

Symposium 16.05.2025

45 Jahre Klinik Mengerschwaige Ein Rück- und Ausblick auf ihr gruppendynamisches und Identität förderndes Konzept

Christiane Manderscheid



Liebe Gäste,
liebe Mitarbeiter*innen,
liebe Patient*innen,

es ist mir eine große Ehre und Freude, Sie heute alle bei uns in der Klinik Mengerschwaige begrüßen zu dürfen und gemeinsam mit Ihnen das 45-jährige Bestehen der Klinik zu feiern.

45 Jahre Historie und Entwicklung in 30 Minuten, kompakt und möglichst kurzweilig zu referieren und einen Ausblick auf die zukünftigen Entwicklungen unserer Klinik und unseres Faches zu wagen, stellt, wie Sie sich vorstellen können, eine Herausforderung dar, die nicht aus jeder Perspektive wirklich befriedigend zu meistern ist.

Aber ich werde mich bemühen, für Sie, neben der Darstellung der wichtigsten Fakten, immerhin eine Ahnung unserer Arbeit zu vermitteln.

Es sind heute viele Menschen gekommen, die z. T. ganz unterschiedliche Bezüge zur Klinik Mengerschwaige haben: ehemalige Mitarbeiter, die

vor vielen Jahren hier gearbeitet haben oder uns erst in jüngster Vergangenheit verlassen haben und sich auf ein Wiedersehen freuen, vielleicht auch neugierig darauf sind, was sich inzwischen getan und verändert hat. Ebenso sehe ich viele Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kliniken, Tagkliniken und niedergelassenen Praxen, die uns kennenlernen wollen, vielleicht ein erstes Mal in diesem Hause sind. Und ebenso sehe ich einige ehemalige Patienten. Ihnen allen ein herzliches Willkommen.

Vor gut zehn Jahren erschien auf unserem Gelände ein Team der tz. Sie wollten unter dem Titel „München ist ein Dorf“ zeigen, dass München tatsächlich geografisch aus 477 Dörfern besteht, und waren bei ihren Recherchen auf unsere Klinik gestoßen. Ihr Artikel über die Klinik erschien dann unter der Schlagzeile „Ein Geheimnis tief im Wald“. Wir wollen heute etwas von diesem Geheimnis lüften, kreisen doch immer noch viele Geschichten und Gerüchte rund um die Klinik.

Prof. Dr. Günter Ammon gründete die Klinik Mengerschwaige im Jahr 1979. Sie fand ihre Heimat auf dem hiesigen wunderschönen Areal im Perlacher Forst. Das Gebäude war 1928 entstanden und diente als Sanatorium für junge Tuberkulosepatienten. Seit Beginn der 1970er Jahre stand es leer.

Ich glaube, ich brauche ihnen nicht die Vorzüge, die dieses Areal mit-ten im Wald aufweist, aufzuzählen. Wir sind dankbar für diese schöne Lage und den Platz, auf dem in den vielen Jahren viele tolle Projekte und Kunstwerke der Patienten entstanden sind, die Sie sich gerne bei der später stattfindenden Klinikführung anschauen können.

Als Günter Ammon Mitte der 1960er Jahre aus Topeka, USA, nach Deutschland zurückkehrte, hatte sich die Psychoanalyse in Deutschland seit dem Krieg noch nicht wesentlich erholt bzw. verändert.

Die 1960er und die frühen 1970er Jahre waren, wie Sie alle wissen, bewegende und unruhige Zeiten. Sie stehen für eine Zeit des weltweiten Aufbruchs und der Proteste, v. a. gegen herrschende gesellschaftliche Strukturen, politische Systeme und Autoritäten. Auch die Psychiatrie-Enquete von 1975 fiel in diese Zeit. Die mangelnde und z. T. menschenunwürdige Versorgung psychisch Kranker brauchte Antworten. Günter Ammon kam aus Amerika mit neuen Ideen, engagiert und motiviert, zurück. Er hatte in den Jahren von 1956 bis 1965 an der Menninger Foundation and Menninger School of Psychiatry in Topeka gearbeitet, gelehrt und geforscht.

Sein Anliegen galt der Verbesserung der Behandlung der Patienten, durch die Integration der Erkenntnisse der Psychoanalyse und der Grup-

pendynamik und der sich daraus ergebenden Therapiemöglichkeiten in die Psychiatrie.

Es war ihm ein Anliegen, auch schwer gestörte Patienten, z. B. Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, wie z. B. einer Borderlinestörung, behandeln zu können. Diese in ihrem Bindungsaufbau früh gestörten Patienten galten zur damaligen Zeit psychotherapeutisch als nicht behandelbar.

Günter Ammon war ein Macher. Er war ein Pionier, und wie häufig bei Pionieren zu beobachten, war auch er in dieser Rolle kein Unumstrittener. Er wollte, ganz im Sinne seiner Zeit, Veränderungen und neue Perspektiven schaffen und voranbringen. Gegebenenfalls auch gegen alle Widerstände.

Für ihn stand die Frage nach dem Wesen des Menschen, nach einem tieferen Verständnis dessen, was den Menschen ausmacht, was ihn krank macht, aber auch was ihn gesund macht bzw. gesund hält, immer im Fokus.

Psychische Erkrankungen, so Günter Ammon, sind vor allem „Ausdruck einer oft arretierten, sei es defizitären oder destruktiven Primärgruppendynamik – sie sind immer Ausdruck von Erfahrungen, die Menschen mit anderen Menschen gemacht haben, und sie sind immer ein Versuch, sich mit diesen Erfahrungen, die v. a. Beziehungserfahrungen sind, auseinanderzusetzen“. Er begriff den Menschen als ein primär konstruktives und nach seiner Selbstverwirklichung, d. h. nach Identität strebendes Wesen. Das Unbewusste war für Günter Ammon ein primär konstruktives und kreatives.

Der Mensch wird nicht als Subjekt geboren. Er ist auch keine Tabula Rasa, er bringt seine Vulnerabilität, seinen genetischen Fingerabdruck mit. Aber seine Prägung erhält er erst durch die ihn umgebende Gruppe, durch seine Sozialisierung in seiner Primärgruppe und durch seine Kultur. Der Mensch wird in einer Gruppe krank und kann auch nur in einer Gruppe wieder genesen. Darüber werden wir später in den Vorträgen von Prof. Dr. Bauer und von Thomas Bihler hören.

Als die Klinik Mengerschaige 1979 ihre Arbeit aufnahm, erfüllte sich für Günter Ammon und seine Mitarbeiter das seit Jahren erklärte Ziel, Dynamische Psychiatrie in einem psychiatrisch-psychotherapeutischen stationären Setting – auch für frühgestörte Patienten – zu verwirklichen.

1968 war die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie gegründet worden, 1969 die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft

und Ende 1969 die Deutsche Akademie für Psychoanalyse. Als wichtiges internationales Organ fungiert die Zeitschrift *Dynamische Psychiatrie*, die bis heute verlegt wird. Ebenso finden bis heute internationale Kongresse sowohl der DAP als auch – seit 1981 – der World Association for Dynamic Psychiatry statt.

Die Klinik war von Anfang an als ein großgruppendynamischer, milieuthérapeutischer, die gesunden und kreativen Kräfte der Patienten fördernder Entwicklungsraum konzipiert worden. Die Mitarbeiter verstanden sich immer im Dienste einer Sache und begriffen ihre Arbeit als eine Berufung. Auch wenn es persönliche Opfer bedeutete, waren sie, und sind es bis heute, hoch motiviert und engagiert, um ihre Zeit in den Dienst der Patienten und der Sache zu stellen.

Die Klinik wurde als gemeinnützige GmbH gegründet und 1980 als Fachkrankenhaus für stationäre Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, zuerst mit 35, dann später mit 56 Betten, in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern aufgenommen. Seither übernehmen sowohl gesetzliche als auch private Krankenkassen die Kosten der Behandlung. Seit 1998 ist ihr eine psychiatrische Institutsambulanz angegliedert. 2013 kamen 6 Behandlungsplätze dazu. Die Bettenzahl erhöhte sich auf 62. 2017 wurde der Altbau durch einen Neubau ergänzt – die Zahl der Mitarbeiter war gewachsen und es brauchte neue Räume, um dem vielfältigen therapeutischen Angebot gerecht zu werden.

In den Anfängen betrug die stationäre Verweildauer 1–2 Jahre, noch bis Ende der 90er Jahre konnten die Patienten bis zu 12 Monate im stationären Setting behandelt werden. Bis Anfang der 2000er Jahre fuhren regelmäßig Patientengruppen für ca. drei Wochen zur extramuralen Milieuthérapie nach Paestum (Italien). Generell war dies für die Patienten im Rahmen ihrer Entlassungsphase gedacht.

Mittlerweile behandeln wir über 300 Patienten im Jahr, die Verweildauer beträgt im Schnitt 60–90 Tage. Wir behandeln Patienten aus dem gesamten ICD-10-Diagnosespektrum mit Ausnahme von akuten Suchterkrankungen und schweren chronischen Essstörungen. Vor allem behandeln wir aber Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit und ohne Traumafolgestörungen, Patienten mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, Angst- und affektiven Störungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Die Klinik Menterschwaige kann mit Recht sagen, dass sie zu den wenigen Kliniken in Deutschland gehört, die sich noch als integrative therapeutische Gemeinschaft verstehen.

Diese Form der Krankenhausbehandlung, die eine gänzliche Neustrukturierung des Krankenhauses erforderte, entwickelte sich v. a. in den 1950er bis 1960er Jahren. Allerdings hatte bereits in den 1930er Jahren Ernst Simmel die erste psychoanalytische Klinik mit einem milieutherapeutischen Konzept in Deutschland, das „Sanatorium Schloss Tegel“, gegründet. Aufgrund der politischen Verhältnisse emigrierte Simmel in die USA und seine diesbezüglichen Ideen wurden an der Menninger-Klinik in Topeka weiterentwickelt.

Die Grundannahme war aber schon in seinem Konzept enthalten: keine nur einseitig am Patienten orientierte Behandlung – es wurde sowohl das Verhalten des Patienten dem Team gegenüber einbezogen als auch das Verhalten des Teams gegenüber dem Patienten.

Unter dem Einfluss der Gruppendynamik Lewins und soziologischer Theorien entwickelten Psychoanalytiker wie z. B. Bion, Foulkes und Main in einem Militärkrankenhaus in England während des Zweiten Weltkrieges und danach eine analytisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung. Diese wurde sowohl Grundlage für die Gruppenpsychotherapie als auch für die therapeutische Gemeinschaft als Konzept der stationären Behandlung.

Ziel der Behandlungsgemeinschaft war es u. a., durch die Beteiligung an alltäglichen Vorgängen eine therapeutische Kultur in der Klinik zu schaffen. So war es zu damaligen Zeiten in der Klinik Menterschwaige selbstverständlich, dass die Patienten z. B. in der noch heute bestehenden Spülküche Spüldienst machten, Zugang zur Küche hatten, sich mit um die Müllentsorgung kümmerten und Aufräumdienste hatten, um sich so auch für den Erhalt der Klinik und ihres Umfeldes verantwortlich zu fühlen.

Auch wenn aufgrund der Hygienevorschriften und überhaupt vieler v. a. bürokratischer Regelungen heute nicht mehr alles möglich ist, sind Grundaufgaben pro Milieugruppe immer noch fester Bestandteil. Es fördert nicht nur das Gemeinschaftsgefühl, sondern auch das Verantwortungsgefühl. Es bietet allerdings auch jede Menge Raum fürs Agieren.

Aber auch das gehört dazu – denn die Klinik bietet den Raum, die „Bühne“, auf der der Patient seine sozialen Konflikte reinszenieren wird. Diese werden sich unweigerlich, bewusst wie unbewusst, entwickeln, weil der

Patient quasi nicht anders handeln kann, als es ihm seine Psychodynamik auferlegt. Seine intrapsychischen Konflikte bzw. seine strukturellen Defizite zeigen sich in seinen sozialen Auseinandersetzungen, Konflikten und Beziehungsgestaltungen.

In ihrem Charakter ist die Klinik Mengerschwaige als ein dynamisch-sozialenergetischer Raum konzipiert – bei uns gibt es keine Stationen, keine Einteilung nach Diagnosen. Der gesamte Raum der Klinik wird verstanden als Beziehungsgeflecht, als primärgruppenähnliche, therapeutische Gemeinschaft auf Zeit, und dies 24 Stunden am Tag und 7 Tage die Woche.

Die Milieuthherapie fungiert als Realitätsraum bzw. Realitätsorientierung im täglichen Miteinander. Mit seinen gruppendynamischen Sitzungen und der Betonung des gemeinsamen Projektes dient sie als Modell einer besseren Gesellschaft und darüber hinaus als Modellkultur, die für die Entwicklung eines individuellen Lebensstiles der Patienten entscheidend ist.

Die Milieutherapiegruppe bildet für den Patienten seine Basisgruppe. Diese findet generell am Vormittag statt und ist für jeden Patienten verpflichtend. Darüber hinaus wird er mit seiner Milieugruppe u. a. gemeinsam im Speisesaal an einem Tisch sitzen und essen, Geburtstage feiern, Ausflüge machen und gemeinsam Projekte ersinnen, planen und gestalten.

Es gibt vier Milieugruppen, davon drei Standardgruppen mit einer möglichen Verweildauer von 6–12 Wochen und eine Kurzzeitgruppe mit einer möglichen Verweildauer von 3–6 Wochen.

Die Milieuthherapie wird durch Einzeltherapie und Gruppenpsychotherapie und einmal wöchentlich Großgruppe ergänzt. Diese Grundstruktur ist eingebettet in ein breit gefächertes Angebot an Spezialtherapien, zu denen Mal-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie, pferdegestützte Therapie, therapeutisches Boxen, Bewegungstherapie und diagnosespezifische Gruppen wie Psychoedukation, Fertigkeitengruppe und Traumastabilisierungsgruppe gehören. Zu guter Letzt wird das Angebot durch Interessengruppen ergänzt, wie z. B. Arbeiten mit Ton oder kreativem Schreiben.

Wir versuchen, auf die Zusammensetzung der Milieugruppen zu achten, um eine sinnvolle heterogene, gruppendynamische Zusammensetzung zu erreichen, sodass jeder Patient mindestens ein Pendant in der Gruppe hat, sei es in Bezug auf das Alter, die Interessen und Ressourcen oder die Erkrankung. Als drittes Objekt fungiert die Projektarbeit, über die sich die Gruppe finden und schließen kann.

Was ist mit Projektarbeit gemeint? Jede Milieugruppe hat ihren zugewiesenen Raum auf dem Klinikgelände wie auch in den Innenräumen. Es

sollen hier der Kreativität und dem Spielerischen Raum gegeben werden, Ideen entwickelt werden können und zur Geistigkeit angeregt werden.

Die Projektarbeit spiegelt oft die Dynamik in der Gruppe wider. Manchmal braucht eine Gruppe ordentliche Muskelarbeit, um aus ihrer Vermeidung oder Erstarrung herauszukommen. „Zerstören“ und wieder „aufbauen“: Es hilft, mit schwierigen Gefühlen umzugehen, mit oftmals angestauter Wut umgehen zu lernen bzw. diese auf konstruktive Art ausagieren zu können. Vor einem Jahr wollte fast jede Gruppe einen Raum oder Platz fürs „Chillen“ schaffen. Im Winter werden gerne die Milieugruppenräume frisch gestrichen und neu gestaltet. Noch bis heute verfügt jede Milieugruppe über eigenes Milieukassengeld und Projektgeld. Jedes Projekt muss allerdings zuvor mit Skizzenplan und Kostenvoranschlag in einer Teamsitzung vorgestellt werden, und dann beginnen die Verhandlungen mit der Geschäftsführerin, was auch nicht immer leicht ist.

Die Projektarbeit wird allerdings oft ein wenig wie ein Stiefkind betrachtet. Es ist nicht einfach, den Patienten immer den Sinn dahinter nahezubringen. Es verlangt von ihnen, einen Realitätsbezug, einen Abstand zu sich und ihren Problemen herzustellen. Manche kommen schnell in die Überforderung, werden vielleicht mit ihren Defiziten konfrontiert, andere schmeißen sich geradezu in die Projektarbeit, da sie hier gut funktionieren und sich nicht so sehr mit ihren Gefühlen auseinandersetzen müssen. All diese Punkte werden, soweit wie möglich, in den gruppendynamischen Sitzungen besprochen. Hier wird das gemeinsame Miteinander angeschaut. Alle Patienten fungieren als „Co-Therapeuten“ – die Leiter der Gruppen unterstützen die Patienten, sich als Gruppe formieren zu können, sich gegenseitig unterstützen, aber auch fordern zu können. Und vor allem achten die Leiter auch darauf, dass aus einer gruppendynamischen Sitzung keine gruppenpsychotherapeutische Sitzung wird.

Unsere Milieugruppen haben Namen, wie z. B. Pegasus, Samsara, Supernova und Argonauten. Namen, die sich im Laufe der vielen Jahre verändert haben, gehören zur Identität einer Milieugruppe dazu und werden von den jeweiligen Patienten, man kann fast schon sagen, transgenerational weitergetragen, oder eben bei wichtigen Identitätsschritten verändert. So entstand z. B. die Argonautengruppe während der Covid-Pandemie – in dieser Phase hatten wir unsere Patienten anstatt in 4 auf 6 Milieugruppen verteilen müssen – und hatten erstmals zwei Gruppen ohne Namen. Allein der Prozess des Ringens dieser Gruppen um die Namensfindung wäre spannend, gruppendynamisch und analytisch vorzustellen.

Unser Fokus liegt auf der intensiven Arbeit an den psychodynamischen und gruppendynamischen Ursachen der Störung, v. a. im Gruppensetting.

Es ist gerade die Wechselwirkung von sozialen Konflikten (Gruppendynamik) und intrapsychischen Konflikten (Psychodynamik), die eine unglaubliche therapeutische Chance bietet.

Wir verfolgen das Ziel einer strukturellen Nachentwicklung der Persönlichkeit. Hier sind die Einzeltherapie und v. a. die Gruppenpsychotherapie wichtige Behandlungsbausteine. Symbolisiert die Milieuthherapie den Realitätsraum, die Hier-und-Jetzt-Ebene, geht es in der GT um die verinnerlichten Beziehungserfahrungen, um das Dort und Damals.

Aber auch die vielfältigen Spezialtherapien und Bewegungstherapien spielen eine wichtige Rolle. Das auf Verbalisierung gerichtete Gruppensetting ist gerade für Patienten mit komplexen traumatischen Bindungsstörungen hoch ambivalent, zuweilen bedrohlich und fremd. Um diese Patienten zu erreichen, braucht es die vielfältigen kreativen, expressionistischen und nonverbalen Therapien. Der Körper muss in jedem Fall einbezogen werden, gefühlt und gespürt werden.

Die Voraussetzung für diese integrative und damit tragfähige strukturelle Arbeit liegt in einem hochgradig vernetzten Arbeiten des therapeutischen Teams. Das Behandlungsteam ist gefordert, in einen direkten, intensiven und andauernden Kontakt zu treten und sich über Beobachtungen, Erfahrungen, Gefühle, Affekte in den verschiedenen therapeutischen Feldern kontinuierlich und offen auszutauschen.

Die Beziehungen im Team untereinander und unter den verschiedenen Berufsgruppen sind nie isolierte Beziehungen, sie sind, ebenso wie bei den Patienten, in einen bewussten und unbewussten Gruppenkontext eingebettet. Übertragungen finden in allen menschlichen Beziehungen statt.

Integrative therapeutische Behandlung ist also immer Kranken- und Teambehandlung.

Durch das multipersonale und multimodale Setting entstehen sich verteilende, multidimensionale Beziehungs- und Übertragungsprozesse, die durch eine gute Kooperationsstruktur im Team wieder zusammengeführt werden müssen.

Der Patient kann sich vielgestaltig zeigen – er wird auf vielfältige Weise wahrgenommen und gesehen werden. Jeder Patient hat immer mehr als ein Sprachrohr, mehr als einen Anwalt im Team. Wir müssen containen, fördern, fordern, konfrontieren – dabei sollten wir immer die Ebenen aus-

einanderhalten können: Manchmal ist eine Banane eben einfach nur eine Banane.

Es gibt tägliche multiprofessionelle Vernetzungssitzungen, wöchentliche multiprofessionelle Teamsitzungen, fallbezogene Kontrollgruppen, und gruppendynamische Teamsitzungen. Das Gesamtteam, das Milieuteam und die Leiterrunde werden durch externe Supervisoren unterstützt.

Die Leitungshierarchie ist eine eher flache – die Geschäftsführung trifft sich im Bunde mit allen Leitern aller Fachbereiche. Die Aufrechterhaltung der Beziehungsgleichwertigkeit im Team, bei unterschiedlichen Aufgabenstellungen, ist sehr wichtig für die Vertrauensbasis und das nötige Selbstvertrauen im alltäglichen Arbeiten mit den Patienten und den Kollegen.

Ausblick – Vision – Utopie

Die Klinik Mengerschwaike ist eine der wenigen Kliniken in Deutschland, die noch psychodynamische stationäre Behandlung anbietet und darüber hinaus als integrative therapeutische Gemeinschaft strukturiert ist.

Von manchen wird dieses integrative Konzept als idealistisch kritisiert und auch wir stellen uns – allerdings kontextbezogen – immer wieder die Frage: Welche Patienten können von unserem stationären Setting profitieren? Alle? Immer? Wie können wir unser Konzept noch optimieren, um die bestmögliche und auch individuell angepasste Behandlung zu gewährleisten? Jedem Setting sind Grenzen gesetzt.

Mit diesen und ähnlichen Fragen beschäftigen wir uns als Team seit geraumer Zeit. Die gesellschaftlichen Bedingungen haben sich geändert, das Gesundheitswesen hat sich geändert, die Zeit hat sich verdichtet. Der Anspruch an uns selbst ist nach wie vor hoch. Die Diskussionen werden z. T. heiß geführt. Es geht sowohl um die Arbeitsbedingungen als solche, als auch um die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, aber auch um jeden einzelnen Patienten, der sich mit seiner psychischen Belastung an uns wendet.

Unser offenes und gruppenbezogenes Konzept ist für viele Patienten oft erst mal eine Herausforderung. Ich möchte behaupten, dass die Angst vor Gruppen, die Angst, sich in Gruppen mitzuteilen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen, deutlich zugenommen hat. Viele äußern die Angst, sich nicht ausreichend emotional abgrenzen zu können, die Angst vor kritischer Auseinandersetzung, die Angst, in den Fokus der Gruppe zu geraten.

Aber viele machen auch erste gute Erfahrungen mit unserem Gruppenkonzept, v. a. mit der milieutherapeutischen Gruppe als sicherem Bindungsort für die Zeit ihres Aufenthaltes. Sie lernen, was es überhaupt heißt, sich von einer Gruppe getragen zu fühlen, angenommen zu fühlen, sich einbringen zu können, gehört zu werden.

Weiterhin wollen wir als Weiterbildungsklinik für angehende Psychiater zur Verfügung stehen und wir sind dabei, uns als Klinik für angehende Psychotherapeuten, nach den neuen psychotherapeutischen Richtlinien, zu akkreditieren.

Last but not least möchten wir wieder Veränderungen an der Klinik vornehmen. Der Altbau braucht seine Renovierungen, aber er bietet auch noch Raum, der neu gestaltet und genutzt werden kann.

Und so werden wir weiter zwischen Machbarkeit und Utopie unseren Weg gehen. Die Klinik hält nun über mehr als vier Dekaden alle inneren und äußeren Widersprüche aus, und das macht sie zu einer gelebten Utopie.

Es braucht Orte, an denen wir über uns hinausdenken können, in denen zunächst alles möglich sein kann. Diverse Räume, in denen sich immer wieder aufs Neue erproben lässt, wie wir uns gegenseitig motivieren, kritisieren, stabilisieren – und einander aushalten lernen.

Denn unsere Arbeit ist eine spannende und interessante, eine wichtige und notwendige. Wir helfen unseren Patienten, aber auch wir entwickeln uns in dieser Arbeit weiter. Nicht zuletzt ist das auch der Grund, warum sich Menschen zu dieser Arbeit berufen fühlen.

Ich möchte an dieser Stelle allen danken, unseren Patienten, die mit viel Geduld und Verständnis die Vorbereitungen zu diesem Symposium mitgetragen haben. Allen Mitarbeitern, von der Küche bis zur Verwaltung, danke ich für ihr stets engagiertes und persönliches und oft beherztes Miteinander, damit wir die Klinik Mentschwaige auch für zukünftige Generationen erhalten können.

Christiane Manderscheid

Chefärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie