



Psychiatrie ohne Betten

Menschen in psychischen Krisen zu Hause zu behandeln, ist in Deutschland noch nicht weit verbreitet. Foto: Kevin Martin Jose/unsplash.com

Behandlung im Lebensumfeld der Patient:innen

Matthias Heißler

Wenn Betten für die Finanzierung der Behandlung keine Rolle mehr spielen, können Menschen dort behandelt werden, wo sie erkranken: zu Hause, in ihrem Lebensumfeld – vorausgesetzt, es gibt Kriseninterventionsdienste, Wohn- und Arbeitsgelegenheiten und eine gute Kooperation mit allen Akteuren des Gesundheitssystems.

Schon vor über 20 Jahren waren mobile Kriseninterventionsteams in Deutschland im Gespräch, um die negativen Effekte einer stationszentrierten Psychiatrie abzumildern. Im Gespräch waren Assertive Community Teams (ACT), die in den 1980er-Jahren von Leonard I. Stein, Mary Ann Test und anderen am Mendota Mental Health Institute in Madison (Wisconsin, USA) erfunden wurden, um die aus den Anstalten entlassenen Patient:innen zu Hause zu versorgen. Diese Teams wurden vom Australier John Hoult dann weiterentwickelt: Er hatte den Auftrag, eine schlecht funk-

tionierende psychiatrische Abteilung in Sydney zu reformieren. Statt jedoch Geld für die Renovierung von Gebäuden zu verbrennen, baute er ein AC-Team in ein Crisis Resolution-Team (CR-Team) um. Dieses Team wurde vor einer stationären Behandlung tätig, denn es hatte die Aufgabe, Patient:innen bei drohender Einweisung zu Hause aufzusuchen, dort zu behandeln und so eine stationäre Behandlung überflüssig zu machen. Die beeindruckenden Erfolge führten dazu, dass Hoult eingeladen wurde, in England ähnliche Teams aufzubauen.

Mobile Teams in Europa

Trotz der Erfolge von Hoult, etwa im Hinblick auf die Bettenreduktion, blieb die Effektivität der Behandlung von CR-Teams umstritten. Dies änderte sich erst mit der North Islington-Studie aus dem Jahr 2005 (Johnson et al. 2005), die als kontrolliert-randomisierte Studie zweifelsfrei nachwies, dass

CR-Teams die Behandlungszufriedenheit der Patient:innen erhöhen, stationäre Behandlungstage verkürzen und damit zu einer Reduktion von psychiatrischen Betten beitragen.

Mobile Kriseninterventionsteams findet man heute zum Beispiel in Skandinavien, den Niederlanden, Belgien, England und auch in Italien. Dort steht vor allem Triest für eine starke ambulante psychiatrische Versorgung, die im Zusammenspiel mit Gesundheitszentren, teilstationärer Behandlung und rehabilitativen Ansätzen im Bereich von Wohnen und Arbeit zu einer deutlichen Reduktion stationärer Betten geführt hat. Für die Versorgung von 240 000 Einwohner:innen werden lediglich noch sechs bis acht Betten eines Allgemeinkrankenhauses gebraucht. In der französischen Stadt Lille gelang es unter anderem mit mobilen Teams eine krankenhauszentrierte Psychiatrie mit 219 stationären Betten in eine Bürger-Psychiatrie zu verwandeln, die lediglich noch zehn Betten in einem Krankenhaus braucht.

Arbeit mit festen Budgets

Um solche Ansätze Anfang der 2000er-Jahre realisieren zu können, wünschten wir uns an meinem damaligen Arbeitsort in Geesthacht (Schleswig-Holstein) ein regionales Budget. Die Krankenkassen vereinbarten dabei mit dem Krankenhaus ein Budget, das für eine bestimmte Zeit für eine bestimmte Region fixiert wird. Die Höhe des Budgets richtet sich nach der Zahl der Bürger:innen, die pro Jahr vom Kranken-

haus behandelt werden, unabhängig davon, ob stationär, teilstationär oder ambulant. Dafür ist das „Krankenhaus in der Wahl der Behandlungsform und des Behandlungsortes grundsätzlich frei“ (§2 des Vertrages). Die Bettenbelegung ist für die Finanzierung der Behandlung nicht länger ausschlaggebend.

Damit war der Weg frei, um Therapieformen wie Home Treatment, CR-Teams und Krisenfamilien anzubieten, die zwar in anderen Ländern schon üblich waren, nicht aber in Deutschland.

Umbau der Station

2008 war es endlich so weit: Wir wandelten eine Station in eine auch an Wochenenden offene Akuttagesklinik und ein mobiles Kriseninterventionsteam.

Im Vorfeld hatten wir uns mit der entsprechenden Literatur aus den oben genannten Ländern beschäftigt. Angesteckt von deren Ergebnissen hatten wir den Eindruck, dass wir mit mobilen Kriseninterventionsteams wie in England kombiniert mit dem familientherapeutischen Ansatz des Offenen Dialogs, der sich in den skandinavischen Ländern bewährt hatte, über kurz oder lang fast alle stationären Betten überflüssig machen könnten. Dies traf jedoch nicht zu.

Während unsere „normalen“ Patient:innen unsere neuen Angebote dankbar annahmen, wurden sogenannte Systemsprenger:innen, Extremindividualist:innen oder Heavy User:innen weiterhin oft mehr als viermal im Jahr stationär auf-

genommen. Sie blieben lange – manche mehr als 120 Tage pro Jahr – und nahmen bis zu 80 Prozent der vorhandenen Ressourcen in Anspruch. Diese „schwierigen“ Patient:innen trifft man überall an: zu Hause, unter der Brücke, in geschlossenen Heimen und auch auf unseren Stationen. Und wenn sie auf Station sind, stellt sich die Frage, wie es überhaupt weitergehen kann. Denn Entlassungen in Heime werden meist zu einem „Bumerang“.

Die Hypothese, dass die Erfolglosigkeit der intensiven therapeutischen Bemühungen grundsätzlich auch mit der Art und Weise Psychiatrie zu machen zusammenhängt, veranlasste uns anders vorzugehen: Wenn die evidenzbasierte Psychiatrie trotz allen Bemühens nichts Konstruktives zustande bringt, muss es erlaubt sein, einem nicht-regulierten Vorgehen eine Chance zu geben: „Thinking and doing out of the box.“

Neues Konzept: Immobilientherapie

Um für die oben genannten Menschen einen passenden Platz für ihr Leben zu finden, erfanden wir die „Immobilientherapie“, die die Konzepte „Housing First“ und „Supported Housing“ vereint. Neben der Vermittlung einer Wohnung mit dazu passender Assistenz geht es dabei auch um das Erkunden von Nischen im sozialen Raum, in denen die Menschen ihren Stärken und Wünschen gemäße Möglichkeiten finden können, um sich unbezahlt (Ehrenamt) und bezahlt (Zuverdienst) einzubringen.

Literatur

- Dörner, K. (Hg.) (1998): Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis.
- Elgeti, H./Piel, A./Niedersächs. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2018): Psychiatrie in Niedersachsen 2017/2018. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Giertz, K./Große, L./Gahleitner, S. (Hg.) (2021): Hard to reach: schwer erreichbare Klientel unterstützen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Heißler, M. (2007a): 1,6 Millionen sind zuviel! In: Adler, L./Dumke, H. u. a. (Hg.): Chronisch psychische krank – chronisch schlecht versorgt? Regensburg: Roderer, S. 71–74.
- Heißler, M. (2022): Psychiatrie ohne Betten. Köln: Paranus Verlag im Psychiatrie Verlag.
- Henking, T. (2017): Das Konzept der offenen Türen – offen und doch geschlossen? *Recht und Psychiatrie*, 35(2), S. 68–71.
- Hoult, J. (1986): Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149(2), S. 137–144.
- Hoult, J. (1991): Home Treatment in New South Wales. In: Hall, P./Brockington, L. (Hg.): The closure of Mental Hospitals. London: Gaskell, S. 107–114.
- Huber, C./Schneeberger, A. et al. (2016): Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), S. 842–849.
- Johnson, S./Needle, J. et al. (2008): Crisis Resolution and Home-Treatment in Mental Health. Cambridge: University Press.
- Lang, U. (2013): Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Lang, U./Borgwardt, S. et al. (2017): Einführung einer „Offenen Tür Politik“. Was bedeutet diese konkret und wie wirkt sie sich auf Zwangsmaßnahmen aus? *Recht und Psychiatrie*, 35(1), S. 72–79.
- Obert, K./Armbruster, J./Reinhardt, C. (2021): Sozialraumorientierung und aufsuchende Behandlung. In: Weinmann, S./Bechdorf, A./Greve, N.: Psychiatrische Krisenintervention zu Hause. Das Praxisbuch zu StäB und Co. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 117–128.
- Stein, L./Test, M. (1980): Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), S. 392–397.
- Van Os, J./Guloksuz, S. et al. (2019): The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry*, 18(1), S. 88–96.
- Weinmann, S./Bechdorf, A./Greve, N. (2021): Psychiatrische Krisenintervention zu Hause. Das Praxisbuch zu StäB & Co. Köln: Psychiatrie Verlag.
- WHO (2021): Comprehensive mental health service networks. Promoting person-centered and right-based approaches. Genf: WHO.
- Zinkler, M./Nyhuis, P. (2017): Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. *Recht und Psychiatrie*, 35(2), S. 63–67.

Beides lässt sich nur über die Maxime „Erst platzieren, dann trainieren und rehabilitieren“ realisieren, wie schon die Erfahrung bei der Deinstitutionalisierung von chronisch psychisch kranken Menschen lehrte, die viele Jahre in Langzeitbereichen und Heimen untergebracht waren.

Mittlerweile verfügen wir über eine ganze Palette von Wohnungen, sodass im Bedarfsfall relativ schnell eine passende Wohnung mit Mietvertrag zur Verfügung steht. Diese kann sogar (wenn nötig) gegen eine andere eingetauscht werden, etwa wenn sie sich als nicht geeignet herausstellt. Der Arbeitsbereich besteht aus einer Reihe von Zuverdienstmöglichkeiten, die sich im Laufe der Zeit bei der Suche nach Betätigungsfeldern für einzelne Patient:innen entwickelt haben und nun auch für andere infrage kommen, z. B. ein Café mit Küche, ein Second-Hand-Laden, industrielle und handwerkliche Fertigung oder die Begleitung von anderen Patient:innen.

Dies alles gelang, weil wir uns entschlossen hatten, diesen einzigartigen Menschen Mitarbeiter:innen an die Seite zu stellen, die wie sie selbst frei über Zeit und Ort ihrer Tätigkeit verfügen können – „Liberos“, wenn man so will. Diese gleichsam freischaffend psychiatrisch Tätigen hatten die Aufgabe – jenseits von Standardangeboten – für ungewöhnliche Menschen ungewöhnliche Angebote zurechtzuschneiden, umzusetzen und durchzuführen. So lernten wir, dass zu einer guten psychiatrischen Versorgung neben dem Standard auch die Abweichung gehört: eine von der konventionellen Routine befreite Psychiatrie, offen für kreative Lösungen. In der Folge sank die Zahl an schwer erreichbaren Patient:innen von durchschnittlich 34 auf 13 pro Jahr.

Beispiel: Herr P.

Herr P. lebte allein in seinem von den Eltern geerbten Haus. Er litt unter den Folgen eines Schlaganfalls und paranoid-halluzinatorischen Phasen bei leichter geistiger Behinderung, kombiniert mit zeitweiligem Alkoholabusus. Nach einem Krampfanfall wurde er in das Johanniter-Krankenhaus in Geesthacht gebracht, kam aber auf der Station „nicht auf die Beine“ und wurde deshalb zunächst in eine ambulante Wohnpflegegruppe – eine Haushaltsgemeinschaft – verlegt. Als er sich dort peu à peu erholt hatte, drängte er auf Entlassung nach Hause, stürzte aber bei die-

sen Versuchen regelmäßig. Es stellte sich die Frage nach der Notwendigkeit einer Zwangseinweisung.

Schließlich organisierten wir über Peers eine 24-Stunden-Betreuung in seinem Haus: Frau H. war gerade zu einem Entzug auf Station und brauchte nach dem Tod ihres Lebensgefährten eine neue Aufgabe. Zusammen mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen boten wir Herrn P. die entsprechend notwendige Unterstützung in seinem Haus an; mit der Auflage, dass er Frau H. und die anderen Ex-Patient:innen in seinem Haus toleriert. Frau H. zog tatsächlich bei ihm ein und betreute ihn mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen. Zeitweilig wurden die anderen freistehenden Zimmer als Krisenzimmer genutzt, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Aus seinem Garten wurde ein „Urban-Gardening-Projekt“, das anderen Psychiatrie-Erfahrenen zu einer sinnvollen Tätigkeit verhilft.

Das Geesthachter Modell

Im Kern zeichnet sich diese Vorgehensweise durch ähnliche Charakteristika aus, wie sie für die zuvor erwähnten mobilen Teams entwickelt wurden: sofortiges Handeln, Flexibilität, Einbezug des Lebensumfeldes und des sozialen Raums, Berücksichtigung der Lebensgeschichte, barrierefreie Angebote beim Wohnen und Arbeiten, Kontinuität und Verlässlichkeit.

Das ist sozusagen die DNA des „Geesthachter Modells“. Nach dem für Extrem-Individualist:innen entwickelten Konzept wurden alle unsere mobilen Teams ausgerichtet. Diese waren fortan dezentral über den Kreis verteilt im Einsatz und für sämtliche Diagnosen aller Bürger:innen ab 18 Jahren zuständig. Dies führte zu einer Reduktion der psychiatrischen Betten von 50 auf 18 und zu einer Senkung der Verweildauer von 20 auf circa acht Tage ohne Mehraufnahmen. Und da die Tätigkeit von mobilen Teams effektiver ist als die stationäre Behandlung, sank sogar die Zahl der Menschen, die mehrmals im Jahr behandelt werden mussten (auf 23 % statt wie in anderen Kliniken üblich um ca. 40 %).

Dies ist zwar schon beachtlich, leider aber erst die halbe Wegstrecke: Obwohl die Organisation von mobilen Kriseninterventionsteams und die Umwandlung von stationären Betten in teilstationäre Plätze und andere ambulante Möglichkeiten (z. B. Krisen- und Gastfamilien) Aufga-

be einer Klinik sind, hängt die Ausschöpfung des gesamten Potenzials von Kollaborationen im außerklinischen Bereich ab, konkret mit Hausarztpraxen, Pflegediensten, Ergo- und Soziotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, sozialpsychiatrischen Diensten, Integrationsfirmen, normalen Unternehmen und nicht zuletzt mit den Patient:innen und Bürger:innen selbst. Das möchte ich an zwei Beispielen deutlich machen.

„Da die Tätigkeit von mobilen Teams effektiver ist als die stationäre Behandlung, sank sogar die Zahl der Menschen, die mehrmals im Jahr behandelt werden mussten.“

Recovery Colleges

Auch Psychiatrie-Erfahrene, sogenannte Peers, verfügen über Fähigkeiten und Kompetenzen, die man ihnen lange abgesprochen hat. Aus der Beratung und Begleitung von psychisch erkrankten Menschen durch Psychiatrie-Erfahrene haben sich inzwischen in Gütersloh, Bremen und Baden-Württemberg Recovery Colleges entwickelt, die allen Bürger:innen offenstehen. Colleges sind eine Art Lebensschule, in denen Informationen und Praktika zu Themen des täglichen Lebens angeboten werden. Dazu gehören auch Angebote, die erläutern, wie man psychische Krisen erkennen kann, wie man mit ihnen umgeht und Unterstützung findet. Wie bei anderen Selbsthilfegruppen, beispielsweise den Anonymen Alkoholikern (AA), bestehen zwischen Austausch, Information, Beratung und Support fließende Übergänge. Die AA und vergleichbare Selbsthilfegruppen machen keine Therapie und stellen doch weltweit eine hilfreiche Basisversorgung sicher.

Die Recovery-Bewegung wird vermutlich einen ähnlichen Emanzipationsprozess durchlaufen. Wechselseitige Hilfe ist jetzt schon mehr oder weniger selbstver-

ständig. Wenn sich Recovery Colleges ähnlich wie in den USA, England oder den Niederlanden auch in Deutschland weiter ausbreiten, werden sie zur ersten Anlaufstelle für Menschen in Krisen und zum Ausgangspunkt für weitere Projekte. Dazukommen können neben anderen niedrigschwelligen Angeboten beispielsweise Krisenwohnungen und -familien. Solche Recovery Colleges haben das Potenzial, Stadtteile mit etwa 15 000 Bürger:innen zu versorgen, wenn die daran angeschlossenen psychiatrischen Dienste diagnosenübergreifend ausgerichtet sind, sie von fünf bis zehn Hausarztpraxen unterstützt werden und die Möglichkeiten von E-Health und M-Health-Tools zum Einsatz kommen (van Os et al. 2019). Wenn sich an solchen regionalen Netzwerken auch mobile Kriseninterventionsteams beteiligen, werden sie ihr ganzes Potenzial entfalten können.

Versorgung in Tageskliniken

Ähnlich verhält es sich bei Tageskliniken: Psychiatrische Abteilungen verfügen in der Regel über mindestens eine Tagesklinik mit Ambulanz. Diese lassen sich in Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Anbietern (Assistenz beim Wohnen und Arbeiten) in gemeindepsychiatrische Zentren umwandeln, wie zum Beispiel im niedersächsischen Psychiatrieplan vorgesehen oder in Stuttgart schon umgesetzt.

Dort haben acht regional arbeitende gemeindepsychiatrische Zentren die Grund- und Basisversorgung für psychisch erkrankte Menschen übernommen. In der Kooperation zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrie lassen sich auch mobile Kriseninterventionsteams formen, die sich aus Mitarbeiter:innen der Klinik und der Eingliederungshilfe zusammensetzen (Kliniken dürfen die stationsäquivalente Behandlung bis zu maximal 50 Prozent delegieren). So kann man Krisen durch intensive Assistenz und Behandlung frühzeitig begegnen und darüber hinaus stationäre Einweisungen vermeiden. Über ein regelmäßiges gemeinsames Monitoring aktueller Fälle entsteht so etwas wie eine wechselseitige Intervention, was wiederum ein tragendes Netzwerk für circa 60 000 bis 80 000 Bürger:innen entstehen lässt. Das immer besser aufeinander eingespielte assistierende und behandelnde Netzwerk wird mit dazu beitragen, dass die Zahl an Betten zurückgehen wird, bis hin zu einer kritischen Größe von sechs bis zehn Bet-

ten für etwa 180 000 Bürger:innen. Wie aus der Entwicklung in Triest, Meran oder Lille zu schließen ist, ist dies der Punkt, der eine andere Organisationsform erforderlich macht, wenn man in der Psychiatrie noch weiter Betten abbauen will.

Neue Organisationsformen im Krankenhaus

Hier könnte es hilfreich sein, sich genauer anzuschauen, was Patient:innen machen, die eine stationäre psychiatrische Behandlung aus Angst vor Stigmatisierung oder anderen Gründen prinzipiell meiden. Sie suchen meist über die Chef- oder Oberärzt:innen nach Behandlungsmöglichkeiten auf anderen Stationen, beispielsweise auf der Inneren Medizin, der Geriatrie oder der Neurologie. Was wäre also, wenn man dieses Prinzip auf das eigene Krankenhaus übertragen und sich über interne Kollaborationen Räume und Betten von anderen Abteilungen leiht oder mit diesen teilt? Die rechtliche Grundlage dafür besteht seit 2018: Über die „Stationsäquivalente Behandlung“ oder im „Home Treatment“ bei den Patient:innen zu Hause, in einem Heim oder einer Wohngruppe darf sich die Psychiatrie „fremde Betten“ leihen.

Natürlich ist es für ein solches Konzept notwendig, dass vor Ort ständig (auch nachts) ein:e Psychiater:in vom Dienst sowie Unterstützung durch ein:e Oberärzt:in vorhanden sind. Erforderlich sind auch räumliche Anpassungen der Stationen, zum Beispiel die Einrichtung eines Mitarbeiterstützpunktes am Ein- oder Ausgang. Und natürlich bedarf es der zusätzlichen Unterstützung durch psychiatrisch tätige Pflegekräfte, Sozialarbeiter:innen etc., insbesondere wenn Menschen zwangsuntergebracht werden und die Station nicht verlassen dürfen.

Für zwangseingewiesene Patient:innen braucht man keine psychiatrische Station. Zahlreiche Veröffentlichungen belegen, dass diese Patient:innen auf einer offenen Station gut, wenn nicht sogar besser als auf einer geschlossenen psychiatrischen Station versorgt werden können (Lang 2013; Huber et al. 2016; Lang et al. 2017; Zinkler/Nyhus 2017). Das zeigen auch seit Jahrzehnten praktische Erfahrungen aus Herne, Merzig, Heidenheim oder Hamm. Erforderlich ist allerdings ein dafür abgestimmtes Gesamtkonzept (Henking 2017).

Einige Vorteile sind zudem: eine atmende Organisation, mal für zwei bis drei Patient:innen, mal für zehn, mit dem Er-

gebnis, dass Patient:innen keine leer stehenden Betten ausgleichen müssen.

Eine Psychiatrie, die im Leben angekommen ist

Gerade die Psychiatrie braucht bei ihrem Vorgehen eine kritische Begleitung, um nicht in eingefahrenen Stationsroutinen zu erstarren (extreme Ausprägung: totale Institution). Diesen kritischen Support würden die auf der Station somatisch Tätigen (Ärzt:innen, Pflegekräfte u.a.) und die nicht ausgeschlossene Öffentlichkeit zur Verfügung stellen.

Dies ist eine der entscheidenden Schritte hin zu einer „Sharing Psychiatry“ mit ökologischer Ausrichtung. Sie teilt Ort, Räume, Zeit und Strukturen sowie Erfahrung, Wissen, Engagement, Ideen, Macht, aber auch Aufgaben und eine Versorgungsverpflichtung mit anderen – mit Patient:innen, Familien, Bürger:innen, der Gemeindepsychiatrie und anderen Abteilungen im Krankenhaus. Diese Psychiatrie wird ohne eigene Betten auskommen.

Eine solchermaßen veränderte Psychiatrie sprengt den bis dato üblichen Rahmen der Diagnostik und Therapie, ist im Lebensfeld der Menschen verortet, lotet die Möglichkeiten des sozialen Raumes aus und stellt Verbindungen her, die früh greifen, passen und dadurch Hoffnung entstehen lassen. Eine in der Klinik eingesperrte In-vitro-Psychiatrie verwandelt sich in eine In-vivo-Psychiatrie – eine Psychiatrie, die im Leben angekommen ist. ■

Wovon lassen Sie sich nicht verrückt machen?

„Von der Suche nach den Bedingungen für Verrücktheit und dem Umgang damit. Jedoch kann, frei nach Pascal, nicht verrückt sein auch eine andere Form der Verrücktheit sein.“

Dr. Matthias Heißler

ist Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie. Er war Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung im Johanniter-Krankenhaus in Geesthacht und hat dort den Abbau der Betten weiter vorangetrieben als in jeder anderen Klinik in Deutschland. Seine Erfahrungen



und seine Vorschläge für eine bessere Versorgung psychisch erkrankter Menschen hat er in einem Buch zusammengefasst (siehe S. 59).
mmheissler@gmx.de