Unsichtbare Helfer:innen

Angehörige in der psychiatrischen Praxis

Prof. Dr. Michael Schulz
LWL-Klinikum Gütersloh · Fachhochschule der Diakonie

Gütersloher Fortbildungstage 2026
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen



By René Magritte - https://www.moma.org/collection/works/78938, PD-US, https://en.wikipedia.org/w/index.php?curid=80741240

Blind Spots

I	**Wir sehen Patienten, aber nicht ihr soziales System**
II	**Wir sehen Unterstützung der Angehörigen, aber nicht ihre Belastung, die Sorgen oder die Ängste**
III	**Wir sehen die Schweigepflicht, aber nicht die Gesprächsmöglichkeiten**
IV	**Wir kennen die Evidenz, aber übersehen die Implementierungslücke**
V	**Wir sprechen über Angehörige, aber zu selten mit ihnen**

EIN GEDANKENEXPERIMENT

Stellen Sie sich eine Berufsgruppe vor …

- ohne Einarbeitung
- ohne Dienstplan
- ohne Supervision
- ohne Urlaubsanspruch
- ohne Vergütung
- ohne Kündigungsmöglichkeit

… im Dauerdienst, sieben Tage die Woche, oft über Jahrzehnte.

DIE AUFLÖSUNG

Diese Berufsgruppe gibt es.
Wir nennen sie Angehörige.

Und anders als wir sind sie vor der Aufnahme da, zwischen den Aufnahmen da und nach der Entlassung da.

I	**Die unsichtbare Belegschaft** Wie viele Angehörige es gibt – und was sie leisten
II	**Was Angehörige tragen** Belastungsforschung: Profil, Verlauf, Konzepte
III	**Warum wir sie trotzdem übersehen** Vier Mechanismen – und eine unangenehme Zahl
IV	**Was wirkt** Die Evidenzlage
V	**Die Konzepte** Von der Familienintervention bis zum Angehörigen-Peer – und was bei uns so geht
VI	**Was ab Montag geht** Umsetzung, Indikatoren, Stolpersteine

I Die unsichtbare Belegschaft

Wie groß diese Gruppe tatsächlich ist – und was ihre Arbeit wert wäre, wenn wir sie bezahlen müssten.

Der Ausgangspunkt: wie viele Menschen sind betroffen?

27,8 %

Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen

17,8 Mio.

Menschen in Deutschland pro Jahr

773.600

vollstationäre Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie, 2023

18,9 %

der Betroffenen haben pro Jahr überhaupt einen Behandlungskontakt

Die Konsequenz aus der letzten Zahl

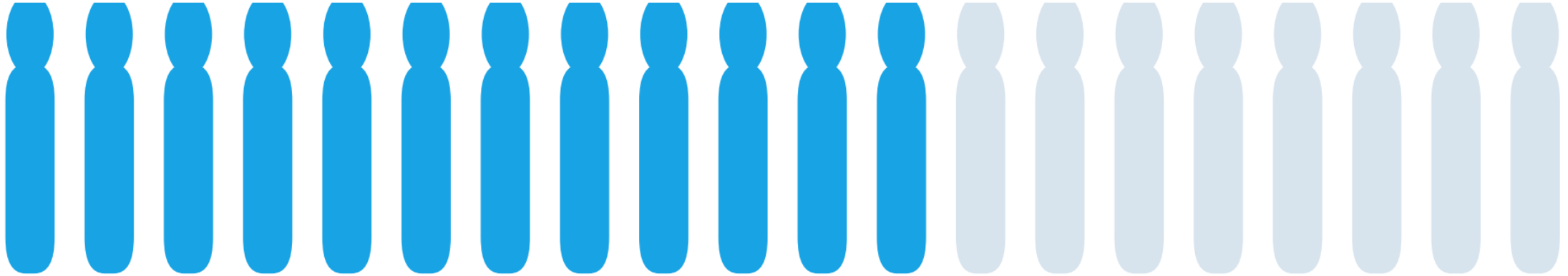
Vier von fünf Betroffenen haben in einem gegebenen Jahr keinen Behandlungskontakt. Mehr sagt die Zahl nicht – aber sie legt eine These nahe: Ein erheblicher Teil der Unterstützung findet außerhalb des Versorgungssystems statt, in Partnerschaften, Familien und Freundeskreisen.

Das Versorgungssystem, über das wir auf Fachtagungen sprechen, ist nicht das System, das die meiste Arbeit macht.

Quellen: DGPPN, Basisdaten Psychische Erkrankungen (Februar 2025) nach DEGS1-MH (Jacobi et al. 2014/2016), Mack et al. 2014; Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023

Angehörige:r zu sein ist kein Sonderfall – es ist der Normalfall

59 % der Erwachsenen waren schon einmal Angehörige oder Vertraute eines psychisch erkrankten Menschen.



Rund die Hälfte von ihnen ist aktuell in dieser Rolle.

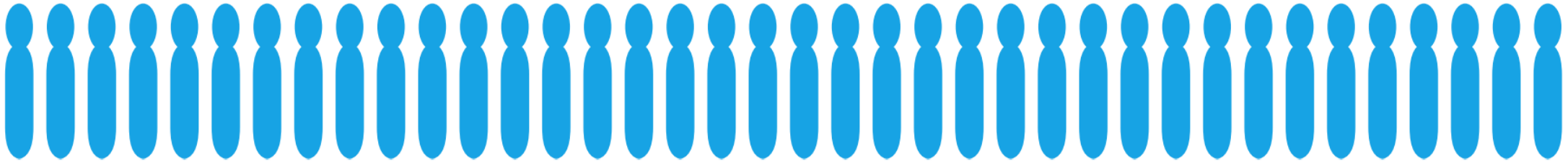
90 % kennen mindestens eine betroffene Person im eigenen Umfeld, 73 % mehrere.

Am häufigsten sind es Eltern (23 %), andere Familienmitglieder (20 %) und Freundinnen oder Freunde (18 %).

Quelle: Sotomo / Pro Mente Sana, Studie „Stand by You“ (2024), n = 2.042, Schweizer Bevölkerungsbefragung. Für Deutschland liegen vergleichbar breite Daten nicht vor.

3,8 Millionen Kinder und Jugendliche

Jede Figur steht für 100.000 Kinder und Jugendliche, die mit mindestens einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil aufwachsen.



Das Risiko

Erhöhtes eigenes Erkrankungsrisiko: etwa zwei- bis dreifach bei einem erkrankten Elternteil, vier- bis fünffach, wenn beide Eltern erkrankt sind.

Transmission ist dabei kein Schicksal, sondern ein Zusammenspiel aus Genetik, Belastung, Rollenumkehr und fehlender Erklärung.

Die Lücke

In vielen Erwachsenenpsychiatrien wird die Frage, die Patient:In miderjährige Kinder hat, nicht gestellt.

Wo nicht gefragt wird, bleibt eine der wenigen klar umrissenen Präventionschancen strukturell unsichtbar.

Quelle: Kontaktgespräch Psychiatrie, „Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil“; zusammengefasst beim Dachverband Gemeindepsychiatrie. Schätzung, keine Vollerhebung.

Was diese Arbeit wert wäre, wenn wir sie bezahlen müssten

206 Mrd. €

Monetärer Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland – pro Jahr.

Konservativ gerechnet. Die volle Schätzung der Autoren liegt bei rund 234 Mrd. €.

Zum Vergleich

Direkte Kosten psychischer Erkrankungen: rund 56,4 Mrd. € (2020).

Indirekte Kosten: 35,4 Mrd. € (2023).

Die Methodik

Bewertet mit Mindestlöhnen für Pflegehilfs- bzw. Pflegefachkräfte (16,50 € / 19,50 €).

Die Autoren bezeichnen das Ergebnis selbst als Untergrenze.

Der Punkt

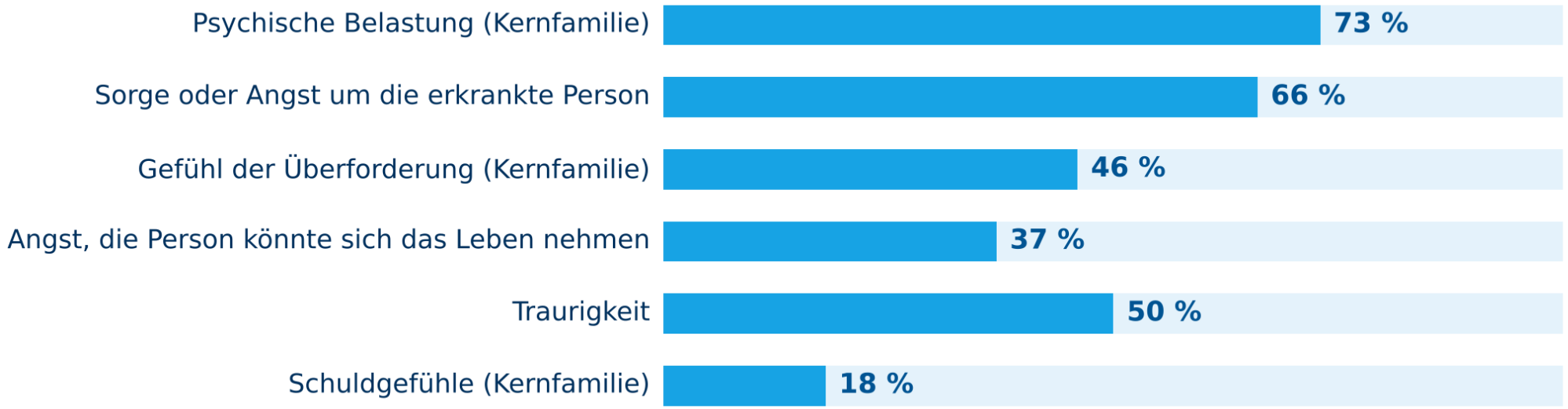
Diese Leistung ist nicht nur unbezahlt. Sie ist in keiner Statistik des Gesundheitswesens als Leistung sichtbar.

Quellen: Hoff, Höse, Knoll & Ott (2025), Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland, GAT-WP 01/2025, Hochschule Zittau/Görlitz; DGPPN-Basisdaten 2025 (GBE 2023, BAuA 2024). Die 206 Mrd. € umfassen alle Pflegebedürftigen, nicht nur psychisch erkrankte Menschen.

II Was Angehörige tragen

Was genau belastet wen und wie verändert sich das über die Zeit?

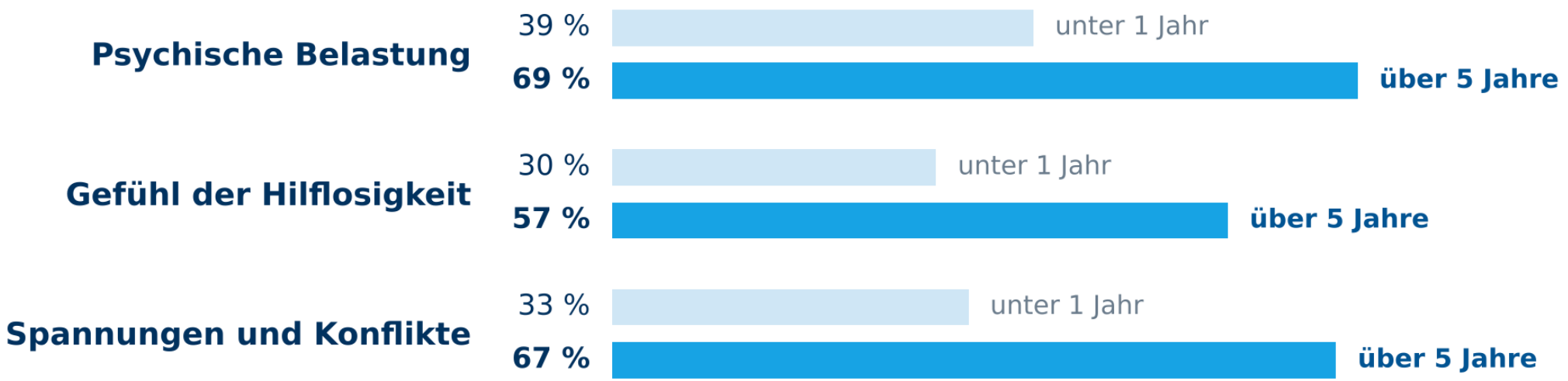
Es ist nicht „Stress“ – es ist ein spezifisches Muster



Auffällig ist nicht die Höhe der Werte, sondern ihr Inhalt: Es dominieren Angst, Hilflosigkeit, auch Schuld spielt eine wichtige Rolle. Also genau die Gefühle, gegen die Information und Beteiligung wirken.

Quelle: Sotomo / Pro Mente Sana, „Stand by You“ (2024), n = 2.042. Werte für Angehörige von Mitgliedern der Kernfamilie bzw. für alle Unterstützenden.

Die Belastung wächst – und zwar gerade dann, wenn wir längst weg sind



Unsere Aufmerksamkeit ist auf den Anfang gerichtet: Aufnahme, Erstgespräch, Diagnose.

Die höchsten Belastungswerte finden sich bei denen, die seit über fünf Jahren unterstützen – also weit außerhalb jedes Behandlungskontakts.

Quelle: Sotomo / Pro Mente Sana, „Stand by You“ (2024). Vergleich nach Dauer der Unterstützung.

Objektive und subjektive Belastung – warum die Unterscheidung praktisch ist

Objektive Belastung

Beobachtbare Veränderungen des Lebens: Zeitaufwand, Einkommensverlust, Reduktion der Arbeitszeit, Einschränkung sozialer Kontakte, Übernahme von Aufgaben, finanzielle Hilfe.

Lässt sich erfragen, dokumentieren, entlasten.

Subjektive Belastung

Das innere Erleben: Sorge, Trauer, Scham, Schuld, Hilflosigkeit, Angst vor der Zukunft, Angst vor dem Suizid.

Korreliert nur mäßig mit der objektiven Belastung – und spricht auf andere Mittel an.

Daraus folgt (1)

Wer nur entlastet (Dienste, Geld, Zeit), erreicht die subjektive Seite nicht.

Daraus folgt (2)

Wer nur zuhört, lässt die objektive Seite unverändert – und erzeugt Zynismus.

Daraus folgt (3)

Angehörigenarbeit braucht beides: konkrete Entlastung und verstehbare Erklärung.

S3-LEITLINIE PSYCHOSOZIALE THERAPIEN, FASSUNG 02/2026 · EMPFEHLUNG 26 · EMPFEHLUNGSGRAD A

„Familieninterventionen sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden.“

„Sollen“ ist die stärkste Empfehlungsform, die eine S3-Leitlinie kennt. Daneben Empfehlung 27, Grad B: Angehörige und nahestehende Personen sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren.

III Warum wir sie trotzdem übersehen

Der unangenehme Teil. Es gibt vier Mechanismen – und keiner davon ist böser Wille.

Vier Gründe – und keiner davon ist böser Wille

1 Der Schweigepflicht-Mythos

„Ich darf ja nichts sagen“ wird zur Begründung dafür, gar nicht erst zu sprechen – obwohl Zuhören und allgemeine Information immer erlaubt sind.

2 Das Erbe der Schuldzuweisung

Von der „schizophrenogenen Mutter“ über Double-Bind bis zu einem verkürzt verstandenen Expressed-Emotion-Konzept: Angehörige waren jahrzehntelang Verdächtige.

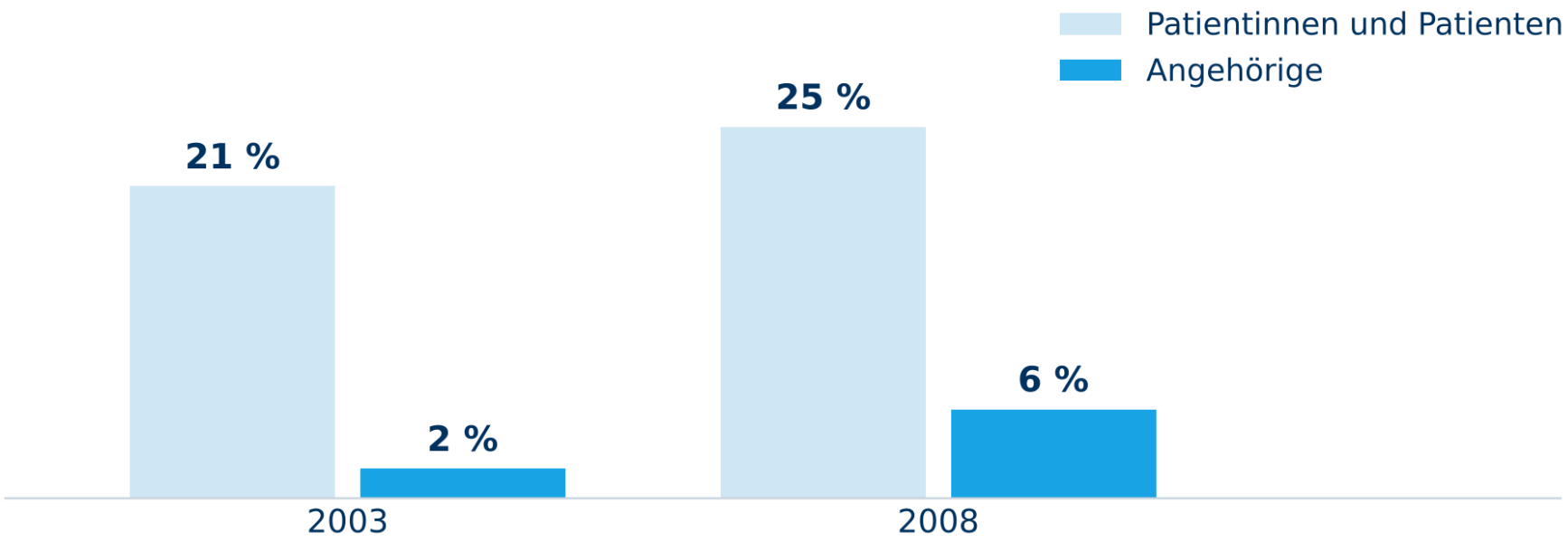
3 Struktur und Vergütung

Angehörigenarbeit ist in OPS und EBM allenfalls mittelbar abbildbar, hat aber keine eigenständig ausgewiesene Vergütung, keinen festen Platz im Behandlungsplan und keine Zeile in der Personalbemessung. Was nicht gezählt wird, findet im Alltag nicht statt.

4 Rollenunklarheit

Angehörige sind gleichzeitig Informationsquelle, Mitbehandelnde, Mitbetroffene und Hilfesuchende. Für keine dieser vier Rollen gibt es ein geklärtes Setting.

Wer in deutschsprachigen Kliniken ein psychoedukatives Angebot erhält



2 % – und fünf Jahre später 6 %.

Das ist der Anteil der Angehörigen, den wir mit dem am besten belegten Angebot erreichen, das wir für sie haben.

Quelle: Rummel-Kluge et al., zwei Surveys an psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz (Schizophr Bull 2006; BMC Psychiatry 2013;13:170), bezogen auf alle antwortenden Kliniken. Beachte: psychoedukative Angebote insgesamt, nicht identisch mit manualisierter Familienintervention.

Die Schweigepflicht: was auch ohne Entbindung möglich ist

Immer möglich

Zuhören. Angehörige dürfen uns alles sagen – die Schweigepflicht begrenzt, was wir herausgeben, nicht was wir aufnehmen.

Allgemeine Information über Krankheitsbilder, Behandlungswege, Krisenwege, Hilfesystem.

Die eigene Belastung der Angehörigen besprechen und an eigene Angebote vermitteln.

Erklären, wie Entbindung funktioniert, und die Patientin aktiv dazu einladen.

Bei akuter Gefahr: Offenbarung über § 34 StGB oder mutmaßliche Einwilligung – Einzelfallprüfung, Begründung dokumentieren.

Nur mit Entbindung

Auskunft über Diagnose, Behandlung, Verlauf und Prognose der konkreten Person.

Bestätigung, dass jemand überhaupt bei uns in Behandlung ist.

Gemeinsame Gespräche über Behandlungsinhalte.

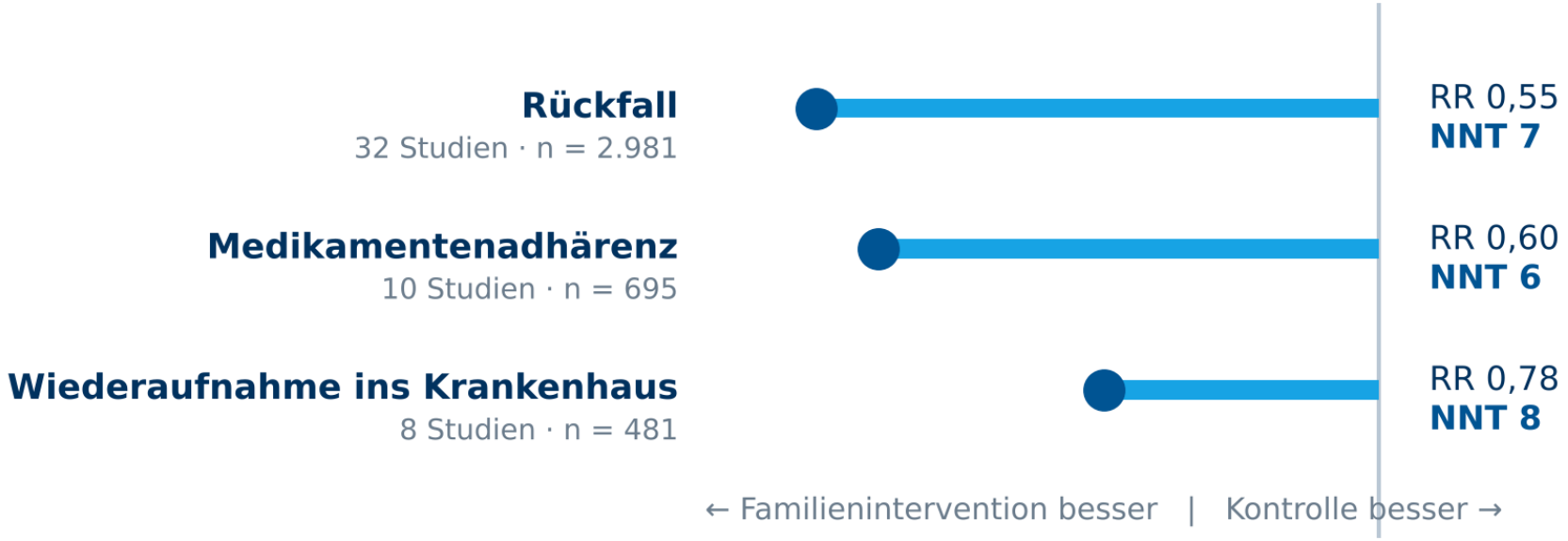
Hinweis: Die Entbindung ist kein einmaliger Formularakt – sie ist eine Frage, die man im Verlauf wiederholt stellen kann und sollte.

Zuhören ist immer erlaubt.

IV Was wirkt

Die Evidenzlage ist besser, als die Umsetzungsquote vermuten lässt – und differenzierter, als die Begeisterung manchmal nahelegt.

Familienintervention bei Schizophrenie: Cochrane-Review



53 randomisierte kontrollierte Studien insgesamt. Für den Endpunkt Rückfall: 32 Studien, 2.981 Teilnehmende.

Eine NNT von 7 heißt: Sieben Familien müssen das Angebot erhalten, damit ein Rückfall verhindert wird.

Quelle: Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, CD000088. Die Autoren weisen auf methodische Schwächen vieler Einzelstudien hin; die Effekte sind möglicherweise überschätzt.

Was andere Metaanalysen zeigen – und was die Leitlinien daraus machen

Pitschel-Walz et al. 2001

Metaanalyse zu Familieninterventionen: Rückfallrate sinkt von rund 60 % auf rund 40 % – also etwa 20 Prozentpunkte.

Mittlere Effektstärke r = 0,20 (95 %-KI 0,14–0,27).

Die Dosis entscheidet

Kurze Interventionen unter 3 Monaten: r = 0,14 (0,06–0,22).

Interventionen über 9 bis 24 Monate: r = 0,30 (0,19–0,41) – mehr als doppelt so stark.

S3-Leitlinie 02/2026

Familieninterventionen: Empf. 26, Grad A.

Angehörige entlasten: Empf. 27, Grad B.

Peer-Support: Empf. 23, Grad B.

Selbsthilfe: Empf. 3, Expertenkonsens.

Die Dosis-Frage ist die praktisch wichtigste.

Ein einmaliger Angehörigenabend erfüllt die Evidenz nicht. Interventionen unter drei Monaten zeigen weniger als die halbe Effektstärke von Formaten über neun bis vierundzwanzig Monate. Das ist unbequem – aber es ist der Unterschied zwischen einem Angebot und einem Alibi.

Was die Evidenz nicht hergibt

1 **Sie gilt nicht für alle Diagnosen gleich**

Der Großteil der Studien stammt aus dem Schizophrenie-Spektrum. Für Depression, bipolare Störungen und Persönlichkeitsstörungen ist die Lage dünner – wenn auch in dieselbe Richtung.

2 **Sie sagt nichts über Angehörige ohne erkrankte Person im System**

Alle Studien setzen Behandlungskontakt voraus. Über die Mehrheit der Angehörigen, deren Bezugsperson gar nicht in Behandlung ist, wissen wir fast nichts.

3 **Sie misst überwiegend Patientenergebnisse**

Rückfall, Adhärenz, Wiederaufnahme. Die Belastung der Angehörigen selbst ist in vielen Studien bestenfalls sekundärer Endpunkt.

4 **Sie ersetzt keine Haltung**

Ein Manual, das ohne echtes Interesse abgearbeitet wird, erzeugt keinen der gemessenen Effekte. Die Studien messen Programme, die von überzeugten Teams umgesetzt wurden.

V Die Konzepte

Fünf Zugänge, die sich nicht ausschließen, sondern ergänzen –
von der Familienintervention bis zum Angehörigen-Peer.

familien selbsthilfe psychiatrie
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Gemeinsame Vereinbarung

zwischen

und dem Verein / Verband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Vorwort

Angehörige (Eltern, Geschwister, Ehepartner, weitere Verwandte, enge Vertrauenspersonen) und/oder Lebenspartner von Patienten/Patientinnen sind aufgrund der gemeinsamen Lebens- und Verantwortungsgemeinschaft in der Regel bereit und einstandswillig, Hilfebedarfe zu decken, die über die Hilfe- und Therapieangebote der Klinik hinausgehen. Ziele dieser gemeinsamen Vereinbarung sind daher die inhaltliche Definition und die prozedurale, konkrete Gestaltung der Beziehung zwischen der Klinik und den Angehörigen der Patientinnen und Patienten, die dort behandelt werden. Das Ziel ist eine dem Patienten/der Patientin zugute kommende Zusammenarbeit aller Beteiligten. Dieser Vereinbarung liegt die Erfahrung zugrunde, dass gut informierte und regelhaft eingebundene Angehörige oder andere sich um den Patienten/die Patientin kümmernde Personen hilfreiche Partner der Patienten/Patientinnen und der professionell Behandelnden sein können.

Leitlinien:

1. Die fördernde Einbindung von Angehörigen in die therapeutischen Prozesse ist Bestandteil des Qualitätsstandards der Klinik. Sie soll ständig verbessert werden.

2. Diese Einbindung der Angehörigen ist verbindlicher Bestandteil der Stationskonzepte.

3. Die Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber konkret benannten Angehörigen oder anderen benannten Vertrauenspersonen sollte so früh wie möglich mit dem Patienten/der Patientin geklärt werden.

familien selbsthilfe psychiatrie
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

4. Lehnt ein Patient/eine Patientin die Schweigepflichtsentbindung ab, so wird dies dem/der Angehörigen auf Anfrage mitgeteilt und später gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin nochmals – ggf. auch mehrfach – thematisiert werden, jedoch ohne in irgendeiner Form Druck auszuüben.

5. Die Schweigepflichtsentbindung kann auch Teilaspekte umfassen. Diese könnten im Einzelnen Informationen über Aufnahme, Verlegung bzw. Entlassung, über die Erkrankung und den Zustand des Patienten/der Patientin und auch ein gemeinsamer Austausch über Behandlungs- und Zielplanung sein.

6. Zu Beginn der Behandlung werden Angehörige informiert, welcher Arzt / Psychologe im Normalfall Ansprechpartner ist. Zeitnah zu Aufnahme und Entlassung wird ein Gespräch mit dem Patienten/der Patientin und den benannten Angehörigen stattfinden.

7. Im gemeinsamen Gespräch werden geklärt:
   - geplante bzw. getroffene Maßnahmen,
   - Entlassungs- und Verlegungsmodalitäten,
   - initiierte Anbindung an ambulante/komplementäre Strukturen,
   - nachstationäre Wohn- und Arbeitssituation.

8. Lebt der Patient/die Patientin in häuslicher Gemeinschaft mit Angehörigen, werden diese in die Entlassungsvorbereitung eingebunden.

9. Fremdanamnestische Angaben durch Angehörige werden in der Krankengeschichte und im Arztbrief gesondert gekennzeichnet. Es soll darauf geachtet werden, dass diese Angaben nur im Interesse der Angehörigen und der Patienten/Patientinnen verwendet werden.

10. Die Klinik hält regelmäßige Informationsangebote für Angehörige vor.

11. Die Klinik gibt dem Angehörigenverein / -verband Gelegenheit, in den Räumen der Klinik über seine Angebote zu informieren.

12. Von dieser Vereinbarung werden alle Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Klinik und die Mitglieder des Vereins in Kenntnis gesetzt.

Ort, Datum

Unterschriften

LWL

Fünf Zugänge – sie schließen sich nicht aus

Psycho-edukative Familien-intervention

Strukturiert, manualisiert, über Monate

Trialog und Psychose-seminar

Außerhalb der Klinik, ohne Rollenhierarchie

Netzwerk- und Familien-gespräche

Ab der ersten Krise, das System im Raum

Angehörigen-Peers und Selbsthilfe

Erfahrungswissen als Qualifikation

Angebote für Kinder als Angehörige

Prävention mit der besten Begründung

Die Reihenfolge ist keine Rangfolge. Entscheidend ist, dass mindestens einer dieser Zugänge verlässlich existiert – und dass alle im Team wissen, welcher es ist.

EX-IN – Angehörigenbegleitung

…meint die Begleitung von Angehörigen eines psychisch kranken Menschen durch qualifizierte EX-IN Angehörigenbegleiter.



Angehörige psychisch erkrankter Menschen fühlen sich oft ohnmächtig und hilflos, wenn jemand aus der Familie in eine seelische Krise gerät. In dieser Situation kann die Teilnahme an Angehörigen-Gruppen wichtig sein und präventive Wirkung haben für die eigene Besinnung und Orientierung. Die Angehörigen erleben dort Solidarität und können neue Perspektiven in scheinbar aussichtslosen Situationen finden.

Darüber hinaus brauchen Angehörige oft *ein Gegenüber* und den schützenden Rahmen eines Einzelgesprächs. Hier ist die Aufmerksamkeit auf den Einzelnen gerichtet. Themen wie Schuld, Scham, Ratlosigkeit und Angst bekommen mehr Raum. Das kann auch in Einzel- und Familiengesprächen im klinischen Kontext geschehen, ist aber bei weitem nicht die Regel. Darüber hinaus können Angehörige in unserem Versorgungssystem aber nur dann mit einer Einzelhilfe rechnen, wenn ihnen selber eine medizinische Diagnose gestellt wird. Prävention ist nicht vorgesehen. Diese Lücke zu schließen und in dieser schwierigen Lebenssituation ein niederschwelliges Angebot zu bieten ist das Anliegen der Angehörigenbegleitung. Ausgangspunkt hierfür war die Überzeugung, dass Angehörige grundsätzlich Experten des Miterlebens von psychischen Krisen sind und über einen reichen Schatz an Erfahrungen verfügen.

Suchen

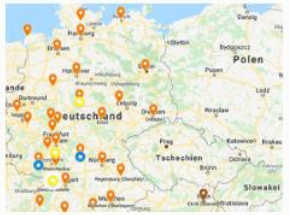
AKTUELLES

Ergebnisse der ImpPeer-Studie Oktober 10, 2026

Neuer EX-IN Kurs am Recovery College Gütersloh-OWL ab Mai 2027 Oktober 9, 2026

EX-IN muVi online Austausch am 30.10.2026 Oktober 7, 2026

STANDORTE



TERMINE

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Fachstelle Angehörigenarbeit

Kontakt

Fachstelle Angehörigenarbeit
Telefon: +41 (0)58 384 38 00
angehoerigenarbeit@pukzh.ch



Informationen für Angehörige

Wer kann von diesem Angebot Gebrauch machen?
Unter Angehörige verstehen wir sämtliche Bezugspersonen – dies können auch Menschen ausserhalb der Familie sein. Auch Fachpersonen wie beispielsweise Beistände, Sozialarbeitende oder Hausärztinnen und Hausärzte können sich mit Fragen rund um Angehörigenthemen an unsere Fachstelle wenden. Für eine Beratung ist keine Hospitalisation in der PUK erforderlich.

Wo finden die Beratungen statt?
Wir beraten Sie gerne gegen Voranmeldung vor Ort an der Lenggstrasse 31 in Zürich, per E-Mail angehoerigenarbeit@pukzh.ch oder per Telefon +41 (0)58 384 38 00 (Montag – Freitag)

Wie teuer ist eine Beratung?
Die Beratung ist eine kostenlose Dienstleistung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Ihre Daten werden nicht an die Krankenkasse weitergeleitet und es entstehen für Sie keine Kosten.

Wie lange dauert eine Beratung?
Je nach Anzahl Personen reservieren wir für Sie ca. eine Stunde. Die weiteren Schritte werden individuell besprochen und es können weitere Termine vereinbart werden. Eine Begleitung über einen längeren Zeitraum mit regelmässigen Terminen sind jedoch nicht möglich.

Die erkrankte Person erlaubt nicht, dass ich mich beraten lasse
Die Angehörigenberatung ist ein geschützter Raum für die Angehörigen um für ihre Anliegen Hilfe zu bekommen. Im Gegensatz zum stationären oder ambulanten Behandlungsteam braucht es keine Vollmacht der erkrankten Person, da keine Informationen vom Behandlungsteam zur Fachstelle und zurückfliessen.

LWL

„Selbsthilfe und Angehörige“ auf der Homepage des LWL-Klinikums Gütersloh



KONZEPT 1

Psychoedukative Familienintervention

Die Bausteine

Information über Erkrankung, Behandlung und Verlauf – in verstehbarer Sprache

Erarbeitung von Frühwarnzeichen und eines gemeinsamen Krisenplans

Kommunikations- und Problemlösetraining in der Familie

Entlastung: Grenzen setzen dürfen, eigene Bedürfnisse benennen

Die Bedingungen

Mehrere Sitzungen über Monate, nicht ein Abend

Feste Ansprechperson, feste Termine, verbindlich im Behandlungsplan

Getrennte und gemeinsame Anteile: Angehörige brauchen auch Raum ohne die erkrankte Person

Qualifizierte Moderation – das ist kein Nebenbei-Auftrag

Was es bringt

Der Zugang mit der besten Evidenz: NNT 7 für Rückfall, NNT 6 für Adhärenz – und seit 02/2026 Empfehlungsgrad A.

Was es kostet

Im Kern Personalzeit. Keine Geräte, keine Räume, keine Lizenz – aber verlässliche Stunden im Dienstplan.

LWL-Klinikum Gütersloh
Eine Einrichtung im LWL-PsychiatrieVerbund



Angehörigengruppe A3

der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychothe-

Liebe Patientinnen und Patienten,
liebe Angehörige,

die Station A3 bietet einen Austausch für Angehörige an. Angehörigenarbeit und Psychoedukation sind wichtige und bewährte Bausteine in der Behandlung vieler psychischer Erkrankungen. Ziel ist es, das Verständnis für die Erkrankung zu fördern, den selbstverantwortlichen Umgang damit zu stärken und Wege der Krankheitsbewältigung aufzuzeigen.

Oft sind auch Angehörige stark belastet und leiden mit den erkrankten Familienmitgliedern. Daher benötigen sie ebenso Informationen, Unterstützung und Austauschmöglichkeiten.

Im Rahmen eines monatlich stattfindenden Infoabends zu verschiedenen Themen bieten wir den Angehörigen Informations- und Gesprächs-Angebote an. Dabei erfahren sie, wie sie Betroffene im Alltag besser unterstützen können.



Wann?
Jeden 4. Donnerstag im Monat von 16:00 bis 17:30 Uhr.
Die genauen Termine und Themen finden Sie im Aushang auf der Station A3.

Wo?
Gruppenraum der Station A3, Haus 62

Wer?
Wenn einer Ihrer Angehörigen bei uns Patient:in ist und Sie Interesse an der Teilnahme haben, sprechen Sie uns gerne an oder nehmen Sie per E-Mail Kontakt mit uns auf. Wir freuen uns über Ihre Anmeldung zum nächsten Termin und auf den Austausch mit Ihnen.

Ansprechpartner:innen

Das Team der Station A3 der Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie

Tel.: 05241 502-2382
E-Mail: station_a3@lwl.org

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Kurse für Pflegende Angehörige



Die Angehörigenvisite

Fachteil | Pflegewissenschaft | Ausgabe 2-2025 | 27. Jahrgang | hpsmedia, Hungen

Beratungsangebote für Angehörige von Patienten mit neurologischen Erkrankungen in Deutschland

Ein Scoping Review und Interviewstudien

Melanie Kühnpast-Barthel[1], Ana N. Tibubos[2]

Hintergrund: Die Angehörigenvisite (AV) im neurologischen Setting birgt bisher unbeachtetes Potenzial. Ziel dieses Scoping Reviews ist es, den Forschungsstand in Deutschland darzustellen und Handlungsempfehlungen auf Basis von Interviewstudien abzuleiten. Methoden: Datenbanken wurden nach Konzepten der Angehörigenbetreuung bei neurologischen Erkrankungen durchsucht. Zudem wurden ein Fokusgruppeninterview mit Pflegekräften sowie Einzelinterviews mit Mitarbeitenden verschiedener Fachgruppen einer neurologischen Station geführt. Ergebnisse: Aktuell existieren 20 Angebote für diese Zielgruppe. Die Fokusgruppe befürwortete die Einführung einer AV, wobei die Zuständigkeit der Berufsgruppen unterschiedlich bewertet wurde. Die Einzelinterviews zeigten positive Dominoeffekte der AV auf interprofessionelle Zusammenarbeit und Patientenversorgung. Schlussfolgerung: Die Vergleichbarkeit der Angebote ist begrenzt. In der individuellen Fallbetrachtung zeigen sich klare Vorteile der Mitbetreuung. Eine gezielte Aufklärung kann zu verbesserter Betreuung und Entlassmanagement führen.



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige,

eine gute Kommunikationskultur fördert das Gesundwerden. Deshalb bieten wir eine Angehörigenvisite auf unserer neurologischen Station N1 im **LWL Klinikum Gütersloh** an – zu der wir Sie hiermit herzlich einladen.

Im Rahmen der Visite beantworten wir Ihre Fragen zum Therapieverlauf und schaffen Transparenz. Die Gespräche finden freitags zwischen 15 und 18 Uhr nach Terminvereinbarung statt. Wenn Sie einen Visitentermin vereinbaren wollen, wenden Sie sich per E-Mail an **melanie.kuehnpast-barthel@lwl.org** oder per Telefon **0152-34667510**.

Gerne beantworte ich Ihnen auch weitere Fragen rund um die die Behandlung und Versorgung unserer Patientinnen und Patienten auf der Station N1. Für diese und weitere Anliegen stehe ich Ihnen telefonisch von Montag bis Freitag von 8 bis 14 Uhr zur Verfügung.

Ich freue mich auf das Gespräch mit Ihnen!



Melanie Kühnpast-Barthel
(M.Sc. Prävention und Gesundheitspsychologie, Pflegeexpertin, Gesundheits- und Krankenpflegerin)
melanie.kuehnpast-barthel@lwl.org
Mobil: 0152-34667510

Biographische Angehörigenarbeit

https://www2.lwl.org/de/LWL/portal/lwl-storys/2026/demenzcoach/



Junge Erwachsene - Beispiel A5



Marco Gardias, Alrik Gold

- Transition als spezifisches Charakteristikum für Angehörigenarbeit
- Patient:Innen leben oft noch bei den Eltern

- Was häufig gelingt:
- *„Generell sind die Situationen in denen es gelingt Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und zu adressieren, für die PatientInnen eine schöne und nicht zu unterschätzende Erfahrung. Oft ist das häusliche Umfeld durch ständige Konflikte so vorbelastet, dass ein klärendes Gespräch dort kaum möglich ist. Durch den Wechsel des Settings und der Moderation gelingt es häufiger, sich im Angehörigengespräch zumindest wieder anzunähern. Wenn beide Seiten (vielleicht auch nur für den Moment) ein Verständnis füreinander entwickeln und einen ersten gemeinsamen Schritt gehen, sind das für uns BehandlerInnen natürlich tolle Momente“.*

KONZEPT 2

Trialog und Psychoseseminar

Das Prinzip

Betroffene, Angehörige und Professionelle begegnen sich außerhalb von Behandlung – auf neutralem Boden, ohne Akte, ohne Diagnose, ohne Hierarchie.

Niemand ist dort Patient. Niemand ist dort zuständig. Alle sprechen aus eigener Erfahrung.

Warum es wirkt

Es löst die Rollenfixierung auf, die im Klinikkontext unvermeidbar ist.

Angehörige hören zum ersten Mal von Betroffenen, wie sich eine Krise von innen anfühlt – und Betroffene hören, was ihre Krise mit anderen gemacht hat.

Für viele Teams ist es die wirksamste Fortbildung, die sie je besucht haben.

Der praktische Haken: Der Trialog gehört nicht uns.

Er funktioniert nur, wenn die Klinik Gastgeberin ist und nicht Veranstalterin. Sobald wir moderieren, dokumentieren oder evaluieren, ist es kein Trialog mehr.

Kompetenz • Selbstbestimmtheit • Zuversicht

Über das Recovery College | Team | Kurse/Veranstaltungen | Genesungsbegleitung | Institutionen | Medien & Infomaterial | Kontakt | Spenden

Trialog

Eine Kooperation zwischen dem
LWL-Klinkum Gütersloh
und dem Recovery College Gütersloh.

Zwischen Krise und Verständnis – ein Abend im Trialog

Krisen gehören zum Leben – doch wie wir mit ihnen umgehen, entscheidet, ob daraus Spaltung oder Verständnis entsteht.
An diesem besonderen Abend kommen **Betroffene, Angehörige und Fachkräfte** miteinander ins Gespräch.

Im offenen Trialog teilen wir Erfahrungen, hören zu und suchen gemeinsam nach Wegen, wie aus gegenseitigem Verständnis neue Perspektiven wachsen können.

4. Termin

Thema: Genesungsbegleitung – Begleitung aus Erfahrung.

Genesungsbegleitende sind die jüngste Berufsgruppe in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Menschen mit eigener Krisenerfahrung in neuer, unterstützender Rolle. Doch wie gut gelingt der Seitenwechsel wirklich? Stehen sie bloß zwischen allen Stühlen oder gelingt genau durch ihre besondere Position mehr Verbindung, Verständnis und ein neuer Blick auf psychische Krisen?

Wir sprechen über Erwartungen, Hoffnungen und Ängste – bei Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Fachpersonal. Was gelingt bereits? Wo hakt es noch? Und was braucht es, damit Genesungsbegleitung auf einem guten Weg bleibt?

Ein offener Trialog für alle: Betroffene, Angehörige, Fachpersonal und alle, die zuhören, mitreden und mitdenken möchten.

📅 **Datum: 15.10.2026 – 17:00 bis 18:30 Uhr (Uhrzeit abweichend wegen der Wochen der seelischen Gesundheit!!)**

📍 **Ort:** LWL-Klinikum Gütersloh

KONZEPT 3

Netzwerk- und Familiengespräche

1 **Sofortige Hilfe**
Erstes Treffen innerhalb von 24 Stunden nach der Anfrage.

2 **Einbezug des sozialen Netzwerks**
Von Anfang an – nicht erst, wenn es schwierig wird.

3 **Transparenz**
Alle Entscheidungen fallen in Anwesenheit aller. Keine Gespräche über jemanden.

4 **Tolerierung von Ungewissheit**
Aushalten, statt vorschnell zu klassifizieren.

Was man übernehmen kann

Auch ohne volle Open-Dialogue-Implementierung: das Prinzip, dass über niemanden ohne ihn gesprochen wird.

Was ODDESSI zeigt

Weniger stationäre Aufnahmen und bessere subjektive Ergebnisse – aber kein Effekt auf die Rückfallzeit.

Netzwerk- und Familiengespräche – Beispiel StäB

Angehörige erleben StäB häufig im Spannungsfeld zwischen Erleichterung und externer Überforderung

- Grundsätzliche Bereitschaft und Belastungsfähigkeit wird vorausgesetzt – auch in Krisen
- Angehörige können auch profitieren
- Grenzen müssen besprochen werden
- Suche nach Allianzpartnern („Sagen Sie ihm doch mal, dass…“)
- Räumlichkeiten können auch eine Herausforderung sein
- Hilfreiche und weniger hilfreiche Familiendynamiken sind präsent



Stefan Nowak

KONZEPT 4

Angehörigen-Peers und Selbsthilfe

Was Angehörigen-Peers leisten

Sie sind selbst Angehörige und dafür qualifiziert, andere Angehörige zu begleiten.

Sie erreichen Menschen, die mit uns nicht sprechen würden – weil sie nicht beurteilt werden.

Sie übersetzen in beide Richtungen: das System für die Familie, die Familie für das Team.

Was die Leitlinie sagt – und was nicht

Empfehlung 23 (Grad B) gilt Peer-Support für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, nicht für Peers für Angehörige.

Für Angehörigen-Peers gibt es bislang keine eigene Leitlinienempfehlung – wohl aber Empfehlung 27: Angehörige sollen Entlastung und Unterstützung erfahren.

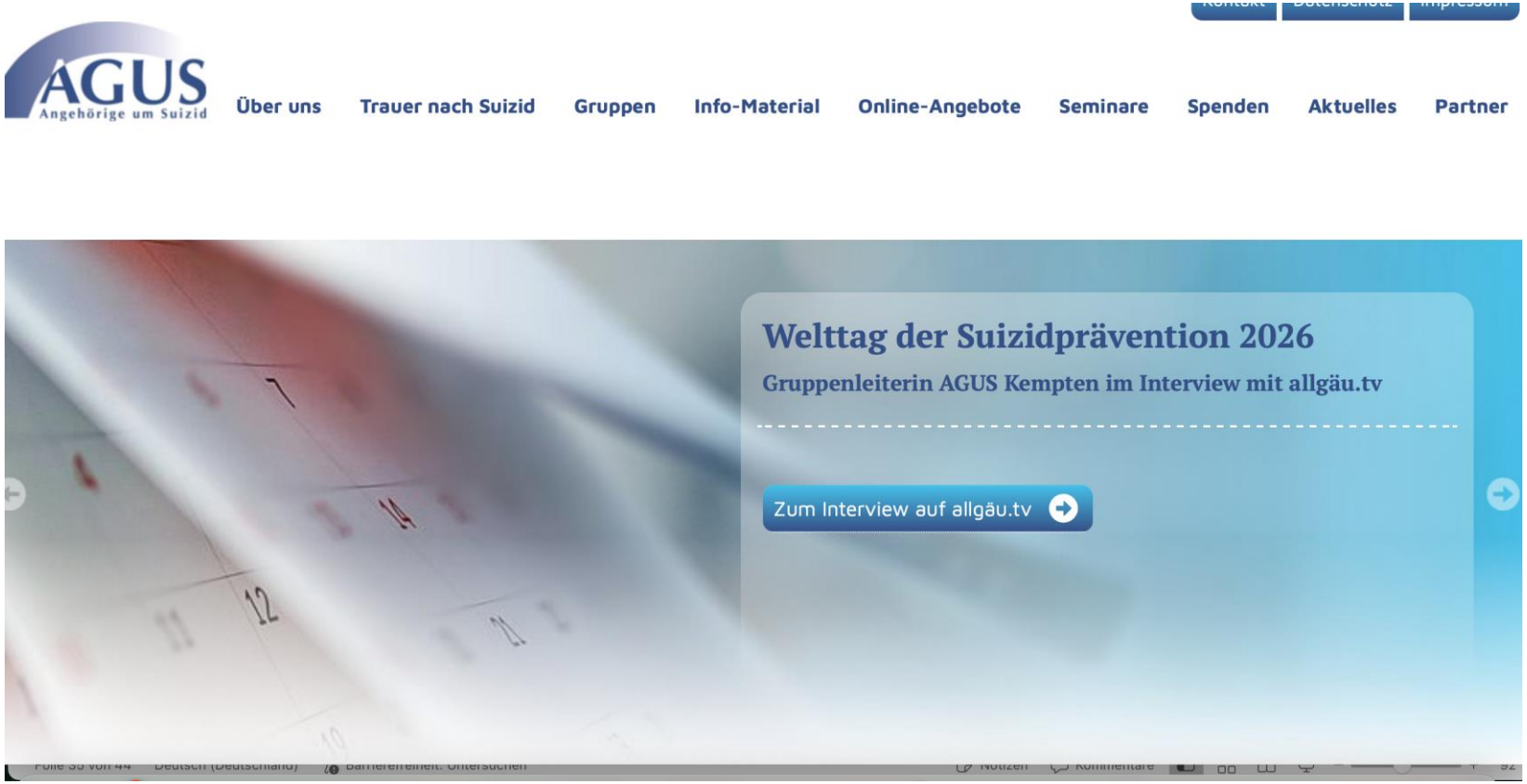
Das ist die Lücke, in die dieses Format passt.

Die Selbsthilfe daneben

Angehörigengruppen existieren fast überall. Die Leitlinie empfiehlt, über Selbsthilfe zu informieren und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme zu unterstützen (Empf. 3, Expertenkonsens).

Die ehrliche Frage

Wissen Ihre Mitarbeitenden, wann und wo die nächste Angehörigengruppe stattfindet? Ohne nachzuschauen?


AGUS
Angehörige um Suizid
Über uns
Trauer nach Suizid
Gruppen
Info-Material
Online-Angebote
Seminare
Spenden
Aktuelles
Partner
Welttag der Suizidprävention 2026
Gruppenleiterin AGUS Kempten im Interview mit allgäu.tv
Zum Interview auf allgäu.tv



KONZEPT 5

Kinder als Angehörige – die Prävention mit der besten Begründung

Schritt 1: Erfassen

Ein Pflichtfeld in der Aufnahme: Hat diese Patientin minderjährige Kinder? Wer versorgt sie gerade?

Ohne diese Frage ist alles Weitere Zufall.

Schritt 2: Erklären

Kinder erklären sich die Erkrankung sonst selbst – und zwar meist über eigene Schuld.

Eine altersgerechte Erklärung durch eine erwachsene Person gehört zu den am besten begründeten Einzelmaßnahmen.

Schritt 3: Vernetzen

Patenschaften, Gruppenangebote, Kooperation mit Jugendhilfe und Schule.

Hier endet die Zuständigkeit einer Klinik – und beginnt die der Region.

Die Rollenumkehr ist der eigentliche Schaden.

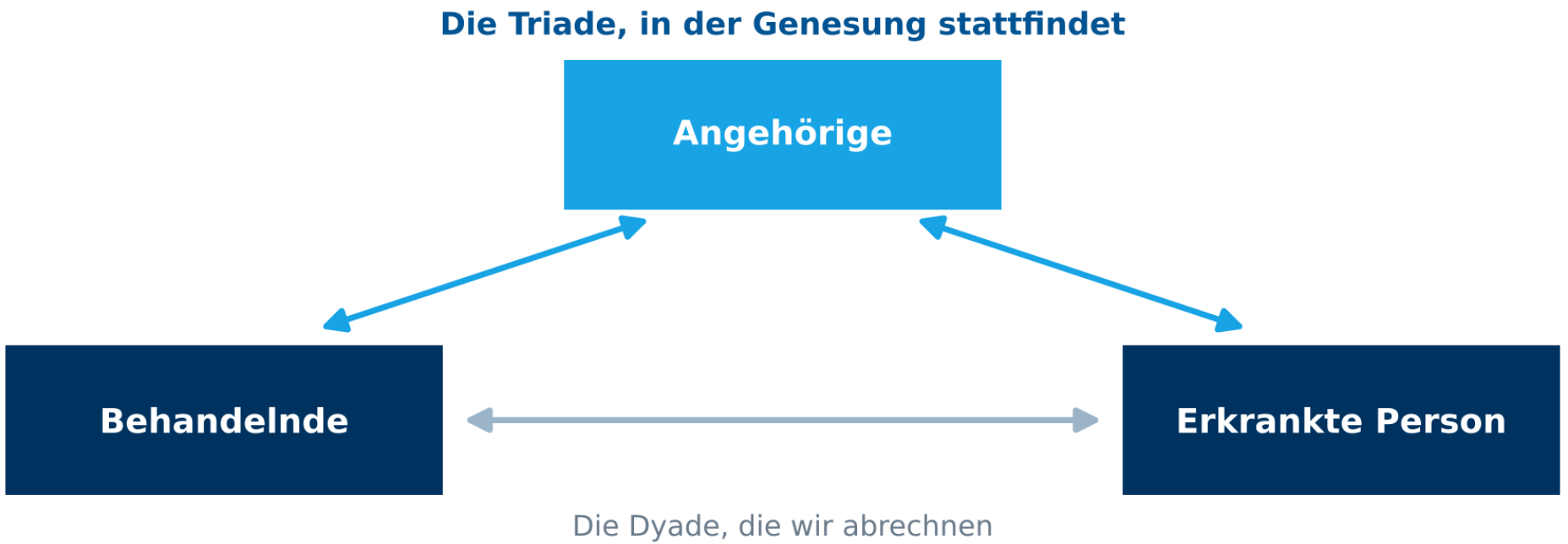
Nicht die Erkrankung der Eltern macht Kinder krank, sondern dass sie unerklärt bleibt und das Kind beginnt, elterliche Aufgaben zu übernehmen. Beides ist beeinflussbar.

VI Was ab Montag geht

Sieben Schritte, die keine Projektstruktur brauchen –
und vier Indikatoren, an denen man den Fortschritt messen kann.

≈ 6 MINUTEN

Von der Dyade zur Triade



Wir rechnen eine Zweierbeziehung ab und dokumentieren sie. Stattfinden tut Genesung in einem Dreieck – und die dritte Ecke ist die einzige, die nach der Entlassung noch da ist.

Sieben Dinge, die keine Projektstruktur brauchen

01	Beim Aufnahmegespräch fragen: Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben – und was wissen sie?
02	Ein Pflichtfeld: minderjährige Kinder ja oder nein, und wer versorgt sie gerade.
03	Die Entbindung von der Schweigepflicht im Verlauf erneut ansprechen, nicht nur bei der Aufnahme.
04	Jeden Anruf von Angehörigen als klinische Information behandeln und dokumentieren – als Fremdanamnese, datensparsam.
05	Eine Karte mit Angehörigenangeboten der Region, aktuell, an jeder Station.
06	Angehörigengespräche im Behandlungsplan terminieren, nicht „bei Bedarf“.
07	**Einmal im Jahr im Team fragen: Wie viele Angehörige haben wir erreicht – und woher wissen wir das?**

Vier Indikatoren, die helfen.

1 · Kontaktquote

Anteil der stationären Behandlungen mit mindestens einem dokumentierten Angehörigenkontakt.

2 · Kinderquote

Anteil der Aufnahmen, bei denen das Feld „minderjährige Kinder“ ausgefüllt ist – und Anteil mit Folgemaßnahme.

3 · Angebotsquote

Anteil der Angehörigen, denen ein strukturiertes Angebot gemacht wurde – und der, der es angenommen hat.

Angebote auf Systemebene.

Einbeziehung des Erfahrungsweissens.

4 · Rückmeldung (anonym)

Eine einzige Frage an Angehörige bei Entlassung: Haben Sie sich einbezogen gefühlt?

Keiner dieser vier Indikatoren braucht ein neues IT-System. Alle vier braucht es, damit das Thema überlebt.

ZUM MITNEHMEN

Fazit

01	Angehörige sind die größte und die einzige dauerhafte Unterstützungsinstanz – und die einzige, die nach der Entlassung noch da ist.
02	Ihre Belastung hat ein spezifisches Profil – Angst, Hilflosigkeit, Schuld – und sie wächst über Jahre.
03	Die Leitlinie empfiehlt Familieninterventionen seit 02/2026 mit Grad A. Psychoedukation erreichte zuletzt 2 bis 6 % der Angehörigen.
04	Das LWL-Klinikum hat sich auf den Weg gemacht, braucht aber eine weitere Entwicklung
05	Die Schweigepflicht verbietet Auskunft, nicht Zuhören und nicht Information.
06	**Was wir nicht zählen, überlebt den nächsten Personalengpass nicht.**



Von Göteborgs konstmuseum (Gothenburg Museum of Art). Photo: Hossein Sehatlou, CC BY 4.0, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=112970674

QUELLEN UND KONTAKT

Zum Nachlesen

Zentrale Quellen

Pharoah F et al. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010, CD000088.

Pitschel-Walz G et al. Schizophr Bull 2001; Metaanalyse Familieninterventionen.

Rummel-Kluge C et al. Psychoedukation im deutschsprachigen Raum. Schizophr Bull 2006; BMC Psychiatry 2013;13:170.

Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. Arch Gen Psychiatry 1998;55:547–552.

DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Fassung 02/2026.

ODDESSI-Trial. Lancet Psychiatry 2026 (online 26.08.2026).

Daten und Zahlen

DGPPN, Basisdaten Psychische Erkrankungen, Februar 2025.

Sotomo / Pro Mente Sana, „Stand by You“, 2024.

Hoff, Höse, Knoll & Ott, GAT-WP 01/2025, Hochschule Zittau/Görlitz.

Kontakt

Prof. Dr. Michael Schulz

LWL-Klinikum Gütersloh · Fachhochschule der Diakonie

Ich freue mich auf Ihre Fragen.