MITGLIEDERPOST NRW - November 2025

Angehörige
psychisch erkrankter Menschen
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.

familien selbsthilfe psychiatrie
Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Klare Sicht

Informationen von und für Angehörige psychisch erkrankter Menschen

Loslassen, aber wie?

‚Ohne Zwang' … ein Konzept

Neuer Name für den LV NRW

Liebe Mitglieder, liebe Angehörige, liebe Freunde des Landesverbands NRW ApK,

die Tage werden dunkler und der Winter steht vor der Tür. Es wird stiller und die Pflanzen, Tiere und auch wir, die Menschen, brauchen Ruhe und Entspannung.
Da kommt die Klare Sicht gerade richtig zum Schmökern mit einer Tasse Kaffee oder Tee in der Hand, auf dem Sofa eingekuschelt ganz gemütlich.

In dieser Ausgabe erfahren Sie mehr über:

- Psychoedukation
- Sinnvolle Ernährung für psychisch Kranke und ihre Angehörigen
- Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person?
- Jahresmitgliederversammlung: Gibt es eine Psychiatrie ohne Zwang? Und der LV NRW ApK hat einen neuen Namen
- Hilfe für Borderline Angehörige

Natürlich gibt es am Schluss wieder unsere Veranstaltungstermine und Tipps vom BApK.
Wir wünschen allen einen erholsamen Winter und entspannte Lesefreude. Der Vorstand.

Psychoedukation mit Dr. Ewald Rahn

Dr. Ewald Rahn, ärztl. Direktor der LWL Klinik Lippstadt und Warstein, startete das Seminar vom LV NRW ApK mit umfassenden Informationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen. Anschließend wurden in einer Vorstellungsrunde die Themenwünsche der Teilnehmer erfasst, um diese nach Möglichkeit an diesem Tag zu erörtern.

Wenn eine psychische Krankheit auftritt, ist diese oft auch langfristig, so Dr. Rahn. Wenn ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird, muss oft mit sechs bis acht Wochen gerechnet werden. Und was kommt danach?
Viele Probleme treten in der Klinik gar nicht oder vermindert auf. Eine langfristige Prognose (mit Ausnahme Demenz) sei positiv und z.B. bei 90% der Personen sei eine Persönlichkeitsstörung nach 10 Jahren weg bzw. stark reduziert.

Für die Zeit bis zur Genesung bedeutet das:

- das soziale Netz der Betroffenen und die Unterstützungsmöglichkeiten zu beachten
- die Einstellung der Betroffenen (Biographie wie entgangene Karriere; Familie, Freunde…)
- die Behandlung müsse sich weiterentwickeln

Aktuell gäbe es dabei noch zu viele Baustellen. Beispielsweise gibt es noch Probleme bei ambulanten Hilfen, der Vernetzung der Hilfe und der Koordination. Das bedeutet im Einzelnen:
- Die Behandlung ist sehr teuer, aber nicht unbedingt effektiv.
- Oft stößt man an Grenzen und schlägt sich eine blutige Nase bzw. kompliziert das Ganze.

Inhaltsverzeichnis **Seite**

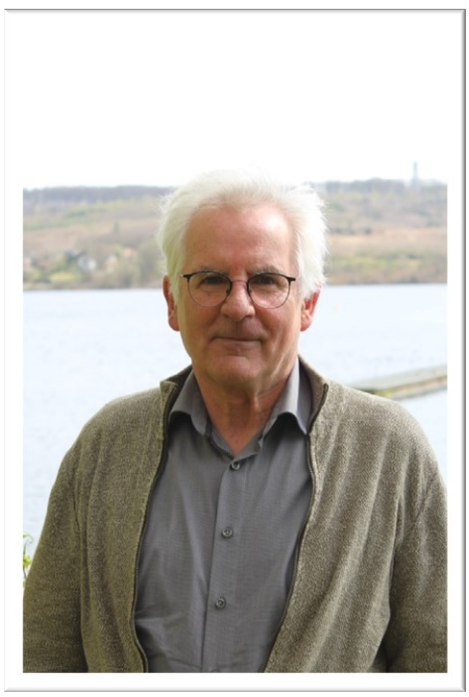
Psychoedukation	**2**
Ernährung für die Psyche	**5**
Loslassen und Selbstsorge	**9**
Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person?	**12**
Ohne Zwang – Ein Konzept	**16**
Jahresmitgliederversammlung und neuer Name für den LV NRW ApK	**17**
Anhörung der Kinderschutzkommission	**21**
Podcast – unerhört nah	**21**
Hilfe für Borderline-Angehörige in Köln	**22**
Buchtipp	**22**
Termine	**23**

- Bei Medikamenten gibt es ein hohes Sicherheitsbedürfnis. Nach der Akutphase sollte die Dosis angepasst werden, was aber erst sehr spät oder gar nicht geschieht.
- Aufgrund von Nebenwirkungen wird eine notwendige medikamentöse Behandlung abgelehnt oder vorzeitig abgesetzt. (z. B. durch Gewichtszunahme).
- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind manchmal problematisch und nicht unbedingt zum Wohl der Betroffenen, unter anderem, weil das Recht auf Erkrankung höher bewertet wird. Der Richter entscheidet, bekommt die dadurch entstandenen Konsequenzen aber nicht mehr mit.

Das Vorurteil, dass psychisch erkrankte Menschen gewalttätiger sind als die übrige Bevölkerung, stimmt so nicht. Dies trifft nur auf einzelne Personen mit langen Krankenhausaufenthalten zu.
Eine gute Behandlung kann nur mit einer ehrlichen und richtigen Aussage bei dem Arzt erfolgen. Dadurch kann auch die angemessene Dosierung der notwendigen Medikamente erfolgen. Dies ist jedoch nur ein Baustein der Behandlung. Viele zusätzliche Maßnahmen sind erforderlich, damit der Betroffene wieder aktiv werden und Verantwortung übernehmen kann.

Forensik

Für Betroffene in der Forensik ist ein Aufenthalt oft zu lange. Hier gibt es eine Struktur und einen planbaren Ablauf. Danach wird es aber schwierig, weil die Welt draußen oft ganz anders tickt wie innerhalb der Forensik. Professionelle Systeme sind manchmal nicht flexibel genug um eine gute Genesung zu unterstützen.
Was bedeutet das im Einzelnen?
Zum Beispiel: Erst nach jahrelanger Krankheit erfolgt eine Reha mit anschließender Wartepflicht von zwei Jahren. In der Zwischenzeit hängt man in der Luft, eventuell mit einer Erwerbsunfähigkeitsrente und einem dadurch eingeschränkten finanziellen Rahmen, was unter Umständen auch zu einer Verschlechterung der Heilungschancen führen kann. Aus so einer Situation ist fast kein Rauskommen möglich, insbesondere ohne ein Hilfenetzwerk aus Wohnheim, Betreuer, Freunden usw. Zusätzlich gibt es Regionen, die wie eine Servicewüste wirken, obwohl es viele Angebote gibt, die aber nicht miteinander, sondern nebeneinander arbeiten. Einige der sinnvollen Angebote scheitern dann aber am Geld, weil die Kommunen, Kreise und das Land sie nicht mit genügend finanziellen Mitteln ausstatten. Es kann aber auch an den zuständigen Personen scheitern, weil diese noch unerfahren sind oder alles ablehnen, was nicht gesetzeskonform ist.



Dr. Ewald Rahn

Themenwünsche

In der Vorstellungsrunde wurden folgende Themenwünsche erwähnt:
- Fürsorge & Abgrenzung (Krankheitseinsicht), Unterstützungsmöglichkeiten
- Ernährung & Kombination Medikamente, was geht hier nicht?
- Medikamente und Heißhunger
- Zukunftsperspektive Psychose; Systemsprenger
- Wie kann ich den Betroffenen aus dem Haus bekommen?
- Womit kann ich mein Kind noch unterstützen?
- Absetzen von Depotmedikamente wegen Nebenwirkungen
- Pendeltür-Effekte
- Aufklärung, Ausprobieren warum
- Abgeben von Verantwortung
- Wechselwirkung Gewicht und Medikamente
- Wohnen & Obdachlosigkeit; Dauer der Unterbringung

Fortsetzung S. 4

Psychose - Systeme

Die Psychose ist überall auf der Erde in etwa gleich vertreten. Zum Verständnis, was hierbei falsch läuft, erfolgt eine kurze Erklärung zum Ablauf im Gehirn. Hier findet man 2 Systeme.
Das erste System ist für ein schnelles Handeln und Eingreifen (impliziert). Dieses System lernt im Leben durch Erfahrung und Erfolg. Dieses Signalsystem arbeitet mit Mustern, die angeboren und erlernt wurden. Durch Training erfolgt eine Bewertung.
Bei der Psychose haben die Betroffenen ein Problem mit der Mustererkennung im Gehirn. In der Pubertät wird die Vernetzung im Gehirn umgebaut, und eine Desorientierung entsteht. Daraus entsteht dann Ratlosigkeit oder eine Lähmung, die in unflexiblem Verhalten der Motivationssysteme endet, wie Jobsuche, Urlaub, soziale Kontakte….

Das zweite System ist ein entscheidungsbasiertes (expliziert).
Aber warum helfen die Medikamente? Dazu eine kleine Historie. Ursprünglich wurden sie gegen Juckreiz entwickelt. Dann stellte man fest, dass sie auch bei einer Psychose helfen. Dies erleichterte die Behandlung der Patienten, da dadurch mehr Struktur und Reizarmut erreicht und als Heilerfolg gedeutet wurde. Sobald jedoch Stress auftrat, brach die Krankheit wieder aus. Diese wurde dann mit martialischen Therapien behandelt, die fast wie Folterungen waren. Physiologisch wird die Signalübertragung verlangsamt, allerdings gibt es viele Nebenwirkungen. Anfangs dachte man, die Medikamente seien ein Heilmittel. Genau genommen sind sie aber nur ein Werkzeug, das die Mustererkennung wieder verbessert (Signalverarbeitung wird verlangsamt). Das Kernsymptom bei Halluzinationen ist, dass die Filter nicht mehr funktionieren. Das bedeutet, dass die Unterscheidung von relevanten und irrelevanten Informationen nicht mehr möglich ist. Ca. 150.000 Gedanken kommen so am Tag zusammen, die gefiltert werden müssen, meist in Form von Kommentaren. Für die Betroffenen kommen die Geräusche oder Gedanken dann von außen, weil die Zuordnung von außen/innen irgendwann nicht mehr möglich ist – unter anderem wegen der Reizüberflutung. Es ist dann wie eine imaginäre Vorstellung, die real wird, was im Wahn endet.
Drogen mit sedierender Wirkung können ähnliche Effekte wie Medikamente erzeugen. Erste Medikamente und auch heute noch (wenn auch weniger), haben erhebliche Nebenwirkungen (z. B. Parkinson-Effekte, Gewichtszunahmen usw.). Die heutigen Medikamente haben weniger motorische Nebenwirkungen, dafür verstärken sie eher die Minussymptomatik (z. B. Aktivität).
Eine symptomatische Psychose wird durch eine zugrunde liegende Erkrankung ausgelöst und ist im Normalfall reversibel (z. B. Schlafmangel, Tumor…).
Genau genommen bezeichnet eine Psychose eine seelische Erkrankung, und die Schizophrenie ist eine Unterkategorie davon. „Paranoid" bezeichnet eine halluzinatorische Psychose.
Wichtig bei der Behandlung ist, dass die Negativsymptomatik und soziale Kompetenz verbessert wird. Problematisch ist folgende Aussage: Nimm die Medikamente, dann wird‘s schon gehen.
Wenn dann aber die Negativsymptomatik bleibt, folgt die Ablehnung. Eine gute Einstellung der Medikamente, auch proaktiv mit einer kleinen Dosierung, kann dann eine neue Episode verhindern. Eine gewisse Symptomatik wird aber bleiben. Deshalb ist eine gute Aufklärung notwendig, wichtig und erforderlich, um eine Akzeptanz zu erreichen.

DEPOT vs. Orale Gabe: Bei dem Depot hat man eine verlässliche und einfache Einnahme. Wenn man diszipliniert ist, kann eine orale Gabe gut verwendet werden, weil diese auch besser anpassbar ist.
Das alleine reiche aber nicht aus, sondern es seien weitere Hilfen erforderlich, je nach Fall, wie:

- Aktivieren/ motivieren durch z. B. eine Tagesstruktur
- Ergotherapie
- Soziale Betreuer
- Betreutes Wohnen
- Alltagshilfe Pflegestufe 2
- 1–x Stunden für n Monate Unterstützung bei Einkauf; Haushalt; Freizeit
- Eingliederungshilfe

Eine Psychose hat eine gute Chance, soweit zu heilen, so dass man einigermaßen am Leben teilhaben kann, wenn auch mit reduzierten Erwartungen. Bei Wohnheimen ist eher die Tendenz zu kleinen Wohngruppen, wobei die großen durchaus trotzdem eine Berechtigung haben. Der LVR überprüft das zurzeit und reduziert die Wohnheime. 10–15 % der Erkrankungen sind chronisch.

Depressionen

Die andere große Gruppe betrifft die der Depression, die häufiger als eine Psychose vorhanden ist und auch anders entsteht. Ca. 3,5 % bekommen

eine Depression, bei der die Länge der Krankheit oft ein Problem darstellt und sehr schillernd ist. Hier ist ein Verlust von Freude und Antrieb feststellbar. Theoretisch ausgedrückt: Muster und Bewertung erfolgt durch Emotionen, sind teilweise angeboren, und es gibt Annäherungs- oder Vermeidungsemotionen. Bei der Depression passt die Bewertung nicht zu der Emotion. Der Auslöser können Stress oder Überforderung sein. Die Betroffenen wirken oft ratlos und irritiert. Die Ausprägung ist umfangreich und sehr vielfältig, in Verbindung mit einem hohen Leidensdruck. Die Bipolare Erkrankung ist ähnlich, hat aber auch zusätzlich manisch Episoden und wird oft nicht erkannt und hat dadurch eine schlechtere Prognose. Der Auslöser kann hier ein Lebenszykluswechsel, Trauer oder Rollenwechsel sein. Für eine gute Prognose ist ein stabiles soziales Netz von Vorteil. Meist reduzieren sich die Krankheitssymptome, wenn der Auslöser wegfällt. Hier gibt es eine hohe Heilungsquote, wobei sich eine Kognitive Verhaltenstherapie positiv auswirken kann.
Ein Problem stellt dabei die medikamentöse Behandlung dar. Es gibt Antidepressiva, die aktivieren oder hemmen. Hier das passende zu finden, ist manchmal schwierig, auch unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen, die nicht zu vernachlässigen sind. Der Wirkfaktor ist deutlich schlechter als bei Neuroleptika. Daher die Empfehlung: Nicht bei jeder Depression ist eine medikamentöse Behandlung notwendig.
Außerdem stellen Medikamente keine Heilung dar, sondern sie erleichtern lediglich die Symptomatik der Krankheit. Deshalb sind Medikamente nur bei schweren Verläufen zu empfehlen. Spontane Heilungen sind hierbei durchaus möglich. Es gibt viele Therapien, gute wie auch schlechte, je nach Ausprägung. Die passenden zu finden, gestaltet sich oft als schwieriges Unterfangen. Manchmal kann hier auch ein Anti-Epileptikum wirken. Elektrokrampftherapie (EKT) wird bei schwersten Psychosen angewendet (das heißt bei manifest chronischer Erkrankung länger als ein Jahr) und bei Katatonie (eine unnatürlich, stark verkrampfte Haltung des ganzen Körpers).

Bipolare Erkrankung

Die Bipolare Erkrankung ist extrem schwierig zu behandeln. Der Erkrankte ist hierbei anstrengend für das soziale Netz. Die Angehörigen sind immer in Alarm-Stellung, um auch die kleinste Veränderung mitzukriegen, um entsprechend zu reagieren. Als Stimmungsstabilisierung kann Lithium eingesetzt werden, das oft auch wirkt. Manche Behandlungen wirken nur begrenzt. Schlafhygiene, reizarme Umgebung usw. können den Verlauf hier mildern. Lithium wurde durch Zufall entdeckt, weil man erkannte, dass Mitarbeiter der Minen weniger Krankheitssymptome hatten als andere Bevölkerungsschichten. Lithium ist giftig und kann die Nieren schädigen; daher in einer hohen Dosis sogar lebensgefährlich, hat aber einen deutlichen Effekt.

Bericht von Jürgen Wawer

Ernährung für die Psyche – ein Workshop vom Landesverband

Durchgeführt wurde die Veranstaltung am Möhnesee von der freiberuflichen Diätassistentin und gelernten Konditorin Frau Petra Rassenhövel (s. Bild), VDD zertifiziert, Darmgesundheitsberaterin, die sich auf Darmgesundheit spezialisiert hat.

Zunächst erfolgte eine Übung nach dem Psyche-Leib-Seele-Konzept, bei der jeder sich ein aus der Mitte ausgelegtes Objekt aussuchen durfte.
Anschließend sollten die Teilnehmer das ausgesuchte Objekt einem der folgenden Bereiche zuordnen: Lebensmittel, Genuss oder Verdauung und Wohlbefinden. Zur Überraschung vieler konnten viele Objekte gar nicht eindeutig zugeordnet werden, da sie je nach Empfinden mehreren Bereichen zugeordnet werden konnten.

Fortsetzung S. 6

Nüsse seien beispielsweise ein Lebensmittel, könnten aber auch den Bereichen Genuss oder Wohlbefinden zugeordnet werden.
Unter den Objekten gab es zwei interessante: die Ratiomeise und der Emofant. Bei der Ratiomeise sagt der Verstand, beim Emofant das Bauchgefühl, wo es lang geht. In einer Person kommen beide mal mehr, mal weniger zum Tragen.

Ernährungspyramide

Anschließend wurden mehrere Ernährungspyramiden vorgestellt, darunter auch die psychobiologische, die näher betrachtet wurde. Die Pyramiden erklären auf einfache Weise, welche Lebensmittel häufig (unterste Stufe) bis selten (Spitze) verzehrt werden sollen.
Ergänzt wurde dies anschließend durch eine Erklärung zum individuellen Ernährungsverhalten. Dabei wurden die vier Punkte Lebensmittel, Verdauung, Genuss und Bekömmlichkeit angesprochen. Einfach ausgedrückt:
Alles muss durch den Darm. Hat man aber zum Beispiel eine Allergie, kann man einiges nicht genießen. Die Bauchspeicheldrüse sorgt für die Aufspaltung des Essens, was aber zum Beispiel bei Stress nur eingeschränkt funktioniert. Das reduziert die Bekömmlichkeit.
Abgerundet wurde dies mit einer Übung zur Pyramide. Hierbei sollten die Teilnehmer für einen Tag kennzeichnen, wie viel von welchen Lebensmitteln gegessen und getrunken wurde. Die Schwierigkeit hierbei wurde schnell erkannt, da vieles gar nicht berücksichtigt wurde, zum Beispiel die Butter auf dem Brot oder das Öl in der Pfanne.
Nachdem alle Mahlzeiten, einschließlich der Chips vom Fernsehabend, eingetragen wurden, wurde das eine oder andere kleine Defizit sowie das gute Verhalten bildlich dargestellt. Man sollte sich bewusst sein, dass es bei der Ernährungspyramide nicht um Genuss, sondern um Nährwerte geht. Bei der Zuordnung zu den Tellern erkannte man bei der Übung auch die Struktur des Essens. Essen wir schnell oder mit Genuss? Welches Essverhalten tut mir gut und welches wird mir aufgezwungen (z. B. drei Mahlzeiten am Tag)? Ein kleiner Hinweis zu Blähungen: Dies ist ein Zeichen dafür, dass etwas nicht richtig verdaut wurde (Ausnahme: Hülsenfrüchte), und es betrifft die Bekömmlichkeit.
Von ca. 7–15 Uhr läuft die Verdauung auf Hochtouren und im Dünndarm werden die Nährstoffe vom Körper aufgenommen. Ab 15:00 Uhr geht die Verdauung auf Sparflamme, sodass nicht alle Nährstoffe verwertet werden. Sie gelangen in den Dickdarm, wo sie von Bakterien zersetzt werden (= Blähungen). Werden dadurch Stoffe in die Blutbahn aufgenommen, die dort nicht hingehören, werden zusätzlich auch die Nieren und die Leber belastet. Ähnliches kann auch bei Stress oder Intoleranzen entstehen. Bewegung nach dem Essen kann die Verdauung hierbei aktiv unterstützen. Wenn Säureblocker eingenommen werden, kann die Aufnahme von Vitamin B12 verringert sein.

Darm – Hirn - Achse

Gleiche Symptome treten auch auf, wenn der Säureblocker nicht wirkt, weil zu wenig Magensäure vorhanden ist. Bei der Verdauung ist auch die Kommunikation zwischen Darm und Gehirn von Bedeutung. Immunzellen und Rezeptoren erkennen Bakterien im Darm und leiten diese Informationen über das Immunsystem oder Nerven an das Gehirn weiter. Der Vagusnerv (der längste Nerv des Parasympathikus im Gehirn) nimmt Veränderungen im Darm wahr und leitet diese Informationen an das Gehirn weiter. Als dritte Instanz sind zudem Hormone beteiligt, die über die Blutbahn Informationen zwischen Gehirn und Darm austauschen. Daraus resultiert: Bei einer Störung im Gehirn kann auch im Magen-Darm-Trakt einiges schieflaufen, weil die wichtige Kommunikation zwischen Gehirn und Magen/Darm gestört ist.

Nahrungsergänzungsmittel

Zu beachten ist, dass Nahrungsergänzungsmittel nur dann erforderlich sind, wenn der entsprechende Status bekannt ist (z. B. Vitamin-D-Mangel). Eine Überdosierung kann zu gefährlichen Nebenwirkungen wie Nierenschäden führen. Dies gilt auch für die Vitamine E, D, K und A.
Bei einer ausgewogenen Ernährung ist die Zufuhr der benötigten Stoffe gewährleistet. Beispielsweise wird aus Vitamin D_2 aus der Ernährung (Forelle, Lachs, Hühnereigelb, Champignons) und Sonnenschein das Vitamin D_3 gebildet. Vitamin D wird unter anderem für den Knochenaufbau benötigt, wirkt entzündungshemmend und stabilisiert die Psyche.

Fette für die Psyche

Ein weiteres Thema an diesem Tag waren die „Fette für die Psyche". Sie unterstützen den Nervenbotenstoffwechsel, wirken anti-entzündlich und können die Wirkung von Antidepressiva verstärken. Die vorgestellte Fettpyramide veranschaulichte den Teilnehmern, dass es hier große Unterschiede gebe. Als Beispiel sollte man Transfette (gehärtete Fette in Pommes, Tütengerichten usw.) vermeiden und stattdessen Omega-3-Fettsäuren (mehrfach ungesättigte Fettsäuren) bevorzugen. Zu beachten ist hier auch das Verhältnis Omega-6 zu Omega-3. Gute Öle sind hier Raps-, Leinsamen- und Olivenöl. Ungünstig sind Sonnenblumenöl und Maisöl, weil hier das Verhältnis von Omega-3 zu Omega-6 ungünstig ist (Omega-6 kann entzündlich wirken). Eine hohe Zufuhr von Omega-6-Fettsäuren kann Entzündungen im Körper fördern und somit zu verschiedenen gesundheitlichen Problemen führen. Beispiele: Rapsöl 1:2, Maiskeimöl 1:64, Sonnenblumenöl 1:144.

Es gibt drei Varianten von Omega-3-Fettsäuren. ALA ist in pflanzlichen Fetten enthalten und muss im Körper zu EPA und DHA umgebaut werden. Hiervon können jedoch nur 5–10 % verwertet werden, sodass sie den Bedarf nicht alleine decken. ALA kann aber als Ergänzung verwendet werden. EPA und DHA kommen vorwiegend in Kaltwasserfischen vor und können zu 100 % verwertet werden. Für eine Grundversorgung reichen ca. 2000 mg pro Tag, was etwa 250 g Lachs oder 100 g Hering entspricht. Hohe Werte an Omega-3-Fetten sind auch in Walnüssen und Leinöl enthalten. Alternativ können auch hochdosierte Omega-3-Öle verwendet werden. Die Produkte aus Discountern und Drogerien sind oft nur niedrig dosiert und umgerechnet teurer, weil hier viel mehr notwendig sei.

Bei der Qualität von Ölen gibt es folgende Stufen:
1. Kaltgepresst: Das bedeutet, dass die Öle rein mechanisch ausgepresst werden. Bei „Nativ" darf die Temperatur während des Pressens 40 °C nicht übersteigen. „Extra Vergine" oder „Nativ Extra" ist die höherwertige Version, weil die Temperatur während des Pressens 28 °C nicht übersteigen darf. Dadurch bleiben Vitamine und andere Inhaltsstoffe erhalten, weshalb es sich für die kalte Küche eignet (Salate, Dressing ...).
2. Raffiniertes Öl: Das bedeutet, dass die Samen, Kerne und Früchte gepresst, erhitzt und gereinigt (raffiniert) werden. Diese Öle sind geschmacksneutral und können bis 230 °C erhitzt werden.
3. High-Oleic-Öle: Hierbei handelt es sich um ölsäurereiche Öle, zum Beispiel Palmkernöl, aber auch besondere Züchtungen bei Sonnenblumen- und Distelöl. Diese Öle sind hocherhitzbar bis 210 °C.
Biskin sollte beim Braten eher nicht verwendet werden, da es eine ungünstige Fettzusammensetzung aufweise. Hier sollten besser andere Fette oder Öle verwendet werden.

Ergänzt wurde dies durch zwei Übungen: Die erste diente als Vorbereitung für die zweite Übung zum Wohlbefinden. In einer entspannten Sitzhaltung mit geschlossenen Augen sollten wir fünf Wahrnehmungen an unserem Körper erkennen, ohne sie zu bewerten.
Zum Beispiel: Ich spüre, wie der Atem in meine Lungen strömt. Die zweite Übung bestand aus Fragen zum Mittagessen, die mit „gut", „neutral" oder „nicht gut" beantwortet werden sollten. Beispiele hierfür sind: „Wie war das Esstempo?", „Wie war die Atmosphäre beim Essen?" oder „Wie hat das Essen gerochen?"

Die Erkenntnis aus dieser Übung ist, dass nicht nur das Essen selbst, sondern auch die Umgebung und die Art und Weise, wie gegessen wird, einen großen Einfluss haben. Das bedeutet, dass mir das Essen unter Stress oder Ärger vielleicht nicht schmeckt oder sogar nicht gut bekommt.
Für die Gesundheit ist zu beachten, dass Antidepressiva die Mikronährstoffe rauben. Vitamine der B-Gruppe können die Wirksamkeit

Fortsetzung S. 8

von Antidepressiva verbessern. Daher ist auf eine ausreichende Versorgung mit Folsäure und Vitamin B12 zu achten. Homocystein sollte ärztlich kontrolliert werden! Homocystein entsteht, wenn Methionin, eine über die Nahrung aufgenommene Aminosäure, abgebaut wird. Dieser Abbauprozess erfordert bestimmte Enzyme und Vitamine wie Folsäure, Vitamin B12 und Vitamin B6. Ein Mangel an diesen Vitaminen kann zu einem erhöhten Homocysteinspiegel führen. Es besteht die Gefahr von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen.

Das Mikrobiom – Präbiotika / Probiotika

Das Mikrobiom (die bakterielle Besiedlung des Darms) ist nicht zu unterschätzen. Es kommuniziert über Botenstoffe (Neurotransmitter) mit unserem Nervensystem.
→ - Serotonin, auch „Glückshormon" genannt, fördert die Darmtätigkeit.
→ - Tryptophan ist ein Baustein für Serotonin.
→ - Oxytocin, auch „Kuschelhormon" genannt, unterstützt die soziale Beziehung zu anderen Menschen. Dies fehlt oft bei Erkrankten.
→ - Melatonin: Schlafhormon
→ - GABA: Botenstoff, der zur Beruhigung und Entspannung beiträgt.
→ - Peptid YY: Sättigungshormon.

Hier sind zwei Begriffe notwendig, die im Folgenden erläutert werden.
Zunächst das **Präbiotikum**, das sozusagen das Futter für die erwünschten Darmbakterien ist. Es sorgt aber auch für die Stimulation der Bildung von Immunzellen und die Hemmung des Wachstums schädlicher Keime. Zudem wird die Entstehung von Giftstoffen vermindert. Zu den Präbiotika zählen Inulin, Oligofructose, Pektin, β-Glucane, Samenschleime und resistente Stärke.
→ Inulin ist beispielsweise in Topinambur enthalten (sehr ballaststoffreich), aber auch in Hülsenfrüchten, Artischocken, Avocados und Schwarzwurzeln.
→ β-Glucane sind enthalten in Hafer und Gerste, aber auch in verschiedenen Pilzen. Resistente Stärke ist in gekochten Kartoffeln, Reis, Nudeln und Hülsenfrüchten enthalten. Pektin ist in Früchten enthalten. Vorsicht bei getrockneten Früchten, die einen hohen Zuckergehalt haben
→ Samenschleime sind enthalten in Leinsamen, Flohsamen, Akazienfaser und Guarkernmehl.
Bitte beachten, dass Flohsamen Giftstoffe binden können und bei Entzündungen im Darm nur mit Vorsicht und viel Wasser als Getränk eingenommen werden sollte. Goldleinsamen seien immer gut.

Ein zweiter Punkt sind **Probiotika**, also lebende Mikroorganismen, die unerwünschte Bakterien verdrängen und somit für eine Umgebung sorgen, in der sich erwünschte Bakterien wohlfühlen. Dazu zählen unter anderem Sauerkraut, Kimchi, Kefir, Kombucha-Tee, Apfelessig und Joghurt. Wenn Sauerkraut erhitzt wurde (in Gläsern oder Folie), sind die gesunden Milchsäurebakterien abgestorben. Abwechslung ist gut für den Magen und fördert die Darmgesundheit. Ein Qualitätsmerkmal für Joghurt sind die enthaltenen Bakterienstämme. Darmbakterien lieben ein saures Milieu, welches durch rechtsdrehende Milchsäurebakterien (L(+)-Joghurt) erwirkt werden kann.

Proteine

Nicht zu vergessen sind außerdem die Proteine (Eiweiße = Bausteine des Lebens).
Für den Menschen sind 20 Aminosäuren lebensnotwendig. Der Körper benötigt ca. 1 Gramm je Kilogramm Körpergewicht. Aktuell sei oft zu wenig Eiweiß in der Ernährung enthalten. Bevorzugt werden sollten hochwertige

Eiweißkombinationen. Dazu zählen beispielsweise Milchprodukte in Kombination mit Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Getreide, Mais und Nüsse oder Eier in Kombination mit Kartoffeln oder Hülsenfrüchten. Tryptophan ist eine der lebensnotwendigen

Aminosäuren. Es handelt sich hierbei um einen Neurotransmitter, der zur Herstellung von Serotonin im Gehirn erforderlich ist. Tryptophan aus pflanzlicher Quelle (z. B. Sojabohnen, Cashewkerne) ist besser verfügbar als aus tierischer Quelle (z. B. Thunfisch, Edamer, Huhn). Bei Allergien sind Soja und Lupinen mit Vorsicht zu genießen.

Sekundäre Pflanzenstoffe

Zuletzt betrachten wir noch die sekundären Pflanzenstoffe. Sie wirken stark antioxidativ und schützen die Zellen vor Schäden durch freie Radikale.
Dazu zählen Carotinoide (Zitrusfrüchte, rotes, gelbes und grünes Gemüse) und Flavonoide (Kakao, dunkle Trauben, Zitrusfrüchte) und viele mehr. Man sollte also alles essen, was bunt ist, wie Tomaten, Früchte und Gemüse.

Interessant zu wissen sei noch, dass eine individuelle Ernährungsberatung jedem zustehe. Dafür müsse der Arzt ein Rezept oder eine Notwendigkeitsbescheinigung für eine individuelle Ernährungsberatung gemäß § 43 Abs. 2 SGB V ausstellen. Darauf sollten die Indikation und der Umfang der Beratung von mindestens fünf Beratungseinheiten vermerkt sein. Als Nächstes sollten Sie Kontakt zu einer Ernährungsberatungsstelle aufnehmen und darum bitten, einen Kostenantrag aufzustellen. Anschließend alle Unterlagen bei der Krankenkasse zur Genehmigung einreichen.
Zu beachten ist hierbei, dass es sich um eine Kann-Leistung (Kostenübernahme der Krankenkasse) handelt und die Höhe variabel sei.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei Frau Rassenhövel für diesen informativen Workshop und freuen uns auf einen weiteren Termin in 2027.

Bericht von Jürgen Wawer

Unsere Buchtipps dazu: Ernährung für die Psyche und Angstfrei durch Ernährung von Uma Dr. Naidoo.

‚Loslassen und Selbstsorge'. Geht das überhaupt?

Was wollen wir loslassen?

Was genau möchten wir als Angehörige eines psychisch erkrankten Menschen eigentlich loslassen – und warum? Mit diesen Fragen startete unser Workshop am Möhnesee unter der Leitung von Klaus Vogelsänger. (s. Bild)

Schnell wurde deutlich, was wir nicht mehr haben wollten: Sorgen, Kummer, Ängste, das schlechte Gewissen, das ständige Gedankenkarussell, unser eigenes Klammern, selbst erzeugten Stress und das belastende Gefühl, zu viel Verantwortung zu tragen. Unser Wunsch dahinter war klar: Wir wollten entspannter sein, nicht mehr über unsere Grenzen gehen, wieder mehr bei uns selbst ankommen, denn das ständige Funktionieren ist einfach total anstrengend!
Gleichzeitig bleibt der Anspruch ein ‚guter' Angehöriger zu sein. Viele von uns tragen ein inneres Bild davon in sich, oft verbunden mit einem gewissen Maß an Selbstaufopferung. Dieses Bild ist geprägt durch unsere Biografie, Prägungen, unsere Kindheit und wie unsere Eltern auf uns reagiert haben.

Dabei ist wichtig, zu verstehen: **Loslassen bedeutet nicht, den anderen fallen zu lassen oder gleichgültig zu sein. Es heißt vielmehr, in Verbindung zu bleiben - aber auf eine neue, gesündere Weise.**

Fortsetzung S. 10

Was verlieren wir, wenn wir loslassen?

In einer ersten Partnerübung stellten wir uns drei Minuten lang immer wieder die gleiche Frage: Was verlierst Du, wenn du deinen Betroffenen mehr loslässt? Darauf folgten Antworten wie: Ich verliere einen Teil bzw. den Bezug zur Familie, Macht, Einfluss, Kontrolle, Nähe, meinen Angehörigen, den Kontakt zu den Wurzeln, Spaß, Allmächtigkeit, Selbstwert, Zukunftsvisionen und das Gefühl, gebraucht zu werden und wichtig zu sein.
Manche spürten daraufhin schon eine Veränderung. Es tauchten Gefühle von Erleichterung auf, von innerer Weite oder auch ein Perspektivwechsel – fast so, als könne man das eigene Familiensystem von oben betrachten. Die Erschöpfung wich, sobald man sich gesehen fühlte.

Es hat seinen Preis

Klaus Vogelsänger betonte, dass dieser innere Prozess auch körperlich spürbar sei - energetisch. Denn Loslassen verändert etwas Grundlegendes in uns. Wir verlieren Gewohnheiten, Rollen und Sicherheiten. Es entsteht Leere – und die muss neu gefüllt werden. Wir müssen uns neu orientieren, neue Wege finden, um uns im Leben zurechtzufinden. Die Nähe zum psychisch Kranken würde sich verändern. Wir müssten Abschied nehmen von der Rolle des ‚Retters' oder der ‚Checkerin', von dem Gefühl des Gebrauchtwerdens und hilfreich für andere zu sein.
Das alles sind zutiefst existenzielle Erfahrungen, denn wir alle haben uns über Jahre hinweg in dieser Rolle eingerichtet. Was bleibt, wenn ich plötzlich nicht mehr helfen darf oder kann? Darf ich dann überhaupt noch Teil einer Selbsthilfegruppe sein? Muss ich dann auf mich selbst schauen? Also den Blick vom Betroffenen zurück auf mich selbst werfen. Und bin ich bereit, mir diesen Aspekt anzuschauen?
„Es hat einen Preis, wenn ich mehr Freiheit bekomme."

Eine weitere Übung ermöglichte es uns, mit unserer eigenen Geschichte würdig gehört zu werden und von anderen ein wertschätzendes Feedback zu erhalten. Viele erlebten diese Erfahrung als sehr heilsam. Eine Teilnehmerin berichtete, dass sie viele ihrer Probleme über Jahre verdrängt hatte und dass diese jetzt plötzlich wieder hochkamen, so dass sie sich nun darüber klar sei: **‚Das muss ich jetzt angehen und klären, sonst geht das nicht weg!'**

Klaus Vogelsänger ermutigte uns, allen Gefühlen Raum zu geben und sie zu würdigen, denn sie gehören zu uns. Wir seien die Gastgeber unserer Emotionen. „Und wenn wir sie schlecht behandeln, reagieren sie mit Wut, Trauer oder Erschöpfung."

Perspektivwechsel

Besonders eindrücklich war der Perspektivwechsel durch einen Rollentausch. Einige Angehörige schlüpften in die Rolle ihrer Betroffenen und nahmen deren Sichtweise ein.
Die Aussagen berührten uns tief: ‚Nie lässt mich meine Mutter in Ruhe, ständig muss ich reden und dann lüge ich auch, weil ich dazu keine Lust habe. Ich muss duschen und aufräumen, wenn die kommt. Meine Mutter gibt mir immer Tipps und die will ich gar nicht hören. Ist mir dann auch unangenehm selber zu sehen, was ich alles nicht schaffe. Mein Vater traut mir nix zu. Der schimpft immer. Ich mach alles, was der sagt, aber der will, dass ich ausziehe. Meine Mutter fragt mich immer, was ich so gemacht habe. Ich frag mich, warum die immer wieder fragt, weil ich nix machen kann und das weiß die doch!'

Die Selbstsorge wird wahr

Im nächsten Schritt taten wir so, als hätten die Angehörigen diese Kontrolle losgelassen und sich verändert. Die Aussagen der Betroffenen wurden nun nachdenklicher: ‚Mir fehlt die Orientierung. Da meckert keiner mehr, wie ist es denn jetzt richtig? Hab jetzt endlich mehr Ruhe, kann den Müll stehen lassen, länger schlafen, aber so richtig weiß ich jetzt auch nicht wohin! Die ruft nicht mehr an… vielleicht ruf ich mal an. Nachdem ich immer geschimpft habe, traue ich mich gar nicht, da anzurufen! Ich fühle mich so allein.
Auch der Satz: ‚Ich gehe jetzt mal arbeiten, bekomme ja kein Geld mehr' zeigte, wie tiefgreifend sich das veränderte Verhalten der Angehörigen auf die Dynamik auswirken kann.
Zurück in der eigenen Rolle berichteten die Angehörigen von widersprüchlichen Gefühlen. Es war ein seltsames Nebeneinander von Erleichterung und Hilflosigkeit, von Freiheit und Unsicherheit. ‚Ich habe gespürt, wie oft ich ihm auf den Keks ge-

he.‘ Manche fühlten sich orientierungslos, andere neugierig, was aus dieser neuen Leere entstehen könnte. Es wurde spürbar, wie tief wir oft in unsere Rollen verstrickt sind und wie schwer es fällt, diese loszulassen, auch wenn wir es bewusst wollen.

Wie hilft Selbstsorge dem Betroffenen?

Klaus Vogelsänger stellte eine weitere grundlegende Frage in den Raum: „Halten wir unsere Kinder vielleicht unbewusst in ihrem Zustand, weil wir versuchen, sie weiter zu steuern oder zu erziehen? Und verliert ein Betroffener vielleicht sogar dadurch ein Stück Liebe zu den Eltern? Also inwieweit sollten wir uns zurückziehen als Angehörige, dass es dem Betroffenen hilft?“
Aus diesen Überlegungen entstanden neue Impulse in der Gruppe. Viele äußerten den Wunsch, häufiger abzuwarten, dem Betroffenen mehr Eigenverantwortung zuzugestehen und klare, verhandelbare Strukturen zu schaffen. Es wurde deutlich, wie hilfreich es sein kann, die eigene Haltung zu klären und sich gleichzeitig offen für die Haltung des anderen zu zeigen – im Sinne eines Miteinanders auf Augenhöhe. Wer eigene Grenzen setzt, gibt dem anderen Orientierung. Wer aufhört, ständig Vorstellungen durchsetzen zu wollen („du musst aufräumen, duschen, pünktlich sein“), zeigt dem Gegenüber: Du bist mir wichtig – nicht dein Verhalten.
Einige bemerkten, dass sich mit diesem Perspektivwechsel auch die gegenseitige Wertschätzung

veränderte. Sie wurde sichtbarer – für beide Seiten. Denn auch der Betroffene trägt eine schwere Last. Und auch wir als Angehörige leisten viel. Es geht nicht um Schuld oder richtig und falsch – sondern darum, gemeinsam einen neuen Umgang zu finden. Es wurde klar: **Wenn ich mich nicht richtig verhalte oder den anderen belaste, liegt es an mir, etwas zu verändern.** Es wurde auch ausgesprochen, was vielen vorher nur unterschwellig bewusst war: Mein Kind ist erwachsen – und ich möchte ihm auf Augenhöhe begegnen. Ich wusste zwar oft, was mein Kind sagen würde, aber es auch zu fühlen, das hat etwas verändert. **Dieses Loslassen nicht nur zu denken, sondern körperlich zu spüren – das war ein besonderer Moment.**
Klaus betonte: „Es geht da nicht um Egoismus sondern um echte Selbstsorge. Wer gut für sich sorgt, kann auch gut für andere da sein. Und da braucht es Begleitung durch eine Selbsthilfegruppe, einen Coach oder gute Freunde. Und es ist in Ordnung auszusprechen: „Das ist anstrengend“, dann hat die Anstrengung auch ihren Platz und darf Raum haben.

Was verändert Selbstsorge bei mir?

Eine der letzten Übungen beschäftigte sich mit der Frage: 1. Wie würde sich für mich mein Leben verändern, wenn ich mir für mich selbst mehr Zeit nehmen würde und was würde ich mehr tun?
Und 2. Wenn ich das tue, welchen Einfluss hat das auf die Beziehung zu meinem Betroffenen oder der Qualität? Die Antworten veränderten den Blick auf uns selbst. Manche fühlten sich lebendiger, kraftvoller und konnten Nähe wieder zulassen. Andere stellten fest, dass sie ihre freie Zeit bisher gar nicht genutzt haben oder mit Menschen verbringen, die ihnen nicht gut taten.
Manche erkannten, dass sie, wenn sie für sich selbst besser sorgten, dem Betroffenen Sorgen um sie ersparen könnten. Viele beschrieben eine spürbare Entlastung: Weniger Überforderung, mehr Entspannung – auf beiden Seiten.
Ein besonders bewegender Gedanke: **„Ich dachte immer, mir kann’s nicht gut gehen, wenn es meinem Kind schlecht geht. Jetzt denke ich: Gerade dann muss es mir gut gehen – damit ich helfen kann.“**

Gleichzeitig wurde auch das Gefühl der Einsamkeit deutlich, das manchmal entsteht, wenn man sich zurückzieht. Auch dieses Gefühl darf da sein. Oft, so Klaus, kennen wir das Gefühl noch aus unserer Kindheit – und unsere inneren Programme versuchen zu vermeiden, dass wir wieder in diesen Schmerz kommen. Doch genau darin liegt der Schlüssel zur Heilung.

Fortsetzung S. 12

Zwischendurch wurden auch sehr konkrete Fragen gestellt, etwas wie man mit einer Tochter umgeht, die ständig anruft. Die Antwort: Vereinbarungen treffen, feste Zeiten festlegen, wo ich das Telefonat annehme. Oder: Was tun, wenn kein Vertrauen mehr da ist?
Vielleicht hilft hier ein Gespräch mit einer dritten Person oder ein neutraler Stellvertreter; etwa eine Puppe, die für beide Seiten spricht.
Sie darf alles sagen, weil sie ein Neutrum ist.

Es wurde auch besprochen, wie man den inneren Drang loslässt, ständig Lösungen anzubieten.
Ein Vorschlag: Den Betroffenen direkt fragen, ob er Hilfe möchte. Ihn zum Experten der eigenen Geschichte machen. Dadurch erkennen wir an, dass der andere auch eine Haltung hat. Wir gehen dadurch auf Augenhöhe und sollten klar benennen: „Ich möchte helfen, aber es strengt mich an. Ich frage mich, was hilfreich für Dich sein könnte. Hast Du eine Idee?"

Bin ich bereit dazu, loszulassen?

Zum Abschluss wurde nochmal deutlich, dass es ein Risiko ist, loszulassen, und gleichzeitig aber auch ein Risiko ist, wenn wir so weiter machen, wie bisher! Wir sollten uns darüber bewusst sein, welchen Preis das hat.
Wir wissen oft, dass wir loslassen sollten, aber innerlich stehen wir noch auf der Bremse. Und das macht sich auch im Körper bemerkbar.
Die eigentliche Herausforderung ist, den Fuß von der Bremse zu nehmen und bewusst einen Schritt in eine neue Richtung zu machen – eine Richtung, in der wir nicht mehr alles kontrollieren können. Die Frage ist: Spüre ich einen inneren Ruf, diesen Weg zu gehen? Bin ich bereit, die Straße der Entscheidung zu betreten?
Einige Angehörige brachten dies auf den Punkt:
„Ich habe gerade gemerkt, dass ich einen Schritt nach vorne gehe, wenn ich einen Schritt zurückmache und nicht mehr proaktiv bin und mehr Vertrauen habe und ihn kommen lasse".
„Am Anfang habe ich gedacht – ich rette meinen Sohn und fertig. Jetzt habe ich akzeptiert, dass mein Sohn krank ist und bin bereit, ihm etwas zuzumuten".
„Vielleicht ist es besser an der Beziehung zu unserem Betroffenen zu arbeiten als an der Unterbringung oder der Ordnung in seinem Zimmer".
„Ich möchte dieses ‚Lösung finden wollen und selber machen wollen' endlich loslassen".

Bei der Abschlussrunde spiegelte sich ein tiefes Gefühl von Dankbarkeit und innerem Wachstum.
Die Atmosphäre wurde als warm und unterstützend beschrieben, ohne jegliche Bewertungen. Viele fühlten sich gestärkt, ermutigt und verbunden. **„Ich weiß, dass ich künftig etwas anders machen werde",** sagte eine Teilnehmerin, **„diese Offenheit und Tiefe – das gibt's so nicht nochmal"**, eine andere und „Ich konnte Zuhause total ausblenden und Lebensfreude tanken."

Klaus Vogelsänger betonte zum Abschluss, wie sehr er die Arbeit in der Gruppe schätzt. Dass dabei ein gemeinsames Feld entstehe, das von allen getragen wird und von allen lebt. Er dankte den Teilnehmenden für ihre Offenheit, ihre Lebenserfahrung und ihre Bereitschaft, sich einzubringen.

Auch wir danken Klaus Vogelsänger für diesen wieder mal rundum gelungenen Workshop und freuen uns schon wieder auf das nächste Mal. Rd

Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person?

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Frage anhand eines Beispiels aus der Forensik.
Ein Mensch, der aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen hat und bei dem weitere solcher Taten zu befürchten sind, wird vom Gericht in eine forensisch-psychiatrische Klinik (auch Maßregelvollzug genannt) eingewiesen. Die Unterbringung ist unbefristet. Sie dient dem Schutz der Allgemeinheit. Durchtherapeutische Behandlung und Betreuung während des Aufenthaltes soll dem erkrankten Menschen eine erfolgreiche Eingliederung in die Gesellschaft ermöglicht werden.

Nachzulesen auf der Homepage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen:
https://www.mags.nrw/forensische-psychiatrie unter „Zweck der Unterbringung" steht:

„Mit der Unterbringung zur Verhinderung weiterer noch nicht begangener, sondern lediglich prognostizierter Taten wird der untergebrachten Person im Interesse der Allgemeinheit gleichsam ein Sonderopfer auferlegt."
Und es gibt einen Link zum Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus 2011, welches sich mit diesem Sonderopfer und Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte auseinandersetzt.

Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten SALUS-Forschungsprojektes „Zwang in der Psychiatrie im Spannungsfeld von Selbstbestimmung, gesundheitlichem Wohl und Sicherheit" der Uni Bochum https://bochum-salus-project.com/language/de/cpt_project_details/# ging es im Projektbereich II um ethische Herausforderungen in der forensischen Psychiatrie.

Die Forschenden Esther Braun, Mirjam Faissner und Jakov Gather haben das Ergebnis ihrer Überlegungen zu der Frage „Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person?" veröffentlicht.
Hier von mir (Sylvia Spiegel) eine Kurzfassung mit der Empfehlung, die Originalarbeit unter https://doi.org/10.1007/s11757-022-00721-z kostenlos zu lesen oder herunterzuladen.

Die Autoren weisen darauf hin, dass Zwangsmaßnahmen einer ethischen Rechtfertigung bedürfen.

Im Kontext der Psychiatrie kann Zwang zum Schutz Dritter im Rahmen des Schadensprinzips und zum Wohl einer selbstbestimmungsunfähigen Person im Rahmen des schwachen Paternalismus gerechtfertigt sein.

Das **Schadensprinzip** bezieht sich auf eine Gefahr für Dritte, unabhängig von der Ursache des gefährdenden Verhaltens. So ist es irrelevant, ob die Gefahr von einer mit einer ansteckenden Erkrankung infizierten Person, einer gewalttätigen Person ohne irgendeine Erkrankung oder einer aufgrund psychotisch-wahnhaften Erlebens aggressiven Person ausgeht. Je schwerer der zu vermeidende Schaden ist, desto einfacher ist die Intervention zu rechtfertigen. Der drohende Schaden für Dritte kann in der Regel durch freiheitsentziehende und sichernde Maßnahmen wie Unterbringung, Fixierung oder Isolierung abgewendet werden.
Medizinische Zwangsmaßnahmen, wie das Verabreichen antipsychotischer Medikamente gegen den Willen einer selbstbestimmungsunfähigen Person,

Pixabay

werden in der Regel mit Bezug auf den **schwachen Paternalismus** gerechtfertigt. Was ist damit gemeint? Kann die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Menschen auch durch Entscheidungsassistenz nicht (wieder) hergestellt werden, muss eine stellvertretende Entscheidung erfolgen. Dabei ist zunächst eine ggf. vorhandene Patientenverfügung zu beachten. Ansonsten müssen früher konkret geäußerte Behandlungswünsche berücksichtigt oder der mutmaßliche Wille der Person anhand ihrer Werte und Überzeugungen ermittelt werden. Erst wenn dies nicht möglich ist, darf eine stellvertretende Entscheidung, die daran ausgerichtet ist, was zum Wohl des erkrankten Menschen beiträgt, getroffen werden.

Schwach paternalistische Handlungen haben den Zweck, mangelnde aktuelle Autonomie zu kompensieren. Eine Voraussetzung für schwach paternalistische Handlungen ist, dass davon auszugehen ist, dass die Person aller Wahrscheinlichkeit nach der Intervention zugestimmt hätte, wenn sie zum Zeitpunkt des Eingreifens selbstbestimmungsfähig gewesen wäre. Die zweite Voraussetzung ist, dass die Behandlung zum Wohl der Person beiträgt, was von den vorherigen Überlegungen zur Feststellung ihres Willens getrennt zu beurteilen ist.

Wie kann festgestellt werden, was zum Wohl einer Person beiträgt?

In der medizinischen bzw. psychiatrischen Praxis wird meistens angenommen, dass das Handeln

Fortsetzung S. 14

gemäß einer medizinischen Indikation auch zum Wohl einer Person beiträgt. Doch trifft dies tatsächlich immer zu? Dazu muss zunächst geklärt werden, was überhaupt unter ‚Wohl' zu verstehen ist. In der Philosophie werden grundsätzlich objektive und subjektive Auffassungen des Wohls unterschieden. Im psychiatrischen Kontext könnten beispielsweise psychische Gesundheit und soziale Teilhabe als objektive
Elemente des Wohls angesehen werden, die gleichermaßen gut für alle Personen sind, egal wie sie von der jeweiligen Person selbst bewertet werden. Subjektive Auffassungen des Wohls gehen davon aus, dass nur das für eine Person gut ist, was sie sich selbst wünscht. In der Medizinethik setzt man zunehmend auf hybride Theorien des Wohls. So sollte beispielsweise überprüft werden, ob die Wünsche, die eine Person während einer akuten psychischen Krisensituation hat, mit ihren langfristigen Wünschen außerhalb einer solchen Krise kompatibel sind.

Ist eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl der gefährdenden Person?

Mitunter wird darauf verwiesen, dass fremdgefährdendes Verhalten ohne eine Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Erkrankung zu sozialem Ausschluss und Freiheitsverlust führt. Eine Zwangsbehandlung der Person könnte, wenn sie solche Konsequenzen abwendet, zum Wohl der fremdgefährdenden Person sein, muss sie aber nicht. Möglicherweise ist der betreffenden Person beispielsweise das mit einer schlanken Figur verbundenen Körpergefühl wichtiger als soziale Teilhabe, und sie würde daher im selbstbestimmungsfähigem Zustand eine Behandlung mit dickmachenden Medikamenten ablehnen, da sie sich mit drei Kleidernummern größer extrem unwohl fühlt. In dem Fall wären sowohl die erste als auch die zweite Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung unerfüllt und daher unethisch.

Die Autoren der Arbeit zeigen anhand eines ausführlichen Fallbeispiels aus der Forensik mit zwei unterschiedlichen Verlaufsvarianten auf, wann eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung zum Wohl einer selbstbestimmungsunfähigen Person sein kann, und wie dies vom mutmaßlichen Willen abzugrenzen ist. Das **Fallbeispiel** verkürzt:

Aufgrund seines psychotisch-wahnhaften Zustands hat P bereits mehrfach Mitarbeiter und Mitpatienten tätlich angegriffen und verletzt. Es erfolgt daher bereits über Wochen die Isolierung in einem reizarmen Kriseninterventionsraum. Ausgänge im Hof sind nur in Begleitung und mit Handschellen möglich. Laut P's rechtlichem Betreuer legt P großen Wert auf Freiheit und Bewegung an der frischen Luft, soziale Kontakte und eine künstlerische Aktivität. Ihm zufolge würde P eine medikamentöse Behandlung, die ihm eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten (Sport- und Kunsttherapie) ermöglichen könnte, mit großer Wahrscheinlichkeit den sichernden und freiheitsentziehenden Maßnahmen vorziehen.

In diesem Fall scheint eine medikamentöse Behandlung gegen den natürlichen Willen von P ethisch rechtfertigbar. Mit natürlichem Willen wird das bezeichnet, was eine Person im durch die Krankheit beeinflussten Zustand will. Das Fallbeispiel verdeutlicht den **Unterschied in den ethischen Rechtfertigungsstrategien**. Aufgrund seiner Aggressivität darf P entsprechend des Schadensprinzips zum Schutz Dritter isoliert werden. Die medizinische Zwangsbehandlung beruht vorrangig auf schwach paternalistischen Erwägungen hinsichtlich des Wohls und Willens von P. Die Interessen Dritter spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Wie geht es mit P weiter? Variante 1

Aufgrund der Zwangsbehandlung reduziert sich das psychotisch-wahnhafte Erleben und P's aggressives Verhalten. Aus Sicht der Behandler verbessert sich P's Gesundheitszustand deutlich. P muss nicht mehr isoliert werden. Allerdings haben die Medikamente großen Einfluss auf P's Erleben und Verhalten. Er hat wenig Antrieb, fühlt sich sediert und in seinem emotionalen Erleben eingeschränkt. Er hat kaum Interesse an sportlichen und künstlerischen Aktivitäten. Obwohl möglich, verlässt er sein Zimmer kaum und liegt tagelang im Bett. Eine angepasste Medikation bringt keine Besserung. Durch die Behandlung hat P seine Selbstbestimmungsfähigkeit wiedererlangt und er stimmt trotz seiner Zweifel am Nutzen der medikamentösen Behandlung einer Fortsetzung zu.

Durch die Zwangsbehandlung konnte zwar die Isolierung von P aufgehoben werden, aber trugen die

Medikamente insgesamt zum Wohl von P bei? Schließlich sorgen deren Nebenwirkungen dafür, dass P es kaum schafft, sich sportlich und künstlerisch zu betätigen, was sein subjektives Wohl erheblich beeinträchtigt. Die Behandlungsziele wurden nur teilweise erreicht. Gegenwärtig scheinen in erster Linie Dritte von der Behandlung zu profitieren. Eine weitere Optimierung der Therapie erscheint notwendig.

Auch in **Variante 2**
wird eine Zwangsbehandlung begonnen. Die Medikation zeigt eine gute Wirksamkeit und P hat keine relevanten Nebenwirkungen. P erlangt die Selbstbestimmungsfähigkeit wieder, hat sein aggressiver Verhalten abgelegt und nimmt an der Sport- und Kunsttherapie teil.
P verfasst eine Patientenverfügung, in der er eine psychopharmakologische Behandlung gegen seinen Willen in Zukunft grundsätzlich ablehnt. Er sei sich bewusst, welche Folgen dies möglicherweise für ihn hat und nimmt diese in Kauf. Er wolle die Medikamente erst einmal freiwillig weiter einnehmen, könne aber nicht sagen, ob er dies dauerhaft tun wolle. Nach einigen Monaten entscheidet P, sein Leben nicht unter dem ständigen Einfluss von Psychopharmaka führen zu wollen und beendet die Medikamenteneinnahme. Im Laufe der nächsten Wochen verschlechtert sich sein psychischer Gesundheitszustand und er muss aufgrund seiner Aggressivität erneut isoliert werden.

Die Zwangsbehandlung scheint P's Wohl befördert zu haben. Subjektive Bestandteile von P's Wohl wie die Teilnahme an sportlichen und künstlerischen Aktivitäten wurden erfüllt; ebenso Bestandteile des objektiven Wohls wie Gesundheit und Selbstbestimmungsfähigkeit. Eine erneute Zwangsbehandlung ist aber aufgrund seiner im selbstbestimmungsfähigen Zustand verfassten Patientenverfügung ethisch nicht mehr über den schwachen Paternalismus zu rechtfertigen.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass ausgehend von einer hybriden Form des Wohls, der Wille und das Wohl einer Person voneinander abweichen können. In rein subjektiven Theorien würde eine Unterscheidung zwischen Wohl und Wille entfallen, da angenommen wird, dass alles, was sich eine Person wünscht, zu ihrem Wohl ist. Das erscheint wenig plausibel. Personen können sich gegen ihr gesundheitliches Wohl entscheiden, auch wenn dies aus medizinischer bzw. psychiatrischer Sicht unvernünftig erscheinen mag.
Eine Zwangsbehandlung bei Fremdgefährdung kann, so das **Fazit der Autoren**, zum Wohl des Gefährders sein und bei entsprechendem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen der Person entsprechend der Kriterien des schwachen Paternalismus gerechtfertigt werden. In diesem Fall stellt die Zwangsbehandlung eine legitime Aufgabe psychiatrisch Professioneller und Institutionen dar, auch wenn der primäre Grund für die Forensik-Unterbringung der Person in der Gefährdung Dritter liegt. Zeigt die ethische Analyse, dass eine Zwangsbehandlung nicht zum Wohl einer Person ist, oder nicht ihrem vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen entspricht, kann sie nicht schwach paternalistisch gerechtfertigt werden.

Beschränkt man sich in der ethischen Rechtfertigung von Zwangsbehandlungen auf schwach paternalistische Begründungen, kann, wie die Variante 2 zeigt, die Gefährdung Dritter andauern, obwohl ein Medikament zur Verfügung steht, mit dessen Hilfe die zugrunde liegende psychische Erkrankung behandelt und die daraus resultierende Gefahr abgewendet werden könnte. Hier stellen die Autoren die Frage, ob in bestimmten Situationen eine Verabreichung eines Medikamentes zur Gefahrenabwehr auf Basis des oben genannten Schadensprinzips ethisch gerechtfertigt werden könnte. Hier sehen die Autoren weitergehenden ethischen Analysebedarf.

Frage nach der Zuständigkeit und Zielbenennung

Je weniger psychiatrisches Handeln zur Abwehr von Fremdgefährdung schwach paternalistisch im Rekurs auf das Wohl und den Willen der von der Maßnahme betroffenen Person begründet werden kann, umso mehr stellt sich die Frage, ob diese Aufgabe sinnvollerweise in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie als medizinischer Disziplin fallen sollte. Die Autoren greifen die seit Jahren kontrovers diskutierte Frage um die ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie auf: Sollen fremdgefährdende Personen mit psychischen Erkrankungen, die nicht psychiatrisch behandelt werden können oder wollen weiterhin in den Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie fallen? Oder soll sich der Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie generell auf freiwillige Behandlungen beschränken?

Fortsetzung S. 16

Aus Sicht der Autoren ist bislang noch kein zufriedenstellender Lösungsansatz entwickelt worden, der alle relevanten Perspektiven und berechtigten Interessen hinreichend berücksichtigt. Sie sehen die Notwendigkeit einer breiten gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Diskussion, die verschiedene Interessensgruppen einbezieht. Das Ziel sollte sein, ein Gesamtkonzept zum Umgang mit Personen mit psychischen Erkrankungen, die andere gefährden, zu entwickeln, das sowohl die Allgemeinpsychiatrie als auch
die forensische Psychiatrie umfasst. Ein solches Konzept sollte einerseits Personen mit psychische Erkrankung nicht diskriminieren und sollte ihnen andererseits ein an ihren individuellen Präferenzen und Bedürfnissen ausgerichtetes Unterstützungs- und Behandlungsangebot bieten. Anonym

„Ohne Zwang" – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie

Eine persönliche Auseinandersetzung mit der Forderung nach einem absoluten Verbot von Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie und dem Entwurf zur Umsetzung von Martin Zinkler und Sebastian von Peter.

Eine Psychiatrie frei von Druck und Zwang ist auch in meinen Augen ein erstrebenswertes Ziel. Aufgrund meiner fünfundzwanzigjährigen Psychiatrieerfahrung als Angehörige bin ich allerdings mehr als skeptisch, ob eine Gleichbehandlung psychisch Erkrankter mit Personen ohne psychische Beeinträchtigung jedem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld während einer psychischen Krise gerecht wird.

Ein Beispiel nach dem Konzept ‚ohne Zwang':
Herr X ist verärgert, weil sein Fußballverein ein entscheidendes Spiel verloren hat. Den Frust darüber reagiert er auf seinem Heimweg an parkenden Autos ab. Aufmerksame Passanten rufen die Polizei. Herr X erhält eine Anzeige und muss für die Schäden aufkommen.
Herr Y glaubt sich ausspioniert. Er zerschlägt die Scheinwerfer der vor dem Haus parkenden Autos und bricht deren Antennen ab. Der von den Nachbarn gerufenen Polizei erklärt er die Notwendigkeit seines Handelns. Durch die Scheinwerfer würde er beobachtet, über die Antennen abgehört. Herr Y erhält eine Anzeige und muss für die Schäden auf kommen. Nach dem Konzept ‚ohne Zwang' würde die Polizei Herrn Y außerdem anbieten, für ihn den Kontakt zur Psychiatrie herzustellen, was er annehmen oder ablehnen kann.
Darüber, wie die Geschichte mit Herrn X beziehungsweise Herrn Y weitergeht, kann nur spekuliert werden.

Vielleicht sorgt die Anzeige bei Herrn X in dem Moment für emotionale Abkühlung, im besten Fall mit Wirkung bis in die Zukunft. Vielleicht reißt er sich lediglich für den Rest des Heimwegs zusammen und lässt den auf gestauten, durch die Anzeige verstärkten, Ärger daheim durch schlechte Laune an seiner Familie aus.

Eskaliert die Situation und Frau X ruft die Polizei, kann diese unter Umständen Herrn X umgehend bis zu zehn Tage aus der gemeinsamen Wohnung verweisen und ein Rückkehrverbot aussprechen.
Selbst wenn es Herrn X an Impulskontrolle fehlt: Er versteht den Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und den daraus resultierenden Folgen, egal ob er diese gerechtfertigt oder überzogen findet. Er ist in der Lage, abzuwägen: Nehme ich die Anstrengung, an meinem Problem zu arbeiten, auf mich, oder mache ich weiter wie bisher mit dem Risiko, meine Familie zu verlieren und/oder im Gefängnis zu landen.

Ich bezweifle, dass bei Herr Y in der geschilderten Situation der erhoffte Schwenk vom sich beobachtet Glaubenden hin zum sich als psychisch krank Erkennenden erfolgt, selbst wenn es psychologisch geschulte Polizeikräfte sind, die die Anzeige der Nachbarn aufnehmen. Wahn zeichnet sich durch eine Fehlbeurteilung der Realität aus. Die unverrückbaren Überzeugungen des Betroffenen basieren nicht auf realen Ereignissen, werden von ihm aber als wahr und real empfunden. Möglicherweise hat Herr Y im Vorfeld bereits den Verdacht, ausspioniert zu werden, geäußert, ohne dass ihm seinen Erwartungen entsprechend geholfen wurde, und er sich daher gezwungen sah, die Sache selbst in die Hand zu nehmen. Ein psychiatrisches Hilfsangebot ist mit seiner Realität inkompatibel.

Konzept ohne Zwang

Hat Herr Y den Kontakt zur Psychiatrie abgelehnt, soll laut des Konzeptes ‚ohne Zwang' in der Folgezeit immer wieder versucht werden, mit ihm ins Gespräch zu kommen, um gemeinsam ein Angebot zu finden, welches für ihn akzeptabel ist. Was außer psychiatrischer Behandlung könnte man Herrn Y anbieten? Was außer ‚schützt mich vor meinen Beobachtern' könnte Herr Y wollen?
Unklar für mich ist: Wer übernimmt die Kontaktpflege und gemeinsame Suche nach einer individuellen Lösung, solange Herr Y die Zuschreibung ‚psychisch krank' für sich ablehnt?
Lehnt Herr Y aus Misstrauen Gespräche mit Fremden grundsätzlich ab, fiele die Aufgabe, Überzeugungsarbeit zu leisten, Frau Y zu. Sie kann sich dazu beraten lassen, eine Selbsthilfegruppe besuchen, und wenn sie sich von der Situation dennoch überfordert fühlt über die Diagnose ‚Anpassungsstörung', eine Therapie in Anspruch nehmen. Wenn Herr Y seine Nachbarn mit der Unterstellung drangsaliert, ihre Autos als Spionagegeräte gegen ihn einzusetzen, müssen sie sich einen Parkplatz weiter weg suchen und wenn dennoch etwas passiert, die Polizei rufen. Das soziale Umfeld wäre nach dem Konzept ‚ohne Zwang' wie jetzt auch gezwungen, den Wahn aushalten, bis Herr Y einlenkt oder die Situation eskaliert.

Wenn die Situation eskaliert

Eskaliert die Situation, ist wie jetzt auch die Polizei zuständig. Allerdings dürfte die Herrn Y nur in die Psychiatrie bringen, wenn Herr Y zustimmt. Lehnt dieser ab, wird mit ihm entsprechend seines Verhaltens so verfahren, wie man es mit Herrn X täte. Im Gegensatz zu Herrn X hätte Herr Y die Schwierigkeit, dass er das Geschehen mit seiner Parallelwelt als ausspioniert Werdender in Einklang bringen muss.

Sondergesetze

Sondergesetze gibt es auch für andere Gruppen. Beispielsweise gelten für Schwangere und Stillende vor und nach einer Geburt für bestimmte Zeiten und Tätigkeiten Beschäftigungsverbote, um sie vor körperlicher und psychischer Überbeanspruchung zu schützen. Schwerbehinderte haben einen erhöhten Kündigungsschutz, Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage und eine besondere Ausstattung ihres Arbeitsplatzes. Positive Diskriminierung wird dies genannt. Warum soll es negativ diskriminierend sein, wenn die eingeschränkte Urteilsfähigkeit von Herrn Y zu seinem Schutz berücksichtigt wird? Wenn er und sein soziales Umfeld vor Handlungen und deren Folgen bewahrt werden, die Herr Y frei von Wahn mit Sicherheit nicht verübt beziehungsweise gewollt hätte?

Konzept mit Zwang

Erfahrener Zwang kann traumatisieren. Und für die Wirksamkeit einer psychiatrischen Behandlung gibt es keine Garantie. Ich meine aber, Menschen wie Herr Y haben die Chance auf ein selbstbestimmtes Leben verdient, auch wenn dies nur über Zwang zu erreichen ist. Der sollte selbstverständlich respektvoll und so wenig belastend für den Betroffenen wie irgend möglich erfolgen. Und es sind bereits Strategien bekannt und erprobt, wie mit weniger Zwang gute Ergebnisse erzielt werden können. Die müssen Standard werden. Wenn Herrn Y sein soziales Umfeld erhalten bleiben soll, müssen in seinen Krisenzeiten auch dessen Bedürfnisse und berechtigte Erwartungen berücksichtigt werden.

Bericht von Sylvia Spiegel

Jahresmitgliederversammlung 2025 - „Gibt es eine Psychiatrie ohne Zwang?"

Auf der diesjährigen Jahresmitgliederversammlung gab es einen Vortrag mit anschließender Diskussion zum Thema: **„Ist die Freiheit therapeutisch? – oder: Gibt es eine Psychiatrie ohne Zwang?"** mit Sylvia Spiegel aus der Angehörigensicht und Herrn Dr. med. Friedrich Leidinger MBA, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Geriatrie und Master in Health Care Management, Beisitzer im Vorstand des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e.V.) sowie Mitglied im Vorstand des europäischen Verbandes der Familien mit einem psychisch kranken Angehörigen (EUFAMI).

Fortsetzung S. 18

(Bild von links: Herr Dr. Leidinger, Frau Spiegel, Frau Schubert)

Herr Dr. med. Friedrich Leidinger hielt seinen durch Folien unterstützten Vortrag zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Er selbst hat einen nahen Verwandten mit der Diagnose Schizophrenie. Sein Referat ist eine Gemeinschaftsarbeit mit dem vielfach engagierten Psychiatrieerfahrenen Manuel Gatter, ebenfalls Vorstandsmitglied von EUFAMI, der jedoch nicht anwesend war.

Fixierungen

Die Anwesenden erfuhren**: In Deutschland werden zwei bis zehn Prozent aller stationären Patienten fixiert,** während dies in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich verboten ist. In einer spanischen Anzeige für Fixiergurte zeigen Bilder deren Anwendung. Allerdings in einer Art, die eine solche drastische Zwangsmaßnahme verstörender Weise wie einen Spaß aussehen lässt.

Zwangsmedikation

Als Beispiel für die extrem unterschiedliche Häufigkeit von Zwangsmedikationen werden Zahlen zweier Kliniken gegenübergestellt, deren Versorgungsgebiet, Struktur und Fallzahl vergleichbar sind. Während es in Klinik A lediglich zu einer einzigen Zwangsmedikation im Jahr kam, waren es in Klinik B circa achthundert. Während die Klinik A stolz auf ihre lange Tradition von Nutzer- und Angehörigenbeteiligung ist, fehlt in Klinik B dieser trialogische Ansatz völlig. Dort ist man stolz auf „gute" Pharmakotherapie.

„Offene Türen"

Die Hälfte der NRW-Kliniken arbeitet mit dem Konzept der „offenen Tür", während die anderen glauben, nicht auf geschlossene Türen verzichten zu können. Während in der einen Klinik bei Fixierungen Angehörige gebeten werden, beim Patienten zu sein, erhalten Angehörige in einer anderen Klinik sogar eine Besuchssperre. Es liegt also immer an der Haltung der Klinikleitung, so Herr Dr. Leidinger.

Zwangsmaßnahmen in Kliniken

Zwangsmaßnahmen in Kliniken haben viele Erscheinungsformen und vielfältige Ausprägungen. Ihre Wirksamkeit ist kaum erforscht. Sie sind ein erheblicher Eingriff in die Grundrechte des erkrankten Menschen, lassen ihn Demütigung, Todesangst und Überwältigung empfinden, ältere Traumata werden wiederbelebt. Laut Herrn Dr. Leidinger reagieren darauf nicht wenige mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Nur eine Minderheit von 8-12% hält den Zwang im Nachhinein für gerechtfertigt. O-ton einer schwangeren Frau die zwangsbehandelt wurde**: „Es war vermutlich notwendig, aber das Schlimmste, was man mir je angetan hat".**

Zwangsmedikation wird mit fehlender Krankheitseinsicht und fehlender Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen sowie fehlenden Alternativen gerechtfertigt. Sie spare Zeit und Geld in der Behandlung, verringere bzw. verkürze das Leiden des Patienten, biete Schutz vor Risiken, sei unter den vorhandenen Strukturen notwendig oder der Hilflosigkeit der Helfer geschuldet.
Zitat Bundesärztekammer, 2013: „Die Ursache für eine Zwangsmaßnahme liegt meistens nicht in den Eigenschaften des Patienten. Vielmehr ist die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen weitgehend von institutionellen Variablen abhängig."

Wie geht es den Angehörigen dabei?

Und wie geht es den Angehörigen, wenn ihre Betroffenen zwangsbehandelt werden? Oft fühlen sie sich schuldig, zumal wenn der Betroffene voller Wut und Vorwürfe ihnen gegenüber ist, aber im Nichtstun sehen sie keine Alternative. Der wiedergegebene persönliche Erfahrungsbericht einer Angehörigen macht das deutlich.

Ist eine zwangfreie Psychiatrie möglich?

Als **Weg hin zu einer zwangsfreien Psychiatrie** wird unter anderem die Einbeziehung von Nutzern und Angehörigen in die Planung, Organisation und öffentliche Kontrolle psychiatrischer Institutionen gesehen. Maßnahmen, die das Vertrauen zwischen Betroffenen, Angehörigen und Profis fördern, beugen aggressivem und gewalttätigem Verhalten vor.
Während Herr Dr. Leidinger die negativen Folgen von Zwangsmaßnahmen im Rahmen psychiatrischer Behandlung sowohl auf den davon betroffenen Menschen als auch auf Angehörige thematisierte, legte Frau Spiegel den Fokus ihrer Ausführungen auf den Aspekt **Gleichbehandlung und die Auswirkungen von unbehandeltem Wahn**.
Frau Spiegel hat mehr als fünfundzwanzig Jahre Angehörigenerfahrung. Als Mitglied des Betroffenen- und Angehörigenbeirates der SALUS-Forschungsgruppe der Universität Bochum lernte sie den Entwurf **"Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie"** von Martin Zinkler und Sebastian von Peter aus dem Jahr 2019 kennen (s. Artikel zuvor). Die intensive Auseinandersetzung mit diesem Konzept im Rahmen des Forschungsprojektes mündete in den gemeinsam verfassten Artikel „Die Doppelfunktion der Psychiatrie: Unterstützungs- und Schutzauftrag – (k)ein Widerspruch? Eine Reflexion von Betroffenen, Angehörigen und Forschenden zu Ethik und Zwang in der Psychiatrie". Der Artikel erschien in der zweiten Ausgabe dieses Jahres der Zeitschrift ‚Recht & Psychiatrie'.
Zu Beginn ihres Vortrages informierte Frau Spiegel: Psychisch erkrankte Menschen müssen, wie somatisch Erkrankte auch, das Recht haben, eine ärztliche Behandlung abzulehnen. Mit ihnen soll laut Behindertenrechtskonvention so umgegangen werden wie mit einem Menschen ohne psychische Beeinträchtigung. Das sei ethisch geboten und fair, eine Ungleichbehandlung dagegen diskriminierend. Verschiedene UN-Gremien fordern mit Hinweis auf die UN-Behindertenrechtskonvention ein absolutes Verbot von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen aufgrund psychischer Erkrankung.

Frau Spiegels Erfahrung nach, ist Menschen in psychotischen Zeiten ihr Kranksein meist unbewusst. Es ist ebenfalls ihre Erfahrung, dass Wahnvorstellungen gegenüber sachlichen Argumenten resistent sind; je länger sie anhalten, umso schwieriger wird es, gegen sie anzukommen. Trifft der wahnhafte Mensch aus seiner Parallelwelt heraus Entscheidungen, sieht und erlebt sie oft: **Entscheidungsfreiheit verursacht vielfältiges Leid!**
Ist das ein ausreichender Grund, die Entscheidungsfreiheit eines psychotischen Menschen einzuschränken? Schließlich beinhaltet Entscheidungsfreiheit doch für jeden von uns, unabhängig von psychischer Gesundheit, das Risiko, sich auch einmal falsch zu entscheiden.

Folgen der Zwangsbehandlung

Frau Spiegel machte auf Studien aufmerksam, die belegen, dass ein erheblicher Teil von somatischen Patienten nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation langanhaltende bis dauerhafte Beeinträchtigungen erlebt, sowohl körperlich als auch kognitiv und psychisch. Die Bezeichnung dafür lautet ‚Post Intensive Care Syndrome' (PICS) und trifft teilweise auch die Angehörigen der Patienten. Mit Blick auf die geforderte Gleichbehandlung überlegte sie: **Fordert irgendjemand wegen dieser häufig vorkommenden Traumatisierung somatisch Erkrankter einen Verzicht auf oder sogar ein Verbot von intensivmedizinischen Maßnahmen?**
Entscheiden wir uns: Entweder müssen sowohl psychisch als auch somatisch erkrankte Menschen durch Behandlungsverbote vor möglicher Traumatisierung geschützt werden. Oder wir stellen für beide Personengruppen die Hoffnung, dass eine Behandlung zum Wohl des jeweiligen Menschen ist, über die Gefahr einer eventuellen Traumatisierung.

Können Zwangsbehandlungen gut sein?

Herr Dr. Leidinger blickte dankbar und positiv auf einen eigenen Aufenthalt auf der Intensivstation zurück; wie gut sich um ihn gekümmert wurde, wie freundlich und zugewandt der Umgang mit ihm und seiner Frau war. Frau Spiegel zitierte eine Betroffene aus dem bereits erwähnten Artikel zur Doppelfunktion der Psychiatrie: „… Für mich war die Zwangsunterbringung zum ersten Mal in meinem Leben das Gefühl von Sicherheit zu haben. Denn es war klar, hier komme ich nicht raus und es wird alles dafür getan, dass ich am Leben bleibe. **Die Zwangsmaßnahmen waren das ›Sicherste‹, was ich bis dahin erlebt hatte…".**

Fortsetzung S. 20

Erkenntnis: Wie Krankheit und Behandlung erlebt werden ist sehr individuell und von vielen Faktoren abhängig.

Ein Beispiel:

Zum Glück geht es in psychischen Krisen nicht immer um Leben oder Tod. Der ums Klima besorgte Mann von nebenan glaubt im Wahn: Lila Felgen verhindere den Reifenabrieb. Reifenabrieb ist bekanntlich eine erhebliche Quelle für Mikroplastik und Feinstaub in der Umwelt. Aus Verantwortung der Umwelt gegenüber besprüht der psychotische
Nachbar daher die Felgen der vor dem Haus parkenden Autos mit lila Farbe.
Die gerufene Polizei erklärt dem Nachbarn, dass seine Annahme Blödsinn sei. Sie bietet ihm an, ihn in eine psychiatrische Klinik zu bringen. Das lehnt er ab, es ginge ihm gut. Bei einem absoluten Zwangsverbot muss die Polizei daraufhin den Wahn ignorieren und darf lediglich diskriminierungsfrei die Anzeigen der Geschädigten aufnehmen. Aufgrund ihrer Erfahrung geht Frau Spiegel davon aus, dass Kurzinterventionen nichts an der verrückten Überzeugung des erkrankten Menschen ändern. Es erscheint ihr sehr wahrscheinlich, dass der immer noch wahnhafte Mensch seiner Mission folgend die Felgen weiterer Autos besprüht. Den Nachbarn kann nur geraten werden, ihre Autos weit entfernt zu parken.

Fazit

Frau Spiegel forderte zum Perspektivwechsel auf. Psychotische Menschen verstoßen mitunter unbewusst gegen allgemein akzeptierte Normen und Erwartungen. Eine psychische Erkrankung wird gesagt, kann jeden von uns treffen.
Eine Einweisung und/oder Behandlung gegen den aktuellen Willen des erkrankten Menschen ist in dem Moment, wenn sie geschieht, in der Regel mindestens belastend für den Zwang erfahrenden Menschen; mitunter auch für Zeugen der Zwangsmaßnahme und für die Zwang ausübenden Personen.
Sie findet es richtig und wichtig, sich über die Folgen von Zwang auf den erkrankten Menschen Gedanken zu machen. Sie erwartet aber auch, dass man mit der gleichen Intensität darüber nachdenkt, welche Folgen Nichteingreifen für den Erkrankten, sein soziales Umfeld und die Gesellschaft allgemein hat.
Als Stichwort dazu fällt ihr Obdachlosigkeit ein. Sie gibt zu bedenken: Solange er nicht zur Gefahr für sich oder andere wird, hat der psychotische Mensch das Recht, jede Behandlung zu verweigern. Sein soziales Umfeld wird dadurch gezwungen, den Wahn auszuhalten bis etwas Schlimmes passiert. Eine gute und faire Lösung?

Es kommt ihr wie die Quadratur des Kreises vor die berechtigten Erwartungen aller unter einen Hut zu bringen. Zumal die Lösungen in Zeiten von knappen finanziellen und personellen Ressourcen eine realistische Aussicht auf Umsetzung haben müssen.

Herr Dr. Leidinger machte darauf aufmerksam, dass Zwangsmaßnahmen einen großen Einsatz an Personal erfordern. Fixierungen passieren vorwiegend montags zwischen zehn und zwölf Uhr, weil in der Zeit die meisten Mitarbeiter da sind. Er sieht viel Luft nach oben, wie Patienten ein Klinikaufenthalt erträglicher gemacht werden kann. Warum muss
zum Beispiel ein Frühstück um 8:30 Uhr beendet sein?
Und auch eine aggressionsvermeidende Architektur hilft. **Es gäbe genügend Beispiele für gute Praxis, die zeigen, dass man Zwang eindämmen kann,** betont er**.** Ganz ohne geht es jedoch vermutlich nicht. Aber dann angemessen und kontrolliert, ist seine Forderung.

Bericht von Sylvia Spiegel

Auf der Jahresmitgliederversammlung wurde der neue Name:

Angehörige psychisch erkrankter Menschen - Landesverband NRW e.V.

einstimmig beschlossen und verabschiedet und ebenso einige Veränderungen in der Satzung.

Der Vorstand wurde entlastet und komplett wieder gewählt bis auf Frau Marlies Erdmann. Diese hat sich vom Amt der Schriftführerin verabschiedet und ist nun Beisitzerin. Neue Schriftführerin ist dafür Frau Marianne Becker geworden. Zwei neue Beisitzer wurden auch gewählt: Sylvia Spiegel und Anke Reichwald.
Wir gratulieren und freuen uns auf unsere neuen Kolleginnen.

Die Arbeit von Frau Marlies Erdmann als Schriftführerin wurde gewürdigt und hoch gelobt, da Sie seit 29 Jahren beim Landesverband ist und 25 Jahre die Protokollführung immer sehr zuverlässig und konstant geführt hat. Wir danken Ihr sehr für Ihren hervorragenden Einsatz und freuen uns, dass sie nun als Beisitzerin dem Verband erhalten bleibt.
Des Weiteren wurde Frau Andrea Wallis für 30 Jahre ihrer Tätigkeit beim Verband geehrt. Sie begann 1995 bei Frau Linde Schmitz-Moormann, arbeitete dann an der Seite von Gudrun Schliebener und leitet seit vielen Jahren die Geschäftsstelle an der Gasselstiege mit all ihren Aufgaben wie z.B. Beratung, allg. Büroarbeiten, Erstellung der Klaren Sicht, Pflege der Webseite, Vernetzung, Projektleitung, Vor- und Nachbereitung von Veranstaltungen, Buchhaltung und Finanzen u.v.m. Wir bedanken uns für viele Jahre größter Motivation, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Ehrlichkeit und Loyalität, und hoffen, dass Frau Wallis uns noch viele weitere Jahre erhalten bleibt. (Bild li Wiebke Schubert und re Frau Andrea Wallis)

Anhörung der Kinderschutzkommission

Am 11.9.2025 waren Wiebke Schubert (Vorsitzende des Landesverbandes NRW und Beisitzerin des BApK) und Julia Paar (Kommunikationsreferentin des BApK) als Sachverständige bei einer Anhörung der Kinderschutzkommission für Kinder aus psychisch und suchtbelasteten Familien im Landtag NRW.
Ein besonderes Anliegen des Termins war die Frage nach der Trennung von spezifischen Problemen im Kontext von Sucht und psychischen Erkrankungen. Zudem wurde über die Ausarbeitung von Ideen zu Hilfeangeboten und ihrer möglichst flächendeckenden Umsetzung gesprochen.

Weitere Informationen wie den Livestream und ggf. auch die Stellungnahmen anderer Verbände finden Sie auf der Webseite des Landtages.

Der Podcast ‚unerhört nah'

Bin ich für meinen depressiven Vater verantwortlich? Darf ich über die Zwangsstörung meiner Mutter sprechen? Was mache ich, wenn mir selber alles zu viel wird?

Angehörige von psychisch erkrankten Menschen haben viele Fragen. UNERHÖRT NAH gibt diesen Gedanken und Geschichten Raum. Julia Paar und Nele Riepenhusen, beide selber Angehörige, sprechen über Ängste, schlechtes Gewissen, Zuneigung und Hoffnung. Denn sie wollen herausfinden: Wie können Angehörige ihren eigenen Weg zwischen Unterstützen und Loslassen, zwischen Verständnis und Grenzen setzen finden?

„Bei uns teilen Freundinnen, Eltern, Nachbarn, Partnerinnen, Geschwister, Kollegen, Söhne und Töchter von psychisch erkrankten Menschen ihre Geschichten – offen und voller Mut. „Unser neuer Podcast ist für alle da", betont Julia Paar. Sie und ihre Co-Moderatorin Nele Riepenhusen begleiten die sehr persönlichen Erzählungen ihrer Gästinnen und Gäste mit viel Verständnis und Empathie. „Wir wünschen uns vor allem, dass sich unsere Hörerinnen und Hörer auf ihrem Weg nicht mehr so allein fühlen", formuliert Nele Riepenhusen eines der zentralen Anliegen ihrer Arbeit.
Die Podcasts sind beim BApK erschienen und auf verschiedenen Kanälen zu hören. Hier die Webseite mit weiterführenden Informationen und den aktuellen Folgen: www.unerhoert-nah.de

Hilfe für Borderline-Angehörige

Borderline ist eine alltägliche Herausforderung sowohl im Leben der Betroffenen als auch der Angehörigen. Das Zentrum für Borderline-Angehörige – ZBA e.V. nimmt sich besonders der Nöte, Ängste und Fragen der Angehörigen an, die oftmals an ihre physischen und psychischen Grenzen stoßen und nicht mehr weiterwissen.
Angefangen hat alles mit der ***Kölner Selbsthilfe für Borderline-Angehörige***, die Kai Kreutzfeldt im Mai 2014 gegründet hat. Sechs Jahre lang war die Selbsthilfegruppe (SHG) mit ihren zweimaligen Treffen pro Monat in Köln regional aufgestellt. Bis es im März 2020 zum ersten Lockdown im Zuge der Corona-Maßnahmen kam.
Als Masken und Abstandregeln nicht mehr genug waren, musste die Gruppe online gehen. Auf keinen Fall sollte Corona die ohnehin schon schwierige Situation der Angehörigen noch verschlimmern.

Die Bedarfe aller Teilnehmenden wurden schnell klar. Es braucht: ein offenes Ohr, Austausch, niederschwellige Unterstützung (dafür gibt es die SHG), aber auch Aufklärung über die ***Borderline-Thematik***, individuelle Beratung, konkrete Informationen über Kliniken, Wohngruppen, Ämter und Anwälte uvm.

Zu viel für eine Selbsthilfegruppe mit damals nur einem Moderator. So entstand die Idee, Kräfte zu vereinen und einen gemeinnützigen Verein zu gründen. Am 20.11.2022 wurde das Zentrum für Borderline-Angehörige – ZBA e.V. gegründet! Zwei Jahre später wurde das ZBA Mitglied im Paritätischen NRW.
Seitdem hat das ZBA neben den Selbsthilfetreffen (online und in Präsenz in Köln) eine Anzahl von Vorträgen und fachlichen sowie kreativen Workshops zum Thema „Borderline und Angehörigkeit" durchgeführt und damit viele Angehörige erreicht.

Am 21. Und 22 November findet das trialogische ZBA-Symposium „Ich, du, wir und Borderline" in der VHS Köln statt. Weitere Infos unter www.zba-koeln.de

Buchtipp: ‚Systemische Therapie trifft EMDR'

Sowohl die Systemische Therapie als auch EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sind in Deutschland vergleichsweise junge Verfahren, die in den letzten Jahren zunehmend Verbreitung erfahren haben. Beide ermöglichen eine hohe Flexibilität bezüglich Sitzungsfrequenz und Sitzungsgestaltung und stehen somit für eine moderne Psychotherapie mit großer Patient:innenfreundlichkeit.

Die Autorin zeigt in ihrem neuen Buch, dass Systemische Therapie und EMDR eine Reihe von Gemeinsamkeiten aufweisen, sowohl was die therapeutische Grundhaltung und das Krankheitskonzept betrifft als auch in Bezug auf die praktische Durchführung. Eine Kombination beider Therapiekonzepte schafft Synergien und Emergenzphänomene, die ein großer Benefit für Patient:innen und Therapeut:innen sein können.

Das Buch »**Systemische Therapie trifft EMDR.** Theorie und Praxis einer Synthese« von Susanne Altmeyer.

Die Autorin
Susanne Altmeyer, Dr. med., ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologin, Systemikerin und EMDR-Therapeutin. Sie leitet als Chefärztin die Klinik und die Tagesklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotraumatologie und EMDR des Gezeiten Hauses Schloss Eichholz bei Köln.

Klett-Cotta Verlag, 1. Auflage 2025, 238 S., 32 Euro, ISBN 978-3-608-89329-8

Informationen aus dem BAPK Newsletter

80 Jahre nach Kriegsende: Traumafolgen auch für Nachkommen
Der Zweite Weltkrieg hinterließ auch gravierende psychische Spuren bei den Überlebenden. Achtzig Jahre später belegen zwei Forschungsprojekte des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG), wie die Folgen psychischer Traumatisierung bei nachfolgenden Generationen wirken können.
Mehr davon: https://www.dzpg.org/aktuelles/pressemitteilungen/beitrag/80-jahre-nach-kriegsende-forschung-des-dzpg-untersucht-traumafolgen-auch-fuer-nachkommen

Ausnahmeregelung vom Primärarztsystem
Der Landesverband NRW unterstützt die Stellungnahme des ApK Bayern über die Befürwortung einer Ausnahmeregelung vom Primärarztsystem bei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie:
https://taz.de/Provozieren-in-der-Psychotherapie/!6050061/

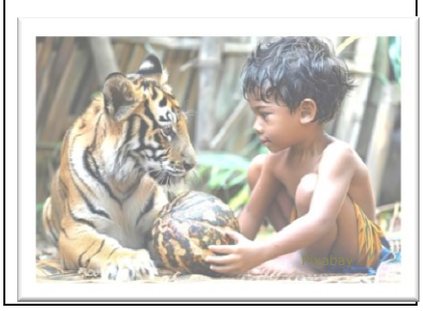
Pinnwand

Wir machen aufmerksam:

Auf einen kleinen Fehler der letzten Klaren Sicht bei der Betitelung des Herrn Dr. med. Friedrich Leidinger als Chefarzt der Klinik in Langenfeld. Er ‚war' dort Chefarzt und deshalb fehlte davor das Wörtchen „ehemals". Wir bitten dies zu entschuldigen. Zudem war er auch Chefarzt in den Kliniken in Viersen und Gütersloh.

Spruch:

Das Herz hat seine Gründe,
die der Verstand nicht kennt.



Nächste Termine 2026

Nächste Veranstaltungen des Landesverbands NRW ApK

07./08. Februar - Workshop
Thema: „Deeskalation von Konflikten und Gewalt in schwierigen Situationen"
Referentin: Frau Gerlach, Dipl.-Sozialpädagogin, Supervisorin, Lehrtrainerin der Gewaltakademie Villigst, Mediatorin
Ort: Wuppertal
Einladungen folgen

07. März – Gruppentreffen für Gruppenleiter, Mitglieder und alle Interessierten
Thema: folgt
Ort: Hotel Wasserturm – am Alexianer Krankenhaus Münster-Amelsbüren

Impressum

Klare Sicht - Infozeitung für Angehörige psychisch Kranker
Herausgeber:

Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
Gasselstiege 13,48159 Münster
Büro: Tel. 0251/5209522
Fax. 0251/5209523
Beratung: Tel. Mi 10 – 12 Uhr
Tel. 02521-3959
E-mail:lv-nrw-apk@t-online.de
www.lv-nrw-apk.de
Redaktion: Andrea Wallis
V.i.S.d.P. Wiebke Schubert
Titelbild / Bilder: pixabay
Bankverbindung:
Sparkasse Münsterland-Ost
IBAN:
DE64 4005 0150 0006 0096 09
BIC: WELADED1MST

Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung des jeweiligen Verfassers wieder. Der Einfachheit halber und für einen guten Lesefluss, nutzen wir nur die männliche Schreibweise. Vervielfältigung und Kopieren ohne Genehmigung verboten.

LANDESVERBAND DER

ANGEHÖRIGEN PSYCHISCH KRANKER IN

NORDRHEIN-WESTFALEN

Diese Grundsätze bilden das Fundament des Landesverbands NRW ApK:

Informieren
Mehr Informationen und bessere Beratung in finanziellen und sozialrechtlichen Fragen der Angehörigen durch Veranstaltungen, unsere Verbandszeitschrift die „Klare Sicht" und die Inkludierung der „Psychosozialen Umschau" in unserem Mitgliedsbeitrag.

Verantwortliche zur Rede stellen
Der Landesverband fordert: Menschen, die Entscheidungen treffen, sollen Verantwortung übernehmen!

Bestehende Bedingungen prüfen
Der Landesverband besucht unangemeldet die Kliniken in NRW. Mit seiner unabhängigen Besuchskommission prüft er die Gegebenheiten und den Umgang mit den psychisch Kranken direkt vor Ort und weist auf Missstände hin.

Mobilisieren und vernetzen
Der Landesverband bringt Menschen zusammen, die gemeinsam an einem Strang ziehen, um die Bedingungen der Angehörigen psychisch kranker Menschen zu stärken und zu stützen.

Unabhängigkeit
Der Landesverband lässt sich nicht von Pharmafirmen sponsern und nimmt kein Geld von Industrie oder Politik. Wir entscheiden für die Angehörigen – unabhängig von fremden Interessen.

Erhalt des bestehenden Trialogs
Ärzte holen Angehörige ins Boot. Der Austausch zwischen Arzt, Betroffenem und Angehörigen wird immer deutlicher sichtbar. Der Landesverband befürwortet diesen Trialog und stellt die Notwendigkeit in den Vordergrund.

Mitmischen - überall
Wir sind Beiräte in Kliniken, Behindertenwerkstätten, Beschwerde-kommissionen, sind Mitglied in psychosozialen Arbeitskreisen und arbeiten aktiv in politischen Gremien an der sozial-psychiatrischen Gesetzgebung mit. Wir sind Mitglied beim Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Deutschland.

Sorgen Sie für Bestand und Weiterentwicklung der Angehörigenarbeit!

Werben Sie Mitglieder!

Spenden Sie!

familien selbsthilfe psychiatrie

Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Gasselstiege 13, 48159 Münster, Tel. 0251-5209522, lv-nrw-apk@t-online.de, www.lv-nrw-apk.de