

Die Zukunft der deutschen Psychiatrie

Ein (un)realistischer Reformvorschlag für die Psychiatrie

Volkmar Aderhold¹

Zusammenfassung

Aus den bestehenden Defiziten und Fehlentwicklungen der deutschen Psychiatrie werden hier mehr oder weniger realistische Empfehlungen für die Zukunft abgeleitet und ihre Chancen eingeschätzt. Das gegenwärtige psychiatrische Paradigma hat bis heute viele seiner Verheißungen nicht eingelöst. Weitgehende Institutionszentrierung ermöglicht bisher Gewinnentnahmen von erheblichem Ausmaß. Zur Entwicklung eines psychiatrischen Hilfesystems, das den berechtigten Erwartungen der Betroffenen gerecht wird, bedarf es einer paradigmatischen Wende, damit Kontexte geschaffen werden können, in denen Recovery systematisch möglich wird, Zwang vermieden und Menschenrechte nicht mehr verletzt werden, sowie das Versprechen auf soziale und Arbeitsinklusion ernsthaft eingelöst wird. Hierfür stehen Konzepte wie Recovery und traumainformierte Behandlung sowie ambulante teambasierte Behandlungsmodelle wie der Offene Dialog und Unterstütztes Arbeiten zur Verfügung, die durchaus anspruchsvoll für Professionelle sind. Eine wirksame Psychiatrie, gerade für Menschen mit sogenannten schweren psychischen Erkrankungen muss im Lebensfeld, kompetent beziehungsorientiert und langfristig sein. Die Chancen auf eine Finanzierung ambulanter Komplexleistungen werden eingeschätzt. Eine institutionszentrierte, zum Teil privatisierte und gewinnorientierte Psychiatrie wird dem weiterhin heftige Widerstände entgegensetzen.

Schlagwörter

Recovery – Trauma informierte Behandlung – Menschenrechte – Offener Dialog – Unterstütztes Arbeiten

Summary

The Future of German Psychiatry. An (un)realistic reform proposal for psychiatry

From the existing deficits and undesirable developments in German psychiatry, more or less realistic recommendations for the future are derived here and their chances are assessed. The current psychiatric paradigm has not yet fulfilled many of its promises; extensive institution-centredness still allows for profit extraction on a considerable scale. In order to develop a psychiatric help system that meets the legitimate expectations of those affected, a paradigmatic shift is needed so that contexts can be created in which recovery is systematically possible, co-

¹ Mit einem großen Dank an Elena Demke und Thomas Floeth für die gründliche Durchsicht des Textes.

ercion is avoided and human rights are no longer violated, as well as the promise of social and work inclusion is seriously fulfilled. For this, concepts such as recovery and trauma-informed treatment as well as outpatient team-based treatment models such as Open Dialogue and Supported Employment are available, which are quite demanding for professionals. Effective psychiatry, especially for people with so-called severe mental illnesses, must be offered in the living environment, competently, relationship-oriented and long-term.

Keywords

recovery – trauma informed care – human rights – open dialogue – supported employment

»Was wir brauchen ist Nüchternheit: einen Pessimismus des Verstandes, einen Optimismus des Willens.« Antonio Gramsci (1891-1937)

Wesentliche Aspekte des gegenwärtigen psychiatrischen Paradigmas und ihre Bewertung sind den Artikeln von T. Levold und S. Weinmann zu entnehmen. Bis heute existiert kein valides Diagnosesystem, kein neurobiologisch fundiertes Paradigma, ist Psychopharmakotherapie nur mäßig wirksam, oft überdosiert und körperlich schädigend und stehen viele wirksame psychosoziale Therapien nur mangelhaft oder gar nicht zur Verfügung. Das Verfassen dieses Artikels unterlag dem anhaltenden Dilemma, einerseits Empfehlungen für die Zukunft der Psychiatrie zu entwickeln und andererseits zu wissen, dass ihre Chancen auf Verwirklichung gering sind. Die Berechtigung der Entwürfe leitet sich einerseits aus der Evidenz von Studien ab und andererseits aus dem Praxiswissen der alternativen Psychiatrie-Bewegung und dem Menschenrechtsdiskurs, die auch Eingang in Leitlinien gefunden haben.

1 Behandlungsstrukturen

Die folgenden Kennzahlen der aktuellen deutschen Psychiatrie sollen die Dysfunktionalität des Systems für die schwerer Erkrankten deutlich machen: ein Fortbestehen des »inverse care laws«, bei dem das Ausmaß der Hilfen umgekehrt proportional zu dem Bedarf daran ist.²

² Quellen können gerne über den Verfasser bezogen werden.

Betroffene Bevölkerung:

- 1-2 % Erwachsene gelten als schwer psychisch erkrankt, circa 500.000-1.000.000. 28 % der Erwachsenen haben in einem Jahr psychische Symptome mit Krankheitswert.

Stationäre Versorgung:

- *Wiederanstieg der Betten* der Psychiatrischen Fachabteilungen seit 2001 um 25 % (30–100 % über dem EU und OECD Durchschnitt) bei gleichbleibender Prävalenz schwererer psychischer Störungen. 25 % davon private Krankenhauskonzerne
- *Nichterfüllung der PsychPV* über Jahrzehnte mit *Gewinnentnahmen* und mehr als 10.000 unbesetzten Stellen/Jahr. Unzureichende Verbesserung durch die neuen ansteigenden Mindestpersonalvorgaben (PPP-RL).
- Mittlere Verweildauer 23 Tage, mit Wiederaufnahmen bei 40 % im ersten Jahr (*beschleunigte »Drehtürpsychiatrie«*)
- Stetige *Zunahme* von psychosomatischen und psychiatrischen *Betten außerhalb der Pflichtversorgung* (einschl. Reha-Kliniken), circa 39.000 von insgesamt 108.000 Betten, ganz überwiegend zur Behandlung von weniger schweren Störungen. Mittleren Verweildauer von 43 Tage. 50 % davon private Krankenhauskonzerne mit oft hohen Renditen (Helios, Asklepios, Rhön, Ameos, Schön, Sana). Neuerdings auch Ziel von *Finanzinvestoren* (z. B. die Carlyle Group, die traditionell in Rüstungsindustrien investiert), die sich den wachsenden Gesundheitsmarkt erschließen. Ameos ist mehrheitlich im Besitz der Carlyle Group, die Schön Kliniken zu 25 %.
- Stetiger Anstieg der *stationären Behandlungen mit der Diagnose Depression* (F32, F33) von 110.000 auf 264.000 seit 2000, bei gleichbleibender Prävalenz von schweren Depressionen (MDD) in Deutschland von 1999 bis 2012. Man muss daher von einem sogenannten *»upcoding«* des Beschwerdebildes zur besseren Vergütung ausgehen.

Ambulante Psychiatrie:

- *Ambulante Psychotherapie* erhalten nur 1-3 % der Menschen mit schweren psychischen Störungen, trotz starkem Anstieg der Zulassungen von Psychotherapeuten. Psychotherapie ist Soll-Empfehlung in *allen* störungsspezifischen Leitlinien.

Ausübung von Zwang:

- Stetiger Anstieg der Unterbringungsraten (*»Zwangseinweisung«*) von 2000 bis 2016 um 51 % auf 139.400.
- Hohe Rate von *Zwangsanwendungen im stationären Setting*: 51.100 nach § 1906, Abs. 4 BGB (in 2014) mit großen regionalen Unterschieden. Viele weitere wg. unmittelbar drohender Gefahr (ca. 30.000), keine bundesweite Erfassung.
- Steter Anstieg der Patienten in *Forensiken* auf 10.000, Verdreifachung seit 1991, lange Aufenthalte als gute Einnahmequelle.

Arbeitsintegration bei schweren psychischen Erkrankungen:

- Nur sehr geringe *Integration in Arbeit* auf dem ersten Arbeitsmarkt:
10 % mit Arbeit auf dem 1. Arbeitsmarkt
50 % keinerlei Erwerbstätigkeit im erwerbsfähigen Alter
60.000 in Werkstätten für behinderte Menschen, Anstieg, 180 €/Monat
Übergang in den 1. Arbeitsmarkt von 0,11 %.
14.000 Hilfsangebote in Tagesstätten
3.400 in beruflicher Rehabilitation
Verdopplung der *Frühberentungen seit 2000*

Obdachlose:

- 120.000 *Obdachlose psychisch Erkrankte*, mit völliger Unterversorgung

Gefängnisse:

- Psychisch erkrankte *Menschen in Gefängnissen*, häufige Unterversorgung

Es fehlen hier noch weitere Kenndaten der SGB IX finanzierten Strukturen. Vielfältige Bedarfe für die zukünftige Entwicklung und zugleich hemmende, davon profitierende Kräfte lassen sich daraus ableiten. Gewinnentnahmen, Privatisierung von Krankenhäusern sowie persönlicher und institutioneller Machterhalt, verbunden mit erfolgreichem Lobbyismus, sind dabei vermutlich die wesentlichen Faktoren. Chronifizierung ist auch ein gutes Geschäft und die Ökonomisierung des Gesundheitssektor ist soweit fortgeschritten, dass man zum Teil von einer Veruntreuung von Geldern der Solidargemeinschaft der Versicherten sprechen kann.

Es besteht sogar eine »3-Klassen-Psychiatrie« (Wienberg), wenn man Wohnungslose, Menschen in der Forensik und psychisch Erkrankte in Gefängnissen mit einbezieht. Die erheblichen ambulanten Defizite haben an der Zunahme von Betten und Zwang wesentlich beigetragen. Präventionsprogramme bei drohender Forensik und Integrationsprogramme für Obdachlose (»housing first«) existieren, jedoch fast nicht in Deutschland.

2 Ambulantisierung

Für die seit langem fällige Innovation des Systems ist der grundlegende Weg klar vorgezeichnet. Der strukturelle Mangel bildet sich auch in den Leitlinien für psychosoziale Therapien in vier zentralen Empfehlungen 10-14 mit der höchsten Evidenzstufe Ia und dem höchsten Empfehlungsgrad A ab. So sollen in allen Versorgungsregionen *gemeindepsychiatrische mobile multiprofessionelle Teams* zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen, und zwar:

- auch in akuten Krankheitsphasen im gewohnten Lebensumfeld
- auch über einen längeren Zeitraum und akute Krankheitsphasen hinausgehend

- nachgehend aufsuchend und in ihrem gewohnten Lebensfeld
- aufsuchend für die Versorgung von wohnungslosen Menschen
- aufsuchend bei drohenden Behandlungsabbrüchen

Eine optimale Ergänzung sind *Krisenhäuser*, wenn ein Ortswechsel erforderlich, jedoch eine Krankenhausbehandlung nicht indiziert ist. Für ihr positive Wirkung liegt wissenschaftliche Evidenz vor (Murphy, Irving, Adams u. Waqar, 2015).

2.1 Neue Modelle

Modelle für eine gemeindepsychiatrische, längerfristige, niedrigschwellige und aufsuchende Behandlung sind seit Jahrzehnten in anderen Gesundheitssystemen etabliert und in qualitativ guten randomisierten Studien erfolgreich in Bezug auf Vermeidung und Verkürzung von Hospitalisierungen, Verminderung von Behandlungsabbrüchen und der Symptomschwere evaluiert worden (Stengler, Riedel-Heller u. Gühne, 2015). Dazu gehören vor allem Community Mental Health Teams, Assertive Community Teams und Home Treatment, die alle speziell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konzipiert wurden und auf der Grundlage eines regionalen Versorgungsauftrags multiprofessionell und teambasiert arbeiten. Weitere Effekte in Bezug auf soziale und berufliche Integration wurden damit jedoch nicht nachgewiesen.

Neuere Entwicklungen sind FACT-TEAMS mit zusätzlichem Fokus auf die sozialen Netzwerke. Länder, die seit langem mit Gemeindepsychiatrischen Teams arbeiten, implementieren und evaluieren derzeit auch das Modell des Offenen Dialogs, so das United Kingdom mit einer randomisierten Studie mit 640 Patienten, sowie die Niederlande. Eine weitere internationale Multicenter-Studie ist in Vorbereitung.

2.1.1 »Best-Practice-Modell« Offener Dialog

Das Modell des offenen Dialoges habe ich bereits in dieser Zeitschrift aber auch andernorts dargestellt (Aderhold u. Greve, 2009; Seikkula u. Alakare, 2015) Die besondere Wirksamkeit dieses Modells liegt in dem Zusammenspiel unterschiedlicher Komponenten, die über die notwendige Zeit aufrecht erhalten werden: (1) Frühintervention in der ersten Krise, (2) von Anfang an Arbeit mit dem sozialen Netzwerk als wichtiger Ressource, (3) eine dialogische und reflektierende Praxis in Netzwerkgesprächen, die ein tieferes Verstehen durch Vielstimmigkeit und Kohäsion durch Begegnungsmomente möglich macht, (4) ein besonderer Zugang durch Erfahrungsexperten, (5) Beziehungskontinuität durch ein Team, so lange dies erforderlich ist, (6) Zurückhaltung mit Medikation, (7) Einzelpsychotherapie und nonverbale Therapien bei Bedarf, (8) Begleitung bis in den Arbeitskontext, (9) sofortige Verfügbarkeit bei erneuten Krisen.

2.1.2 Der offene Dialog im Rahmen des neuen BTHG

Das BTHG anerkennt auf dem Hintergrund der UN-BRK »gleichberechtigte Teilhabe«, die »Einbeziehung des Sozialraums« der leistungsberechtigten Person in die direkte Arbeit, ein »Höchstmaß an Selbstbestimmung und eigenverantwortlicher Lebensführung«, »individuelle Lebensplanung« sowie »Wunsch- und Wahlrecht« des Klienten für die Form »des Wohnens, die Gestaltung des Alltags und die Teilhabe an Kulturangeboten« sowie »partizipative Entscheidungsfindung«. Zentrale Aspekte der Umsetzung sollen dafür personenzentrierte, bedarfs- und bedürfnisorientierte Unterstützungsleistungen und multiprofessionelle, auch trägerübergreifende Vernetzung sein. Dies entspricht vollständig der Haltung, den Gestaltungsprinzipien und der dialogisch systemischen Praxis des Offenen Dialogs. Die Netzwerke vieler Betroffene bestehen nach längerer Betreuung überwiegend aus Professionellen. Frühere private Netzwerke wieder zu aktivieren oder neue zu entwickeln, wird hier zum entscheidenden Fokus des Ansatzes. Angesichts der aktuellen restriktiven Auslegung des Gesetzes ist eine qualitativ gute Arbeit jedoch bedroht.

2.2 Umsetzung der Ambulantisierung in Deutschland

Grundsätzlich positiv ist zu vermerken, dass die bestehenden Mängel in der ambulanten Versorgung anerkannt werden. Das Vermeidungspotenzial für stationäre Behandlungen wird durch die Akteure selbst auf 20 und 30 % eingeschätzt (Sachverständigenrat Gutachten, 2018, S. 729) und gemäß einer Studie auf 70 % für Menschen mit einer depressiven Störung (Sundmacher et al., 2015, S. 1420), ein Wert, der die exorbitante Zunahme stationärer Behandlungen mit dieser Diagnose umso fragwürdiger erscheinen lässt. Durch Vergleiche mit anderen nationalen psychiatrischen Versorgungssystemen kann man von einem Konversionspotenzial von circa 40 % der Betten in komplexe ambulante Leistungen ausgehen. Vor gut zehn Jahren setzte eine Suche nach Lösungen in Form vielfältiger Projekte außerhalb der Regelversorgung ein. Dazu wurden unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten genutzt.

2.2.1 Regionale Budgets (§ 64 b SGB V)

Regionale Budgets sind nur mit einzelnen Krankenhäusern in geeigneten abgrenzbaren Versorgungsregionen abgeschlossen worden, nie jedoch mit privaten Klinikkonzernen, weil das Risiko von ungerechtfertigten und unkontrollierbaren Gewinnentnahmen zu groß ist. Bis heute wurde mit 22 Kliniken (4 % von 585) ein Vertrag nach 64 b SGB V abgeschlossen, zum Teil auch nur mit einzelnen Krankenkassen und dann nur einen Teil der behandelten Patienten betreffend. Ein Vertrag mit ambulanten Trägern wurde für das Innofonds geförderte GBV-Projekt abgeschlossen (siehe 2.2.5).

2.2.2 »Integrierte Versorgung«, später umbenannt in »Besondere Versorgung« (§ 140 a-d SGB V)

Dabei handelt es sich meist um sogenannte Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen. 2012 schloss die Techniker Krankenkasse (TK) den Versorgungsvertrag »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG), mit gemeindepsychiatrischen Leistungserbringern, einigen Krankenhäusern und Vertragsärzten ab, dem später auch andere Krankenkassen beitraten oder eigene vergleichbare Verträge entwickelten.

Vereinbart wurde die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten in ihrem Lebensumfeld, primär durch regionale, multiprofessionelle Teams in sektoren-übergreifenden und vernetzten Strukturen und unter kurzfristiger Nutzung von Krisenräumen, »um vor allem die Selbstbestimmung und Eigenständigkeit des Versicherten zu fördern, Selbsthilfepotentiale zu stärken, Angehörige und Betreuungspersonen zu entlasten, stationäre Aufenthalte zu ersetzen oder deutlich zu verkürzen und somit die weitere Teilhabe des Versicherten am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben zu ermöglichen. Gleichzeitig soll bei gleichbleibender oder verbesserter Qualität die Versorgung wirtschaftlicher gestaltet werden.« Zeitweise war dies der größte Versorgungsvertrag zur »integrierten Versorgung« in der Psychiatrie mit 11.000 eingeschriebenen Patienten und Kosten von 0,18 % des stationären Gesamtbudgets.

Etwa die Hälfte der Regionen bzw. teilnehmenden Leistungserbringer orientier(t)en sich bei der Umsetzung am Modell des Offenen Dialogs, solange die Finanzierung dies zuließ. Ab 2012 wurde die TK durch den neuen Vorstandsvorsitzenden Jens Baas (ehemals Boston Consulting) zu einem Wirtschaftsunternehmen umgeformt. Seitdem haben in der TK nur Modelle eine Zukunft, die wirtschaftlich rentabel sind. Dies führte zu einer immer weiteren Verschlechterung der Finanzierung und des Angebots. Die Vergütung konnte die Kosten nicht mehr kompensieren, sodass in den letzten zwei Jahren immer mehr Träger die Verträge kündigten und die Technikerkasse selbst ankündigte, diese Verträge zum Ende 2021 in Kurzzeitinterventionen umzuwandeln.

Bleibt die Gesamtzahl der Betten konstant oder steigt sogar weiter an, können solche Zusatzverträge für die Kassen nur Mehrkosten erzeugen. Insofern war die Integrierte Versorgung als ein Modell der Kosteneinsparung von Anfang an zum Scheitern verurteilt. Der dafür notwendige Bettenabbau ist nur durch eine politische Entscheidung möglich. Keiner der Versorgungsansätze, die im Rahmen des §140a erprobt wurden, ist bisher in der Regelversorgung implementiert worden, insofern eine bislang gescheiterte Form der Innovation.

2.2.3 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115 d SGB V)

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber seit 2018 im § 115d SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit definiert. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten (»Home-Treatment«), welche durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams (Arzt, Pflege und weitere frei wählbaren Berufsgruppe) erbracht werden soll.

Generell muss eine Klinik, um StäB erbringen zu können, auch Psychologen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten) vorhalten und mindestens einmal pro Tag ein direkter Patientenkontakt erfolgen. Die Leistung kann nur so lange erbracht werden, wie der Klient noch stationär behandlungsbedürftig ist. Danach ist sie in andere Behandlungsstrukturen zu überführen.

Nur wenige Kliniken (9 %, d. h. 55 von 585) haben StäB bis heute umgesetzt. Die StäB bildet nur ein Viertel der Möglichkeiten ambulanter multiprofessioneller Teams ab. Es fehlt ein präventives, früh im Lebensfeld verfügbares, und nach der Krise weiter psychisch, sozial und beruflich integrierendes Element. Die StäB überwindet also nicht das zentrale Problem der Fragmentierung bzw. Diskontinuität, den Mangel an langfristiger Beziehungskontinuität, die langfristig krisenpräventiv wirken könnte.

Der Reformimpuls zur *Ambulantisierung* der letzten Jahre, der weitgehend aus der Gemeindepsychiatrie entstand, wird nun stark zurückgenommen. Der Auftrag wird damit *an die Kliniken zurückgegeben*, die nun sowohl die Belegung wie auch das Ausmaß der Ambulantisierung kontrollieren, also Belegung der aufgestellten Betten dadurch nicht gefährden. Der entscheidende neue Schritt in eine komplexe Ambulantisierung mit leitliniengerechten Behandlungsangeboten für Menschen mit sogenannten schweren psychischen Erkrankungen bleibt damit aus.

2.2.4 Ambulante Komplexleistung (§ 92 Abs. 6b SGB V)

2021 wird eine neue »Ambulante Komplexleistung als berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V« eingeführt. Diese geht zurück auf eine Initiative des Bundestages, der den Zugang zur Psychotherapie für schwer psychisch erkrankte Menschen erleichtern wollte, entgegen den Interessen der Krankenkassen. Die zentrale Steuerung liegt bei den niedergelassenen Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder – und das ist ein Novum

für Versorgungssteuerung – bei niedergelassene psychologische Psychotherapeuten. Zur Verordnung sollen Netzwerkverbände aus diesen beiden Berufsgruppen sowie Ergotherapie, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gebildet werden. Bei der Leistungserbringung können Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Wohneinrichtungen für psychisch Erkrankte zusätzlich einbezogen werden.

Es geht lediglich um koordinative komplexe Steuerung üblicher vergüteter Leistungen des SGB V und fallbezogen möglicherweise auch des SGB IX, jedoch nicht um eine neue komplexere Behandlungsleistung. Die Höhe der Vergütung dieser Steuerung ist noch nicht bekannt und wird vermutlich nicht sehr hoch sein. Die Leistungsziffer vergütet lediglich die Koordination von vorhandenen, jedoch nicht evidenzbasierten und nicht leitliniengerechten Leistungen, denn *Ambulante psychiatrische Pflege (APP)* ist nicht evidenzbasiert und leitliniengerecht. Daher gibt es zu ihr in den Leitlinien für Psychosoziale Therapien nur ein Statement, jedoch keine Evidenz und Empfehlung. Auch *Soziotherapie* ist nicht evidenzbasiert und wird in den Leitlinien nicht empfohlen, sondern nur erwähnt. Weder Soziotherapie noch ambulante psychiatrische Pflege sind in der Lage, die Hospitalisierungsrate bei Krisen nennenswert zu senken. Das gelingt erst mit Interventionen durch mobile langfristige multiprofessionelle Teams.

2.2.5 Innofonds Studie »Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen (GBV)«

Zentrale Strukturelemente der GBV über zwei Jahre sind multiprofessionelle Teams und eine vierstufige Krisendienste, Krisenwohnungen eingeschlossen sowie Netzwerkgespräche. Es besteht auch wenig Hoffnung, dass diese laufende Studie »Alles aus einer Hand« zu einem Impuls für eine neue Abrechnungsform in der Regelversorgung werden könnte. In diesem Projekt ist auch keine vertraglich verbindliche Kooperation mit den jeweiligen Kliniken vorgesehen. Die Studie wird auch keine Aussage über eine Absenkung der Rehospitalisierungsraten machen können.

2.3 Neue Forderungen und Vorschläge

Die *Aktion psychisch Kranke* schlägt 2020 die *Einführung eines neuen § 43 d SGB V* vor, durch den eine weitere ambulante Komplexleistungen finanziert werden könnte. Sie errechnet einen Finanzierungsaufwand von 500-600 Millionen (bei ca. 12 Milliarden Budgetvolumen für psychische Erkrankungen) für 2-3 % der Patienten mit eine F-Diagnose, für die diese Intervention eingeführt werden sollte. Dabei spricht die APK hier von einer multiprofessionellen, nach Bedarf und Intensität gestuften und integrierten Komplex-Leistung, die Sektoren übergreifend umzusetzen und extrabudgetär zu vergüten sei. Sie geht von einer weitgehenden

Kompensation der Kosten durch Krankenhausvermeidung aus, spricht jedoch nicht von kompensierendem Bettenabbau. Krankenhausvermeidung spart jedoch keine Kosten des Gesamtsystems, wenn nicht Betten reduziert werden.

Der *Sachverständigenrat* empfiehlt im Konjunktiv und strukturerhaltend: »Perspektivisch könnte das Ziel sein, durch die Ambulantisierung im vollstationären Bereich den Bettenaufbau der letzten Jahre zu beenden und in Zukunft gegebenenfalls auch wieder Betten abzubauen. Der hohe Bettennutzungsgrad von 94 % in der Psychiatrie und 91 % in der Psychosomatik spricht allerdings dafür, zunächst den Aufbau der ambulanten Kapazitäten zu forcieren und ihn an einen gegebenenfalls zeitversetzten Bettenabbau zu knüpfen. Eine sektorenübergreifende Perspektive auf die Planung ist essenziell, um einen solchen abgestimmten Einfluss auf beide Sektoren auszuüben« (Sachverständigenrat, 2018, S. 743). Wirksame Ambulantisierung wäre demnach mit erheblichen vorübergehenden Mehrkosten verbunden und ist damit gesundheitspolitisch schwer durchsetzbar.

Die Orientierung an der aktuellen Belegung geht fehl, denn diese wird von den Kliniken immer auf dem Niveau von circa 95 % (leichte Überbelegung) eingestellt, durch mehr Aufnahmen und längere Behandlungen. Sie ist über die letzten Jahrzehnte konstant geblieben. Eine Bettenzunahme kann durch eine gesteuerte Überbelegung über zwei bis drei Jahre und Androhung einer Klage vor dem Sozialgericht erwirkt werden.

Steinhart und Wienberg (2016) haben das sogenannte »*Funktionale Basismodell*« entwickelt, das die verschiedenen Funktionen in Behandlung und Unterstützung definiert. Ein entscheidender Vorteil dieses Modells ist die Orientierung an Funktionen, ohne eine explizite Festlegung, welche Institutionen oder Berufsgruppen diese übernehmen sollten. In diesem Modell können komplexe ambulante Teams potenziell durch die folgenden Strukturen regional umgesetzt werden:

- Institutsambulanz der Kliniken
- Sozialpsychiatrische Dienste
- psychosoziale Beratungsstellen
- Krisendiensten
- Praxen für Psychiatrie und Psychotherapie
- Der Sachverständigenrat (2018, S. 747) schlägt als ergänzende Struktur vor allem im ländlichen Raum Lokale Gesundheitszentren (LGZ) vor

Die *DGPPN im Verbund mit der Bundesdirektorenkonferenz und anderen Berufsorganisationen* stellen ebenfalls die Forderung nach mobilen multiprofessionellen Gemeindepsychiatrischen Teams, ohne irgendeine Finanzierungsform zu benennen und ohne das funktionale Basismodell zu erwähnen. 16 von 19 Vorstandsmitgliedern der DGPPN sind Leiter von Kliniken.

Der *Paritätische Gesamtverband* fordert, dass Leistung der Integrierten Versorgung als Regelleistung in das SGB V aufzunehmen sind und Selektivverträge

abzuschaffen. Kein(e) Gesundheitsminister/in, keine politische Partei hat es bisher gewagt, über ein Gesetzesvorhaben Krankenhausbetten mit einer Konversionslogik in komplexe ambulante Leistungen in einem bedeutsamen Ausmaß zu versehen. In Zeiten der Kommerzialisierung kann man jedoch nicht auf Freiwilligkeit setzen. Jeder Leistungsspielraum wird genutzt, um maximal mögliche Gewinne zu erzielen. Das macht auch StäB unattraktiv. Letztlich entscheiden nicht die ärztlichen Leiter von Kliniken, sondern ihre Geschäftsführer, die auch maßgeblich mit den Kostenträgern die Versorgungsverträge aushandeln. Bei einem realistischen Entwurf für die Zukunft der deutschen Psychiatrie in zehn Jahren überkommt mich große Skepsis und Pessimismus. Am meisten glaube ich, dass es fast so weitergeht wie bisher oder schlechter wird.

2.4 Management Gesellschaft IVP-Networks

Weitgehend im Stillen unter wechselnden Firmennamen rollt sich die IVP Networks in der ambulanten Versorgung aus. Sie nimmt ambulante Pflegedienste unter Vertrag, die keine andere Chance in ihrer Region sehen, und fügt eine einen Caremanager und Hotline hinzu sowie Online-Selbsthilfeprogramme. Eine Vernetzung mit weiteren gemeindepsychiatrischen Strukturen ist explizit nicht vorgesehen.

Derzeit wirbt die IVP-N damit, 40.000 Patienten zu versorgen. Dafür stehen 100 Mitarbeiter (z. T. in Teilzeit) zur Verfügung, das heißt, auf 400 Patienten kommt ein Mitarbeiter, einschließlich Leitung und Administration. Damit lässt sich offensichtlich recht gut Geld verdienen. Bereits nach drei Jahren wurden Gewinne über insgesamt 350.000 € ausgeschüttet. Das ist seitdem sicher nicht geringer geworden.

Entstanden ist so eine Art von »Discount-Psychiatrie« im ambulanten Bereich mit möglichst geringer Komplexität, die andere Anbieter bei den Kassen unterbietet. Für die Krankenkassen ein interessanter Leistungsträger, denn Langfristigkeit passt nicht in den Zeithorizont von Krankenkassen mit jährlichen Abschlüssen als Erfolgsbilanz. Ein solches Angebot hat mit evidenzbasierter Psychiatrie nichts zu tun, wird aber in der Website mit folgender Formulierung vorgestellt: »auf Basis der Grundsätze von evidenzbasierter Medizin«. Auch für eine erfolgreiche *Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt* fehlt die entscheidende Struktur mit der anerkannt höchsten Wirksamkeit.

3 Ambulante multiprofessionelle Teams für unterstütztes Arbeiten

Im Vergleich zur Arbeitsrehabilitation und gestützt auf 40 internationale Studien erreichen diese Teams eine zwei- bis dreifach höhere langfristige Vermitt-

lung auf den 1. Arbeitsmarkt bei höherem Verdienst (Suijkerbuijk et al., 2017). Auch sie werden daher in den der Leitlinie für Psychosoziale Therapien mit dem höchsten Empfehlungsgrad A versehen. Entscheidende Merkmale dieses Vorgehens sind die rasche Platzierung direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (»first place then train«), eine unbefristete Unterstützung mit Beziehungskontinuität, Integration in Gemeindepsychiatrische Teams und eine ausgereifte Praxis, die in einer Güteskala genau beschrieben wird (Becker, Swanson, Reese, Bond u. McLeman, 2015, S. 139 ff).

3.1 Umsetzung

Die im deutschen Sozialgesetzbuch verankerte unterstützte Beschäftigung ist damit leider nicht gleichzusetzen, weil sie nur zwei Jahre umfasst. Eine vollkommen unsinnige Regelung.

Die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung wollen arbeiten. Angemessene Arbeit führt zu stärkerer Gesundheit, Arbeitslosigkeit verstärkt psychische Erkrankungen. Es wäre eine kostengünstige Intervention. In Deutschland ist der große Einfluss der Reha-Träger, die ihre Institutionen und Einnahmen bedroht sehen, maßgeblich dafür verantwortlich, dass diese Veränderung zu einer flexiblen Begleitung am Arbeitsplatz nicht vollzogen wird.

Derzeit werden nur 1.200 schwer psychisch erkrankte Menschen durch *Maßnahmen des unterstützten Arbeitens* begleitet. Dies zu tun, entspräche auch den Vorgaben der UN-BRK. Auch ein *Budget für Arbeit* (§ 61 Abs. 2 S. 2 SGB IX) mit einem unbefristeten Lohnkostenzuschuss von bis zu 75 % des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgeltes, jedoch nicht mehr als 1.274 €, ist nur sehr wenigen Professionellen bekannt. Arbeitsassistenten in Form von Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz (Job Coaching) sind ebenfalls Teil des Leistungsspektrums. Es wurde bisher nur 1.000 Menschen bundesweit bewilligt, davon sogar 600 noch aus Modellprojekten.

4 Innovative Konstrukte als mögliche Vektoren einer zukünftigen Entwicklung

4.1 Recovery

»Recovery ist ein zutiefst persönlicher und einmaliger Prozess der Veränderung der eigenen Haltungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fähigkeiten und Rollen. Es ist der Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und in soziale Bezüge eingebetteten Leben innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen. Recovery beinhaltet auch die Entwicklung eines Lebenssinns im Prozess der Überwindung der katastrophalen Folgen der psychischen Erkrankung« (Anthony, 1993).

Recovery lebt von inneren und sozialen Kräften, die jenseits oder unter einer psychischen Symptomatik in Menschen zunächst verborgen sind, und die durch Menschen oder Erfahrungen so angestoßen werden können, dass ein Prozess der Selbstentfaltung und Autonomieentwicklung entsteht. Diese Kräfte brauchen innere und äußere Räume, um auf eine je ganz eigene Weise Gestalt anzunehmen. Der »Offene Dialog« als Rahmen, Vorgehen, Haltung und dialogische Methode kann ein solcher Raum sein. Es sind unterschiedliche Versuche unternommen worden, einzelne Aspekte dieser individuell vielgestaltigen Kraft zu unterscheiden.

Zentrale Elemente sind:

- Hoffnung: Glauben, dass ich auch noch eine Chance habe.
- Verbundenheit: mit Menschen ein Unterstützungssystem aufbauen.
- Identität: sich von psychiatrischen Labeln und Stigmatisierungen lösen.
- »Eine Rekonstruktion des inneren Zusammenhangs, eines zentralen roten Fadens, der die verschiedenen Teile im Leben einer Person und innerhalb der Person zusammenfügt und zu einem kohärenten Ganzen formt« (A. Topor).
- Sinn und Bedeutung im Leben zurückgewinnen: Ein Gebender werden.
- Empowerment: eigene Stärken fokussieren, Verantwortung übernehmen, Kontrolle zurückgewinnen,
- Mut und Ausdauer

Weitere persönliche Erkenntnisse dazu sind:

- Lernen, die Gefühle in Beziehungen zu zeigen.
- Gut mit sich umgehen – tun, was guttut.
- Achtsamkeit – Erdung im Hier und Jetzt.
- Selbstverantwortung übernehmen.
- Krankheit nicht als Ausrede benutzen.
- Nicht alle Schuld bei sich selber suchen.
- Lernen, sich zu vergeben.

Das Spannende an dem Ansatz ist für mich das allgemein Menschliche, was in diesen Kräften zum Ausdruck kommt. So wird auch deutlich, dass wir durch unsere (neuro-)pathologischen Konstruktionen diese Menschen von den sozialen Feldern und inneren Kräften dieser Genesung weit entfernt haben. Ein wesentlicher Teil der Arbeit besteht darin, dies rückgängig zu machen.

4.1.1 Handlungsprinzipien für Professionelle

Ein recovery-orientierte Ansatz verlangt daher von Professionellen eine grundsätzliche Neuorientierung. Wie groß diese Herausforderung ist, lässt sich an den folgenden Handlungsprinzipien ermesen.

- Freie Wahl der Behandler bzw. Begleiter sowie aller Mittel der Behandlung und Rehabilitation.

- Maximale Entscheidungen der Patienten über den therapeutischen Prozess und das therapeutische Vorgehen. Diesen Entscheidungen müssen die Professionellen so gut wie nur möglich unterstützen, auch wenn sie selbst nicht so entschieden hätten.
- Bereitschaft den Betroffenen zuzugestehen, positive Risiken/Herausforderungen einzugehen und sie dabei gut zu begleiten. Häufige dabei entstehende Schwierigkeiten sind: Ohnmachtserfahrungen, finanzielle Not, Verlust und negative Veränderungen, komorbider Substanzmissbrauch.
- Betroffene haben oft Überlebensmechanismen entwickelt, die eine Form der Resilienz darstellen, aus dem Blick der Normalität jedoch pathologisch erscheinen können. Dies löst eine letztgültige Bewertung über das normativ Richtige auf.
- Macht abgeben bzw. teilen.
- Recovery bedarf der niedrigst-möglichen Medikamentendosis. Daher eine gut abgestimmte und kompetente Begleitung bei der Reduktion der Dosis, die auch bei Null liegen könnte. Dieses Vorgehen ist mittlerweile leitliniengerecht.
- Professionelle sollten berücksichtigen, dass viele Betroffene traumatische Erfahrungen durchlebt haben und entsprechend hoch sensibilisiert sind. Dies erscheint oft als Ambivalenz, entsteht jedoch auch durch selbstbezogene Bedürfnisse der Professionellen, unter anderem nach Anerkennung, Bewunderung, Kontrolle, Überlegenheit und auch Macht, und schränkt so die Handlungsoptionen der Betroffenen ein. Das Eingeständnis der eigenen Schwächen kann eine gute Basis sein, sich als vertrauenswürdig für diese Betroffenen zu erweisen.
- Oft merken Professionelle daher nicht, wie sie durch misslungene Mikrointeraktionen Betroffene abwerten und entmutigen.
- Recovery wird oft durch nicht rollenkonformes, situationsunübliches, von intuitiver Menschlichkeit bestimmtes Handeln und Mitsein der Professionellen angestoßen. Gewohnte Grenzen werden überschritten. Die eigenen wahrhaftigen Gefühle sind oft der beste Kompass.
- Eine Recovery-Orientierung bedeutet für die Behandler, die Hoffnung des Patienten auf Besserung und Genesung aufrecht zu erhalten, statt sie zu entmutigen und zu demotivieren. Nach dem 1. gescheiterten Versuch Ermutigung zu einem 2. auch 3. und 4. und weiteren Versuch.
- Die gleichen Sanitärräume für Patienten und Mitarbeiter.
- Jederzeit Einblick in die Dokumentation mit dem Recht, diese schriftlich zu kommentieren.

Auch wenn das neue BTHG den Versuch macht, Impulse von Empowerment, Recovery und sozialer Inklusion in die gewachsenen sozialpsychiatrischen Institutionen einzuführen, wird diese Absicht nur begrenzt wirksam sein.

4.1.2 Recovery orientierte Begleitung und Behandlungsangebote

Der Prozess würde stärker angestoßen, wenn zusätzlich finanziell abgesicherte Alternativen initiiert werden, die so weit wie möglich in den Händen der Betroffenen liegen, gegebenenfalls unterstützt durch Professionelle, ohne die »Radikalität« der Innovation zu schwächen. Für die Betroffenen entstehen so weitere Wahlmöglichkeiten. Zugleich wächst dadurch der Bedarf an bezahlten Erfahrungsexperten. Diese Modelle wurden bisher erfolgreich erprobt:

- Recovery Colleges, von Erfahrungsexperten geführt
- Clubhäuser, von Erfahrungsexperten geführt
- Modelle als Krisenintervention, die keinen Zwang anwenden
- Krisenhäuser, maßgeblich von Erfahrungsexperten mitgestaltet
- Soteria-House-Projekte zur Begleitung von Menschen um Psychosen.
- Netzwerke gegenseitiger Unterstützung: im Alltag, in Krisen, für soziale Inklusion
- Erfahrungsaustausch zur Unterstützung von Familien

Diesen Alternativen, als Wahlmöglichkeiten für die Betroffenen vor Ort, misst Puras – Sonderberichterstatter der Menschenrechtskommission 2014 bis 2020 – eine erhebliche Bedeutung zu, »ein kritischer Indikator zur Messung des Gesamtfortschritts« (Puras, 2017, S. 19).

4.2 Menschenrechte und Abschaffung von Zwang

Die Psychiatrie und verantwortend die Berufsgruppe der Psychiater hat einen dilemmatischen Auftrag zwischen der Wahrung der Menschenrechte von Menschen in psychischen Krisen und dem Schutz der Gesellschaft und Bevölkerung vor gewaltsamen Übergriffen durch Menschen in solchen Krisen. Um beidem in bestmöglicher Weise gerecht zu werden, sind vielfältige Voraussetzungen zu schaffen, sodass die vollständige oder weitgehende Vermeidung von Zwang durch die Psychiatrie möglich wird.

Das aktuelle Ausmaß an Zwang in der Psychiatrie ist nicht hinzunehmen. Wird diese Problematik innerhalb der deutschen Psychiatrie eher heruntergespielt oder verleugnet, so wird sie in politischen Gremien auf europäischer Ebene und der WHO längst eindeutig formuliert.

»Tatsächlich weisen die Erkenntnisse auf überwältigend negative Erfahrungen mit unfreiwilliger Unterbringung oder Behandlung hin. Dazu gehören Trauma und Angst, Schmerzen, Demütigung, Scham, Stigmatisierung und Selbststigmatisierung. Insbesondere die Erfahrung von unfreiwilliger Behandlung ... können in vier Kategorien eingeteilt werden: negative psychologische Auswirkungen, Retraumatisierung, Erleben unethischer Praktiken und »gebrochene Seele« (Council of Europe, 2019, S. 10). 70 % erinnern Zwang noch nach Jahren als traumatisierend (Paksarian et al., 2014).

Für die gängige Praxis von Zwang existieren keine wissenschaftlichen Belege durch kontrollierte Studien und sie sei daher schwer zu rechtfertigen, so z. B. ein Cochrane-Review (Muralidharan u. Fenton, 2006). Menschen, die in Zwangskontexte geraten, haben zuvor im Laufe ihres Lebens ein hohes Ausmaß an Traumatisierung erlitten (physische Misshandlung, sexueller und emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung, Diskriminierung). Wir können aufgrund von kleinen Studien von bis zu 90 % ausgehen. Auch sind sie weit häufiger Opfer von Gewalt geworden, als dass sie selbst einmal Gewalt ausgeübt hätten. So ist laut Studienlage heute von einem 5,6-fach (bei Frauen sogar 9,2-fach) höheren Ausmaß an Viktimisierung auszugehen als in der Allgemeinbevölkerung (Krumm, Checchia, Kilian u. Becker, 2018, S.70).

Zwangsmaßnahmen erschwere eine spätere Unterstützung durch die Psychiatrie: »Zwangsmaßnahmen (haben) eine abschreckende Wirkung, da sie das Vertrauen der ihnen unterworfenen Person in die Fähigkeit der Psychiatrie, sie zu unterstützen, zerstören und dazu führen, dass sie jeden Kontakt mit dem Gesundheitssystem vermeiden, was wiederum das Risiko neuer oder zusätzlicher Krisen erhöht« (Council of Europe, 2019, S. 10).

Aber auch die in den entsprechenden Kontexten handelnden Professionellen zahlen einen hohen Preis. In solchen unzureichenden Kontexten werden Zwang anwendende Professionelle ohne Absicht zu Tätern und Patienten, die Fixierung, Isolation oder Zwangsmedikation erfahren, zu Opfern. Immer mehr kommt es aktuell zu körperlichen Übergriffen gegen und Verletzung von Personal. Professionelle und Betroffene »brauchen einen angemessenen Rahmen, der dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) entspricht und keinen Zwang ausübt« (Council of Europe, 2019, S. 10). Mitarbeitern diese Aufgabe zuzumuten und sie nicht maximal darin zu unterstützen, Zwang zu vermeiden, halte ich für unethisch und nicht verantwortlich, denn es verletzt meines Erachtens die Fürsorgepflicht gegenüber Mitarbeitern und die Menschenrechte von Betroffenen. Was nicht innerhalb der Kliniken gelöst werden kann, sollte öffentlich eingefordert, eventuell skandalisiert werden.

Die vielfältigen präventiven Möglichkeiten, die sowohl ambulant wie stationär zur Verfügung stehen, müssten vollständig implementiert und praktiziert werden, um das tatsächlich nicht umgehbare Maß an »fürsorglichem Zwang« zu ermitteln und zu rechtfertigen. Es könnte dann (nahe bei) Null liegen.

4.2.1 Zwang reduzierende Möglichkeiten in einer Institution

Diverse Kliniken in Deutschland haben das Safe Wards Modell in unterschiedlicher Intensität und Wirksamkeit eingeführt. Prägnanter ist das Konzept einer Klinikgruppe in den Niederlanden, es verdeutlicht bestehende Defizite (van Gasteren, 2010).

Stationsgröße: Maximal 16 Betten, bereits in der Psychiatrie-Enquete grundsätzlich empfohlen. *Architektur:* Ein-Bett-Zimmer, Räume um zur Ruhe zu kommen, Gesprächszimmer für Einzelgespräche, großer Aufenthaltsraum/Forum mit Küche, normale Wohn- und Arbeitsumgebung mit Pflanzen, schönen Möbeln, Obstschalen, und Kaffee-Ecke usw., am besten kein Stationszimmer sondern durchgängiger Aufenthalt und verwaltende Arbeit im offenen Forum der Station, dadurch permanente Kontaktmöglichkeiten. *Tagesgestaltung:* Gemeinsame Mahlzeiten mit den anwesenden Teammitgliedern. *Identifikationsplan für Krisensignale:* gemeinsam mit jedem Klienten erstellen. *Alarmplan für das Team:* zur gestuften Erfassung des »Klimas« innerhalb des Teams. *Kontakt:* früh in den Kontakt gehen, zuhören, einfühlen, wertschätzen, reflektieren, erfragen was passiert ist, Balance wiederfinden, Wünsche kreativ erfüllen, Humor. *Nachbesprechung mit den Patienten nach Eskalationen:* Was hätten wir und sie besser machen können? *Reflexion des Teams:* Wie sind wir als Team dazu gekommen, bei diesen Patienten Zwang anzuwenden? Wann hatten wir noch eine andere Chance? *Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich:* ist ein sehr wichtiger Teil der Präventionsarbeit. So gelang eine Absenkung der Häufigkeit von Zwang um 46 %, der Dauer um 81 %.

Vor dem Hintergrund der vielfältigen lebensgeschichtlichen Traumatisierungen wurde das komplexe Paradigma der »Trauma informed care« entwickelt und diverse sehr praktische Leitlinien stehen im Internet zur Verfügung. Sie wurden bisher in Deutschland nicht eingeführt und in den deutschen Leitlinien zur Verhinderung von Zwang gar nicht erwähnt. Nationale Programme existieren z. B. in Canada, USA und Australien. Nicht zu retraumatisieren steht dabei im Vordergrund. Kernelemente dafür sind (1) physische und emotionale Sicherheit, (2) Vertrauenswürdigkeit und Transparenz, (3) Zusammenarbeit und Gegenseitigkeit, (4) Wahlmöglichkeiten, (5) »Empowerment«, (6) Kulturelle, historische und geschlechtsspezifische Aspekte, (7) Erfahrungsexperten auf allen Ebenen der Organisation. In Studien folgte eine Reduktion um 80 % (Muskett, 2014).

4.2.2 Gemeinsam eine neue Behandlungskultur schaffen

In einem Forschungsprojekt in Canberra, geleitet von einem Erfahrungsexperten, wurden gemeinsame Nachbesprechungen von Isolations- und Fixierungssituationen mit dem Team und den Klienten durchgeführt (Seclusion and Restraint Review Meetings). Dabei wurde eine Kultur entwickelt, in der schwierige Situationen ohne Schuld diskutiert, wo jeder Standpunkt geschätzt, jede Stimme gehört und respektiert wird. Dem Beispiel der Nutzer folgend, konnten auch die teilnehmenden Mitarbeiter subjektiv über ihre eigenen Erfahrungen auf der Station sprechen. Dabei müssen alle Stimmen gleichwertig unterstützt werden.

»Diese Geschichten ermöglichten, dass Verletzlichkeit, Ehrlichkeit, Mitgefühl und Menschlichkeit die Menschen zusammenbringen, verbunden in einem gemeinsamen Verständnis, dass Isolierung ein Versagen der Behandlung darstellt« (Foxlewin, 2012, S. 11).

Die Stimmen der Nutzer und die Erfahrungen sowohl der Nutzer als auch der »Kliniker« wurden die zentrale treibende Kraft für den kulturellen Wandel und für die Reduktion von Zwang. Es entstand eine lernende Gemeinschaft, die sowohl eine persönliche als auch berufliche Entwicklung ermöglichte. Wenn die berufliche Distanz nachlässt, treten Menschlichkeit und Mitgefühl in den Vordergrund. Das Ergebnis war dabei auch die Reduktion der Anwendung von Fixierungen/Isolierung von 6,9 % auf unter 1 % innerhalb eines Jahres.

4.2.3 Kultur ohne Zwang

Einzelne psychiatrische Kliniken haben unter Beweis gestellt, dass sie ganz ohne oder nur mit minimalem Zwang auskommen. Dies ist möglich durch die unterschiedene jahrelange Entwicklung einer Kultur ohne Zwang. In Deutschland ist dies vor allem die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin in Herne mit vier bzw. sechs Fixierungen und fünf bzw. zwölf Zwangsinjektionen bei circa 3.400 bzw. 3.500 Aufnahmen pro Jahr.

4.2.4 Krisenhäuser (»Respite House«)

Gemeindenaher, kleine Wohneinrichtungen, in die Menschen für kurze Zeit gehen können, wenn sie eine psychische Krise durchmachen. Sie können von Erfahrungsexperten geführt sein. »Mitsein«, gegenseitige Verantwortung und soziale Vernetzung sind handlungsleitend.

Ein meist minimaler Einsatz von antipsychotischen Medikamenten, die auf der persönlichen Entscheidung jedes Bewohners beruhen, wird praktiziert (Mental Health Europe, 2019, S. 8). In Deutschland gibt es mit dieser Funktion das Weglaufhaus in Berlin und ein Krisenzimmer in Bochum.

4.3 Zwang reduzierende Möglichkeiten in ambulanten Strukturen

4.3.1 Vertrauenswürdige ambulante Teams

Ambulante multiprofessionelle Teams aus Professionellen, zu denen der Betroffene Vertrauen und wenn möglich die Wahl hat, möglichst ein Erfahrungsexperte im Team. Je besser die Passung desto erfolgreicher die gemeinsame Arbeit. *Zusätzlicher Gemeinsamer Krisenplan mit dem sozialen Netzwerk:* Gründlich und gemeinsam von Klienten, ambulanten Teams und, wenn möglich, Angehö-

rigen erarbeitete Krisenpläne senken das Risiko für Unterbringungen im Mittel um 23 % (de Jong et al., 2016).

4.3.2 Das persönliche Ombudsmann-Unterstützungsmodell in Schweden

Ein Ombudsmann ist ein Professioneller, eine hochqualifizierte Person, in der Regel ein Rechtsanwalt oder Sozialarbeiter, der vollständig im Auftrag des Einzelnen und nur für den Einzelnen arbeitet. Er vertritt vor allem die rechtlichen Ansprüche der Betroffenen gegenüber Behörden und sichert so ihre Rechte. Der Ombudsmann nimmt sich viel Zeit und Sorgfalt, um Vertrauen aufzubauen aber auch konkret sicherzustellen, dass die Nutzer die Hilfe und Dienstleistungen erhalten, auf die sie Anspruch haben und die sie wünschen. Es wird als ein geeignetes Modell für unterstützte Entscheidungsfindung angesehen, da der Ombudsmann Personen befähigt, Entscheidungen in Bezug auf persönliche oder rechtliche Angelegenheiten zu treffen und zu kommunizieren.

Bis heute existieren 300 Ombudsleute, die 6.000 bis 7.000 Menschen mit psychosozialen Behinderungen unterstützen. Vor allem ist dies erfolgreich auch bei Menschen, die am schwersten zu erreichen sind und bisher oft ohne Unterstützung blieben, auch obdachlose und sehr isoliert lebende (Mental Health Europe, 2019, S. 10).

4.3.4 Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist ein juristisches Dokument, in dem Patienten Entscheidungen treffen, mit denen sie sich selbst binden oder andere, insbesondere in Krisenzeiten, anweisen (Mental Health Europe, 2019, S. 9).

4.3.5 Behandlungsvereinbarung

Behandlungsvereinbarung sind in Deutschland seit mehr als 20 Jahren bekannt und werden nur von einer Minderheit von Kliniken eingesetzt und auch von diesen Kliniken häufig nicht so oft wie möglich.

Ich bin davon überzeugt, dass eine wirksame Psychiatrie auf absehbare Zeit nicht wesentlich durch Fortschritte der neurobiologischen und pharmakologischen Forschung entsteht, sondern durch klug gestaltete Kontexte und Menschen, die in der Lage sind, hilfreiche Beziehungen herzustellen und so lange aufrecht zu erhalten, wie dies erforderlich ist. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen liegt die therapeutische Antwort nicht im »Gehirn«, sondern in der Gestaltung von sozialen Kontexten, die ermutigen und unterstützen und zu korrektiven Beziehungserfahrungen werden und die Menschenrechte garantieren. Therapeutisch gilt das Primat des Sozialen vor

dem Innerpsychischen. Rückblickend auf 40 Jahre Berufsleben krankt die Psychiatrie selbst nicht an einem Mangel an Modellen und guten Ideen, sondern an Gewinn- und Machtstreben, und narzistischen Rivalitäten.

»Wer Neues schaffen will, hat alle zu Feinden,
die aus dem Alten Nutzen ziehen.«
Niccolò Machiavelli (1469-1527)

Literatur

- Aderhold, V., Greve, N. (2009). Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. *Kontext*, 40, 228-242.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Becker, D. R., Swanson, S. J., Reese, S. L., Bond, G. R., McLeman, B. M. (2015). *Supported Employment Fidelity Review Manual*.
- Council of Europe (2019). Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach, Doc. 14895, 22 May 2019.
- de Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., Van Gool, A. R., Mulder, C. L. (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Metaanalysis. *JAMA, Psychiatry*, 73, 657-64.
- DPPPN (Hrsg.) (2018). *S 3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Foxlewin, B. (2012). What is Happening at the Seclusion Review that Makes a Difference? A Consumer Led Research Study. Online unter: https://www.actmhc.org.au/wp-content/uploads/2018/09/2012-06_REPORT_SRRM_RESEARCH_incl_Executive_Summary.pdf
- Krumm, S., Checchia, C., Kilian, R., Becker, T. (2018). Viktimisierung im Erwachsenenalter von Personen mit Psychiatrieerfahrung. *Psychiatr Prax.*, 45, 66-77.
- Mental Health Europe (2019). Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe.
- Muralidharan, S., Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, 2084.
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD001087.
- Muskett, C. (2014). Trauma-informed care in inpatient mental health settings: a review of the literature. *J Ment Health Nurs.*, 23, 51-59.
- Paksarian, D., Mojtabei, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K.-L., Bromet, E. J. (2014). Perceived trauma during hospitalization and treatment participation among individuals with psychotic disorders. *Psychiatr Serv.*, 65, 266-269.
- Puras, D. (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, A / HR / 35 / 21, 28. März 2017.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018). *Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung*.
- Seikkula, J., Alakare, B. (2015). Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog, *Psychotherapie im Dialog*, 16, 28-33.

- Steinhart, I., Wienberg, G. (2016). Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung, *Psychiat Prax*, 43, 65-68.
- Stengler, K., Riedel-Heller, S., Gühne, U. (2015). Gemeindepsychiatrische Versorgung. *Psychup2date*, 9, 113-128.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U., Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy (NewYork)*, 119, 1415-1423.
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Van Gasteren, H. (2010). Van separeren naar contact intensiveren. *Dialog*, 12, 16-19.

Korrespondenzadresse: Dr. Volkmar Aderhold, E-Mail: v.aderhold@gmx.de