

INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Arno Deister, Bundesvorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit.

„In Krisen brauchen wir Beziehung und Kontakt“

In der zunehmenden Ambulantisierung der psychiatrischen Arbeit müssen die niedergelassenen psychotherapeutischen Praxen und die Kliniken besser kooperieren. Aber wie geht das?

Wird sich die stationäre psychiatrische Arbeit zukünftig noch stärker ambulantisieren?

Arno Deister: Das wird sie ganz sicherlich, sie wird es tun müssen. Das hat mit veränderten Notwendigkeiten zu tun, zum Beispiel dass psychiatrische Patientinnen und Patienten inzwischen andere Erwartungen an die Hilfeleistung haben. Es ist immer schon ein Vorteil gewesen, wenn die Betroffenen in jenem Umfeld behandelt werden, in dem sie auch im Alltag leben. Und das bedeutet mehr als das, was früher die „gemeindenah“ Psychiatrie genannt wurde. Jede stationäre Behandlung reißt aus dem persönlichen sozialen Kontext heraus. Das dürfen wir nur noch dann tun, wenn es unbedingt nötig ist und es keine Alternative gibt.

Um es klar zu sagen: Die ambulante Versorgung wird die Versorgung der Zukunft sein.

Sehen das die meisten Ihrer Kollegen und Kolleginnen auch so?

Deister: Nein, das sehen noch nicht alle so, aber zunehmend mehr. Es gibt noch zu hohe Schranken zwischen den stationär und den ambulant Tätigen, und die Schranken befinden sich auch noch in den Köpfen.

Wer die psychiatrischen Hilfen von den Bedürfnissen der Patienten aus denkt, sieht, dass es eindeutig in Richtung Ambulantisierung geht. Übrigens muss es um noch viel mehr gehen, nämlich um eine Zuhausebehandlung.



Fotografat

Prof. Dr. med. Arno Deister war Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe, 2017/18 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und ist seit 2021 Bundesvorsitzender des Aktionsbündnisses seelische Gesundheit. Von ihm ist soeben erschienen „Zukunft. Psychiatrie“ im Psychiatrie Verlag, Köln.

Klinikunterbringungen also nur noch in Krisenzeiten?

Deister: Ja, aber auch nur dann, wenn der Schutz einer Klinik erforderlich ist. Das ist der Fall, wenn Menschen mit einer psychischen Erkrankung sich selbst oder andere gefährden, oder dann, wenn es für

den Menschen schwierig ist, in seinem Umfeld zu genesen, weil dieses Umfeld eher belastend ist und wenig hilfreich. In solchen Fällen kann eine stationäre Unterbringung natürlich eine große Hilfe sein. Was natürlich für alle stationären Einrichtungen nicht mehr gelten darf, ist, dass sie Patienten unterbringen, weil sie nur dadurch ihr Budget realisieren können und weil die Behandlung außerhalb nicht hinreichend bezahlt wird.

Was wünschen Sie sich bei dieser Entwicklung für Ihre Patientengruppen von den niedergelassenen Psychotherapeuten und -therapeuten?

Deister: Es ist zunächst ganz wichtig, dass wir alle, die wir in diesem System tätig sind, uns besser kennenlernen. Wir haben nach wie vor das Problem, dass die ambulant Tätigen die stationären Möglichkeiten nicht gut einschätzen können, und umgekehrt ist es noch stärker. In den Kliniken wird unterschätzt, was ambulant möglich ist. Wir müssen miteinander reden und uns gut informieren, um so gemeinsam den Patienten das Richtige anbieten zu können.

Was wir aus dem stationären Bereich brauchen, ist ein Wissen darüber, was ambulant verfügbar ist, und zwar auch schnell verfügbar ist. Wir brauchen vor der Entlassung eine klare Perspektive, wie es für den Patienten ambulant weitergeht. Dieser direkte Anschluss ist oft schwierig, weil die Nachfrage größer ist als das Angebot.

Wie lösen wir das?

Deister: Indem wir in Netzwerken denken. Wir kommen nur dann wirklich voran, wenn wir das System als Ganzes sehen. Wir müssen vernetzt denken und dann aber auch vernetzt handeln. Dazu müssen wir uns zum Beispiel IT-Plattformen schaffen, um uns schnell einen Überblick über Möglichkeiten verschaffen und anschließend miteinander in Kontakt treten zu können.

Was muss das stationäre Personal an den Schnittstellen zu den Niedergelassenen besser machen?

Deister: Wir müssen Positionen schaffen, auf denen spezielle Fachkräfte, die beide Seiten gut kennen, den Patienten vermitteln können, was wo passiert und was wo möglich ist. Wir brauchen dafür keine neue Berufsgruppe, sondern eine Definition für diese vermittelnde Aufgabe. Es muss darum gehen, das richtige Setting für den Patienten mit seinen Problemen zu finden. Diese Personen behandeln also nicht, sondern haben einen breiten Überblick und vermitteln dann.

Das ist übrigens auch ein Unterschied dazu, wie man bisher das Case Management gedacht hat, bei dem man tatsächlich an eine eigene Berufsgruppe gedacht hatte. Wir brauchen jedoch Leute, die sich gut auskennen und an den Grenzen arbeiten.

Dazu müssen dann auch die traditionellen Konkurrenzen überwunden werden, wenn es etwa darum geht, wer das richtigere Krankheits- und Behandlungskonzept hat.

Deister: Diese Konkurrenz ist erstens völlig unnötig, denn wir haben ja nicht mal genug Personal, um allen ein Angebot machen zu können. Zweitens ist dieses Konkurrenzverhalten eigentlich gegen alle Überzeugungen in unserem Fach. Der Maßstab, ob unser System gut ist oder nicht gut, kann nur die Antwort darauf geben, welche Bedürfnisse aufseiten der Patienten bestehen und befriedigt werden. Die Darstellung unserer jeweiligen Arbeit im Sinne von „besser oder schlechter als der andere“ ist völlig unangemessen. Wir müssen uns fragen, ob unsere Angebote funktional sind oder nicht.

Bedeutet das auch, die ganze Beziehungsgestaltung müsste sich ändern?

Deister: Das ist ein ganz zentraler Aspekt. Eine gelungene Beziehungsgestaltung ist der Kernpunkt dabei, nämlich eine therapeutisch gestaltete Beziehung. Dazu sind natürlich beide Seiten notwendig. Je mehr wir dabei von der Patientenseite aus denken, desto stärker unterstützen wir die Patienten. Daraus resultiert eine gleichberechtigte Beziehungsgestaltung. Die Konzepte von Empowerment und Recovery haben diesen Weg eingeschlagen und gebahnt.

Für Niedergelassene ist es nach Klinikaufenthalt der Klientinnen und Klienten oft schwer, erst mal wieder gegen rein biologisch-medizinische Krankheitskonzepte arbeiten zu müssen. Welche Rolle sollen die Niedergelassenen bei schweren psychischen Erkrankungen denn spielen?

Deister: Auch Ärzte sind heute felsenfest davon überzeugt, dass Psychotherapie bei jeder psychischen Erkrankung angebracht ist. Das hat damit zu tun, dass das Spektrum der Psychotherapie breiter geworden ist. Wir können viel mehr anbieten, als das früher der Fall war. Auch hier ist es nun aber wichtig, den richtigen psychotherapeutischen Ansatz für den jeweiligen Patienten zu finden. Die Krankheitskonzepte scheinen mir heute nicht mehr das Problem zu sein, denn diese sind längst sehr umfassend und breit. Nicht einig sind wir oft bei der Frage, welches Konzept für eine bestimmte Störung und Person das beste ist.

Wir in unserer Klinik machen zum Beispiel gute Erfahrungen damit, dass wir auch bei schizophrenen Psychosen familientherapeutische Angebote machen. Der Patient ist dabei in alles eingebunden, alles wird mit ihm besprochen. Erst während dieses Prozesses ergibt sich das Krankheitskonzept für den speziellen Fall. Es ist das Ergebnis von Interaktion und Kommunikation. Die Betrachtung der biologischen Bedingungsfaktoren einzelner Erkrankungen sind wichtig, aber sie haben heute einen anderen Stellenwert als noch vor wenigen Jahrzehnten.

Was müssen denn die Niedergelassenen dazulernen, wenn auch die Schwersterkrankten den Weg in ambulante Psychotherapien finden sollen?

Deister: Sie müssen noch stärker in Langzeitverläufen denken, das heißt, sie müssen diejenigen sein, die die Langzeitbehandlungen prägen und die dazu nötige Beziehungsgestaltung pflegen. War bei einer Klientin aus einer Krise heraus ein Klinikaufenthalt nötig, dann darf das nicht als Bruch in der Behandlung erscheinen, sondern muss als ein Teil der Langzeitbehandlung integriert werden. Wenn wir diese Kontinuität nicht sicherstellen, führen Settingwechsel schnell zu Brüchen oder sogar zu Abbrüchen von Behandlungen. Der ambulante Bereich muss die Kontinuität der Beziehung sichern. Dazu müssen wir überhaupt stärker in Kontinuitätsaspekten denken.

Nun wird eine fachlich-menschliche Begegnung, die immer auch viel Zeit braucht, vorrangig als Kostenfaktor betrachtet. Wie versöhnen wir die Wirtschaftlichkeit mit der intensiveren Beziehungsgestaltung?

Deister: Das ist eine gesellschaftskulturelle Frage. Wenn es in der Medizin ein neues technisches Gerät gibt, dann darf das kosten, was immer es sei. Diese Haltung müssten wir viel stärker für die sprechende Medizin in Anspruch nehmen. Beziehungsgestaltung muss uns etwas wert sein. Dazu müssen wir Finanzierungsmodelle ändern, denn Änderungen in der Finanzierung führen immer auch zu inhaltlichen Veränderungen.

Wir müssen am Ende aber auch zeigen können, was wir mit der Beziehungsintensivierung erreichen. Gerade jetzt nach den Pandemieerfahrungen bekommen immer mehr Menschen ein Gespür dafür, was es heißt, in eine psychische Krise zu geraten und was uns dann zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung wert ist. In Krisen brauchen wir Menschen Beziehung und Kontakt, wofür wir Zeit brauchen. Zeit kostet natürlich Geld, aber Zeit für das Miteinander ist das, was Menschen in Krisen brauchen.

Die Fragen stellte Uwe Britten