

Orientierungshilfe für Einsatzstellen und Träger

zum Umgang mit psychischen
Krisen im Freiwilligendienst



FREIWILLIGENDIENSTE
BREMEN

Stand: Mai 2025

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Das Wichtigste zuerst: Schnelle Hilfe in Krisen	4
2.1	Akute Notfälle	4
2.2	Weitere Anlaufstellen und Wege zur Psychotherapie	5
3	Allgemeines zur Kommunikation mit Menschen in psychischen Krisen	6
3.1	Die eigene Haltung und Position reflektieren	6
3.2	Wie gestalte ich die Gesprächssituation?	7
3.3	Zur Arbeitsfähigkeit von Menschen in psychischen Krisen	8
3.4	Minderjährige in Krisensituationen	10
4	Umgang mit speziellen psychischen Problemen	11
4.1	Suizidalität.....	11
4.2	Selbstverletzendes Verhalten	13
4.3	Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, kein Bock, alles zu schwierig?.....	14
4.4	Himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt.....	15
4.5	Ich verstehe die Welt nicht mehr (und sie mich nicht): Verfolgungsgedanken, Wahn, Paranoia, Halluzinationen	16
4.6	Ängste, Panikattacken, Vermeidungsverhalten	18
4.7	Sucht/Esstörungen	19
5	Umgang mit Tod und Trauer	21

1 Einleitung

Ein Freiwilligendienst kann eine ganz besondere Zeit im Leben junger Menschen sein: Viele Freiwilligendienstleistende leben zum ersten Mal außerhalb ihres gewohnten Umfelds, lernen die Arbeitswelt von innen kennen, haben womöglich gerade erst die Schule abgeschlossen, orientieren sich sozial neu, entdecken vielleicht neue Lebensinhalte und nehmen idealerweise Inspirationen für ihren weiteren Lebensweg mit.

All diese Veränderungen bergen große Chancen, können aber auch Verunsicherung und Stress mit sich bringen. Auch wenn die meisten Freiwilligen ihren Dienst als bereichernde Erfahrung empfinden, begegnen sie mit hoher Wahrscheinlichkeit Situationen, die sie als überfordernd erleben. Insbesondere denjenigen, die bereits individuelle, biografisch bedingte Schwierigkeiten mitbringen, fällt es manchmal schwer, den vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden. So können psychische Erkrankungen, aber auch familiäre Probleme oder andere persönliche Sorgen Reibungen verursachen, die die erfolgreiche Absolvierung des Dienstes gefährden: von erhöhtem Betreuungsbedarf über Konflikte in den Einsatzstellen bis hin zum Abbruch des Freiwilligenjahres.

Solche Komplikationen beeinträchtigen nicht nur die Zufriedenheit und Arbeitsfähigkeit der Freiwilligen, sondern übersteigen mitunter auch die zeitlichen oder fachlichen Kapazitäten der Anleiter*innen in den Einsatzstellen und der pädagogischen Mitarbeitenden bei den Trägern. Um auf allen Seiten zur Entlastung beizutragen, hat die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) der Freiwilligendienste in Bremen eine Stelle speziell für die psychosoziale Beratung der Freiwilligen sowie für die fachliche Beratung der begleitenden Mitarbeitenden geschaffen. Daraus ist die vorliegende Orientierungshilfe entstanden. Sie bietet Empfehlungen im Umgang mit schwierigen Situationen, die in der Zusammenarbeit mit Freiwilligen im Kontext psychischer Krisen auftreten können.

2 Das Wichtigste zuerst: Schnelle Hilfe in Krisen

2.1 Akute Notfälle

Bei **akuter Selbst- oder Fremdgefährdung** und in sonstigen **medizinischen Notfällen** ist ohne Zögern der **Notruf** zu wählen: Tel. **110** oder **112**

Falls unklar ist, inwieweit eine Gefährdung vorliegt, sollte fachlicher Rat eingeholt werden. Die Mitarbeitenden der folgenden Stellen können am Telefon oder vor Ort eine Einschätzung der Lage vornehmen und empfehlen, wie weiter vorzugehen ist:

⇒ **Sozialpsychiatrischer Dienst:** (Mo-Fr 8:30 bis 17:00 Uhr):

- Mitte: 0421-8005 8210 (Mitte, Häfen)
- Nord: 0421-6606 1125 (Burglesum, Vegesack, Blumenthal)
- Süd: 0421-222 1310 (Neustadt, Obervieland, Huchting, Woltmershausen, Seehausen, Strom)
- Ost: 0421-408 1850 (Östliche Vorstadt, Schwachhausen, Vahr, Horn-Lehe, Borgfeld, Oberneuland, Osterholz, Hemelingen)
- West: 0421 222 1410 (Blockland, Findorff, Walle, Gröpelingen)

⇒ **Kriseninterventionsdienst:** Tel. 0421-800 582 33 (Mo-Fr 15:00 bis 23:00 Uhr; am Wochenende und an Feiertagen von 8:30 bis 17:00 Uhr)

⇒ **Krisentelefon:** Tel. 0421-95 700 310 (Mo-Fr 21:00 bis 8:30; am Wochenende und an Feiertagen 17:00-8:30)

⇒ **Alternative Anlaufstellen in akuten Krisen sind:**

- Aufnahmetelefon Psychiatrie Bremen-Ost: Tel. 0421-408 1234
- Kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz Bremen-Ost: Tel. 0421-408 2677
- Nachtcafé Bremen für Menschen in psychischen Krisensituationen in der Helgolander Str. 73: Di-Fr von 20:00 - 01:00 Uhr, 0421 9570 0310

In sonstigen nicht akut lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen kann der Ärztliche Notdienst gerufen werden: Tel. 116 117

Ausführlichere Informationen zum Thema **Suizidalität** s. Kapitel 4.1.

Im Falle einer vermuteten **Kindeswohlgefährdung** ist das Kinder- und Jugendschutztelefon zu kontaktieren: Tel. 0421-699 11 33

In **Bremerhaven** gibt es darüber hinaus folgende Anlaufstellen:

- ⇒ **Telefonseelsorge Bremen:** 0800-11 101 11 (Tag und Nacht erreichbar, auch vom Handy kostenlos)
- ⇒ **Sozialpsychiatrischer Dienst:** Tel. 0471-590 2655 (Mo-Do 8:00-15:00; Fr 8:00-14:00)
- ⇒ **Nachtcafé für Menschen in schwierigen Lebenssituationen** in der Bürgermeister-Smidt-Str. 129 (Mo-Fr 18:00-22:00)
- ⇒ **Psychiatrische Institutsambulanz:** Tel. 0471-299 3437 (Mo-Fr 8:00-13:00)
- ⇒ **Kinder- und Jugendnotdienst:** Tel. 0471-96 20 10

2.2 Weitere Anlaufstellen und Wege zur Psychotherapie

Eine ausführlichere Auflistung von Hilfsangeboten stellt beispielsweise die Psychotherapeutenkammer Bremen gesondert für Bremen und Bremerhaven zur Verfügung:

<https://pk-hb.de/wp-content/uploads/2023/03/Krisen-Beratungsstellen-in-der-Stadt-Bremen.pdf>

<https://pk-hb.de/wp-content/uploads/2023/02/Krisen-Beratungsstellen-Bremerhaven-aktuell-2.pdf>

Außerdem können junge Menschen bis zum Alter von 27 Jahren die umfassenden Beratungsangebote der Jugendberufsagentur in Anspruch nehmen. Diese beinhalten nicht nur Unterstützung bei der Berufswahl, sondern in allen Lebenslagen, auch z. B. bei privaten oder familiären Problemen.

- ⇒ **Bremen:** Fachberatung Jugendhilfe
 - Nord: Tel. 0421-361 16-103 oder -711
 - Ost: Tel. 0421-361 88911
 - Süd: Tel. 0421-361 88912
 - Mitte/West: Tel. 0421/361 17266
 - Aufsuchende Beratung: Tel. 0421-361 16129
- ⇒ **Bremerhaven:** Tel. 0471-391 987-51/52

Psychotherapieplatzsuche: Es kommt des Öfteren vor, dass Freiwilligendienstleistende eine ambulante Psychotherapie beginnen wollen, sich aber angesichts der unübersichtlichen Versorgungslandschaft und häufig langer Wartezeiten überfordert fühlen. Hier kann es hilfreich sein, ihnen ein paar praktische Hinweise für die Therapieplatzsuche zu geben. Neben dem oft recht beschwerlichen Abtelefonieren der Therapiepraxen¹ gibt es u. a. folgende Optionen:

¹ Entsprechende Listen stellt z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Bremen zur Verfügung. Man hat tendenziell bessere Chancen bei Praxen am unteren Listenende, da diese seltener kontaktiert werden.

a) sich über die Kassenärztliche Vereinigung direkt einen Termin für ein Erstgespräch vermitteln lassen: Tel. 116 117 oder Online unter: <https://www.116117-termine.de/>. Dort gibt es einen Anspruch auf entsprechende Termine, aber man kann sich Therapeut*in und Therapieverfahren nicht aussuchen. Sollte sich aber im Erstgespräch herausstellen, dass man woanders besser aufgehoben wäre, lässt sich das noch ändern. Nach einem Erstgespräch kann es eine Weile dauern, bis eine Therapie beginnt, aber zumindest ist dann der erste Schritt schon einmal getan.

b) bei den Psychotherapie-Ausbildungsinstituten anfragen. Dort gibt es Ausbildungsteilnehmende, die oft schneller Erstgespräche und ggf. auch Therapieplätze anbieten können als bereits fertig ausgebildete Therapeut*innen. Eine Auflistung der Therapieinstitute in Bremen und Umgebung ist hier zu finden: <https://pk-hb.de/aus-fort-und-weiterbildung/ausbildung/ausbildungsinstitute/>

3 Allgemeines zur Kommunikation mit Menschen in psychischen Krisen

3.1 Die eigene Haltung und Position reflektieren

Im Folgenden geht es um die Kommunikation mit Menschen mit unterschiedlichen Arten psychischer Belastungen. Manchmal erleben wir es als überfordernd, jemanden darauf anzusprechen oder mit einem bestimmten Thema konfrontiert zu sein. Dafür kann es unterschiedliche Gründe geben, z. B.:

- Ich befürchte, mich nicht gut abgrenzen zu können
- Ich mache mir Sorgen, der betreffenden Person zu nahe zu treten
- Ich stehe der betreffenden Person nicht nahe oder verstehe mich nicht gut mit ihr
- Ich kenne mich mit dem vermuteten Thema nicht aus
- Ich empfinde das Thema als unangenehm/beängstigend/abstoßend
- Ich bin selbst vom Thema betroffen

Insbesondere in solchen Fällen ist es sehr wichtig, die eigenen Grenzen zu kennen. Ziel sollte sein, die Situation für sich und andere positiv zu verändern. Dafür ist es oft erforderlich, Probleme gerade **nicht auf eigene Faust zu „lösen“**. Stattdessen gibt es meist verschiedene andere Möglichkeiten, z. B.:

- ✓ für sich selbst und ggf. im Team in Ruhe überlegen:
 - Welches Gesprächs-Setting und welches Thema traue ich mir zu?
 - Wo wünsche ich mir Unterstützung?
 - Wofür bin ich zuständig?
 - Worum sollten sich lieber andere kümmern?
- ✓ Kolleg*innen hinzuziehen, um eine Einschätzung bitten
- ✓ fachlichen Rat einholen – auch schon **vor** etwaigen Gesprächen

- ✓ Menschen auf das beobachtete Phänomen ansprechen, die der Person näherstehen
- ✓ die eigene Bewertung des Themas und etwaige eigene Unsicherheiten/Wissenslücken vorher reflektieren
- ✓ sich über das jeweilige Thema gut informieren

3.2 Wie gestalte ich die Gesprächssituation?

In manchen Fällen wird sich womöglich herausstellen, dass die betreffende Person z. B. bereits Unterstützung erfährt, nichts weiter benötigt und sich das Gespräch bis auf Weiteres erübrigt. Falls sich aber der Eindruck bestätigt, dass Hilfe erforderlich ist, weil z. B. die Gesundheit der*s Freiwilligendienstleistenden und/oder die Durchführung des Freiwilligendienstes gefährdet sein könnte, sollte ein Gespräch lieber früher als später stattfinden. Dafür ist neben den bereits genannten Punkten Folgendes wichtig:

- ✓ das Gespräch sollte möglichst an einem ruhigen, störungsfreien Ort stattfinden
- ✓ ergebnisoffen und mit Interesse am Erleben und Befinden der Person ins Gespräch gehen
- ✓ Statt Kritik die eigene Sorge in den Vordergrund stellen
- ✓ ausdrücklich Wertschätzung und Unterstützung signalisieren
- ✓ i. d. R. nicht bereits vorher den gewünschten Gesprächsverlauf festlegen, sich aber gut auf mögliche Szenarien vorbereiten (z. B.: wie reagiere ich bei Selbstgefährdung?)
- ✓ empathisch aufs Gegenüber eingehen, nicht bewerten, nicht unter Druck setzen
- ✓ nicht die Person ist das Problem, sondern z. B. gestörte Arbeitsabläufe oder gesundheitliche Gefährdungen sind ein Problem
- ✓ Fragen stellen und das Gesagte in eigenen Worten wiedergeben
- ✓ ruhig und sachlich bleiben
- ✓ nichts versprechen, was nicht garantiert werden kann
- ✓ konkrete Vereinbarungen treffen und ggf. schriftlich festhalten

⇒ *Auch wenn ich mir zutraue, – allein oder mit Unterstützung – das Gespräch zu suchen, sollte für mich selbst und meine*n Gesprächspartner*in klar sein, dass es sich nur um eine punktuelle Intervention im Rahmen der eigenen Möglichkeiten handelt. Sofern ich nicht explizit für eine weitergehende Betreuung zuständig bin, verweise ich an geeignete Stellen.*

⇒ *Wenn ein Unterstützungsbedarf unerwartet aufkommt (z. B. mitten im Seminar), sollte ich zuerst überlegen, ob ich gerade in der Lage bin, mich dem Thema in angemessener Weise zu widmen. Sofern es sich nicht um eine akute Gefährdung handelt, kann es sinnvoll sein, ein entsprechendes Gespräch zu vertagen oder zu delegieren. Wichtig ist vor allem, der betroffenen Person unmittelbar zu versichern, dass sie mit ihrem Problem ernst genommen und nicht alleingelassen wird.*

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass auf mögliche psychische Probleme angesprochene Personen zunächst abweisend reagieren. Vielfach sind die entsprechenden Themen mit Scham besetzt; außerdem können einige psychische Erkrankungen mit Realitätsverlust oder verringerter Einsichtsfähigkeit einhergehen. Umso wichtiger ist es, für einen Gesprächsrahmen zu sorgen, in dem die Freiwilligendienstleistenden sich sicher fühlen können. Sollte der Eindruck entstehen, dass ein Gespräch im Augenblick nicht erwünscht ist, kann z. B. gefragt werden:

- ⇒ Können wir zu einem anderen Zeitpunkt noch einmal darüber sprechen?
- ⇒ Wäre es dir lieber, wenn jemand anderes mit dir darüber spricht?

Selbst wenn ein Gespräch nicht zustande kommt oder zu unbefriedigenden Ergebnissen führt, kann es dennoch richtig gewesen sein, es zu initiieren. Idealerweise sollte trotzdem auch für die Zukunft Unterstützungsbereitschaft signalisiert werden. Manchmal braucht jemand nur Zeit und wird ein andermal auf das Gesprächsangebot zurückkommen.

Auch im Nachgang einer psychischen Krise ist es ratsam, sich regelmäßig und mit authentischem Interesse, aber unaufdringlich nach dem Befinden der Person zu erkunden. Viele Menschen erleben stark schwankende Stimmungslagen; deshalb kann auch aus einer Symptomverbesserung nicht geschlossen werden, das Thema habe sich für immer erledigt. Zugleich ist es wichtig, Menschen nicht auf ihre psychische Verfassung zu reduzieren, sondern allgemein Interesse an der Person zu zeigen.

3.3 Zur Arbeitsfähigkeit von Menschen in psychischen Krisen

Psychische Krisen führen nicht notwendigerweise zur Arbeitsunfähigkeit. Mitunter kann es sogar hilfreich für Betroffene sein, regelmäßig zur Arbeit zu gehen, um daraus Struktur, Sinn und Stabilität zu beziehen. Wenn aber auf Grund einer psychischen Erkrankung das Arbeiten oder bestimmte Aufgaben (vorübergehend) als überfordernd erlebt werden, ist das unbedingt ernst zu nehmen. Wenn möglich, sollte flexibel auf die Bedürfnisse der*s Freiwilligendienstleistenden reagiert werden, um eine Verschlimmerung der Situation oder einen Abbruch des Freiwilligendienstes zu verhindern.

Manche Menschen stürzen sich auch in Arbeit, um sich von ihren eigenen psychischen Problemen abzulenken. Auch wenn also Freiwilligendienstleistende durch maßlosen Einsatz auffallen und augenscheinlich ihre eigenen Grenzen nicht wahrnehmen können, sollte das Gespräch gesucht und zur Selbstfürsorge angehalten werden.

Die meisten Freiwilligendienstleistenden verfügen über wenig Erfahrung in der Arbeitswelt und können daher häufig schlecht einschätzen, wo sie Grenzen ziehen dürfen und wann sie sich z. B. krankmelden sollten. Außerdem sind psychische Erkrankungen nach wie vor häufig mit Scham verbunden. Deshalb neigen viele Menschen dazu, eine offene Auseinandersetzung mit ihren psychischen Problemen und den daraus resultierenden Konsequenzen zu vermeiden. In der Folge werden psychotherapeuti-

sche/psychiatrische Hilfsangebote oft erst in Anspruch genommen, wenn die Erkrankung bereits länger vorangeschritten ist. Die Behandlung gestaltet sich dann entsprechend tendenziell zeitintensiver, was zu längerfristigen Ausfällen führen kann.

Deshalb ist es auch aus Sicht der Träger und Einsatzstellen sinnvoll, den Freiwilligendienstleistenden transparent zu kommunizieren, dass...

- ✓ ...es wichtig sein kann, beizeiten „nein“ zu sagen und Grenzen zu setzen.
- ✓ ...psychische Erkrankungen normal und häufig und kein Grund sind, sich zu schämen.
- ✓ ...es völlig in Ordnung ist, sich krankschreiben zu lassen, wenn man sich nicht imstande fühlt, zur Arbeit zu gehen.
- ✓ ...die genaue Ursache einer Arbeitsunfähigkeit selbstverständlich nicht der Arbeitgeberin mitgeteilt werden muss, es aber unter Umständen hilfreich sein kann, offen über das eigene Befinden zu sprechen, und dies auch willkommen ist.

Die Berücksichtigung psychischer Schwierigkeiten steht im Übrigen keineswegs im Widerspruch dazu, von den Freiwilligendienstleistenden grundsätzlich Zuverlässigkeit und einen angemessenen Einsatz in ihrem Arbeitsbereich zu erwarten. Träger und Einsatzstellen sind – auch im Sinne der Inklusion – dazu angehalten, *gemeinsam mit den Freiwilligendienstleistenden* individuelle Lösungen zu finden, damit diese sich möglichst unabhängig von ihren psychischen Dispositionen entfalten und zu ihren Stärken finden können. Gerade Menschen, die auf Grund einer psychischen Erkrankung nur eingeschränkt leistungsfähig sind, kann es guttun, sich trotzdem als selbstwirksam und kompetent zu erleben.

Dem Wohlbefinden der Freiwilligendienstleistenden ist dabei höchste Priorität beizumessen; nicht nur aus ethischen, sondern auch aus pragmatischen Erwägungen: Wer sich wohl und sicher fühlt, ist eher geneigt, offen über schwierige Themen zu sprechen und zu sagen, was sie*er braucht, um gut arbeiten zu können. Wer sich unter Druck gesetzt fühlt, wird sich eher zurückziehen und eine lösungsorientierte Kommunikation verweigern. Wenn also geklärt werden soll, inwieweit Freiwilligendienstleistende trotz psychischer Erkrankung noch einsatzfähig sind, empfiehlt es sich, in erster Linie von den Ressourcen der betreffenden Person auszugehen und die Aufgabenverteilung daran anzupassen. Mehr zu fordern, als aktuell geleistet werden kann, ist wenig aussichtsreich.

Selbstverständlich ist es manchmal unvermeidlich, die Zusammenarbeit zu beenden. Nach Möglichkeit sollte jedoch versucht werden, entsprechende Schritte so zu kommunizieren, dass für die betreffende Person deutlich wird: Die Entscheidung richtet sich nicht generell gegen meine Person, sondern ist unter den aktuellen Umständen erforderlich und sachlich begründet; ich werde unabhängig davon wertgeschätzt.

3.4 Minderjährige in Krisensituationen

Bei psychischen Krisen von minderjährigen Freiwilligendienstleistenden kann es notwendig sein, die Erziehungsberechtigten zu informieren. Insbesondere wenn augenscheinlich eine Gefährdung vorliegt, ist dies erforderlich; es sei denn, durch den Einbezug der Erziehungsberechtigten wäre eine Verschlimmerung der Situation zu befürchten. Das Vorgehen sollte nach Möglichkeit gemeinsam mit der minderjährigen Person besprochen werden, damit sie es nicht als fremdbestimmt erleben. Falls von den Erziehungsberechtigten kein adäquater Umgang mit dem Problem zu erwarten ist oder gar eine Gefährdung von ihnen ausgeht, sollte stattdessen eine kinder- und jugendpsychiatrische Fachstelle bzw. das Kinder- und Jugendschutztelefon oder eine vergleichbare Einrichtung kontaktiert werden. Im Falle einer Kindeswohlgefährdung durch die Erziehungsberechtigten sollte grundsätzlich eine Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft nach §8a SGB VIII in Anspruch genommen werden. Dies kann auch der Klärung dienen, *ob* die betreffende Situation überhaupt als Gefährdung einzuschätzen ist.

4 Umgang mit speziellen psychischen Problemen

Dieses Kapitel enthält Handlungsempfehlungen für verschiedene konkrete Szenarien, und zwar sowohl für Notfallsituationen als auch für weniger bedrohliche Problemlagen, die aber dennoch herausfordernd sein können. Ausführlichere Richtlinien für den Umgang mit den meisten akuten psychischen Problemen sind darüber hinaus hier zu finden: <https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/was-ist-mhfa/guidelines/>

4.1 Suizidalität

Was tun bei akuter Suizidalität?

Bei unmittelbarer Suizidgefahr, also wenn z. B. konkrete Suizidhandlungen angekündigt werden oder jemand sich sichtlich selbst in Gefahr bringt, s. Kapitel 2: sofort Notruf wählen, ggf. weitere Personen hinzuholen, möglichst ruhig bleiben, mit der Aufmerksamkeit bei der betroffenen Person bleiben und Unterstützung anbieten, bis Hilfe eingetroffen ist.

Falls die Person ihre Suizidabsicht telefonisch oder in einer Nachricht äußert, sollte ihr Aufenthaltsort erfragt und ebenfalls der Notruf gewählt werden. Auch in diesen Fällen sollte der Kontakt zur gefährdeten Person möglichst aufrechterhalten werden, bis Hilfe bei der Person eingetroffen ist.

In Zweifelsfällen können auch die oben genannten anderen (z. B. sozialpsychiatrischen) Dienste zur Abklärung herangezogen werden. Grundsätzlich ist es aber **niemals falsch, den Notruf zu wählen**, wenn eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.

Wenn jemand sich suizidal äußert, aber bereit ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist es auch möglich, die Person zu einer Klinik o. Ä. zu begleiten. Wichtig ist aber, die Person nicht alleine zu lassen und die eigenen Grenzen zu kennen, sich nicht zu überfordern. Deshalb: lieber früher als später professionelle Hilfe hinzuziehen.

Es ist unbedingt ratsam, nach einer miterlebten Gefährdungssituation (und erst recht im Falle eines vollzogenen Suizids) für sich und ggf. andere involvierte Personen Hilfe in Anspruch zu nehmen, um das Erlebte zu verarbeiten. Neben einer Nachbereitung im Team kann auch externe Unterstützung hilfreich sein, z. B. Supervision oder Beratung durch eine geeignete Fachstelle.

Was tun bei latenter Suizidalität?

Warnhinweise auf mögliche Suizidabsichten sollten unbedingt ernst genommen werden. Anzeichen und Risikofaktoren einer Suizidgefährdung können unter anderem sein:

- Sozialer Rückzug und Veränderungen der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens, der Stimmung oder der Leistungsfähigkeit
- Hoffnungslosigkeit, z. B. Äußerungen wie „Es hat doch alles gar keinen Sinn mehr...“

- Äußerungen und Verhaltensweisen, die auf ein „Ende“ hindeuten, z. B. Abschied nehmen, persönliche Angelegenheiten final ordnen, „Ich weiß nicht, ob wir uns nächste Woche noch wiedersehen“, etc.
- Vergangene Suizidversuche
- Bereits bestehende psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Schizophrenie und Suchterkrankungen

Jemanden ruhig und sachlich auf mögliche suizidale Tendenzen anzusprechen, erhöht **nicht** die Gefahr eines Suizids. Im Gegenteil kann es für beide Seiten eine entlastende Wirkung haben und ggf. ein wichtiger Schritt hin zur Vermittlung geeigneter Hilfen sein. Deshalb: keine Scheu, das Gespräch zu suchen, eventuell auch gemeinsam mit einer dritten Person und idealerweise an einem störungsfreien Ort. Wichtig ist, das suizidale Erleben nicht zu bewerten und die suizidale Person nicht unter Druck zu setzen. Mögliche Fragen sind:

- ⇒ „Ich hatte in letzter Zeit öfter den Gedanken, dass es dir vielleicht nicht gut geht, und wollte mal fragen, ob mein Eindruck stimmt?“
- ⇒ „Gibt es etwas, das dich momentan beschäftigt?“
- ⇒ „Wie sieht es zurzeit mit dem Lebensmut aus?“

Wenn sich im Gespräch zeigt, dass tatsächlich etwas im Argen liegt, können auch konkretere Fragen gestellt werden, z. B.:

- ⇒ „Denkst du manchmal darüber nach, dir etwas anzutun?“

Wenn eine Selbstgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, sollte gemeinsam mit der betreffenden Person das weitere Vorgehen besprochen werden. Dabei können/sollten, möglichst in Absprache mit der Person, auch weitere Menschen einbezogen werden, z. B. Kolleg*innen, Angehörige und, besonders wichtig: professionelle Unterstützung. Auch hier gilt: die suizidale Person nicht mit ihrer Problematik allein lassen, sondern sich vergewissern, dass weiterführende Hilfen in Anspruch genommen werden, z. B. Beratungsgespräche oder psychotherapeutische/psychiatrische Unterstützung. Nicht über kurzfristige Intervention hinaus versuchen, das Problem selbst zu „lösen“.

Wenn die Gefährdungslage unklar ist und/oder trotz erhöhtem Risiko eine direkte Weitervermittlung an einen Krisendienst, eine Klinik o. Ä. nicht unmittelbar möglich ist, sollte mit der gefährdeten Person eine verbindliche Vereinbarung getroffen werden. Beispielsweise kann ein zeitnahe neuer Gesprächstermin vereinbart und die Person gebeten werden, sich bis dahin im Bedarfsfall unbedingt an eine Notfallnummer (s. Kapitel 2) zu wenden. Die Begleitung der Suizidalitäts-Thematik sollte jedoch so schnell wie möglich an eine geeignete Fachstelle delegiert werden.

Wenn das Thema Suizidalität in einem Gruppenkontext aufgekommen ist, beispielsweise auf einem Seminar, sollte es mit allen Teilnehmenden, die damit konfrontiert wurden, nachbereitet werden. Den Gruppenmitgliedern sollte die Gelegenheit geboten werden, sich moderiert darüber auszutauschen, Fragen zu stellen und zu sagen, was sie beschäftigt, ggf. mit Unterstützung einer erfahrenen Fachkraft. Das Thema sollte weder dramatisiert noch bagatellisiert werden; sondern es sollte klargestellt werden, dass psychische Krisen etwas Normales sind, es aber Hilfsangebote und Alternativen zu suizidalem Verhalten gibt. Es empfiehlt sich außerdem, das Thema möglichst *allgemein* zu besprechen, anstatt das konkrete Verhalten der suizidalen Person in den Vordergrund zu stellen.

4.2 Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten (SVV) kann unterschiedliche Formen annehmen, z. B. Verletzungen der Haut durch Ritzen, Knibbeln oder Verbrennen, Schlagen gegen den Kopf, Ausreißen von Haaren etc. Die Verhaltensweisen sind oftmals Ausdruck starker innerer Anspannungszustände und überfordern der Emotionen und dienen der kurzfristigen Entlastung.

Wenn SVV bei Freiwilligendienstleistenden beobachtet wird, sollte behutsam mit dem Thema umgegangen werden. Da es oft mit Scham besetzt ist, können insbesondere negative Bewertungen dazu führen, dass sich die betreffende Person zurückzieht und ihr Verhalten versteckt. Sofern das SVV augenscheinlich der Vergangenheit angehört, also z. B. lediglich bereits verheilte Narben zu sehen sind und die Person insgesamt einen psychisch stabilen Eindruck macht, besteht in der Regel kein Grund, das Thema anzusprechen. Handelt es sich dagegen um ein aktuelles Phänomen (d. h. jemand kommt z. B. regelmäßig mit neuen Schnittwunden auf die Arbeit), ist es höchstwahrscheinlich sinnvoll, im vertraulichen Rahmen das Gespräch zu suchen.

Als Einstieg kann eine unverfängliche Frage nach dem Befinden dienen. Falls die Person anschließend nicht von sich aus eine psychische Belastung erwähnt, kann das Thema z. B. auf folgende Weise angesprochen werden:

⇒ „Ich sehe, dass du dich selbst verletzt, und wollte nachfragen, ob du Unterstützung brauchst.“

Ähnlich wie Suizidalität sollte auch SVV weder dramatisiert noch unter den Teppich gekehrt werden, sondern es empfiehlt sich ein transparenter, sachlicher, empathischer Umgang damit:

- ✗ das SVV nicht verurteilen
- ✗ die betreffende Person nicht unter Druck setzen, es zu unterlassen
- ✗ nicht zu sehr auf das konkrete Verletzungsverhalten fokussieren, sondern allgemeiner nach Befinden und Bedürfnissen fragen
- ✓ Verständnis für die Situation und das Erleben der betreffenden Person zeigen

- ✓ zugleich auf alternative Möglichkeiten hinweisen, mit schwierigen Gefühlslagen umzugehen, z. B. durch Aufklärung über psychotherapeutische und psychiatrische Hilfsangebote.
- ✓ möglichst gemeinsam nach Lösungen suchen, anstatt zu bevormunden

In der Regel wird durch SVV keine Selbsttötung beabsichtigt, dennoch sind Menschen, die sich selbst verletzen, überdurchschnittlich häufig suizidgefährdet. Deshalb ist es insbesondere bei akutem SVV ggf. ratsam, das Suizidalitätsrisiko abzuklären. Müssen Verletzungen medizinisch versorgt werden, ist ärztliche Hilfe einzuholen; eventuell kann auch darüber eine Verweisung an geeignete psychotherapeutische/psychiatrische Stellen erfolgen.

SVV im Gruppenkontext: Wie bei Suizidalität im Gruppenkontext gilt auch für SVV: Das Thema sollte bei Bedarf allgemein, pragmatisch und informativ behandelt werden. Es sind Hilfsangebote und Alternativen zu nennen; etwaige durch SVV aufgefallene Personen sollten nicht in den Mittelpunkt gerückt werden.

4.3 Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, kein Bock, alles zu schwierig?

Häufig ergeben sich Probleme bei der Durchführung von Freiwilligendiensten aus Beeinträchtigungen der Gemütslage. Die Stimmung kann so niedergedrückt sein, dass die Energie fehlt, um überhaupt auf die Arbeit zu gehen und eigentlich einfache Aufgaben zu erledigen. Seltener kann auch das Gegenteil der Fall sein: Die Stimmung schießt über und Betroffene überschätzen sich selbst. Dazu mehr in Kapitel 4.4.

Doch zunächst zum häufigeren Phänomen, zur Niedergeschlagenheit: Einen schlechten Tag hat bekanntlich jede*r mal. Wenn aber über einen längeren Zeitraum Niedergeschlagenheit der dominierende Gemütszustand ist, liegt womöglich eine depressive Symptomatik vor. Depressionen können sich in unterschiedlichen Erscheinungsbildern äußern und sind daher nicht immer leicht von außen zu erkennen. Im Freiwilligendienst machen sie sich nicht selten durch verringerte Arbeitsmotivation und erhöhte Fehlzeiten bemerkbar. Häufige Anzeichen für eine Depression sind:

- niedergedrückte Stimmung, Freudlosigkeit
- Antriebsschwäche, Müdigkeit und Konzentrationsprobleme
- sozialer Rückzug und vermindertes Selbstvertrauen
- Gefühle von Minderwertigkeit und Sinnlosigkeit
- Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, evtl. Vernachlässigung der Körperhygiene

Die jeweiligen Merkmale treten nicht bei allen Betroffenen auf und auch nicht zu jeder Zeit. Sie werden oft von den Erkrankten selbst zunächst nicht erkannt, obwohl sie enorme Belastungen verursachen können. Insbesondere bei schwereren Depressionen fällt es Patient*innen oft schwer, überhaupt aus dem Bett aufzustehen und ganz normale Alltagstätigkeiten zu erledigen. Für Außenstehende ist das

Erleben depressiv erkrankter Menschen meist kaum nachzuempfinden. Umso wichtiger ist ein sensibler Umgang mit Betroffenen, der z. B. Folgendes berücksichtigt:

- ✗ Keine banalen Aufmunterungen wie „Kopf hoch!“ oder „Lach doch mal!“
- ✗ Keine unerbetenen Ratschläge oder Kommentare wie „Mach doch Yoga“, „Manchmal muss man sich halt zusammenreißen“ oder „Andere haben es auch nicht leicht“
- ✗ Antriebsschwäche nicht mit Faulheit oder Verweigerungshaltung verwechseln

Stattdessen:

- ✓ Verständnisvoll und akzeptierend darauf eingehen, dass es der Person nicht gut geht
- ✓ Signalisieren, dass es in Ordnung ist, keine Kraft zu haben und schlecht drauf zu sein
- ✓ nach Bedürfnissen und Wünschen fragen
- ✓ nach Möglichkeit Druck auslösende Faktoren reduzieren, z. B. durch Anpassung von Aufgabenverteilungen oder Arbeitszeiten
- ✓ Bei Bedarf darauf hinweisen, dass es in Ordnung ist und sehr sinnvoll sein kann, sich krankzuschreiben zu lassen (ggf. kann darüber auch eine Verweisung an psychotherapeutische/psychiatrische Hilfsangebote erfolgen)

Unter depressiv erkrankten Menschen ist das Suizidalitätsrisiko erhöht, daher kann es auch hier ratsam sein, nach dem Lebensmut zu fragen. Ansonsten bietet sich bei Bedarf ein ähnlicher Einstieg ins Gespräch an wie bereits zuvor beschrieben: Nach dem Befinden erkundigen und fragen, ob die Person etwas braucht.

Besonders wichtig ist es, Menschen mit Depressionen nicht zu überfordern. Oft wird es als äußerst belastend empfunden, Dinge nicht zu schaffen, die sonst eigentlich kein Problem sein sollten. Damit konfrontiert zu werden, kann den inneren Druck und die Selbstzweifel noch verstärken und die Situation verschärfen. Stattdessen sollte mit Geduld und Akzeptanz gemeinsam nach aktuell für die Person realistischen Lösungen gesucht werden.

4.4 Himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt

Mitunter kann eine Depression auch sozusagen in ihr Gegenteil umschlagen, in die Manie: Antrieb und Stimmung sind weit über die Norm hinaus erhöht, und zwar in einem tendenziell gesundheitsschädlichen und sozial unverträglichen Maße. Die abgeschwächte Variante einer Manie wird *Hypomanie* genannt.

Bei vielen Betroffenen wechseln sich depressive und (hypo)manische Episoden ab. Dies wird als bipolare Störung bezeichnet. Reine Manien sind verhältnismäßig selten. Kennzeichen (hypo)manischer Episoden können sein:

- Übertriebene Heiterkeit, Überdrehtheit, Ruhelosigkeit
- Distanz- und Hemmungslosigkeit, auffälliges Äußeres (z. B. buntere/freizügigere Kleidung, stärkeres Schminken als sonst), gesteigertes Sexual- und Konsumverhalten
- Selbstüberschätzung, Größenwahn, Verschwendungssucht
- (v.a. in der Manie) ständige „großartige“, aber unzusammenhängende neue Ideen und „Einsichten“ bis zum Wahn, sich überschlagende Gedanken, hektische Kommunikation
- vermindertes Schlafbedürfnis

Falls Freiwilligendienstleistende durch entsprechende Symptome auffallen, ist Folgendes wichtig:

- ✓ geduldige und freundliche, aber auch konsequente und transparente Kommunikation
- ✓ sich nicht von den überschäumenden Ideen der manischen Person aus der Ruhe bringen lassen, sondern ggf. klare Grenzen setzen
- ✓ Routinen und eine reizarme Umgebung können zur Beruhigung beitragen
- ✓ behutsam ärztlichen Rat nahelegen

Es ist gut möglich, dass Personen in (hypo)manischen Episoden sich bestens arbeitsfähig fühlen oder sogar durch besondere Einsatzbereitschaft hervorstechen. Da jedoch oft der Realitätsbezug beeinträchtigt ist, sollten sie keine Aufgaben übernehmen, die mit Verantwortung oder Stress verbunden sind. Bei Hypomanien kann eine Arbeitsfähigkeit noch gegeben sein, in ausgewachsenen Manien ist dagegen eine Krankschreibung angezeigt.

Da Maniker*innen häufig die Krankheitseinsicht fehlt, weil sie sich „blendend“ fühlen, kann es schwierig sein, sie davon zu überzeugen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es sollte dennoch versucht werden; und zwar bevorzugt mit professioneller Unterstützung (s. Kapitel 2), vor allem bei stärker ausgeprägten Symptomen. Sowohl die Manie selbst als auch das Auf und Ab der bipolaren Störung können erhebliche Risiken für Betroffene bergen: In der Manie überschätzen sich Menschen mitunter so sehr, dass sie sich (und evtl. andere) in Gefahr bringen; bei der bipolaren Störung können die starken Stimmungsschwankungen enorme Belastungen bis hin zur Suizidalität verursachen. Deshalb sollte in entsprechenden Krisensituationen ermittelt werden, ob eine Selbstgefährdung vorliegt (s. Kapitel 4.1).

4.5 Ich verstehe die Welt nicht mehr (und sie mich nicht): Verfolgungsgedanken, Wahn, Paranoia, Halluzinationen

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit einem Phänomen, dass nicht nur Betroffenen, sondern auch Außenstehenden große Angst bereiten kann, der Psychose. Unter einer Psychose wird ein Sinneszustand verstanden, der von Realitätsverlust und erheblichen Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen gekennzeichnet ist. Psychosen können u. a. im Rahmen von Schizophrenien, Manien und schweren Depressionen auftreten, aber auch durch den Konsum bestimmter Drogen oder organische Ursachen

(z. B. Schädigungen des Gehirns durch Unfall oder Erkrankung) ausgelöst werden. Im Folgenden wird hauptsächlich von schizophrenen Psychosen die Rede sein.

Typische Anzeichen können sein:

- Wahnvorstellungen, v. a. Verfolgungsgedanken
- Halluzinationen
- desorganisiertes, zerfahrenes Denken und entsprechende Kommunikation
- Gemütsveränderungen

Im Anfangsstadium einer Schizophrenie sind die Symptome in der Regel unauffälliger und unspezifischer, z. B.

- verstärktes Misstrauen, Zurückgezogenheit, depressive Tendenzen
- Konzentrationsschwierigkeiten, Unruhe, Reizbarkeit
- Veränderungen des Schlaf-, Ess- und Hygieneverhaltens

Im Vollbild einer Psychose können Betroffene überzeugt davon sein, dass andere schlecht über sie reden oder ihnen Böses wollen, dass ein Geheimdienst sie verfolgt, dass ihr Essen vergiftet sei o. Ä. Außerdem meinen viele, Stimmen zu hören, sehen Personen, die in Wirklichkeit gar nicht da sind, oder glauben, mit fremden Mächten im Kontakt zu stehen.

Vor allem im Falle ausgeprägter psychotischer Symptome ist die Kommunikation mit Betroffenen mitunter schwierig, da viele nur über geringe oder keine Krankheitseinsicht verfügen und misstrauisch sind. Es sollte jedoch möglichst frühzeitig professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden, da die Verläufe sich sonst oft verschlimmern, was eine erfolgreiche Therapie erschwert. Daher kann es bei Psychosen sinnvoll sein, zunächst fachlichen Rat einzuholen – beispielsweise von einem sozialpsychiatrischen Dienst –, wenn es darum geht, Betroffene auf Unterstützungsmöglichkeiten anzusprechen.

In der Gesprächsführung sind folgende Punkte zu beachten:

- ✓ Ruhe bewahren
- ✓ zugewandt und transparent kommunizieren, um nicht noch mehr Misstrauen zu schüren
- ✓ möglichst nur *in Absprache* psychiatrische Hilfe anfordern, außer in Gefährdungssituationen
- ✓ nicht versuchen, „verrückte“ Gedanken zu widerlegen, sondern empathisch auf das Erleben der Person eingehen, allerdings ohne sie in ihrem Wahn zu bestätigen, z. B.:
⇒ „Ich glaube dir, dass es sehr unangenehm ist, sich so bedroht zu fühlen“
- ✓ ggf. *im Einverständnis* mit der Person nahestehende Menschen einbeziehen, denen sie vertraut

Auch bei psychotischen Menschen kann zudem das Suizidalitätsrisiko erhöht sein und sollte daher gegebenenfalls abgeklärt werden.

4.6 Ängste, Panikattacken, Vermeidungsverhalten

Ein häufig bedrohlich anmutendes, aber vergleichsweise ungefährliches Phänomen sind Ängste und Panikattacken. Sie können sich stark auf die Durchführbarkeit des Freiwilligendienstes und insbesondere der Seminare auswirken, da diese mit Angst auslösenden Situationen verbunden sein können. Betroffene versuchen verständlicherweise oft, solchen Szenarien auszuweichen.

Daher ist es kein seltenes Phänomen, dass Freiwilligendienstleistende bestimmte Aufgaben, Personen oder Situationen meiden, was z. B. in erhöhten Fehlzeiten zum Ausdruck kommen kann. Vorgesetzte und pädagogische Mitarbeitende sind dann mitunter mit dem Zwiespalt konfrontiert, einerseits Arbeitsläufe und Seminare möglichst reibungslos durchführen zu wollen, andererseits aber auch auf die individuellen Bedürfnisse der Freiwilligen Rücksicht nehmen zu müssen. Dabei kann manchmal die Frage im Raum stehen: Ist jemand wirklich krank oder hat die Person einfach nur keine Lust? Oder: Ist diese Situation wirklich unzumutbar oder müsste sich jemand einfach nur überwinden?

Dazu ist festzuhalten: Angst- und Panikzustände können sich extrem unangenehm anfühlen. Ihre Intensität ist für Außenstehende praktisch nicht zu erfassen. Betroffene haben z. B. das Gefühl, zu ersticken oder einen Herzinfarkt zu erleiden. Diese Zustände meiden zu wollen, ist zunächst eine absolut legitime und nachvollziehbare Bewältigungsstrategie. In der Regel lassen sich Angst- und Panikstörungen aber verhältnismäßig gut behandeln, was auch unbedingt anzuraten ist, da sich Betroffene sonst oft immer mehr in ihr Vermeidungsverhalten zurückziehen. Im Falle einer akuten Panikattacke ist jedoch „Zusammenreißen“ oftmals keine Option, sondern es bedarf eines sensiblen Umgangs mit Betroffenen. Empfehlenswert ist daher Folgendes:

Während einer Panikattacke:

- ✓ ruhig mit der Person sprechen und sie fragen, ob sie etwas braucht
- ✓ nicht mit zu viel Reden überfordern, sondern einfach da sein
- ✓ nach Möglichkeit Ruhe in der Umgebung herstellen
- ✓ darauf ansprechen, dass es sich um eine Panikattacke handelt, die unangenehm, aber nicht gefährlich ist und wieder abklingen wird
- ✓ wenn die Person sich darauf einlassen kann: dazu anleiten, sich auf den Atem zu fokussieren, z. B. durch Zählen oder gemeinsames Ein- und Ausatmen
- ✗ nicht anfassen, es sei denn, es wird z. B. eine Hand zum Festhalten gewünscht
- ✗ nicht selbst entscheiden, was die Person jetzt braucht
- ✗ nicht den Gefühlszustand verharmlosen

Zu einem späteren Zeitpunkt:

- ✓ die Person fragen, ob sie sich Unterstützung im Umgang mit ihrer Angst-/Panik-Thematik wünscht
- ✓ ggf. über geeignete Hilfsangebote informieren
- ✓ gemeinsam beratschlagen, wie Situationen (z. B. auf Seminaren) sich gestalten lassen könnten, damit die Person sich darin ausreichend sicher fühlt

Selbstverständlich ist die Vermeidung angstbesetzter Szenarien auf lange Sicht keine nachhaltige Lösung. Dennoch kann es für Betroffene zunächst wichtig sein, selbst entscheiden zu können, ob sie sich einer entsprechenden Situation aussetzen wollen oder nicht – auch um sich als handlungsfähig und nicht ausgeliefert zu erleben. Ob und wann eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Angst stattfindet, sollte der betroffenen Person überlassen bleiben. Eine etwaige professionelle Begleitung dieser Konfrontation gehört im Allgemeinen in therapeutische Hände.

4.7 Sucht/Esstörungen

Suchterkrankungen können auf unterschiedlichste Weise in Erscheinung treten; das gilt sowohl für die Intensität der Sucht als auch für die Art des Suchtmittels: von Substanzabhängigkeiten über Glücksspiel-, Internet- oder Kaufsucht bis hin zu Essstörungen.

Wenn augenscheinlich eine Suchterkrankung oder -gefährdung bei Freiwilligendienstleistenden vorliegt, sollte das Gespräch gesucht werden; vor allem dann, wenn sie deren Wohlbefinden und/oder Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Ähnlich wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen ist auch hier ein behutsamer Umgang mit dem Thema wichtig, da es oft mit Scham besetzt ist. Je früher und akzeptierender es angesprochen wird, desto größer ist die Chance, dass Betroffene sich nicht zurückziehen und aus Angst vor den Reaktionen anderer mit ihrem Problem allein bleiben. Empfehlenswert ist daher Folgendes:

- ✗ möglichst nicht mit unbelegten Vorannahmen ins Gespräch gehen
- ✗ nicht selbst eine „Diagnose“ stellen
- ✓ stattdessen konkrete Beobachtungen äußern
- ✓ süchtige Personen nicht für ihr Verhalten verurteilen, sondern die eigene Sorge benennen
- ✓ Unterstützung anbieten – auch und gerade dann, wenn die Zusammenarbeit bereits problematisch geworden ist oder gar arbeitsrechtliche Konsequenzen im Raum stehen

- ✓ Sanktionen sind bei Bedarf legitim und mitunter unvermeidlich, sollten sich aber nur formal auf das Arbeitsverhältnis beziehen und sich nicht auf die persönliche Wertschätzung der betreffenden Person auswirken

Für die Erkennung substanzgebundener Abhängigkeiten und die professionelle Gesprächsführung mit Betroffenen gibt es spezielle Orientierungshilfen und Leitfäden, beispielsweise von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.². Im Umgang mit Freiwilligendienstleistenden kommt Vorgesetzten und Kolleg*innen eine besondere Verantwortung zu, da viele sich erst seit Kurzem selbstständig in einem neuen Umfeld zurechtfinden müssen. Zum einen kann das begünstigen, dass bei Überforderung ungeeignete Bewältigungsstrategien wie z. B. Suchtverhalten gewählt werden. Zum anderen fehlen eventuell (zumindest im Falle eines Wohnortwechsels) regelmäßig anwesende vertraute Bezugspersonen, denen eine Verhaltensänderung auffallen würde.

Besonders wichtig ist die rechtzeitige Behandlung von Menschen mit Anorexie (Magersucht), da diese von allen psychischen Erkrankungen mit der höchsten Sterblichkeit einhergeht. Im Unterschied zu anderen Suchterkrankungen, die häufig die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen, treten manche Menschen mit Essstörungen sogar mit besonderem Einsatz und hoher Leistungsorientierung auf. Auffälligkeiten zeigen sich eher, wenn es ums Thema Essen geht, und im äußeren Erscheinungsbild. Da insbesondere magersüchtige Menschen oft über ein stark verzerrtes Selbstbild verfügen, kann es schwierig sein, mit ihnen über ihre Erkrankung ins Gespräch zu kommen. Daher ist es ggf. empfehlenswert, sich zuvor fachlichen Rat einzuholen. Als Anlaufstelle kommt z. B. das Mädchenhaus Bremen in Frage; außerhalb Bremens (und unabhängig vom Geschlecht) bietet u. a. der Münchner Verein ANAD e. V. auch überregional fachliche Beratung an.

² Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2020): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. Hamm, ab S. 47.

5 Umgang mit Tod und Trauer

Wenn eine nahe Bezugsperson stirbt, dann können Betroffene in eine schwere Krise rutschen. Menschen können nach einem Verlust einer nahestehenden Person von verschiedenen Beeinträchtigungen (siehe: wie sich Trauer zeigen kann) bedroht oder betroffen sein.

Auch während des Freiwilligendienstes in den Einsatzstellen können Freiwillige mit Tod und Sterben in Berührung kommen, was das Wohlbefinden beeinträchtigen kann.

Trauer ist ein Prozess, der sich individuell unterschiedlich äußert und unterschiedlich lange dauern kann. Dabei gibt es kein „richtig“ oder „falsch“. Wenn Freiwillige das Gefühl haben in ihrer Trauer festzustecken, kann weitere Unterstützung hilfreich sein. In Bremen bietet Trauerland e.V. Trauerbegleitung und -hilfe für junge Menschen an. Unter <https://www.da-sein.de/> finden Betroffene Online-Beratung zum Thema Abschied, Tod und Trauer

Wie sich Trauer zeigen kann:

- Auf der Handlungsebene
Rückzug, direkte Aussprache, Vermeidung, Schwierigkeiten tägliche Aufgaben zu bewältigen
- Seelisch
Sinnfragen: Wer bin ich ohne die verstorbene Person?
- Geistig
Gedanken und Vorstellung: Leugnen, Grübeln: Wie soll es weitergehen?
- Psychisch
Gefühle: Traurigkeit, Schock, Angst, Wut, Einsamkeit, Verzweiflung, Sehnsucht
- Körperlich
Erschöpfung, Appetitlosigkeit, Unruhe, Herzrasen, Schlafprobleme
- Ökonomisch
Rolle und Status: Reicht das Geld noch? Kann ich in meiner Wohnung bleiben?

Was akut hilfreich sein kann:

- ✗ Das Sterben und den Todesfall nicht ignorieren
- ✗ Nicht Entscheidungen für den*die Trauernde übernehmen
- ✓ Eine Freistellung, Urlaub oder Krankschreibung ist je nach Todesfall und Betroffenheit wichtig, um den Freiwilligen Zeit zu geben, sich zu sortieren, ggf. organisatorische Notwendigkeiten zu bearbeiten und ihren Weg in die Trauer zu finden.
- ✓ Es ist wichtig zu reagieren und Anteilnahme zu zeigen. Z.B. „Ich habe mitbekommen, dass etwas Schlimmes in deinem Leben passiert ist und mir ist es nicht egal.“
- ✓ Bestärken Sie die Freiwilligen da drin gut für sich zu sorgen und sich zu überlegen: Was brauche ich jetzt? Oder unterstützen Sie ihn dabei das herauszufinden. Z.B. können Sie mögliche Optionen vorgeben.
- ✓ Proaktiv das Gespräch suchen und eine individuelle Lösung abklären (z.B. temporärer Wechsel des Aufgabenbereichs)

Diese Publikation wurde gefördert durch:



Die Senatorin für Arbeit, Soziales,
Jugend und Integration

Impressum

Herausgeberin:

Landesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligendienste in Bremen
c/o Sozialer Friedensdienst Bremen e.V.
Dammweg 18-20
28211 Bremen
www.freiwilligendienste-bremen.de

Text:

Hannes Warcup und Mara Sterra

Grafische Gestaltung:

SCHRÖDERS BÜRO
www.schroeders-buero.de

Bremen, Mai 2025