Freud eine zentrale Einsicht formulierte: Eine Hauptursache menschlichen Leidens liegt in unserer Neigung zu unbewusstem Denken, Reagieren und Handeln – also darin, aus Gewohnheit zu handeln, ohne innezuhalten und zu reflektieren. Hier zeigt sich eine Schnittmenge mit modernen therapeutischen Ansätzen.

Die westliche Psychotherapie ist in den letzten Jahren wesentlich ressourcenorientierter geworden. Dennoch scheuen sich viele Helfende, eine der größten Ressourcen – die Spiritualität – offiziell

zu nutzen. Diese Zurückhaltung scheint in den letzten Jahren geringer geworden zu sein, nicht zuletzt dank der neuropsychologischen Erforschung von Meditierenden. Denn was sich im Gehirn von Meditierenden messen lässt – veränderte Aktivitätsmuster, reduzierte Stressreaktionen, strukturelle Umbauprozesse –, macht Spiritualität zunehmend anschlussfähig an den wissenschaftlichen Diskurs.

Mehr als Symptombefreiung

Die BPT entwickelte sich als integrative Behandlungsmethode, die nicht-religiöse, aber spirituelle Lehren und Techniken aus der buddhistischen Lehre ebenso nutzt wie neurowissenschaftliche Herangehensweisen und Techniken aus der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und anderen westlichen Therapiemethoden. Während die Symptombefreiung für viele Therapiemethoden ein zentrales Ziel darstellt, bietet die BPT darüber hinausgehende Angebote.

Diese buddhistische Sicht auf den Menschen hat unmittelbare Konsequenzen für die psychotherapeutische Arbeit. Denn Symptombefreiung allein – so wichtig sie ist – greift zu kurz, solange die dahinterliegende Ego-Dynamik unberührt bleibt. Zudem ist durch Symptombefreiung unser Ego recht oft sogar gestärkt, was die meisten Therapiemethoden als Erfolg ansehen würden. Ein geschwächtes Ego wird schnell als leidvoll erkannt – zu viele negative Impulse gehen davon aus. Aber auch ein gestärktes Ego garantiert der buddhistischen Lehre nach, kein glückliches und zufriedenes Leben. Oft ist das Gegenteil der Fall: Ein starkes Ego produziert zahllose Bedürfnisse, Bewertungen, Gedanken, Spekulationen, Wünsche, Befürchtungen – ich möchte, ich denke, ich will, ich mag nicht. Die BPT nimmt diese Problematik ernst und integriert dementsprechend Ego-Linderung als wichtigen Etappenschritt.

Das Ich stärken, bevor man es loslassen kann

Die Epidemiologie zeigt, dass es viele Menschen gibt, die signifikante Defizite im Bereich ihrer Ich-Strukturen erleben: Ich-strukturelle Störungen, die oft als Selbstwertproblematik bis hin zu Persönlichkeitsstörungen zutage treten. Einem solchen Menschen zu vermitteln, seine Egoschwäche sei eigentlich schon ein guter Anfang, das wäre ungefähr so zynisch, als würden wir einem armen Menschen, der um Geld bittet, erklären, dass es gut sei, kein Geld zu besitzen, weil Geld einen illusionären Charakter hat.

Diese Dynamik erklärt, warum die BPT stets mit einer Konsolidierungsphase beginnt, in der die Ich-Strukturen durch Selbstwirksamkeitsübungen gezielt gestärkt werden – bevor im zweiten Schritt das buddhistische Loslassen beginnen kann.

Die BPT-Behandlung unterteilt sich in zwei Phasen. In **Phase A** wird die psychophysische Verfassung konsolidiert und Symptome werden gelindert. Diese Phase umfasst drei Etappen: In der ersten lernen Klienten, das vegetative Nervensystem auszubalancieren – etwa durch gezielte Atemübungen, die den Parasympathikus stimulieren und die Selbstwirksamkeit spürbar steigern. In der zweiten Etappe erfolgt eine Ego-Analyse: Durch Introspektionsübungen werden negative und positive Ego-Anteile identifiziert, erstere gelindert, letztere gefördert. In der dritten Etappe werden relevante biographische Prägungserfahrungen analysiert, da diese eine wesentliche Ursache für Gewohnheitsmuster sind – und Gewohnheitsmuster wiederum für die menschliche Neigung zu unbewusstem Denken, Reden und Handeln.

Spirituelle Vertiefung und Meditationspraxis

Wenn Phase A erfolgreich abgeschlossen wurde, erleben sich Klient:innen als gestärkt und symptomfrei. Sie können dann selbst entscheiden, ob sie die Behandlung beenden oder mit **Phase B** fortfahren möchten. Diese spirituelle Phase vermittelt Techniken, um Ego-Impulse zu lindern und zu transformieren: Dankbarkeitsübungen, spirituelle Rituale, Literaturarbeit und Meditationsvertiefung.

Phase B folgt immer erst nach Phase A – es gibt keine Abkürzungen. Ohne die Konsolidierung entstehen in der Regel unbewusste Abwehrreaktionen, die eine Vertiefung verhindern. Je sicherer sich Menschen in sich selbst fühlen, desto zugänglicher wird der Vertiefungsprozess. Spirituelle Vertiefung erfolgt nicht durch Wissensaneignung, sondern durch ein immer fundamentaleres Loslassen. Dafür lernen Klienten sukzessive, 30 bis 60 Minuten in fokussierter Stille zu meditieren.

Meditation ist dabei – in all ihren Varianten – im Kern ein Geistetraining. Meditierende lernen, still zu sitzen und den anfangs unruhigen Geist zu beobachten, wie er sich langsam beruhigt. Es geht nicht um Entspannung, sondern um Klarheit: Durch Übung werden Gedanken seltener, bis sie nach und nach verstummen. Meditation ist damit eine Methode, den Geist kennenzulernen, zu beruhigen und einen Zustand jenseits des Gedankenflusses zugänglich zu machen: Wir leben in einer materiellen Welt der Formen: Häuser, Straßen, Menschen, selbst Wörter und Gedanken haben eine Form. Während des Meditationstrainings schließen wir die Augen und viele sichtbare Formen verschwinden. Sodann lindern wir sukzessive die Produktion von Gedanken(formen). Wenn die Welt der Formen zum Stillstand kommt, endet interessanterweise die menschliche Wahrnehmung nicht.

Literaturauswahl zur Buddhistischen Psychotherapie:

1. Buddhistische Psychotherapie. Ennenbach, M. Windpferd Verlag.
2. Buddhistische Psychotherapie. Das Buch der Übungen. Ennenbach, M. Windpferd Verlag

Weitere Informationen zur Buddhistischen Psychotherapie und Ausbildungen zum/zur Buddhistischen Therapeut:in unter: www.info-BPT.de



Foto: privat

Matthias Ennenbach

Wir betreten die Welt der sogenannten Essenz. Die Vertiefungsmeditation führt uns also von den Formen zur Essenz. Es ist ein Geisteszustand des Friedens und des nachhaltigen Glücks, und damit eine der mächtigsten menschlichen Ressourcen. Spiritualität meint also die Erfahrung dieser (nicht materiellen) Essenz. Dies ist eine Fähigkeit, die sowohl physische Konstitution als auch Konzentrationsvermögen voraussetzt und durch Übung aufgebaut wird. Unser Nervensystem benötigt Zeit, um auf den Meditationsmodus umzuschalten.

Diese spirituellen Erfahrungen sind kein Zufallsprodukt, sondern das Ergebnis eines strukturierten therapeutischen Prozesses. Eine peer-reviewte »Evaluationsstudie zur Wirksamkeit eines achtsamkeitsbasierten Verfahrens der BPT« (durchgeführt von Kirsten Endrikat und dem Autor dieses Beitrags) wurde 2017 in der Zeitschrift »Spiritual Care« veröffentlicht. Weiterführend sei auf die Hirnforschung verwiesen, wie sie Matthieu Ricard und Wolf Singer 2008 in »Hirnforschung und Meditation« vorgelegt haben.

Da Spiritualität nicht nur zu den menschlichen Grundbedürfnissen zählt, sondern auch zu den größten menschlichen Ressourcen – in unserer Kultur leider oft vernachlässigt –, können und sollten wir sie in einer heilenden Weise wirken lassen.

Dr. Matthias Ennenbach arbeitet seit 30 Jahren in verschiedenen klinischen Kontexten. Seit vielen Jahren ist er in eigener Praxis in Berlin tätig. Er absolvierte sein Studium der Psychologie in Bielefeld als Diplom-Psychologe, erwarb durch seine Ausbildungen im Bereich Tiefenpsychologie seine Approbation und promovierte an der Medizinischen Fakultät in München. Seit vielen Jahren ist er als Gastreferent an Universitäten, als Seminarleiter und als Ausbilder für Therapeuten (BPT) und Achtsamkeitstrainer (ASST) aktiv. Zudem ist er als Fachbuchautor zahlreicher Bücher bekannt.

Essen in der Psychiatrie

Welchen Stellenwert hat die Ernährung in der psychiatrischen Versorgung?

Von Christoph Müller

Die Szene scheint so normal in der verrückten Welt der Psychiatrie. Menschen, die stationär versorgt werden, stehen in einer Schlange vor einer Theke. Hinter dieser Theke wird ihr warmes Essen auf die Teller geschöpft. In einer Großküche zubereitet, in Wärmewagen auf Temperatur gehalten, stehen Suppe, Eintopf oder Nudeln bald auf ihrem Tisch. Ob es letztendlich schmeckt oder nicht – es ist ein Anlass, darüber nachzudenken, welchen Stellenwert die Ernährung in der psychiatrischen Versorgung hat.

Der Stand der Forschung

Die medizinische und ernährungswissenschaftliche Forschung hat in den vergangenen Jahren für einen enormen Wissenszuwachs gesorgt. Dabei rückt zunehmend die sogenannte Darm-Hirn-Achse in den Fokus: Über Nervenbahnen, Hormone und das Immunsystem stehen Verdauungstrakt und Gehirn in ständigem Austausch. Eine zentrale Rolle spielt dabei das enterische Nervensystem – ein dichtes Netz aus rund 100 Millionen Nervenzellen im Darm, das so komplex ist, dass es bisweilen als »zweites Gehirn« bezeichnet wird. Auch die Darmflora beeinflusst nachweislich die Produktion von Neurotransmittern wie Serotonin – von dem ein Großteil im Darm gebildet wird, nicht im Gehirn. Darüber hinaus zeigt die Forschung, dass Ernährung unmittelbar auf Entzündungsprozesse im Körper wirkt: Eine Kost, reich an Zucker, gesättigten Fettsäuren und hochverarbeiteten Lebensmitteln, begünstigt chronische Entzündungen, die ihrerseits mit Depressionen, Angststörungen und anderen psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden. Hochverarbeitete Produkte – also industriell hergestellte Lebensmittel mit langen Zutatenlisten, Zusatzstoffen und wenig natürlichem Nährwert – verdrängen dabei häufig nährstoffreiche Alternativen und schädigen langfristig die Darmflora. Uma Naidoo, eine Psychiaterin aus Boston, spricht in diesem Zusammenhang von einer »Beziehung zwischen Darm und Gehirn« und ist überzeugt: »Nahrung, die man isst, kann genauso starke Wirkungen auf das Gehirn haben wie Medizin, die man einnimmt.«

Was sich im Labor zunehmend bestätigt, hat konkrete Konsequenzen für die psychiatrische Versorgung: Wenn Ernährung tatsächlich psychisch wirksam ist, dann kann sie nicht länger als Randthema behandelt werden, sondern gehört ins Zentrum therapeutischen Denkens und Handelns.

Ernährung und Lebensstil

Für Menschen, deren seelisches Gleichgewicht gestört ist, kann es hilfreich sein, den eigenen Lebensstil in den Blick zu nehmen. Doch psychiatrisch Tätige verfügen bislang über keine geeigneten Methoden, um Ernährungsgewohnheiten, soziale Esskontexte sowie Koch- und Genussfertigkeiten systematisch zu erfassen. Schlimmer noch: Sogenannte Lebensstilinterventionen, und damit auch das Thema Ernährung, werden in vielen Versorgungssettings vernachlässigt.

Psychisch erkrankte Menschen bewegen sich oft zwischen zwei Extremen: der Großküchen-versorgung in Kliniken oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe einerseits und Tiefkühlpizza oder schnell gekochten Nudeln in der eigenen Wohnung andererseits. Diese Zuspitzung soll den Diskurs über Ernährungsgewohnheiten und Genussfertigkeiten seelisch erkrankter Menschen anstoßen.

Alltagsbefähigung und Normalisierung gehören zum Grundvokabular psychiatrischer Arbeit. Dass Back- und Kochgruppen im Wochenplan dennoch die Ausnahme bleiben, scheint kaum zu stören. Gegessen wird dreimal am Tag – gekocht offenbar nur einmal in der Woche.

Was soll auf den Teller?

Mit dem Nachdenken über das gewünschte Essen fängt jede Mahlzeit an. Wer das nicht kennt, braucht Unterstützung und Begleitung. Was macht gute Begleitung dabei aus? Sie beginnt beim Gespräch über individuelle Essenswünsche – und prüft diese auf Machbarkeit und Budget. Im Juni Spargel essen zu wollen, ist nachvollziehbar; für viele ist es nur realistisch, wenn Bruchspargel direkt vom Bauernhof kommt. Die Frage der Machbarkeit stellt sich aber auch beim eigenständigen Herstellen einer Sauce hollandaise.

Viele Betroffene reagieren erfahrungsgemäß defensiv, wenn es um ihre Ernährung geht. Der Griff zur Tiefkühlpizza oder zu Pommes liegt oft näher als die Annäherung an gesündere Alternativen. Auch Eigenmarken-Softdrinks sind meist günstiger als andere Getränke. Dabei liegt das Gute manchmal nah: Discounter reduzieren samstags ab 18 Uhr ihre Waren so stark, dass auch Menschen mit kleinem Budget an frisches Gemüse und Obst kommen können.

Kochen als Last, Kochen als Genuss

Einen Schritt weiter: Das Essen muss vorbereitet und gekocht werden. Viele Menschen empfinden es als tägliche Last, in der Küche zu stehen, Gemüse zu schneiden und Töpfe im Blick zu behalten. Andere genießen es. Das meditative Schneiden von Zucchini, Zwiebeln, Karotten und Kartoffeln hilft ihnen, Abstand vom Alltag zu gewinnen und zur Ruhe zu kommen. Manche machen die Zubereitung zu einem gemeinschaftlichen Ereignis – einem Anlass, Freudiges zu teilen, aber auch Sorgen auszutauschen.

Psychisch erkrankten Menschen – vor allem jenen mit chronisch schweren Verläufen – bleibt das oft verwehrt. Sie leben häufig nicht in der eigenen Wohnung, sondern verbringen Zeit in psychiatrischen Kliniken. Umso wichtiger ist es, gerade mit ihnen alltägliche Fähigkeiten rund ums Essen zu entwickeln, damit die Mahlzeit mehr ist als bloße Bedürfnisbefriedigung. Essen hat immer auch mit der Möglichkeit des Genießens zu tun.

Was beim Gemüseschneiden eine haptische Erfahrung ist, wird beim Essen zur Geschmackserfahrung.



Essen in der Psychiatrie: aus der Großküche oder selbst gekocht?

Frisches Gemüse mit frischen Kräutern macht die Mahlzeit zur olfaktorischen Erfahrung. Zu diesen Erfahrungshorizonten können und sollten Menschen begleitet werden – psychiatrisch Tätige wären die geeigneten Begleiter dafür.

Zu wenig Personal und hygienische Bedenken?

Wer psychisch erkrankte Menschen begleitet, tut dies aus einer inneren Überzeugung – und diese innere Haltung zeigt sich auch im Umgang mit Ernährung und Essen. Den ethischen Diskurs über die eigenen Essgewohnheiten darf man dabei getrost beiseitelassen. Die Freude an der Zubereitung einer Mahlzeit, die Lust am Essen – das sind Dinge, die gelebt und weitergegeben werden.

Wer hat als Mitarbeitender schon einmal in der eigenen Klinik oder im eigenen Wohnheim vorgeschlagen, täglich gemeinsam mit den Bewohnern zu kochen? Die häufigsten Reaktionen benennen Unmöglichkeiten: fehlende Personalressourcen, ungeeignete Räumlichkeiten. Und natürlich: »Mit Menschen in einer akuten Krise kann man doch nicht kochen. Da sind hygienische Standards zu beachten.«

Doch gerade beim schwächsten Menschen fängt unmittelbare Unterstützung an – das ist eine Maxime, die nicht nur sozialpsychiatrisch überzeugten Fachkräften am Herzen liegt.

Auch dort, wo die Einschränkungen groß sind, gibt es unzählige Potenziale. Und gerade da kann die Freude über kleine Erfolge am größten sein.

Rituale, die Gemeinschaft stiften

In manchen Einrichtungen entfällt das gemeinsame Essen von Mitarbeitenden und Bewohnern aus Scheu vor steuerrechtlichen Konsequenzen: Die Angst, wegen geldwerter Vorteile von der Steuerbehörde sanktioniert zu werden, überwiegt den Willen zur Solidarität mit Menschen in psychischen Krisen. Und die Scheu vor dem Erleben von Begleiterscheinungen der Medikation – etwa Hypersalivation – lässt das Dienstzimmer attraktiver erscheinen als den gemeinsamen Tisch.

Wer gemeinsam kocht, sitzt auch gerne zusammen. Gemeinschaftliche Mahlzeiten bieten die Möglichkeit, sich kennenzulernen – anders als in Visiten oder Bezugspersonengesprächen. Hier tauscht man Liebesspeisen aus, spricht darüber, was man gar nicht mag, schwärmt von einem gelungenen Wochenendgericht. Psychiatrisch Tätige können dabei Vorbilder sein. Es ist sich am besten an einem schön gedeckten Tisch, wo jemand weiß, wie er dem Gegenüber eine Freude machen kann. Statt Defizite in den Vordergrund zu stellen, könnte sich in der Hilfeplanung ganz konkret abbilden, wie Betroffene durch mehr

Einbindung in die Essensgestaltung Fortschritte machen und soziale Teilhabe gewinnen.

Gemeinsames Kochen: Gut für Patient:innen und psychiatrisch Tätige

Braucht es einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Versorgung? Wohl schon. Essen sagt viel über den Menschen aus. Es beeinflusst – mit seinen Wirkungen wie Nebenwirkungen – körperliche und seelische Gesundheit, das belegt auch die Wissenschaft. Hier setzen Lebensstilinterventionen an, die Betroffenen mehr Bewegung und gesündere Ernährung ermöglichen können. Hinzu kommt: Psychiatrisch Tätige können im alltäglicheren Handeln mehr Sinn in ihrer Arbeit erfahren. Und in der Mahlzeitenproduktion eingebunden zu sein, macht sicher mehr Sinn als manche arbeitstherapeutische Maßnahme.

Ein kleiner Traum für die psychiatrische Versorgung: Psychiatrische Begleitung gelingt in kleinen Gruppen besser als in großen. In kleinen Gruppen braucht es keine Warteschlange. Sympathischer ist es doch, wenn der Eintopf oder die Bolognese am Tisch ausgeteilt wird. Begleitet von dem einen oder anderen gemeinschaftsstiftenden Ritual.

Christoph Müller arbeitet als psychiatrisch Pflegender und als Fachautor in der Umgebung von Köln.



Der Trost der Punkte

Yayoi Kusama heilt sich selbst durch ihre Kunst und fasziniert ein Weltpublikum.

Von Cornelia Schäfer

»Das war sehr inspirierend!« Im riesigen Foyer des Kölner Museum Ludwig sitzt zwischen Hunderten Besucher:innen in Bewegung eine alte Dame mit langem, weißem Haar auf einer Bank. Ihre blauen Augen leuchten begeistert. »Meine Freundin hat mir zu meinem Geburtstag diese Ausstellung mit Übernachtung geschenkt. Das kann ich nie wieder gutmachen!« Elke hat in der Yayoi Kusama Ausstellung viele Anknüpfungspunkte zu ihrem eigenen Leben und Schaffen gefunden und ist noch ganz voll davon. Denn die Frau aus dem Taunus stickt Gedichte und Märchen auf Leinentücher. »Yayoi Kusama hat auch mit Stoff gearbeitet, wie ich, aber sie arbeitet auch mit allen möglichen anderen Materialien. Und sie heilt sich mit ihrer Kunst, genau wie ich!« Die 83-jährige erzählt, dass sie zwei grauenhafte Erfahrungen im »Irenhaus« gemacht habe und nur dank ihrer Text- und Textilkunst heute psychisch stabil bleibe. Dass Yayoi Kusama seit 40 Jahren in der Psychiatrie lebt, berührt sie sehr. »Ich habe mir geschworen: Nie mehr! Aber ich weiß auch, dass sie sich geborgen fühlt. Das ist toll. Sie wird mich jetzt begleiten.«

Seit Februar sind mehr als 300 Arbeiten von Yayoi Kusama im Kölner Museum Ludwig zu sehen. Vorher war die Werkschau in ähnlicher Zusammenstellung in der Fondation Beyeler in Basel ausgestellt, im August wandert sie weiter ins Stedelijk Museum Amsterdam. Als die drei Kurator:innen gemeinsam das Konzept und den Katalog erarbeiteten, hätten sie die Kunst Kusamas ganz bewusst in den Kontext ihres Lebens gestellt, erzählt Kurator Dr. Stephan Diederich vom Museum Ludwig. »Natürlich funktionieren viele der Arbeiten auch auf einer Ebene einfach als tolle Motive, sind in einem guten Sinne auch dekorative Kunst, Erlebniskunst, wenn man jetzt beispielsweise die Infinity Mirrored Rooms oder die Rauminstallationen betrachtet. Nur, es steckt mehr dahinter. Und wir wollten auch vermitteln: Wo kommt das alles her?«

»Das alles« sind geschätzt 10.000 Objekte, die die 97-jährige Künstlerin in ihrem ebenso reichen wie schmerzhaften Leben unermüdlich geschaffen hat und bis heute schafft: Zeichnungen, Malerei, Skulpturen, darunter auch solche aus gefülltem Stoff, Collagen, Mode, dazu Gedichte, Romane, ausgreifende Rauminstallationen sowie Happenings und Performances, die teilweise filmisch und fotografisch dokumentiert sind. Besonders berühmt und gewissermaßen ihr Markenzeichen sind die »Polka Dots«, Punkte oder Tupfen, mit denen sie Bilder, Skulpturen, Räume, aber auch nackte Menschen und sich selbst überzog. Und wohl ebenso bedeutsam für Yayoi Kusamas Kunst: Netze, die sich ins Unendliche ziehen. Nicht umsonst hat sie dieses Motiv zum Titel ihrer Autobiografie gewählt: »Infinity Net«.

Darin hat die Künstlerin auch den Ursprung ihrer Kunst beschrieben. Geboren 1929 im japanischen Matsumoto als jüngstes Kind einer wohlhabenden und angesehenen Familie, litt sie schon früh unter den Konflikten ihrer Eltern. Ihr Vater war ein notorischer Fremdgänger, ihre Mutter eine unduldsame Frau und ständig auf dem Kriegspfad. Sie schickte ihre Tochter aus, dem Vater bei seinen Liebschaften hinterherzuspionieren und richtete ihre Wut oft genug auch gegen die Überbringerin der unliebsamen Botschaften.

Kindheit in Bedrängnis

Die Mutter versuchte schon die ganz junge Yayoi in die enge Rolle einer Tochter aus gutem Hause zu zwingen und hintertrieb ihre künstlerischen Ambitionen. Umso häufiger zog sich das bedrängte Mädchen mit seinem Skizzenblock zurück an den Fluss in seinem Bett aus Kieselsteinen oder in die Felder der Samengroßhandlung ihrer Großeltern. Die dortige Umgebung inspirierte sie dazu, mit Tinte und Stiften zelluläre Strukturen oder kieselsteinähnliche Formen zu endlosen Ketten und Netzen aneinanderzureihen. Die jeweils einzigartigen Steine und Pflanzenstrukturen, so überprüfbar und wirklich, linderten die Not des Mädchens. Die Düsternis ihres Lebens hatte viele Quellen. Dazu gehörten auch die Schrecken der Kriege, die Japan seit 1937 führte. Als die Atombomben der USA die nur wenige hundert Kilometer entfernten Orte Hiroshima und Nagasaki trafen und auf einen Schlag mehr als 100.000 Menschenleben auslöschten, war Yayoi Kusama erst 16 Jahre alt.

Spätestens mit zwölf Jahren wurde sie zudem von Halluzinationen heimgesucht. Sie schreibt: »Ich saß gern inmitten von Veilchenbeeten und hing meinen Gedanken nach. Eines Tages schaute ich unvermittelt hoch und stellte fest, dass jedes einzelne Veilchen einen eigenen, individuellen, menschenähnlichen Gesichtsausdruck hatte. Zu meinem Erstaunen sprachen sie alle zu mir. Die Stimmen wurden rasch immer zahlreicher und lauter, bis ihr Klang in meinen Ohren wehtat. [...] Ich hatte gedacht, dass nur Menschen sprechen könnten. [...] Ich war so verängstigt, dass meine Beine zu zittern begannen.«

Immer wieder sah sie auch ihre Umgebung und sich selbst von Punkten und Mustern überzogen und fürchtete, davon ausgelöscht zu werden. Ihre Ängste waren zeitweilig so stark, dass sie jedes Gefühl für Zeit, Welt und sich selbst verlor. Wie besessen zeichnend, hielt sie all diese bedrohlichen Erlebnisse in ihren Skizzenbüchern fest. Das habe die mit den Episoden verbundene Furcht gelindert. Bis heute bezeichnet Yayoi Kusama ihre Kunst als ihre Therapie, die sie zeitweilig heile und ihr geholfen habe, zu überleben, wenn sie – oft genug – an Suizid dachte.

Schon als junge Frau erhielt sie aber auch psychiatrische Hilfe. In Japan unterstützte ein Psychiater sie dabei, sich von der Mutter zu lösen und in die USA zu gehen. Auch als Künstlerin zog es sie dorthin. »Für eine Kunst wie meine, die an der Grenze zwischen Leben und Tod kämpft und sich damit beschäftigt, was wir sind und was es bedeutet, zu leben und zu sterben, war dieses Land zu klein, zu unterwürfig, zu feudalistisch und zu verächtlich gegenüber Frauen. Meine Kunst brauchte eine unbegrenztere Freiheit und eine weitere Welt.«

Mehr Infos zur Ausstellung im Museum Ludwig unter:
www.museum-ludwig.de/de/ausstellungen/yayoi-kusama



©YAYOI KUSAMA, Courtesy of Ota Fine Arts, David Zwirner

Yayoi Kusama bei der Arbeit an *My Eternal Soul* (2009–21), 2017

Wer bin ich?

Im Museum Ludwig steuert Stephan Diederich auf das »Selbst-Portrait« von 1950 zu: Vor einem dunklen Hintergrund mit konzentrischen Wellen schwebt ein geschlossener Mund. Darüber hat die Künstlerin den Kopf einer Sonnenblume oder das Gestirn Sonne selbst platziert, mit nur angedeuteten Gesichtszügen, aber eingefasst von liebevoll gezeichneten Blütenblättern. Auf ihr »Menschsein« habe Yayoi Kusama hier lediglich durch das Motiv des geschlossenen Mundes hingewiesen, interpretiert Stephan Diederich. Naheliegender sei es, sie als Wesen oder Seele in einem Kosmos zu lesen. »Hier ist schon eine Grundidee ihrer Arbeit ausgedrückt, diese Verbundenheit aller Dinge untereinander und die Verortung der eigenen Person in einem großen Ganzen, dem Universum letztlich.«

Ein Gefühl dafür kann man sogar aus ihren ganz frühen Darstellungen von Menschen, Landschaften und Blumen herauslesen. Womöglich waren es aber auch erste Halluzinationen. Schon mit fünf oder sechs Jahren hat Yayoi ein Haus und fein gewandete Menschen in einer Bergwelt komplett mit Punkten überzogen. Auf einem Stilleben von Blumen in einer Vase sind zusätzlich bereits Netzmuster eingefügt, wie stilisierte Blumen oder von Spinnen gewoben.

In den USA, wo Yayoi Kusama zwischen 1958 und 1972 lebte und arbeitete, setzten sich ihre großformatigen Leinwände mit wogenden Netzmustern erst nach und nach in einer Kunstwelt durch, die noch stark vom Action Painting bestimmt war. Wie besessen arbeitete sie an diesen, später »Infinity Nets« genannten, mehrschichtigen, teils schwindelerregenden Gemälden. Nicht nur die anhaltenden Halluzinationen inspirierten sie dabei. Auch der Anblick des Pazifischen Ozeans aus den Fenstern des Flugzeugs

hatte sie tief beeindruckt. Und ebenso trieben sie Fragen nach der Unendlichkeit des Universums und ihrer Position darin um. Oft vergaß sie über ihre Arbeit zu essen. In prekären Umständen lebend, fehlten ihr aber mitunter auch die Mittel dafür. Doch: »Ich glaubte, dass das Schaffen jener einzigartigen Kunst, die aus meinem Innersten entsprang, das Wichtigste war, was ich tun konnte, um mein Leben als Künstlerin aufzubauen.«

Kunst aus dem Innersten

Etwas anderes, was nach außen drängte, war ihre Abscheu vor Sexualität und dem männlichen Geschlechtsorgan, die sie als Kind nur als schmutzig und tabuisiert hatte erleben können. Sie heilte ihre Furcht davor durch Happenings für freie Liebe, zuerst aber durch ihre Installation »Aggregation: One Thousand Boats Show« von 1963. Sie besteht aus einem Ruderboot, das unter zahlreichen weißen, phallischen Ausstülpungen fast verschwindet. Auf dem Boden des Bootes steht ein Paar hochhackige Schuhe. Der schwarze Raum um das Boot herum ist mit einer Tapete bekleidet, auf der das Boot von oben betrachtet (ebenfalls eine phallische Form) 999-mal zu sehen ist. Vermutlich in einer Art Konfrontationstherapie hat sich die Künstlerin auch nackt in dieser Installation ablichten lassen. Zusätzlich legte sie sich in ein Bett aus Stoff-Phalli, die sie selbst aus weißer Baumwolle und weicher Füllung hergestellt hatte. Dadurch gelang ihr, das, was sie ängstigte, in etwas Alltägliches zu verwandeln, das sie sogar amüsierte.

Sich in einer Akkumulation von selbst gestalteten Objekten oder in einem verschlingenden Muster zu platzieren, nennt Yayoi Kusama Selbst-Auslöschung, »Self-Obliteration«. In den Erlebnisräumen der Kölner Ausstellung können die Besucher:innen

dem Phänomen selbst nachspüren. »Selbst-Auslöschung, das ist natürlich auch ein angstbesetzter Begriff«, sagt Kurator Dr. Stephan Diederich, »sich wirklich ins Nichts aufzulösen, nicht mehr vorhanden zu sein. Parallel dazu schwingt aber auch dieser andere Aspekt mit, und der wird meiner Meinung nach in diesen späten Werken immer stärker [...], dieses Tröstliche: Teil eines großen Ganzen werden zu können.«

Punkte für den Frieden

Mit ihrer Kunst bezog Yayoi Kusama seit den 60er Jahren auch gesellschaftspolitisch Stellung. Sie inszenierte eine »Homosexual Wedding«, für die sie eigens einen Zwei-Personen-Hochzeitsanzug entworfen hatte. Ihre Happenings unter dem Titel »Anatomic Explosions« richteten sich gegen den Vietnamkrieg und die aus ihm resultierenden Gewinne der Rüstungsindustrie. So ließ sie am 14. Juli 1968 nackte Hippies gegenüber der Börse in der Wall Street zur Musik einer Bongo-Trommel tanzen, während sie sie mit blauen Polka-Dots besprühte. In einer Pressemitteilung schrieb sie: »Kusama lädt Sie zu dieser Anti-Kriegs-Veranstaltung ein, um unsere jungen Männer für die LIEBE und den FRIEDEN zu retten. Geben wir der verlorenen Generation Raum, sich zu entfalten.« Ein ähnliches Happening, mit den Masken der Präsidentschaftskandidaten, veranstaltete sie vor der Wahlbehörde. Im Nachgang richtete sie einen Offenen Brief an den Wahlgewinner Richard Nixon, in dem sie ihm anbot, seinen »harten männlichen Körper« mit Polka Dots zu verzieren, »unsere Egos in zeitloser Ewigkeit [zu] verlieren und endlich die nackte Wahrheit [zu] erkennen: Gewalt kann nicht durch Gewalt beseitigt werden.« Trotz aller Verletzlichkeit wusste Yayoi Kusama sich stets zu behaupten und auch in Szene zu setzen. Kurator Dr. Diederich hat diesem Umstand Rechnung getragen, indem er die ganze Ausstellung von Fotos der Künstlerin in Aktion begleiten lässt.

Die Stärke der Verletzlichen

»Niemand versteht es so faszinierend mit seinen psychischen Störungen, Ängsten, Phobien und Halluzinationen zu wuchern und sich dabei immer wieder neu zu erfinden wie Yayoi Kusama. Und das ist gut so«. Mit diesen Worten würdigt Brigitte Siebrasse 2020 Yayoi Kusama in einem Artikel für die »Soziale Psychiatrie«. Die psychiatrienerfahrene Autorin zeichnet die Erfolgsgeschichte der »Königin der Punkte« auf und feiert, dass diese »die Krone nach Hause« getragen habe. Denn nach 14 Jahren in den USA, während der sie zur Avantgarde der Avantgarde geworden und international Anerkennung gewonnen hatte, kehrte die Künstlerin nach Japan zurück. Dort hat man sie lange als Schande betrachtet. Aber mittlerweile ist man auch in Japan stolz auf die Künstlerin. Während sie selbst als dauerhafte Zuflucht in einem psychiatrischen Krankenhaus wohnt, eröffnete sie 2017 in Tokio ihr eigenes Museum. Bis heute ist sie unermüdlich tätig, und ihre Werke werden selten unter einer Million Dollar gehandelt. Dass Yayoi Kusama den Markt zu bedienen weiß, mag Brigitte Siebrasse der Künstlerin nicht ankreiden. »Gibt es ein besseres Vorbild für Menschen mit psychischen Handicaps«, fragt sie, »das zeigt, wie – jenseits der üblichen ehrenamtlichen Partizipation – auch kommerzieller Erfolg anzustreben und möglich ist?« So gesehen, leistet diese vielfältige, faszinierende Kölner Ausstellung, die jeden Tag von drei- bis viertausend Menschen besucht wird, ganz nebenbei auch Empowerment- und Antistigma-Arbeit.



Foto: Cornelia Schäfer

Kurator der Yayoi Kusama Ausstellung in Köln

Noch einmal zurück ins Foyer des Museums, wo ein Mann mit grauem Pferdeschwanz bewundernd den Kopf wiegt: »Gigantisch«, findet Joachim die Kunst Kusamas, »vor allem diese großflächigen Arbeiten! Da muss man ja monatelang dran sitzen, das ist eine wahnsinnig akribische Arbeit.«

Etwas entfernt fühlen sich Ulrike und Margret noch immer ganz gefangen von den Bildern der Ausstellung. »Wir wollten danach gar keinen Picasso mehr sehen«, sagt Ulrike. Dass die Künstlerin in ihrer Verletzlichkeit eine energetische Ebene wahrnehme, die »normale Menschen« eher rausfiltern würden, um funktionieren zu können, finden sie bereichernd. Margret haben es auch die Gedichte angetan, die Yayoi Kusama ab Anfang der Siebzigerjahre geschrieben hat. »Ich wusste gar nicht, dass sie auch schreibt. Mich haben die Worte im Kontext der Bilder sehr berührt. Das fand ich nochmal eine gute Erweiterung.«

Zum Abschied sagt Ulrike noch: »Am liebsten würde ich mir jetzt zu Hause vier Stoffbahnen mit Punkten aufhängen und mich dareinsetzen. Die Welt rundherum ist so böse geworden. Und so ein Raum mit den Punkten schützt ja eigentlich auch gegen das Äußere.«

Und was ist Elkes stärkster Eindruck aus der Ausstellung? Die Textilkünstlerin muss nicht lange nachdenken: »Das war für mich dieses gigantische Leinenbild, das nur in zart Weiß und Grau ist. Infinity Net, ja. Als ich davorstand, habe ich mich im Spiegel gesehen. Allein schon wegen meiner weißen Haare. Mittlerweile fallen mir beim Kämmen immer welche aus. Dann lege ich sie den Vögeln hin. Die polstern damit ihre Nester aus.«

Cornelia Schäfer ist freiberufliche Journalistin und ehrenamtliche Co-Moderatorin des Kölner Psychose-Forums.



Judy Schachner, Antje Riley (Übers.)
Sarabellas fabelhafter Hut
 ab 5 Jahren
 36 Seiten + Downloadmaterial, 22,00 €
 ISBN 978-3-86739-391-1

Karen-Susan Fessel, Heribert Schulmeyer
Mamas Püschose
 ab 5 Jahren
 40 Seiten + Downloadmaterial, 19,00 €
 ISBN 978-3-86739-184-9

Für Klein und Groß

Psychische Erkrankungen verstehen



Hannah-Marie Heine, Heribert Schulmeyer
Papap schwarze Löcher
 ab 5 Jahren
 40 Seiten + Downloadmaterial, 19,00 €
 ISBN 978-3-86739-233-4

Christiane Tilly, Anja Offermann,
 Anika Merten
Mama, Mia und das Schleuderprogramm
 ab 4 Jahren
 40 Seiten + Downloadmaterial, 22,00 €
 ISBN 978-3-86739-361-4
 Auch als Hörbuch erhältlich

Barbara Tschirren, Pascale Hächler,
 Martine Mambourg
Ich bin Loris
 ab 5 Jahren
 40 Seiten + Downloadmaterial, 19,00 €
 ISBN 978-3-86739-153-5
 eBook, 9,99 €

Weitere Titel der Buchreihe unter: www.psychiatrie-verlag.de





Ada Borkenhagen

Bin ich schön genug?

Schönheitswahn und Body Modification

Schattauer-Verlag, Stuttgart 2025

134 Seiten, 24,10 €

ISBN 978-3-608-40078-6

Kaum psychopathologisch auffällig

Manche Menschen sehen es als Erscheinung des Zeitgeistes. Andere Menschen sind der Überzeugung, dass Menschens ästhetisches Empfinden vollends abhandengekommen ist. Schönheitstrends haben Potenzial, zu polarisieren. Die Psychologin und Psychotherapeutin Ada Borkenhagen ist seit Jahren eine verlässliche Beobachterin. In dem Buch »Bin ich schön genug?« hat sie nun kurze, verständliche und in einem guten Sinne flüchtige Texte vereint, die Zeitgenossinnen und Zeitgenossen zum eigenen Nachdenken anregen.

Borkenhagen schreibt in dem kleinen Buch über nackte Haut und Schamhaarentfernung, über das Schlanksein und den Körper als Kunstwerk, über Body-Positivity und die Selfiemanie. Leserinnen und Leser haben die Gelegenheit, das Buch aus ihrer subjektiven

Perspektive heraus zu lesen oder es als nüchterne Analyse von Zeiterscheinungen in den Blick zu nehmen.

»Die Enthaarungswelle des Intimbereichs hat im wahrsten Sinne des Wortes den Weg frei gemacht für weitere Körpermoden, wie das Intimpiercing und die Schamlippenkorrektur«, schreibt Borkenhagen. Im Gefolge einer solchen sachlichen Feststellung kommt nicht nur eine Nachdenklichkeit auf, sondern sie schärft auch den eigenen Blick für die Menschen um einen herum – selbst im beruflichen Handlungsfeld.

Borkenhagen gelingt es, in gleicher Weise unterhaltend, aber auch mit einem wissenschaftlichen Anspruch zu schreiben. Die zunehmende Tendenz, mit Sport den Körper zu formen, führt zu einem anderen Phänomen. Borkenhagen schreibt: »Kleidung als zweite Haut wird zunehmend unwichtiger, zugunsten des darunterliegenden Körpers, der nun selbst zum Kleid wird und wie dieses zunehmend Moden unterworfen wird«. Es seien jetzt der Körper und die Haut, die modelliert und durch Schönheitsmedizin, Tattoos oder Piercings gestaltet werden müssten. Körperfashioning interpretiert Borkenhagen als Identitätsarbeit.

Es verwundert sicher viele Menschen, dass Menschen, »die sich schönheitsmedizinisch behandeln lassen, kaum psychopathologisch auffälliger als diejenigen, die es nicht tun« sind. Borkenhagen vermeidet es konsequent, den Schönheitswahn und die Body Modification der Gegenwart moralisch abzuwerten. Sie bleibt die aufmerksame Begleiterin gesellschaftlicher Erscheinungen. Dann braucht es auch keine Polarisierungen in den zeitgenössischen Diskussionen.

Christoph Müller, Wesseling



Thomas Holtbernd

Der Weg ist Dein Coach.

Kompetenzen erwerben durchs Gehen, Wandern und Pilgern

Bernardus-Verlag, Aachen 2025

196 Seiten, 15,00 €.

ISBN 978-3-8107-0404-7

Sich und anderen begegnen

Mit seinem Bestseller »Ich bin dann mal weg« motivierte Hape Kerkeling zahlreiche Menschen, auf dem Jakobsweg zu wandern, zu pilgern oder einfach nur zu gehen. Zu ihnen gehört der Autor, Theologe, Coach und Humorist Thomas Holtbernd. In kurzen Abschnitten von drei bis vier Seiten wie »Ziele setzen: ein Anfängerfehler«, »Die Rast nach der Pause«, »Ballermann für Sinnsucher« oder »Der Pilgerblues« setzt er sich mit unterschiedlichen Fragen auseinander: Was macht der Weg, das Gehen und Wandern mit mir? Wie verändere ich mich durch die Eindrücke der Landschaft, der Stille? Was macht der andere Tagesablauf mit mir? Was geschieht, wenn der Weg, mein Weg zu meinem Coach geworden ist? Was davon kann ich für meine Arbeitswelt gebrauchen?

Wir erfahren, dass Holtbernds Wanderungen bereits in der Heimatstadt Bottrop beginnen und er den 800 km langen Jakobsweg in 17 Etappen zurücklegte. Im Vordergrund stehen seine sinnlichen Eindrücke, wie sie sein Denken veränderten und was er daraus lernte. Jedes Kapitel endet mit einer knappen Zusammenfassung, als »Kompetenzen« bezeichnet. So etwa der Hinweis, das Ziel sei eher unwichtig, wichtig sei, abwarten zu können oder gar nicht ankommen zu müssen. Oder: die Kompetenz, zu lernen, wie Regeln sich von selbst ergeben, sie nicht vorab aufzustellen. Auch sei eine Kompetenz, Einsamkeit auszuhalten, ohne darunter zu leiden. Mit der Erfahrung dieser erwanderten und positiv empfundenen Haltung gelinge es, den privaten und beruflichen Alltag gelassener, eben kompetenter und erfüllter zu bewältigen. Jede der stets gut lesbaren Passagen führt Leserin und Leser aus dem Alltag des Zuhauses heraus, spiegelt die neu erfahrenen inneren seelischen Eindrücke und verliert dabei aber nie den Boden unter den Füßen. Ein Buch, in jeden Rucksack passend, gut lesbar, ob auf Pilgerpfaden oder heimatlichen Wanderwegen. Eine Übersetzungshilfe, ein paar Beispiele oder Erfahrungen, wie Gehen, Wandern und Pilgern sich auf berufliche Situationen oder private Anspannungen tatsächlich übertragen lassen, sollte jeder noch für sich leisten. Ganz im Sinne der Kernbotschaft: nicht zwanghaft nachzuvollziehen, sondern es geschehen zu lassen. Wer nunmehr auch auf die Person Thomas Holtbernd neugierig geworden ist, findet unter www.holtbernd-beratung.de zahlreiche Termine, an denen man ihn fragen und kennenlernen kann.

Christian Zechert, Löhne



Daniel Ketteler / Corinna Jung
Sozialmedizin. Ein praxisorientiertes Lehrbuch
Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2026
218 Seiten, 39,00 €
ISBN: 978-3-17-045402-6

Ein Lehrbuch für alle Berufsgruppen

Sozialmedizin ist eine wissenschaftliche wie zugleich praktische Disziplin, sprich angewandte Medizin des Alltags. Schon vom Namen her ist es ein berufsgruppenübergreifendes Fach: Auf der Wissenschaftsseite sind es die Mediziner, Soziologen, Psychologen, Statistiker, Gesundheitsökonom und Sozialrechtler, auf der Anwendungsseite sind es die praktisch tätigen (Fach)Ärzte, die Psychotherapeuten und vor allem die Sozialarbeiter und Therapeuten in der ambulanten und stationären Versorgung einschließlich des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Verzahnung von Wissenschaft und Praxis der Sozialmedizin ist allseits angestrebt; dass aber ein Lehrbuch der Sozialmedizin explizit an alle in der praktischen Versorgung stehenden Akteure adressiert ist, zeichnet das Anfang 2026 erschienene praxisorientierte Werk »Sozialmedizin« von Daniel Ketteler und Corinna Jung in besonderer Weise aus. Und die Autoren beherzigen auch die für das Fach grundlegende Erkenntnis Rudolf Virchows, wonach Medizin »eine soziale Wissenschaft und Politik nichts anderes als Medizin im Großen« ist. Der Psychiater Ketteler und die Soziologin Jung führen, unterstützt durch den Sozialpädagogen Holger Nienberg (für die Kinderschutzthematik) und den Sozialmediziner und Ökonomen Ernst Seifert (für den Bereich der Gesundheitsökonomie), in 21 Kapiteln die zentralen Themen praktischer Sozialmedizin zu einer sehr anschaulichen Gesamtschau zusammen. Es geht um Krankheitsbilder, Krankheitsmodelle und das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Lebensspanne von der Kindheit bis zur Pflegebedürftigkeit und zum Alter. Natürlich werden auch immer wieder die sozialen Dimensionen sowie die zu Krankheit führenden sozialen Faktoren angesprochen. Und nicht zuletzt werden auch die Salutogenese und die Resilienz thematisiert.

Hervorzuheben sind die jeweils übersichtliche Gliederung der Kapitel mit zahlreichen Abbildungen und Merk-/Stichworten in der Randzeile sowie die präzise gefassten Zusammenfassungen der entscheidenden Begriffe und Zusammenhänge. Einleitende Fallbeispiele wie die paradigmatischen Überschriften (»Bio, Psyche und eine Prise Marx – Wichtige Krankheitsmodelle«) regen zum Lesen an. Bei der Fülle der Themen und einem mit gut 200 Seiten auch im Umfang noch begrenzten Lehrbuch, kommt hier und da auch ein Aspekt zu kurz: So würde man beispielsweise heute speziell im ansonsten gut ausgearbeiteten Kapitel zur Medizin bei oder nach Migration und Flucht auch die Bedeutung religiösen Glaubens für Krankheit und Gesundheit abgehandelt sehen wollen. Alles in allem ein berufsgruppenübergreifend lesenswertes Lehrbuch mit dem großen Plus der übersichtlichen Darstellung eines komplexen und breiten Themenfeldes.

Dr. Norbert Mönter, Berlin

© solidcolours

**MANGEL
VERWALTEN?
BEZIEHUNG
GESTALTEN –
HALTUNG
ENTFALTEN**

Mehr
Infos auf der
DGSP-Website



DGSP 
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de



Termine

T4-Gedenktag: Gegen das Vergessen – Aus der Geschichte lernen

Das Kontaktgespräch Psychiatrie lädt zur Diskussion zum Gedenken an die Opfer von Patient:innenmord und Zwangssterilisation im Nationalsozialismus – mit Blick auf rechtsextreme Feindbilder heute.

4. September 2026 in Berlin

psychiatrie-verlag.de/wp-content/uploads/2026/05/T4-Gedenktag-2026-Flyer.pdf

21. Dreiländerkongress: Pflege in der Psychiatrie – »Selbst.Bewusst.Sein«

Seit über 20 Jahren bietet der Dreiländerkongress psychiatrischen Pflegefachleuten eine Plattform für Austausch und Innovation.

17. bis 18. September 2026 in Bielefeld

dreilaenderkongress.at

DGBS-Jahrestagung »Bipolare Störung im Zusammenspiel mit Angst, AD(H)S, PTBS und Co.«

Die Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. lädt zur Jahrestagung ein, die sich der doppelten Herausforderung durch Komorbiditäten bei bipolaren Störungen widmet.

24. bis 26. September 2026 in Frankfurt am Main

dgbs.de/verein/dgbs-jahrestagungen/jahrestagung-2026

DDPP-Herbstsymposium »Wahn als Konstruktion von Bedeutung«

Der Deutsche Dachverband Psychosen-Psychotherapie veranstaltet ein Herbstsymposium mit Vorträgen, Workshops und Fallseminaren, das allen psychiatrischen Berufsgruppen sowie Betroffenen und Angehörigen offensteht.

9. bis 10. Oktober 2026, online mit Präsenzmöglichkeit

ddpp.eu/congreses/16-ddpp-kongress

DVSG-Bundeskongress »Mut zur Haltung: Zukunft schon heute gesund und sozial gestalten«

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. feiert mit ihrem Jubiläumskongress das 100-jährige Bestehen des Verbandes.

15. bis 16. Oktober 2026 in Düsseldorf

dvsg.org/veranstaltungen/dvsg-bundeskongress/programm/

Jahrestagung und Selbsthilfetag der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)

Die APK lädt zur Fachtagung »Verantwortung für seelische Gesundheit – zwischen Personenzentrierung, Kostendruck und Ausgrenzung« (2. bis 3. November) sowie zum Selbsthilfefachtag »Künstliche Intelligenz und seelische Gesundheit« in Kooperation mit dem NetzG (4. November).

2. bis 4. November 2026 in Berlin

apk-ev.de

DGSP-Jahrestagung 2026: »Mangel verwalten? Beziehung gestalten – Haltung entfalten«

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. lädt zur Jahrestagung ein: Wie können wir Mangel begegnen? In der täglichen Arbeit, im Umgang mit Ressourcen, mit Finanzen und Kostenträgern sowie in unserem Alltag als Mensch?

5. bis 7. November 2026 in Mainz

dgsp-ev.de/veranstaltungen/aktuelle-tagungen/dgsp-jahrestagung-2026

IMPRESSUM

Titelbild

Alexander von Hohenthal

Herausgeber

Aktion Psychisch Kranke, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Redaktion

Peter Heuchemer, Köln (v.i.S.d.P.); Lucia Citoler, Psychiatrie Verlag, Köln; Karin Koch, Psychiatrie Verlag, Köln; Tina Lindemann, Dachverband Gemeindepsychiatrie Köln; Julia Paar, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn; Matthias Rosemann, Aktion psychisch Kranke, Berlin; Kerstin Trostmann, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bonn.

Ständige Mitarbeit: Manfred Becker, Christoph Müller, Cornelia Schäfer

Gastbeiträge sind keine Meinungsäußerung der Redaktion.

Redaktionsanschrift

Psychiatrie Verlag, Psychosoziale Umschau, Ursulaplatz 1, 50668 Köln
E-Mail: umschau@psychiatrie.de

Manuskripteinsendungen

Die Redaktion freut sich über Manuskripte und Informationen, Hinweise für Autor:innen unter psychiatrie-verlag.de/series/psychosoziale-umschau/.

Redaktionsschluss

der nächsten Ausgabe ist der 10.08.2026.

Verlag & Vertrieb

Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1, 50668 Köln, Tel. (0221) 16 79 89-0
E-Mail: info@psychiatrie.de

Mediadaten und Anzeigenpreise

unter psychiatrie-verlag.de/mediadaten/
Kontakt: info@psychiatrie-verlag.de

Anzeigenschluss

der nächsten Ausgabe ist der 10.08.2026.

Bezugsbedingungen

Print-Abonnement: Ein Print-Abo kostet 2026 jährlich für Privatpersonen 47,00 Euro; im Inland einschl. Porto, im Ausland zzgl. 20,00 Euro Versandkostenpauschale. Sozialhilfe-Empfänger:innen, Auszubildende und Studierende zahlen bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung 34,00 Euro. Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis spätestens zum 30.11. des laufenden Jahres schriftlich beim Verlag gekündigt wird.

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.

Einzelheftpreis: 13,00 Euro

Online-Abonnement: Ein Online-Abo kostet jährlich für Privatkunden 41,00 Euro.

Die Preise für Institutionen und soziale Dienste hängen von der Größe der Einrichtung ab.

Ausführliche Preisinformationen unter psychiatrie-verlag.de/abonnement-bestellen/

Layout und Satz

Alexander Barthel, Jessen (Elster)

Druck

Druckkontor Emden

ISSN 0930-4177

Postvertriebskennzahl 7044



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.



Broschüren und Bücher



Der beste Vater der Welt
Bilderbuchbroschüre über Psychosen
für Kinder zwischen 5 und 8 Jahren,
6516-01, 2,00 Euro



Patientenrechte
Therapie und Selbstverantwortung in
psychischen Krisen – welche Rechte
habe ich als Patient,
6623-10, 4,00 Euro (1 Satz = 10 Stück)



**Bürgerhilfe in der
Gemeindepsychiatrie**
Broschüre, 6803-01, 1,00 Euro



Mamas Monster
Bilderbuch über Depressionen
für Kinder zwischen 5 und 7 Jahren,
6512-01, 2,00 Euro



**40 Jahre Psychiatrie-Enquete,
40 Jahre Dachverband Gemeinde-
psychiatrie**
Reader zur Historie,
6806-01, 15,00 Euro



Neue Wege zur Inklusion
Abschlussbroschüre des Projekts
PIELAV, 6805-01, 2,00 Euro



Wahlverwandtschaft, Görres/Pirsig
Engagiert in Patenprojekten
Praxis Gemeindepsychiatrie, Band 3,
6510-01, 3,00 Euro



**Unterstützung für Familien
mit einem psychisch erkrankten
Elternteil**
Broschüre zu Leuchtturmprojekten
7000-01, 2,00 Euro



Seelische Krise – Was tun?
Informationsblatt zu Hilfen in Krisen,
6620-10, 4,00 Euro (1 Satz = 10 Stück)



**Psychische Erkrankung
am Arbeitsplatz**
Ratgeber für Führungskräfte.
In Zusammenarbeit mit BARMER
6905-01, 2,00 Euro



**Der dritte Sozialraum als Hand-
lungsort gemeindepsychiatrischer
Organisationen**
Fachbuch mit Perspektiven auf bürger-
schaftliches Engagement
6515-01, 3,00 Euro



Recovery
Die Broschüre stellt die Aspekte des
Recovery-Konzepts vor,
6622-10, 4,00 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Inklusion selbst in die Hand nehmen
Broschüre zur Selbsthilfe in seelischen
Krisen, 6801-01, 1,00 Euro



Miteinander im Gespräch
Broschüre zu Netzwerkarbeit in der
Behandlung, 6802-01, 1,00 Euro

Unsere Artikel
können Sie ebenfalls über
den Online-Shop bestellen.
Dort finden Sie auch vergünstigte
Preise für größere Mengen:
www.dvgp.org/shop

DVDs und CDs



Die Bettelkönigin
Ein Hörbuch zu psychischen
Erkrankungen für Kinder
von 8 bis 11 Jahren
6630-01, 2,00 Euro



Wahnsinnig Normal
DVD, Film über die Arbeit des
Dachverbands und seiner Mitglieder
6631-01, 2,00 Euro

Faltblätter und Factsheets



**Factsheets zur Kinder- und
Jugendpsychiatrie**
Set mit Infos für Eltern und Jugendliche,
6903-01, 2,00 Euro



**Unterstützung für psychisch
erkrankte Mütter und Väter**
Überblick über Hilfen und Anlaufstellen
6906-01, 1,00 Euro



**Gemeinsam
Bürgerschaftliches Engagement,
durch, mit und für psychisch
erkrankte junge Menschen**
6621-10, 2,00 Euro (1 Satz = 10 Stück)



Soziotherapie
Grundlagen und Möglichkeiten der
soziotherapeutischen Behandlung
6908-01, 1,00 Euro



**Psychiatrische häusliche
Krankenpflege**
Set mit Blättern für Betroffene/Ange-
hörige und Verordnende
6907-01, 1,00 Euro

Hiermit bestelle ich die oben markierten Titel. Zusammen mit der Lieferung erhalte ich eine Rechnung, die ich fristgerecht bezahlen werden. Die angegebenen Preise verstehen sich inkl. Versandkosten.

Bestellschein bitte per Fax an: 0221 788743-10

Name

E-Mail

PLZ/Ort

Datum

Straße

Unterschrift

Der Broschürenversand wird freundlicherweise von unserem Mitglied BTZ Köln übernommen. Wir bedanken uns für die Unterstützung:
BTZ Berufliche Bildung Köln GmbH – JobProfil

Oskar-Jäger-Straße 50 | 50825 Köln | Telefon: 0221 788743-0 | Fax: 0221 788743-10 | dederer@jobprofil-koeln.de

PraxisWissen

Kompakt, aktuell und praxisnah



Tanja Sappok, Meike Wehmeyer
**Menschen mit Störung
der Intelligenzentwicklung begleiten**
160 Seiten, 22,00 €, ISBN 978-3-96605-301-3
eBook 21,99 €



Timo Storck
**Übertragung und Gegenübertragung
in der psychiatrischen Arbeit**
160 Seiten, 22,00 €, ISBN 978-3-96605-285-6
eBook 21,99 €