

An aerial photograph of a city, likely Zurich, showing a mix of urban development and green spaces. In the foreground, there are several large, modern buildings with flat roofs and some greenery. The middle ground is filled with a dense residential area with many small houses and apartment buildings. The background shows more green fields and a few larger industrial or commercial buildings. The overall scene is a blend of nature and urban architecture.

Angehörige und Fachpersonen in der Psychiatrie

Eine komplizierte Beziehung

Matthias Jäger

Zürich - online

23. Oktober 2026

Agenda

- o Einleitung und Rückblick
- o Dialog und Perspektivenwechsel
- o Rechtlicher Rahmen
- o Angehörigenarbeit praktisch
- o Spezifische Konzepte

Eine komplizierte Beziehung: Worin besteht die Komplikation?

Einleitung und Rückblick

- Angehörige sind wichtige Ressourcen für Behandlung/Recovery
- Gleichzeitig sind sie eigenständige Betroffene mit eigenen Bedürfnissen
- Fachpersonen behandeln primär die erkrankte Person
- Unterschiedliche Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen
- Institutionelle Abläufe sind oft stärker auf individuelle Behandlung als auf Netzwerkarbeit ausgerichtet
- **Warum gelingt Zusammenarbeit nicht selbstverständlich?**

- Frühe psychiatrische Konzepte: Heredität, Degeneration und familiäre Belastung
- Psychoanalytische und familientheoretische Erklärungen des 20. Jahrhunderts
- Konzepte der «schizophrenogenen Mutter»¹
- Double-Bind-Hypothese: widersprüchliche Kommunikation als Erklärungsmodell²
- Familien wurden teilweise als pathogenes Milieu betrachtet
- **Rückblickend: problematische Schuldzuweisungen bei unzureichender empirischer Grundlage**

¹Fromm-Reichmann, 1948; ²Bateson, 1956

Paradigmenwechsel: Familie als Ressource

- 1960/70er: Erforschung familiärer Interaktionsmuster
- Expressed Emotion: Kritik, Feindseligkeit und emotionale Überinvolviertheit als prognostische Faktoren
- Stress-Vulnerabilitäts- und Bewältigungsmodelle
- Angehörige als Partner in Rückfallprävention und Krankheitsbewältigung
- Entwicklung psychoedukativer Familieninterventionen

Angehörigenbewegung und Selbstorganisation

- 1970/80er: Selbstorganisation von Angehörigen
- Kritik an Schuldzuweisungen und unzureichender Information
- Forderungen nach Beratung, Entlastung und Anerkennung
- Entwicklung von Angehörigengruppen und Interessenvertretungen
- Angehörige als eigenständige Anspruchsgruppe
- Professionelle Angehörigenarbeit und unabhängige Angehörigenvertretung sind komplementär, aber nicht identisch

Heute: Anspruch und Realität

- Familienorientierung in Leitlinien und Behandlungskonzepten
- Evidenz für strukturierte Familieninterventionen
- Dennoch: Familienarbeit ist kein Selbstläufer
- Hindernisse: Zeitmangel, fehlende Zuständigkeit, Unsicherheit im Umgang mit Schweigepflicht
- Angehörigenarbeit wird häufig als zusätzliche Aufgabe statt als integraler Bestandteil verstanden
- **Wie wird aus einer anerkannten Haltung eine verbindliche Routine?**

Empfehlungsgrad A	Familieninterventionen* sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um Erkrankungsrückfälle zu reduzieren und eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld zu ermöglichen und zu erleichtern.
	<i>* Die in den Studien untersuchten Interventionen umfassten verschiedene Elemente: u.a. Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Erarbeitung von Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Erweiterung von Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports.</i>
GRADE Evidenz ¹ Gering (⊕⊕⊕⊕) Moderat (⊕⊕⊕⊕) Gering (⊕⊕⊕⊕)	Vergleich von Familieninterventionen (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Chien et al. 2024) Auftretenswahrscheinlichkeit von Rückfällen: sign. Reduktion durch FI Belastungserleben Angehörige: sign. Reduktion durch FI Familienklima (Expressed Emotion): sign. Verbesserung durch FI Vergleich von Familieninterventionen (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Kim und Park 2023) Rehospitalisierung Betroffene: sign. Reduktion durch FI Belastungserleben Angehörige: sign. Reduktion durch FI Wohlbefinden/psychische Gesundheit der Familie: sign. Verbesserung durch FI Bewältigungserleben Familie: sign. Verbesserung durch FI Lebensqualität (Patient:innen): sign. Verbesserung durch FI Behandlungszufriedenheit (Patient:innen): sign. Verbesserung durch FI Vergleich von psychoedukativer Familienintervention (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs mit Familien mit einer an einer schweren Depression betroffenen Person (Katsuki et al. 2022)

Sehr gering (⊕⊕⊕⊕) Sehr gering (⊕⊕⊕⊕)	Depressive Symptomatik: sign. Reduktion durch FI Familiäre Funktionen: kein signifikanter Unterschied Vergleich von psychoedukativer Familienintervention (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Rodolico et al. 2022)
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Rückfallrate bei psychotischer Erkrankung nach 12 Monaten: sign. Reduktion durch FI (verschiedene Modelle mit Ausnahme von sehr kurzer Intervention mit 2 oder weniger Sitzungen und dem alleinigen Fokus auf die Erstellung von Krisenplänen)
Konsensstärke	Konsens (83 %) Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025

S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 3. Auflage, 2026

Einleitung und Rückblick

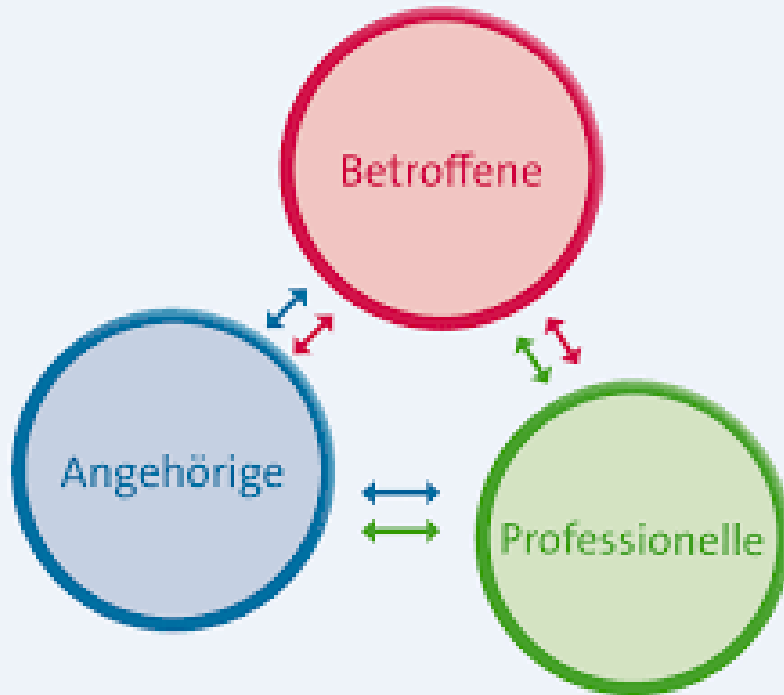
Empfehlung 27 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Angehörigeninterventionen“
Empfehlungsgrad B	Angehörige* und nahestehende Personen von schwer psychisch erkrankten Menschen können schwerwiegende und vielfältige Belastungen erfahren. Zugleich können sie eine wichtige Ressource sein und eine wesentliche stabilisierende Funktion haben. Angehörige und nahestehende Personen sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren, um das mit der Sorge um die erkrankte Person verbundene Belastungserleben zu reduzieren sowie die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu stärken.
	<i>*Im Leitliniengremium wird betont, dass Angehörige unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnissen meint – gemeint sind sowohl Eltern und Partner:innen, als auch Kinder oder Geschwister sowie Onkel, Tanten und Großeltern und weitere verwandte Personen. Darüber hinaus tragen verschiedene weitere Faktoren (z. B. alleinerziehendes Elternteil, Alter von Kindern und mitbetroffenen Geschwistern, soziale Hintergründe) zum Ausmaß der erlebten Belastungen bei (👉 Kapitel Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen)</i>
GRADE Evidenz¹ Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Vergleich von Psychoedukation für Angehörige (PE) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Rodolico et al. 2022) Rückfallrate bei psychotischer Erkrankung nach 12 Monaten: sign. Reduktion durch PE Vergleich von Psychoedukation für Angehörige (PE) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Sin et al. 2017)

Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊖) Sehr gering (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊖) Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Mentales Wohlbefinden (Angehörige): kein sign. Unterschied Lebensqualität (Angehörige): kein sign. Unterschied Stresserleben (Angehörige): kein sign. Unterschied Allgemeine Morbidität (Angehörige): sign. Reduktion durch PE Depressives Erleben (Angehörige): sign. Reduktion durch PE Belastungserleben (Angehörige): sign. Reduktion durch PE Familienklima: kein sign. Unterschied
Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖) Gering (⊕⊕⊕⊖)	Vergleich von nicht-pharmakologischer Interventionen für Angehörige (NPI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs (Chen et al. 2016) Belastungserleben (Angehörige): sign. Reduktion durch NPI Sozialer Support: keine sign. Verbesserung durch NPI Familiäres Funktionsniveau: keine sign. Verbesserung NPI
Konsensstärke	Starker Konsens (95 %)

Abstimmungsergebnis vom 16.01.2025

S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 3. Auflage, 2026

Dialog und Psychose-Seminar



Empfehlung 7

Konsensbasierte Empfehlung „Dialog“

NEU

Empfehlungsgrad

EK

Eine dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen kann eine Voraussetzung für eine Kooperation aller Beteiligten sein.

Die dialogische Zusammenarbeit kann neben der individuellen Therapiebeziehung verschiedene Ziele verfolgen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsanforderungen, Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen). In allen Bereichen von Planung, Angebot und Evaluation von Hilfeangeboten, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit sowie in Lehre und Forschung soll eine dialogische Zusammenarbeit unterstützt werden.

Konsensstärke

Starker Konsens (100 %)

Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024

Empfehlung 22 Geprüft	Konsensbasierte Empfehlung „Dialogforen & Psychoseseminare“
Empfehlungsgrad EK	Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann auch im Rahmen von Dialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.
Konsensstärke	Starker Konsens

Dialogische Grundhaltung

- Dialog als Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen
- Unterschiedliche Formen von Wissen: Erfahrung, Lebenswelt, Fachwissen
- Gleichwertigkeit der Perspektiven bedeutet nicht identische rechtliche Verantwortung
- Gemeinsames Verstehen statt ausschliesslich professioneller Deutungshoheit
- Dialog ist eine Haltung, nicht nur ein Veranstaltungsformat

Was verändert eine dialogische Grundhaltung?

- Von «Wir erklären den Angehörigen die Behandlung» zu «Wir entwickeln ein gemeinsames Verständnis»
- Von der Defizitperspektive zur Ressourcenorientierung
- Von Informationsweitergabe zum Austausch
- Von professioneller Entscheidungshoheit zu partizipativer Entscheidungsfindung
- Von Symptomorientierung zur Kontextualisierung
- Grenzen: Selbstbestimmung, Vertraulichkeit, Schutz vor Gewalt und Überforderung

Rolle der Angehörigen aus klinischer Perspektive

- **Informationsquelle:** biografische Hintergründe, Frühwarnzeichen, Kontext
- **Unterstützungsressource:** Alltagsbewältigung, soziale Integration, Behandlungskontinuität
- **Mitbetroffene:** Belastung, Sorgen, Erschöpfung
- **Interaktionspartner:** hilfreiche oder belastende Dynamiken
- **Eigenständige Akteure** mit Interessen, Erwartungen und Grenzen
- **Nicht alle Angehörigen wollen oder können unterstützende Aufgaben übernehmen**

Drei Perspektiven – drei Aufträge

Betroffene	Angehörige	Fachpersonen
Selbstbestimmung	Sicherheit und Entlastung	Behandlung und Fürsorge
Vertraulichkeit	Information und Mitsprache	Schweigepflicht
Individuelle Recovery-Ziele	Stabilität des Alltags	Klinische Indikation
Eigene Entscheidungen	Planbarkeit	Risikoabwägung

- Interessen sind häufig vereinbar, aber nicht immer
- Konflikte sind nicht automatisch Zeichen misslungener Zusammenarbeit
- Die klinische Aufgabe besteht darin, widersprüchliche Aufträge sichtbar zu machen und auszuhandeln

Typische Konfliktkonstellationen

- Patient lehnt Kontaktaufnahme ab, Angehörige fordern Auskunft
- Angehörige wünschen Hospitalisation, Patientin lehnt sie ab
- Klinik plant Entlassung, Familie fühlt sich überfordert
- Angehörige berichten Gefährdung, klinische Einschätzung weicht davon ab
- Angehörige erwarten Kontrolle der Medikamenteneinnahme, Patient wünscht Autonomie
- Frühere familiäre Konflikte prägen die therapeutische Zusammenarbeit
- **Wo entsteht besonders häufig Vertrauensverlust?**

Rechtliche Bestimmungen in der Schweiz

- Selbstbestimmung und Schutz der Privatsphäre
- Art. 321 StGB: Berufsgeheimnis
- Datenschutzrecht und kantonale Gesundheitsgesetze
- Verwandtschaft allein schafft keinen allgemeinen Auskunftsanspruch
- Einwilligung oder spezifische Rechtsgrundlage erforderlich

Rechtliche Bestimmungen in der Schweiz

- Selbstbestimmung und Schutz der Privatsphäre
- Art. 321 StGB: Berufsgeheimnis
- Datenschutzrecht und kantonale Gesundheitsgesetze
- Verwandtschaft allein schafft keinen allgemeinen Auskunftsanspruch
- Einwilligung oder spezifische Rechtsgrundlage erforderlich

Schweigepflicht: Was ist erlaubt, was nicht?

Situation	Grundsatz
Angehörige schildern Beobachtungen	Informationen entgegennehmen grundsätzlich möglich
Allgemeine Informationen zu Erkrankungen	Ohne patientenbezogene Offenbarung möglich
Konkrete Diagnose oder Medikation mitteilen	Einwilligung oder Rechtsgrundlage erforderlich
Gemeinsames Familiengespräch	Offenbarungsbefugnis und Grenzen vorgängig klären
Erhebliche Gefährdung Dritter	Gesetzliche Befugnisse und gegebenenfalls behördliche Entbindung prüfen

- Auch Bestätigung einer Hospitalisation kann dem Berufsgeheimnis unterliegen
- Entbindung frühzeitig mit der betroffenen Person besprechen
- Keine pauschale Berufung auf Datenschutz

Wenn eine Einwilligung fehlt

- Ablehnung verstehen und respektieren
- Urteilsfähigkeit situations- und entscheidungsbezogen prüfen
- Allgemeine Beratung ohne Offenbarung ermöglichen
- Bei Urteilsunfähigkeit: Vertretungsrechte gemäss Art. 377ff ZGB
- Art. 378 ZGB: gesetzliche Rangordnung vertretungsberechtigter Personen
- Bei FU: besondere Regelungen für Behandlung und Vertrauensperson (Art. 432–435 ZGB); Vertretungsregeln gelten nicht per se

Schweigepflicht als Begründung oder als Barriere?

- Rechtliche Unsicherheit kann zu defensiver Kommunikation führen
- Die Unterscheidung zwischen Zuhören, Beraten und Offenbaren wird im Alltag nicht immer ausreichend berücksichtigt
- Klare institutionelle Leitlinien reduzieren Unsicherheit
- Einwilligung und Umfang des Informationsaustauschs regelmässig überprüfen
- Angehörige nicht mit einem pauschalen «Wir dürfen nichts sagen» abweisen

Angehörigenarbeit beginnt beim Erstkontakt

- Angehörige/wichtige Bezugspersonen systematisch erfragen
- Bestehende Unterstützung und familiäre Belastungen erfassen
- Einwilligung zur Kontaktaufnahme frühzeitig besprechen
- Klare Ansprechperson im Behandlungsteam benennen
- Rasches Kontaktangebot, soweit zulässig und erwünscht
- Angehörigenarbeit im Behandlungsplan und in der Dokumentation verankern

Fremdanamnese als wichtige Informationsquelle

- Verlauf der Erkrankung aus longitudinaler Perspektive
- Frühwarnzeichen, Verhaltensänderungen, Krisenverläufe
- Alltagsfunktion, Ressourcen und soziales Umfeld
- Frühere Behandlungserfahrungen und individuelle Bewältigungsstrategien
- Diskrepanzen zwischen Eigen- und Fremdanamnese reflektieren
- Angehörigeninformationen nicht unkritisch als objektive Wahrheit übernehmen, sie dienen nicht der Kontrolle der Eigenanamnese

Familien- und Netzwerkgespräche: Mehr als Informationsvermittlung

- Gemeinsame Verständigung über Erkrankung und Behandlung
- Erwartungen und Behandlungsaufträge aller Beteiligten klären
- Unterschiedliche Krankheitsmodelle und Erklärungen zulassen
- Konkrete Vereinbarungen zu Unterstützung, Kommunikation und Krisenmanagement
- Angehörige in Austritts- und Nachsorgeplanung einbeziehen
- Konflikte moderieren, ohne vorschnell Partei zu ergreifen

Familieninterventionen: Was sagt die Evidenz?

- Besonders untersucht bei psychotischen Erkrankungen
- Strukturierte Interventionen kombinieren Information, Unterstützung und Problemlösen
- Hinweise auf reduzierte Rückfallraten
- Geringere Belastung der betreuenden Angehörigen (Trend)
- Uneinheitliche Ergebnisse zu Hosp. und Lebensqualität
- Evidenz relevant, aber heterogen hinsichtlich Qualität und Übertragbarkeit

Psychoedukation: Wissen als Grundlage zur Bewältigung

- Verständliche Information über Symptome, Verlauf und Behandlung
- Individuelle Krankheits- und Erklärungsmodelle berücksichtigen
- Früherkennung von Krisen und Rückfällen
- Medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen
- Recovery, Ressourcen und realistische Hoffnung vermitteln
- Austausch in Einzelgesprächen, Familiengesprächen oder Angehörigengruppen
- **Keine Einbahnstrasse zur Herstellung von «Compliance»**

Angehörigenberatung und Coaching

- Eigene Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse erkennen
- Umgang mit Krisen, Rückzug, Konflikten und herausforderndem Verhalten
- Grenzen setzen und Selbstfürsorge ermöglichen
- Schuldgefühle und überhöhte Verantwortungsübernahme bearbeiten
- Individuelle Bewältigungsstrategien entwickeln
- Bei Bedarf Weitervermittlung an unabhängige Beratungsstellen, Selbsthilfe und Angehörigenorganisationen

Besondere Herausforderungen in der Akutpsychiatrie

- Situationen mit Suizidalität, Aggressivität oder Desorganisation
- Unfreiwillige Hospitalisation und freiheitsbeschränkende Massnahmen.
- Kurze Aufenthalte, wechselnde Behandlungsteams, Zeitdruck
- Konflikte über Behandlungsnotwendigkeit und Austrittszeitpunkt
- Angehörige können gleichzeitig Schutz, Distanz und Entlastung benötigen.
- Systemische Gespräche und frühzeitige Austrittsplanung als wichtige Ansatzpunkte.

Open Dialogue: Behandlung im sozialen Netzwerk

- o Entstanden in Westlappland
- o Rasche, möglichst frühzeitige Hilfe in psychischen Krisen und bei Ersterkrankung
- o Netzwerkgespräche mit Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen
- o Kontinuität der therapeutischen Verantwortung über Settings hinweg
- o Toleranz von Unsicherheit und dialogische Entscheidungsfindung
- o Ziel: gemeinsames Verstehen und Handeln

Open Dialogue: Chancen und Grenzen

- Orientierung an sozialen Beziehungen und Netzwerken
- Behandlung wird nicht ausschliesslich als individuelle Intervention verstanden
- Keine schnellen diagnostischen und therapeutischen Festlegungen
- Hohe Anforderungen an Teamkontinuität, Verfügbarkeit und Organisationskultur
- Positive Erfahrungen und vielversprechende Beobachtungsdaten
- Die Wirksamkeit des Gesamtmodells ist bislang nicht durch ausreichend robuste kontrollierte Studien gesichert

Vom Einzelangebot zur familienorientierten Institution

- Systemische Akutpsychiatrie (SYMPA): multiple Aufträge und Verhandlungskultur
- Triangle of Care (UK): Angehörigenorientierung als Qualitätsstandard
- Angehörige beim Erstkontakt identifizieren und Rolle anerkennen
- Mitarbeitende für Angehörigenarbeit qualifizieren
- Klare Prozesse für Informationsaustausch und Vertraulichkeit
- Verantwortlichkeiten, Unterstützungsangebote und Qualitätsüberprüfung institutionell verankern

Warum scheitert Angehörigenarbeit trotz guter Absichten?

- Individuelle Behandlung bleibt dominante organisatorische Logik
- Angehörigenarbeit ist häufig abhängig vom Engagement Einzelner
- Fehlende Zeitfenster und unklare Verantwortlichkeiten
- Unsicherheit über rechtliche Handlungsspielräume
- Professionelle Sorge vor Einmischung, Konflikten oder Kontrollverlust
- Angehörige werden vor allem dann einbezogen, wenn ihre Unterstützung benötigt wird

Was müsste sich institutionell verändern?

- Angehörigenorientierung als verbindlicher QM-Bestandteil
- Standardisiertes Vorgehen für Kontaktaufnahme und Einwilligung
- Angehörigengespräche und Netzwerkgespräche fest in Behandlungspfade integrieren
- Beratungsangebote für Angehörige unabhängig vom Einbezug in die Patientenbehandlung
- Schulung in Gesprächsführung, systemischem Arbeiten und rechtlichen Grundlagen
- Angehörige an Qualitätsentwicklung, Angebotsplanung und Evaluation beteiligen

