

OPEN DIALOGUE DAMALS UND HEUTE EINE REISE VON LAPPLAND BIS ÖSTERREICH UND WEITER

Wie hat sich das Konzept des Open Dialogues
bis heute weiterentwickelt, im Speziellen in
Österreich/ Wien?

Abschlussarbeit

Fachspezifikum Systemische Familientherapie

ÖAS / Region Ost-Wien

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für systemische Therapie und systemische Studien

MAG ^A EVA SCHWAIGER

JUNI 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	2
2	Was bedeutet Open Dialogue?	3
2.1	Die Anfänge des OD und seine Auswirkungen	3
2.2	Definitionen von OD	6
2.3	Die sieben therapeutischen Prinzipien des OD	7
3	Wo steht der OD heute?	12
3.1	Die Verbreitung des OD weltweit.....	12
3.1.1	Deutschland.....	12
3.1.1.1	St. Hedwig Krankenhaus Berlin/ Charité	13
3.1.1.2	Psychosozialer Trägerverein Solingen (PTV)	14
3.1.1.3	NWpG - Netzwerk psychische Gesundheit.....	14
3.1.2	Italien.....	15
3.1.3	USA	16
3.2	Die Rolle des OD in Österreich	17
3.2.1	Gemeindesbasierte integrierte Versorgung in Wien – zwei Pilotprojekte.....	18
3.2.1.1	Home-Treatment in der Wiener Kinder- und Jugendpsychiatrie Wien.	19
3.2.1.2	Das Wiener „FACT-Modell“	19
3.2.2	Der Verein Windhorse: OD Ausbildung und die Umsetzung der dialogischen Praxis... ..	21
4	Abschließende Überlegungen	23
5	Literaturverzeichnis:.....	26

1 Einleitung

Das erste Mal in Berührung gekommen mit dem Thema Open Dialogue bin ich - wie wohl alle Studierenden der ÖAS – in meiner Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin. Hätte ich mir nicht den empfohlenen Film (Mackler, 2011) angesehen, wäre das Kapitel Open Dialogue, den ich von nun an mit OD abkürzen werde, wahrscheinlich abgeschlossen gewesen. Was ich in dem Film zu sehen bekam, war fast zu gut, um wahr zu sein. Eine Methode, die verspricht, Psychosen mit großer Wahrscheinlichkeit zu heilen - und das mit einem Bruchteil der herkömmlich verabreichten Psychopharmaka oder gar komplettem Verzicht darauf. Besonderes Interesse hat dieser Film wohl bei mir geweckt, weil ich schon seit einigen Jahren in der sozialpsychiatrischen Wohnbetreuung in Wien tätig war und psychotische Krisen und die damit zusammenhängende Medikamenteneinnahme quasi „daily business“ waren. Auch habe ich viele Geschichten von den Bewohner*innen gehört, die sowohl belastende Erfahrungen während ihren Psychatrieaufenthalten als auch den starken Wunsch von den Medikamenten „wegzukommen“, beinhalteten.

Nicht lange nach dieser ersten Begegnung mit dem OD hatte ich das Glück, am allerersten Open Dialogue Weiterbildungscurriculum österreichweit teilnehmen zu dürfen, das mich über ein Jahr und weitgehend durch die „Corona Zeit“ begleitet hat. Ich möchte mit dieser Abschlussarbeit einen Überblick über das spannende Thema OD geben – was sind seine Wurzeln und wie hat es sich bis heute weiterentwickelt. Beim aktuellen Stand möchte ich den Fokus auf Österreich legen, im speziellen auf Wien, da es mir ein Anliegen ist, den OD in meiner bisherigen beruflichen Heimat – der Wiener Sozialpsychiatrie – zu etablieren.

Diese theoretische Arbeit möchte ich gerne durch meine beruflichen und ausbildungsbezogenen Erfahrungen ergänzen.

2 Was bedeutet Open Dialogue?

Ich erhebe hier nicht den Anspruch eine exakte Definition von OD wiederzugeben, da ich den Eindruck habe, dass es diesbezüglich unterschiedliche Ansichten, bzw. Schwerpunkte gibt. Ich erinnere mich an eine Diskussion in der OD Ausbildung, ob der OD denn nun eine Behandlungsmethode sei oder nicht doch eher eine Haltung. Um besser zu verstehen, was der OD ist, ist es von großem Vorteil, neben den aktuellen Definitionen, auch seine Entstehungsgeschichte zu kennen

2.1 Die Anfänge des OD und seine Auswirkungen

Der OD hat im West Lappland, einer weitläufigen ländlichen Gegend Finnlands, der 1980er seinen Ursprung. 80% der 72.000 Einwohner*innen lebten im Umkreis von 30 km zur Keropudas Klinik, dem zuständigen psychiatrischen Krankenhaus mit 160 Betten. Die Gegend war und ist bis heute geprägt von einer hohen Arbeitslosenrate und Abwanderung, so dass heute nur noch 63.000 Menschen dort leben. Zur damaligen Zeit gab es in West Lappland eine hohe Inzidenz von Schizophrenie, genauer gesagt gab es auf 100.000 Einwohner*innen 30,3 Schizophrenie Diagnosen pro Jahr. Diese Zahl konnte laut einer Langzeitstudie von Seikkula et al. (2011) bis 2011 auf 2 pro 100.000 Einwohner*innen gesenkt werden, die Diagnosen von einmaligen psychotischen Episoden sind im Gegenzug erheblich gestiegen. Auch die Bettenanzahl konnte bis 2019 von ehemals 160 auf 22 reduziert werden.

Bis 1979 war die Keropudas Klinik ein sogenanntes B-Krankenhaus, was bedeutete, dass es für den stationären Langzeitaufenthalt für chronisch psychisch Erkrankte konzipiert war (für manche Menschen bedeutete das einen lebenslangen Aufenthalt). Fast alle Patient*innen hatten eine Schizophrenie Diagnose und nahmen hohe Dosen Neuroleptika, die bekanntlich mit vielen Nebenwirkungen einher gehen.

Im Jahr 1979 gab es in Finnland gesetzliche Änderungen, was dazu führte, dass die Keropudas Klinik zu einer Akut Klinik umstrukturiert werden konnte. Dies ermöglichte viele Veränderungen und zog viele neue Mitarbeiter*innen an, die Lust auf Neues hatten. Darunter waren z.B. der Psychiater Jyrkie Keränen, die Psychiaterin Birgitta Alakare und der klinische Psychologe Jaakko Seikkula. Alle arbeiteten begeistert an einem neuen, modernen

Konzept für die stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung. Birgitta Alakare beschreibt ihre Erfahrungen so:

„From the first day though I was inspired by how the staff worked together – teamwork became important to me and I never met service users alone, except later when doing individual psychotherapy. Jyrki Keränen (Anm.: psychiatrische Leitung) supported teamwork. I could ask experienced nurses for advice about treatment and medication, and our psychologists were present on the ward. In my opinion the most important work psychiatrists, psychologists and other specialists can do, is to be present on the ward and work together with other personnel, supporting a psychotherapeutic attitude in every aspect. Everyone’s presence is important when you are developing the system.“

(Alakare&Seikkula, 2022. S.37-38)

1981 lud die Klinik Professor Jukka Aaltonen ein, regelmäßige Workshops für das gesamte Personal (bis hin zu den Reinigungskräften) zu leiten. Inhalte waren die Grundlagen der Familientherapie. Jukka Aaltonens Arbeit war stark beeinflusst von seiner Zusammenarbeit mit Professor Yrjö Alanan, der in Südwest Lapland mit seinem Team den *bedürfnisorientierten Ansatz – Need Adapted Treatment (NAT)* – entwickelt hat. Dieser ist ein humanistischer und psychotherapeutischer Ansatz zur Behandlung von Menschen mit psychotischem Erleben (vgl. Alakare&Seikkula, 2022). Der OD wird oft als neue Form dieses bedürfnisorientierten Ansatzes beschrieben.

So haben die Mitarbeiter*innen der Keropudas Klinik Anfang der 80er Jahre begonnen, Familienmitglieder einzuladen, um über deren Erfahrungen und Belastungen zu sprechen.

„We were moved by the desire of family members to be involved in the treatment process, even though their relative may have been in hospital for years, and in some cases over 30 years. Family members wanted to talk about their family experiences in depth, and it seemed that they had not been heard before.“

(Alakare&Seikkula, 2022. S. 40)

Bald schon merkten die Mitarbeiter*innen, dass sie die Form der Familientherapie, wie sie sie gelernt hatten, anpassen mussten an ihre Arbeit:

„We realised that we could no longer interview families and plan interventions, but instead needed to learn to listen more carefully to the families – to listen to their stories, their understanding and what they felt was needed.“

(Alakare&Seikkula, 2022. S. 41)

An dieser Stelle möchte ich noch kurz darauf eingehen, wie Psychosen im OD gesehen werden. Psychosen werden nicht an sich als Krankheit verstanden, sondern als Antwort auf extremen Stress. Alanen und sein Team kamen zu dem Schluss, dass Psychosen meistens im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte des Menschen stehen. Daher sahen sie es als notwendig an, so weit wie möglich zu verstehen, was im Leben der Betroffenen geschehen ist, wobei ebenfalls das Einbeziehen der Angehörigen von großem Vorteil war. Ziel ist es, die betroffenen Menschen darin zu unterstützen, das psychotische Erleben durch den Dialog besser verstehbar zu machen und ihre Reaktionen mit vergangenen und aktuellen Lebensereignissen in Verbindung bringen zu können. Gleichzeitig soll durch den Dialog dem Aspekt der Isolation entgegengetreten werden, wie Rosen und Stoklosa beschreiben:

„[OD] conceptualizes extreme psychological states, such as psychosis, as states of profound isolation. The approach, therefore, is fundamentally social and relational, positing that decreasing isolation will lead to better outcomes, including more patients returning to work or school, fewer patients on disability, and reduced psychotic symptoms.“

(Rosen&Stoklosa, 2016. S. 1283 f.)

1986 wurde beschlossen, dass die sogenannten Netzwerktreffen mit den Angehörigen und den Betroffenen stattfinden sollen, bevor die Entscheidung getroffen ist, ob jemand stationär aufgenommen wird. Die Konsequenz war, dass sich in einem Drittel der Fälle gegen eine stationäre Aufnahme entschieden wurde. Daraufhin entwickelten die Verantwortlichen das Konzept der „Krisen Klinik“, die für diejenigen Betroffenen und deren Angehörigen zuständig war, die nicht stationär aufgenommen werden sollten. Zeitgleich wurde damit begonnen, Hausbesuche zu machen.

Seit 1990 wurden in allen psychiatrischen Ambulanzen in West Lappland mobile Krisenteams gegründet und somit wurde in der gesamten Region nach dem OD Ansatz gearbeitet. Der Ansatz wurde unter verschiedenen Einflüssen ständig weiterentwickelt. Jaakko Seikkula hat Schlüsselpersonen aus der Familientherapie und aus dem Psychose Bereich eingeladen, um Trainings für die Mitarbeiter*innen durchzuführen. Darunter waren z.B. Harry Goolishian and Harlene Andersen, die den kollaborativen Ansatz vertraten. Auch Tom Andersen war häufig zu Besuch. Er und sein Team entwickelten die Methode des *reflecting teams*, bei dem das behandelnde Team seine Reflektionen in respektvoller Weise und angemessener Sprache (kein Fachjargon!) den betroffenen Personen und deren Angehörigen gegenüber

transparent macht. Diese Methode hatte einen enormen Einfluss auf die Entwicklung des OD!

Bei der Entstehung des OD Ansatzes wurde historisch gesehen zum ersten Mal systemische Praxis als „Kernbestandteil in ein Modell der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung integriert“ (Studer, K., 2020, S.1).

2.2 Definitionen von OD

Mit dem „Open“ in OD wird auf den Fokus der Transparenz verwiesen, der sich im zentralen Element zeigt, dem sogenannten Netzwerkgespräch, zu dem verschiedene relevante Personen des sozialen und professionellen Netzwerks der betroffenen Person („person in the center of concern“) zusammenkommen, wenn möglich in Anwesenheit der betroffenen Person selbst. Moderiert durch geschultes OD Personal soll bei solchen Treffen das Ziel sein, die Stimmen, Gefühle, Bedürfnisse und Sichtweisen aller Beteiligten wertschätzend zu hören und durch den Dialog miteinander, gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln und umzusetzen. Die sogenannte „dialogische Praxis“, die für diese Netzwerketreffen von Jaakko Seikkula und Kolleg*innen entwickelt wurde, basiert auf einer systemischen Grundhaltung, die u.a. vom sozialen Konstruktivismus und der Annahme von innerer und äußerer Vielstimmigkeit ausgeht. (Vgl Studer, K. 2020). Den Aspekt der Vielstimmigkeit, der Polyphony, hebt Seikkula besonders hervor:

„in a polyphonic meeting the position of every participant [...] is changed radically. The only way to proceed is to generate dialogue between all the participants' voices, and in this polyphony no voice can be more important than others“

(Seikkula, 2011, S. 183)

Um ein besseres Verständnis für die Bedeutung von OD zu gewinnen, möchte ich an dieser Stelle zwei Definitionen anbringen. Jaakko Seikkula und Birgitta Alakare, beschreiben OD als

„a way of organising a system of psychiatric care and therefore not a single therapeutic method. [...] The network meeting [...] is the basic therapeutic event in the Western Lapland service, and is the forum for the open dialogue.“

(Alakare, Seikkula, 2022, S. 35).

Diese Erklärung hebt hervor, dass OD ein Konzept für die Strukturierung von psychiatrischer Versorgung ist und nicht eine konkrete Therapie-/Behandlungsmethode. Die zentrale

therapeutische Methode hingegen ist das Netzwerktreffen, das als Forum für den OD dient. Nick Putman, Herausgeber eines hochaktuellen Sammelbands über OD, legt in seiner Definition den Schwerpunkt des OD darauf, zeitnah mit den Menschen, die eine Krise durchleben, zu sein:

„two essential ingredients: a therapeutic and a philosophical approach to being with people in a time of crisis/need, and a way of organising mental health services that maximises the possibility of being able to respond to people in such a way and in a timely manner.“

(Putman, 2022. S.9)

2.3 Die sieben therapeutischen Prinzipien des OD

Nachdem der OD Ansatz in West Lappland über mehr als zehn Jahre evaluiert und analysiert worden ist, konnten sieben Faktoren identifiziert werden, die für einen optimalen Verlauf im Sinne des OD ausschlaggebend sind. Auf diese sieben therapeutischen Prinzipien, die bis heute in dieser Form bestehen, werde ich nun etwas näher eingehen. Anhand dieser Prinzipien kann auch veranschaulicht werden, wie der OD praktiziert wird. Ich werde in kürzerer Form auch die Beispiele skizzieren, die Nick Putman (2022) anführt, da diese einen lebensnahen Eindruck der Praxis beschreiben.

Anmerkung: Es ist hier oft von psychotischen Krisen die Rede, grundsätzlich geht es aber um ALLE psychischen Krisen.

Sofortige Hilfe bei Krisen: Ruft jemand (Familienmitglied, Freund*in, Ärzt*in, Sozialarbeiter*in etc.) beim mobilen Krisenteam an (rund um die Uhr erreichbar) und bittet um Hilfe, wird ein erstes Netzwerktreffen innerhalb von 24 Stunden arrangiert. Noch am Telefon wird geklärt, wer laut Anrufer*in bei dem Treffen dabei sein soll, und wo es stattfinden soll. Es gilt der Grundsatz: Es gibt immer einen guten Grund, warum Leute beim Krisenteam anrufen, weshalb deren Anliegen immer ernst genommen werden!

Die Annahme ist, dass je schneller in der Krise geholfen werden kann, desto geringer die Wahrscheinlichkeit der Eskalation und auch der stationären Aufnahme ist. Die Netzwerktreffen finden oft im vertrauten Zuhause der betroffenen Person (die sich in der psychischen Krise befindet) und wenn möglich in deren Beisein statt. Tom Andersen

formulierte folgende zwei Fragen, die beim ersten Treffen zu Beginn immer gestellt werden: „Wie kommt es dazu, dass wir heute hiersitzen/Wer hatte die Idee dazu?“ und „wie möchten Sie dieses Treffen nutzen?“. Beide Fragen werden an alle Beteiligten gestellt. Die Frage, wie das Treffen genutzt werden soll, wird bei jedem weiteren Treffen ebenfalls allen Teilnehmenden gestellt (Vgl. Putman, 2022)

Beispiel: Eine besorgte Mutter ruft beim Krisenteam an, der verantwortliche Pfleger nimmt den Anruf entgegen. Ihr Sohn würde sich immer mehr isolieren und letzte Nacht sei er barfuß durch die Gegend geirrt und habe wirres Zeug geredet. Nachdem die Situation am Telefon näher erörtert wurde und der Pfleger geklärt hat, welches Zweier-Team Zeit hat, wird ein Treffen bei der Familie zuhause einige Stunden später festgelegt. Die Mutter möchte gerne noch ihre Tochter dabeihaben und natürlich ihren Sohn. Allerdings befürchtet sie, dass er das ablehnen würde. Es wird ihr empfohlen, ihn dazu jedenfalls einzuladen, das Treffen werde aber so oder so stattfinden.

Soziale Netzwerkperspektive: Menschen aus dem sozialen und professionellen Netzwerk einzuladen, hat gleich mehrere Vorteile. Zum Beispiel geht man davon aus, dass das Einbeziehen des persönlichen Umfelds in die Behandlung bei psychischen Krisen, wie beispielsweise einer Psychose, der Isolation der betroffenen Person entgegenwirkt. Auch geht die systemische Perspektive des OD Ansatzes davon aus, dass psychische Krisen nicht nur innerhalb einer Person stattfinden, sondern auch innerhalb eines Systems, wie z.B. der Familie. Das bedeutet gleichzeitig aber auch, dass es ein Vielfaches mehr an Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten gibt, wie Putman anmerkt:

„The emphasis in OD is not on the pathology of the family, but rather on the resources (or at least potential resources) that there are in the family/network. Network members can share their perspectives on the current crisis and matters of historical significance and may be able to provide a variety of additional forms of support.“

(Putman, 2022. S. 15)

Es stellt sich natürlich auch die Frage, wie mit Missbrauch und Gewalt innerhalb eines Netzwerks hinsichtlich der Treffen umgegangen wird. Hierzu merkt Putman an, dass man die Möglichkeit von Treffen in unterschiedlichen Konstellationen in Betracht ziehen sollte, um vulnerable Netzwerkmitglieder jedenfalls zu schützen!

Beispiel: Wie vereinbart fährt das Zweier-Team zur betroffenen Familie. Der Sohn (person in center of concern), möchte nicht am Treffen teilnehmen. Die Mutter und die Tochter erzählen deren Perspektiven und auch über Schwierigkeiten in der Vergangenheit. Die Tochter möchte, dass ihr Bruder stationär behandelt wird, die Mutter möchte das nicht. Nach Abwägen und Diskutieren der verschiedenen Anliegen und Möglichkeiten, wird gemeinsam entschieden, dass am nächsten Tag ein weiteres Treffen stattfinden wird. Die Entscheidung, ob Krankenhaus ja/nein und Medikamente ja/nein wird ebenfalls auf den nächsten Tag verschoben. Beim Treffen am nächsten Tag kann ein Pfleger Kontakt zum Sohn aufnehmen, da dieser nach einer Zigarette fragt. Am Treffen teilnehmen möchte er nicht, lässt sich aber darauf ein, dem Pfleger seine Sorge bzgl. der Nachbarn, die es auf ihn abgesehen hätten, mitzuteilen. Eine Entscheidung wird erneut vertagt und ein nächstes Treffen vereinbart.

Flexibilität und Mobilität: Flexibilität bezieht sich laut Putman (2022) v.a. auf die Bedürfnisse der Betroffenen und deren Familien/Netzwerk. Neben der Hauptmethode, den Netzwerktreffen, werden je nach Bedürfnissen andere Interventionen hinzugezogen. Das kann z.B. Traumatherapie oder Unterstützung bei Alltagstätigkeiten sein. Entscheidungen werden immer gemeinsam getroffen! Sowohl was die Medikation angeht (hier gilt: so wenig wie möglich), als auch ob und wann ein nächstes Treffen stattfindet.

Mobilität bezieht sich darauf, dass die Treffen immer da stattfinden, wo es für die Betroffenen am passendsten ist. In Lappland ist das meistens zuhause, auch weil es die Möglichkeit bietet, z.B. die Tür offen zu lassen und so die betroffene Person – auch wenn sie nicht teilnehmen möchte – doch die Möglichkeit hat, zuzuhören oder vorbeizukommen.

Beispiel: Die Treffen finden für die nächsten zwei Wochen fast täglich statt und der Sohn nimmt immer öfter teil, wenn auch nur für 10 Minuten. Es wird gemeinsam entschieden, keine Neuroleptika zu verschreiben, sondern vorerst nur Schlaftabletten, da Schlaflosigkeit ein großes Thema sei. Der Sohn lässt sich nach einigen Treffen darauf ein, eine Tante, zu der er ein gutes Verhältnis hat, zum nächsten Treffen einzuladen. Der Input der Tante sind viele positive Erinnerungen, aber auch die schlechte Beziehung ihres Bruders zu ihrem Neffen (person in the center of concern), was neue Gesprächsthemen eröffnet.

Verantwortlichkeit: Das Team Mitglied (meistens eine erfahrene Pflegefachkraft), das einen Krisen-Anruf entgegennimmt, ist verantwortlich dafür, ein erstes Netzwerktreffen zu organisieren und zu koordinieren. Steht ein Krisenteam (üblicherweise bestehend aus zwei

OD ausgebildeten Personen) fest, trägt dieses bis zum Abschluss der Behandlung die Verantwortung für den gesamten Prozess. Zum Großteil untersteht das konkrete Krisenteam keiner Autorität mehr, Entscheidungen können ohne Rücksprache mit Vorgesetzten getroffen werden. Jedoch werden zu bestimmten Themen, wie z.B. bzgl. Fragen zu Medikation, Expert*innen zu den Treffen hinzugezogen.

Beispiel: Der Pfleger, der den Anruf der Mutter entgegennimmt, nimmt Informationen entgegen, hört die Anliegen der Mutter, schlägt ein Treffen vor. Nachdem die Mutter zustimmt, hält er Rücksprache mit den Kolleg*innen, prüft die Dienstpläne und stellt ein Team zusammen. Dieses Zweier Team begleitet nun die Familie bis die Krise überstanden ist.

Kontinuität: Wie oben schon erwähnt, bleibt das Krisenteam für die Dauer der gesamten Behandlung bestehen (so weit möglich). Auch wenn eine Krise vorerst überstanden ist, so sollte dasselbe Team wieder für die Betroffenen zuständig sein, wenn eine erneute Unterstützung notwendig ist. Die Kontinuität ist unabhängig davon, ob die Person in der Krise stationär oder ambulant behandelt wird, gewährleistet, wodurch die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung aufgeweicht werden können. Das heißt, die Krisenteams nehmen auch an Netzwerktreffen in der Klinik teil.

Beispiel: Im angeführten Fall gehen die Netzwerktreffen über ca. sechs Monate, wobei sich die Abstände vergrößern bis hin zu einem Zwei-Wochen-Rhythmus. Der Sohn fasst immer mehr Vertrauen und nimmt immer häufiger an den Treffen teil. Seine Sorgen bzgl. der Bösartigkeit der Nachbar*innen werden ernst genommen, ihm wird zugehört. Er öffnet sich immer mehr und erzählt von schlimmen Erfahrungen wie Mobbing und Gewalt durch den Vater. Doch auch die Beziehungen der anderen Familienmitglieder untereinander werden Thema.

Unsicherheitstoleranz: Jede Krise wird als einzigartig gesehen! Vorschnelles Urteilen soll vermieden werden. Die Fähigkeit, Unsicherheiten, Vielstimmigkeit und Mehrdeutigkeit auszuhalten ist Voraussetzung. Harlene Anderson und Harold Goolishian, auf die sich in der OD Literatur immer wieder bezogen wird, sagen hierzu folgendes:

„Knowing – the illusion of understanding or the security of a method – reduces the possibility of seeing and worsens our deafness for the unexpected, for the unsaid and the not yet said. If we always hear and listen to in the same way, we cannot see or hear the different and the unique.“

(Anderson&Goolishian, 1988)

Nick Putman zeigt sich von seinen Erfahrungen, die er in West Lappland machen konnte, tief beeindruckt und beschreibt:

„Here it is important to distinguish between a strong presence grounded in deep listening (that creates space) und a strong presence that is directive (that takes up space). In Western Lappland you will find the former, and it is this that helps people to feel safe enough to engage and trust in the process. Practitioners slow down the pace so that everyone’s experiences and ways of understanding the current situation can be heard.“

(Putman, 2022. S. 24)

Das OD Team hat die Aufgabe, zuzuhören, empathisch und wertschätzend nachzufragen und auf Wertungen zu verzichten! Entschleunigung spielt eine wichtige Rolle!

Dialogizität: „Dialogue is both the process and the goal in OD“ (Putman, 2022, S.25). Auch wenn es zu Beginn bei den Netzwerktreffen häufig vorkomme, dass Monologe gehalten werden, so scheint dies in der Regel abzunehmen und ein aufeinander eingehen, sich gegenseitig zuhören und die Meinungen und Aussagen aller Beteiligten ernst nehmen, immer besser möglich zu sein. Beim Begleiten und Unterstützen dieses dialogischen Prozesses spielen die Teammitglieder eine wichtige Rolle. Auch diese vertreten häufig unterschiedliche Meinungen hören sich dennoch gut zu und halten diese Differenzen aus. Diese Vorgehensweise lässt eine Atmosphäre entstehen, in der sich ein Dialog zwischen allen entwickeln kann. Grundsätzliche gilt, dass das Team sich nach den eingebrachten Themen, Bedürfnissen und auch der Sprache des Netzwerks richtet. Das Ziel sei nicht, Diagnosen zu stellen, sondern mehr zu verstehen: „exploring the network’s ways of understanding whatever challenges they are experiencing and their ideas of a good outcome.“ (Putman, 2022. S. 25).

Grundlegende Haltung im OD (Schütze&Panzenbeck, 2020):

- Normale Begegnung, nicht als Expert*innen mit Lösungen auftreten
- Sprache des Netzwerks verwenden, Verzicht auf Fachjargon
- Alle Stimmen werden gehört
- Aufmerksames Zuhören und Beachten auch non-verbaler Botschaften

- Wertschätzung für den Einsatz der Teilnehmenden
- Mit „W-Fragen“ zu Mitteilungen einladen
 - **Ich nehme Dich so wie Du bist, und alles, was Du sagst, ist wichtig!**

3 Wo steht der OD heute?

In West Lappland wird der OD nach wie vor mit seinen sieben Grundprinzipien praktiziert. Er wird gleichzeitig mitgeformt von den internationalen Entwicklungen in diesem Bereich. So hat z.B. die Rolle von Peerberater*innen an Bedeutung gewonnen.

Von Anfang an, hat es begleitende Langzeitstudien gegeben, die die Wirksamkeit des Ansatzes bestätigen. Eine großangelegte Kohorten Studie (Bergström et al, 2018), die das Outcome des OD Ansatzes über 19 Jahre untersucht, zeigt beispielsweise, dass Menschen, die mit dem OD Ansatz behandelt werden, signifikant seltener im Krankenhaus sind, signifikant weniger Medikamente benötigen und zudem signifikant kürzere Zeit Behindertenbeihilfe benötigen als die Kontrollgruppe unter „herkömmlicher“ Behandlung. Die guten Ergebnisse haben seit einigen Jahren weltweit das Interesse am OD Ansatz geweckt und in über 30 Ländern wurde und wird versucht, OD – zumindest teilweise – in bestimmten Gegenden und Projekten zu etablieren. Bisher konnten aber aufgrund der unterschiedlichen Strukturen und anderer Voraussetzungen noch nirgends alle sieben Prinzipien des OD umgesetzt werden, was eine Evaluierung schwierig macht (Putman, 2022). Im Folgenden werde ich auf einige Beispiele näher eingehen, um zuletzt auch den Stand des OD in Österreich zu beleuchten.

3.1 Die Verbreitung des OD weltweit

Wie schon erwähnt, wird der OD inzwischen in über 30 Ländern weltweit - auf die ein oder andere Weise - praktiziert. Ich möchte hier einige Projekte vorstellen, um einen Eindruck zu bekommen, in welcher Art und Weise OD im professionellen Bereich derzeit außerhalb von Finnland gelebt wird.

3.1.1 Deutschland

Laut v. Peter et al. (2022) ist es im deutschen Gesundheitssystem unmöglich, die strukturellen Elemente des OD, wie er in West Lappland praktiziert wird, umzusetzen. Da

wäre zum einen die Finanzierung: der Großteil der Finanzierung der psychiatrischen Kliniken hängt direkt mit der Auslastung der Bettenbelegung im stationären Bereich zusammen. Ambulante Angebote sind sehr fragmentiert und regional sehr unterschiedlich gestaltet und werden nur in begrenztem Ausmaß finanziell unterstützt. Ein anderes Hindernis sind die starren Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren im Gesundheitssystem. So würden Mitarbeiter*innen des ambulanten Settings ihre Arbeit mit den Patient*innen nicht fortsetzen können, solange diese stationär sind. Nach der Entlassung wiederum seien die Mitarbeiter*innen des stationären Settings nicht mehr zuständig. Dadurch ist das Prinzip der Kontinuität nicht möglich.

Dennoch werden in einzelnen Regionen Deutschlands in verschiedenen Settings zumindest Teile des OD umgesetzt. Laut v. Peter et al (2022) wird der OD in Deutschland generell eher als die Ermöglichung von Dialog innerhalb des sozialen Netzwerks gesehen und weniger als Umstrukturierung des Gesundheitssystems.

3.1.1.1 St. Hedwig Krankenhaus Berlin/ Charité

Zwischen 2012 und 2014 wurden im St. Hedwigs Krankenhaus in Berlin 30 Mitarbeiter*innen in OD grundausgebildet u.a. von Volkmar Aderhold, dem Vorreiter in der Weiterbildung auf dem Gebiet des OD. Daraus entstand ein Pool von Mitarbeiter*innen, die darauf spezialisiert sind, Netzwerktreffen zu ermöglichen. Genutzt kann dieser Pool von der gesamten Klinik werden, auch von den ambulanten Sektoren. Es werden jede Woche drei fixe Timeslots reserviert für mögliche Netzwerktreffen. Diese können dann im Voraus von allen Mitarbeiter*innen gebucht werden. Die Person, die den Timeslot bucht, ist verantwortlich für die Koordination mit der/dem Patient*in und deren Angehörigen. Sie selbst nimmt ebenfalls am Netzwerktreffen als Teil des professionellen Teams teil. Bei den Patient*innen handelt es sich meistens um solche, die sich in keinem anderen Setting außerhalb der Klinik zurecht finden, meistens Menschen mit psychotischem Erleben. Großteils sind die Rückmeldungen der Mitarbeiter*innen sehr positiv. Sie beschreiben:

„We have developed a new attitude towards the people we serve, by working in a less goal-orientated and more process-orientated way, being more open to the service user's perspective and developing our tolerance of uncertainty [...].“

(v. Peter et al, 2022. S.148)

Es sollte erwähnt werden, dass das Vorgehen, wie der OD hier entstanden ist, auf einem bottom up Prinzip beruht. Das heißt, es gab keine Anweisungen vom oberen Management, den OD einzuführen, sondern das ist dem Engagement und dem Interesse der Mitarbeiter*innen zu verdanken.

3.1.1.2 Psychosozialer Trägerverein Solingen (PTV)

Der psychosoziale Trägerverein Solingen betreibt ein Gemeindezentrum für psychische Gesundheit und ist zuständig für ca. 160.000 Einwohner*innen. Es arbeiten hier 150 Mitarbeiter*innen in elf Teams. Schon Mitte der 1990er Jahre hat dieser Verein begonnen, sich aktiv mit dem dialogischen Ansatz auseinanderzusetzen und ihn umzusetzen. Der Verein hat regelmäßig an den jährlichen internationalen Konferenzen zur Behandlung von Psychosen (initiiert von Tom Andersen und Jaakko Seikkula) teilgenommen. Inzwischen konnten 30 Mitarbeiter*innen ihre speziellen Ausbildungen in Familientherapie und -beratung mit Fokus auf OD abschließen. 2012 ist die sogenannte Gesprächswerkstatt entstanden, die monatliche Gespräche im Sinne des OD anbietet.

„From its very beginnings in 1978, PTV has had a culture of equal footing between service users, families and professionals and we have successfully preserved this culture over the years. OD fits well into this paradigm and has proved useful in influencing our practice; e.g. medication has become a matter of negotiation and agreement, instead of a doctor's order.“

(v. Peter et al, 2022. S. 150)

Es wirkt hier im Gegensatz zum oben beschriebenen Klinik Setting eher so, als sei der OD mit dem Verein in Form von ähnlichen Grundhalten von Anfang an eng verwoben und die Umsetzung des OD wie organisch gewachsen.

3.1.1.3 NWpG - Netzwerk psychische Gesundheit

Ein gutes Beispiel für integrierte Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung ist das Programm *Netzwerk psychische Gesundheit* (NWpG). Seit 2009 schließen sich dem Programm immer mehr Bezirke, Städte oder Stadtteile an, ca. 80 verteilt auf 12 der 16 Bundesländer. Das Projekt richtet sich an Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und beinhaltet Case Management, das das persönliche und professionelle Netzwerk miteinbezieht. Ebenfalls Teil des Projekts ist eine 24/7 Krisen Hotline. Fast alle NWpG Teams haben den OD Ansatz in großen Teilen übernommen. Die Mitarbeiter*innen haben eine Grundausbildung in OD bei Volkmar Aderhold gemacht und

leben den sogenannten Trialog, den Austausch auf Augenhöhe von Professionellen, Peers und Familienmitgliedern.

Das Berliner NWgP Programm hat vergleichsweise viele Aspekte des OD umgesetzt, auch strukturelle Umorganisation war hier teilweise möglich. In Berlin arbeiten 600 Mitarbeiter*innen im Rahmen des NWgP Programms, das betreutes Wohnen, Therapie, Reha, Aktivitäten und Pflege anbietet. Betreut werden hier 5000 Menschen von 10 multiprofessionellen Teams, die auch Peer Berater*innen beinhalten.

3.1.2 Italien

Italien spielt eine große Rolle in der Psychiatriereform. Dort hat in den 1970er Jahren die sogenannte Basaglia Revolution stattgefunden, welche letztendlich 1978 das Basaglia Gesetz hervorbrachte. Dieses sah die Schließung von psychiatrischen Kliniken und die Einrichtung öffentlicher psychiatrischer Dienste vor. Das mag vielleicht der Grund dafür sein, dass hier im Gegensatz zu Deutschland ein nationales Projekt „von Oben“ (vom Gesundheitsministerium) finanziert wurde, mit dem Ziel den finnischen OD Ansatz auf das Angebot des italienischen öffentlichen psychiatrischen Diensts zu übertragen, bzw. zu adaptieren. An dem Projekt *„Open Dialogue: an innovative approach to the treatment of first episode crisis. Developing and evaluating the transferability of the OD approach into Italian Mental Health Departments“* haben seit 2015 acht Mental Health Departments (MHD) teilgenommen, welche insgesamt für ca. 4.000.000 Menschen zuständig sind. Folgende Regionen sind involviert: Turin, Savona, Modena, Triest, Rom und Catania. Koordiniert wird das Projekt von der Abteilung für Prävention in Turin, begleitet von einer Pilotstudie des Nationalen Forschungsrats Rom. Im Mittelpunkt stehen bei der Umsetzung des Projekts folgende Aspekte:

- Die Arbeit im Team zu zweit oder zu dritt, wobei die Teammitglieder ein OD Trainingsprogramm absolviert haben.
- Reflektierende Konversationen und demokratischer Prozess
- Die Arbeit mit Peer Berater*innen.

Der Einfluss von OD auf ihre Arbeit beschreiben Marcario et al. folgendermaßen:

„We thought that we knew what was best for the service user, and therefore we saw the only issue as being how to make them comply with our plans. OD has taken us back down to the same level as everyone else involved, in a democratic process.“

(Marcario, M. et al, 2021. S.157)

Das italienische Projekt hat wie erwähnt einen Schwerpunkt auf die Arbeit mit Peer Berater*innen. Es wird darin die Chance gesehen, dass Betroffene sich schneller akzeptiert und verstanden fühlen und schneller beginnen aktiv an den Treffen teilzunehmen. „*We think that having peer workers involved in OD teams alongside professionals could be the best choice for standard practice.*“ (Marcario et al, 2021, S. 157).

3.1.3 USA

In den USA hat der OD in den letzten Jahren mehrere verschiedene Projekte beeinflusst. Eines der ersten in urbaner Gegend und begleitend auch wissenschaftlich untersuchten Projekte ist das *Parachute NYC* in New York. Finanziert durch den Fund of Public Health der Stadt New York wurde das Parachute NYC 2012 gestartet mit dem Ziel eines „*soft landing for people experiencing psychiatric crisis*“ (Wusinich et al, 2020. S.1). Beheimatet ist das Projekt in einer Non Profit Organisation mit dem Schwerpunkt auf gemeindebasierter Gesundheitsversorgung. Neben dem OD spielt in diesem Projekt auch die Peer Beratung eine wichtige Rolle, so dass in den Mobilen Teams auch immer ein*e Peer Berater*in vertreten ist. Der Ansatz des sogenannten IPS (Intentional Peer Support) sieht vor, das traditionelle Rollen aufgebrochen werden und alle gegenseitig voneinander lernen können mit dem Fokus Beziehung und darauf, Hoffnung zu vermitteln anstatt Angst (Vgl. Wusinich et al, 2020). Das Parachute NYC ist laut Wusinich et al. das erste Projekt, das OD mit Peer Beratung kombiniert und dürfte damit andere Projekte wie das oben genannte in Italien und auch die aktuellen Weiterentwicklungen in Lappland stark beeinflusst haben. Zentral sind neben sogenannten „respite centers“ (Krisenwohnungen) die Netzwerktreffen im Rahmen von regelmäßigen Hausbesuchen durch mobile Parachute Teams, wobei die Zielgruppe Menschen ab 16 Jahren mit der Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung sind. Die Netzwerktreffen richten sich ganz im Sinne des OD nach den Bedürfnissen des Betroffenen und des Netzwerks, wobei hierzu neben der Familie auch Freund*innen gezählt werden. In einer qualitativen Studie, deren Ergebnisse bei Wusinich et al. im Detail nachgelesen werden können, sagt ein Teilnehmer des Projekts:

„Not relying on, you know, ‘Oh, you take a pill,’...and problem solved...It was a slow process but it worked...It’s more complex; [the Parachute team] was looking at the

whole situation in the individual, the family, the history, you know--the whole environment."

(Wusinich et al., 2020, S.5)

Behandelt wurden durch die mobilen Teams ca. 700 Personen. Einem Artikel in The Guardian zufolge, hat das Parachute NYC Projekt bis zum Jahr 2015 hohe Kosten gespart: „*The DHMH estimates that for every patient who has used the service, it saves \$13,500 a year by keeping them out of hospital.*“ (Sykes, J. 2015 in The Guardian). Nach dem Vorbild des Parachute NYC wurde u.a. auch in den UK ein Parachute Projekt gestartet, auf das ich an dieser Stelle verweisen möchte, da es im Gegensatz zum Parachute NYC hier eine gute Website gibt: <https://theparachuteproject.co.uk/>.

Neben diesem Projekt gibt es noch weitere OD Projekte in den USA, u.a. zwei in Massachusetts (*The Collaborativ Pathway* und *Open Dialogue in Community Based Flexible Supports*) und eines in Boston im Mc Lean Hospital.

3.2 Die Rolle des OD in Österreich

Insgesamt gesehen kann man wohl sagen, dass der OD in Österreich noch in seinen Kinderschuhen steckt. Aber es gibt ihn. 2020 hat der Verein Windhorse zum ersten Mal ein Ausbildungscurriculum dazu angeboten.

In jedem Land dieser Welt weist die psychiatrische Versorgung kleinere und größere Unterschiede in Organisation und Strukturierung auf. Dazu haben verschiedene Faktoren beigetragen - vom kulturellen und geschichtlichen Background, über die Frage der Finanzierung bis hin zu geographischen Voraussetzungen u.v.m. Es ist anzunehmen, dass diese Faktoren mitverantwortlich dafür sind, dass der OD derzeit noch eine so kleine Rolle in Österreich spielt und sich in seiner ursprünglichen Form wahrscheinlich nicht 1:1 in Österreich umsetzen lässt.

Es ist jedoch auch in Österreich Bewegung in die psychiatrische Versorgung gekommen und der Trend hin zu mehr ambulanter Behandlung ist deutlich erkennbar. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Psychiatrische und Psychosomatische Versorgungsplan Wien 2030 (PPV), welcher das Resultat einer von der Stadt Wien beauftragten und vom

Krankenanstaltenverbund (KAV) und den Psychosozialen Diensten in Wien (PSD) seit Mitte 2015 erarbeiteten Konzepts ist. Ziel des PPV ist es, die psychiatrische Versorgung auszubauen, zu dezentralisieren und außerdem ein flächendeckendes Angebot im ambulanten Bereich zu schaffen. An folgenden Prinzipien soll sich der PPV orientieren (vgl. wien.gv, 2018):

- Regionalisierte Versorgung („Gemeindenähe und –integration“)
- Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit
- Ambulant vor stationär
- Kontinuität der Versorgung
- Integration der psychischen Gesundheitsversorgung in die medizinische Grundversorgung
- Entstigmatisierung
- Partizipation (Mitentscheidung über den individuellen Behandlungsweg)
- Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung
- Ressourcenverteilung entsprechend den Ansätzen der Gesundheitsreform
- Effizienz und Wirtschaftlichkeit

Viele dieser Prinzipien überschneiden sich mit den Prinzipien des OD, v.a. die Partizipation, die Kontinuität, die Bedürfnis- und Bedarfsgerechtigkeit und, dass das ambulante dem stationären Setting vorgezogen wird.

Wie früher schon ausführlich beschrieben, umfasst der OD Ansatz sowohl eine dialogische Praxis als auch eine Form der gemeindebasierten integrierten Versorgung. Wo es Bemühungen gibt, die gemeindebasierte integrierte Versorgung auszubauen und rein theoretisch auch die dialogische Praxis gut integrierbar wäre, möchte ich gerne an zwei Wiener Pilotprojekten erörtern und im Abschluss noch den Verein Windhorse vorstellen.

3.2.1 Gemeindesbasierte integrierte Versorgung in Wien – zwei Pilotprojekte

Seit 2019 laufen in Wien einige Pilotprojekte im Rahmen des PPV an. Eine wichtige Rolle dabei spielt - wie oben erwähnt - der Psychosoziale Dienst Wien (PSD), der mit seinen acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien der größte Anbieter ambulanter psychiatrischer Leistungen in Wien ist. Zwei Pilotprojekte möchte hier kurz vorstellen.

3.2.1.1 Home-Treatment in der Wiener Kinder- und Jugendpsychiatrie Wien.

Dieses Pilotprojekt wird gemeinsam vom PSD und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (MedUni Wien/AKH) getragen. Es ist am 1. März 2021 gestartet und ist zunächst auf eine Dauer von zwei Jahren angesetzt. Insgesamt sollen in diesem Projektzeitraum 50 Kinder und Jugendliche und deren Familien betreut werden. Es gibt derzeit zwei multiprofessionelle Teams mit 11 Mitarbeiter*innen, die aufsuchend arbeiten. Das ermöglicht die Begleitung und Unterstützung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Familien bei sich zu Hause, also in ihrem alltäglichen Lebensumfeld. Die Betreuungs-/ Behandlungsintensität ist vergleichbar mit einer stationären oder tagesklinischen Behandlung. Durch die Arbeit vor Ort wird der Lebensalltag der Kinder und Jugendlichen aber in die Behandlung miteinbezogen und es kommt zu keinen Abbrüchen von wichtigen sozialen Beziehungen in Familie, Schule oder Betreuungsumfeld. Ziel ist die zeitnahe Reaktion auf entstehende Krisen und Notsituationen. Als Grundidee des Projekts wird beschrieben:

„Im Rahmen des PPV bietet das Home-Treatment Versorgungskontinuität und bildet eine Schnittstelle zur stationären und ambulanten Versorgung, sowie zu niedergelassenen Versorgungsstrukturen. Organisiert werden im Anlassfall optimale Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungs-Settings – im Fall akuter krisenhafter Verläufe sind damit rasche Interventionsmöglichkeiten garantiert.“

(Website des PSD)

Da das Projekt noch sehr am Anfang steht, gibt es noch keine Evaluierung, die Nachfrage scheint aber sehr hoch zu sein.

3.2.1.2 Das Wiener „FACT-Modell“

Ein weiteres Pilotprojekt im Rahmen des PPV, angelehnt an das niederländische Konzept von Flexible Assertive Community Treatment (FACT), wird derzeit in Kooperation zwischen dem PSD und der Klinik Donaustadt umgesetzt. Hierbei handelt es sich um eine hochfrequente ambulant nachgehende Behandlung und Betreuung in der gewohnten Lebensumgebung, v.a. der Wohnung der Betroffenen, durch ein multiprofessionelles Team im Shared Caseload (gemeinsame individuelle Betreuung durch verschiedene Berufsgruppen). Zielgruppe sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, hauptsächlich aus dem schizophrenen Formenkreis. Der Fokus liegt unter anderem auf der Flexibilität der Behandlungsintensität, je nach Stabilität oder Krisenhaftigkeit der Betroffenen – so werden häufig zu Beginn tägliche

Hausbesuche angeboten, die dann im Idealfall im Laufe der Zeit reduziert werden. Durch tägliche Teambesprechungen soll sichergestellt werden, dass der aktuelle Bedarf der Patient*innen berücksichtigt wird. Die Idee ist, dass die betreute Person im Laufe der Zeit so weit stabilisiert werden kann, dass sie selbstständig ins Ambulatorium des PSD kommt, wo sie sowohl fachärztlich betreut wird, als auch Sozialarbeit, Tagesstruktur, Pflegestützpunkt und psychologische Gespräche in Anspruch nehmen kann. Das FACT Team besteht derzeit aus neun Personen und ist für ca. 25 Personen (Tendenz steigend) mit schweren psychischen Erkrankungen v.a. aus dem schizophrenen Formenkreis zuständig. Ziel ist auch hier die Reduzierung von stationären Aufenthalten. An der optimalen Form der Zusammenarbeit zwischen PSD und Klinik wird derzeit noch gearbeitet. Bisher konnten ein gemeinsames Entlassungsmanagement und regelmäßige Vernetzung bezüglich gemeinsamen Patient*innen, und solchen die nach ihrem stationären Aufenthalt vom PSD nachbetreut werden sollen, umgesetzt werden. Es hat sich auch bewährt, dass die Mitarbeiter*innen des FACT Teams in Kontakt mit Patient*innen bleiben, bzw. Kontakt aufnehmen, solange die Patient*innen stationär sind und es bei regelmäßigen Besuchen zum Austausch zwischen PSD und den Stationen kommt. Erfreulich ist auch, dass ein dialogischer Ansatz und die Arbeit mit Peerberater*innen angedacht ist.

Das FACT Modell wurde in den Niederlanden mit folgenden Zielen entwickelt: Genesungsorientierte Betreuung, evidenzbasierte Medizin und best practice, Integration von gemeindenaher Versorgung und Krankenhausversorgung.

„Das FACT-Team ist nicht nur Gatekeeper („Türhüter“) für das Krankenhaus, sondern bleibt auch während seines Aufenthalts in Kontakt mit dem Klienten und behält die Rolle des Koordinators für die gesamte Behandlung des Klienten.“

(Van Veldhuizen et al., 2013, deutsche Version S.7)

Dieser Ansatz zeigt einige Parallelen zum OD auf, was die Ziele und die strukturellen Ansätze angeht. Jedoch steht die dialogische Praxis nicht im Vordergrund und Netzwerktreffen im Sinne des OD finden (noch!) nicht statt. Da ich Teil des Projekts bin, versuche ich im Rahmen meiner Möglichkeiten nach den OD Prinzipien zu arbeiten und hoffe, dass diese in Zukunft noch mehr Einfluss haben werden.

3.2.2 Der Verein Windhorse: OD Ausbildung und die Umsetzung der dialogischen Praxis

Der Verein Windhorse ist ein psychosozialer Verein für teilbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Wien. 1994 gegründet, ist sein Konzept angelehnt an das ursprünglich in den USA entstandene Windhorse Projekt, welches stark geprägt von der sogenannten kontemplativen Psychologie ist und sich auf die Erfahrungen der westlichen, humanistischen Psychologie und die Erkenntnisse und Praktiken der buddhistischen Psychologie bezieht.

Der im Verein zuständige Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin Dr. Karl Panzenbeck, hat von 2016 -2018 die Trainerausbildung für OD in Finnland absolviert und hat damit den OD u.a. auch in die Arbeit im Verein Windhorse implementiert. Neben der Basisbetreuung (Treffen 2-3 mal pro Woche) sieht das Konzept des Vereins auch regelmäßige Teamsitzungen vor, wobei das Team die betreute Person miteinschließt:

*„Zwei Begleiter*innen werden zu Ihrer Unterstützung da sein. Sie besprechen gemeinsam mit Ihren Begleiter*innen, wann gute und passende Termine für die Treffen sind. Eine der beiden Personen ist auch Ansprechperson für alle organisatorischen Dinge. Diese Person hat die Funktion des Teamleiters, der Teamleiterin. Die beiden Begleiter*innen und Sie bilden gemeinsam ein Team. Einmal pro Monat findet eine Teamsitzung statt. Bei dieser Sitzung sind Sie und beide Begleiter*innen anwesend. Es werden gemeinsam aktuelle Themen besprochen. Zusätzlich zum Team können auch andere Personen eingeladen werden. Angehörige, Therapeut*innen oder Personen, die für Sie und Ihren Gesundungsprozess relevant sind. Diese [erweiterten] Sitzungen finden alle 6 bis 8 Wochen statt.“*

(Website Verein Windhorse)

Dass die betreute Person als Teil des Teams gesehen wird, und somit auch an Teamsitzungen teilnimmt, ist im Vergleich zu „herkömmlicher“ Betreuung in diesem Bereich – zumindest so wie ich sie kenne – an sich schon revolutionär! Hier wird versucht, den üblichen Hierarchien zwischen betreuenden und betreuten Personen entgegenzuwirken, ganz im Sinne des OD. Auch dass es die Möglichkeit gibt, andere Mitglieder des Netzwerks regelmäßig zu sogenannten „erweiterten Teamsitzungen“ einzuladen, entspricht der Idee des OD.

Vom Verein Windhorse wurde, wie schon erwähnt, das erste in Österreich stattfindende Weiterbildungscurriculum zum Thema OD unter dem Titel *„OPEN DIALOGUE - Dialogische Praxis und Systemische Netzwerktherapie mit reflektierendem Team“* initiiert und angeboten. Geleitet wurde die gesamte Weiterbildung, die sich in 8 Module zu jeweils 2

ganzen Tagen über einen Zeitraum von 15 Monaten aufteilte, von Dr. Karl Panzenbeck und Dr. Sabine Schütze aus Hamburg. Die beiden haben gemeinsam die OD Trainer*innen Ausbildung gemacht und auch gemeinsam jedes Modul geleitet.

Die Gruppe aus ca. 30 Teilnehmer*innen setzte sich aus Professionist*innen aus dem psychosozialen Bereich, Angehörigenvertreter*innen und Genesungsbegleiter*innen und Peers zusammen, wobei ich hier anerkennend erwähnen möchte, dass überdurchschnittlich viele Teilnehmende für den psychosozialen Verein LOK (Leben ohne Krankenhaus) arbeiten. Als Ziele der Weiterbildung werden wie folgt genannt:

„Diese Weiterbildung verfolgt das Ziel, Dialogverständnis zu entwickeln, selbstständig bedürfnisorientierte, dialogische Kommunikationsformen anzubieten und/oder zu zweit mit Hilfe eines reflektierenden Teams Netzwerksitzungen zu moderieren - je nach Berufs- und Lebenskontext.“

(Website Verein Windhorse)

Da ich das Glück hatte, auch Teil der Weiterbildungsgruppe zu sein (Danke an meinen ehemaligen Arbeitgeber *pro mente Wien!*), durfte ich OD live miterleben, einerseits durch die beiden Leiter*innen Karl und Sabine, die sich immer wieder als reflektierendes Team vor uns ausgetauscht haben und andererseits durch viele viele (!) Groß- und Kleingruppenübungen. Dieser Prozess war äußerst interessant, hat aber auch immer wieder viel Geduld von allen erfordert, da das Prinzip der Polyphonie sehr ernst genommen wurde. Ein eindrückliches Beispiel ist hier für mich die Entscheidungsfindung beim Thema Maskentragen. Der Beginn der Weiterbildung war nämlich recht zeitnah zum Beginn der Pandemie. Der Dialog darüber, ob wir nun während der Weiterbildung Masken tragen sollen, hat in meiner Erinnerung mindestens zwei Stunden gedauert. Es wurden wirklich alle angehört und tatsächlich sind wir zu einer gemeinsamen Entscheidung gekommen, obwohl es die unterschiedlichsten Meinungen dazu gab! Diese Polyphonie zu ertragen, war nicht immer leicht, muss ich zugeben. Und nicht selten habe ich den Wunsch verspürt, dass Karl und Sabine mal „autoritärer“ durchgreifen und einfach eine Entscheidung treffen – das ist aber so gut wie nie passiert. Diese Dynamiken und Resonanzen in mir sind ein wichtiger Teil dieser Weiterbildung für mich, spiegelt es doch wahrscheinlich auch wider, warum der OD für Menschen, die Hierarchien im klinischen Bereich gewohnt sind, so schwer vorstellbar ist.

Wenn ich die Weiterbildung in einem Satz zusammenfassen müsste, wäre es dieser:
OD ist anstrengend, aber es lohnt sich!

4 Abschließende Überlegungen

In vielen Ländern ist wieder Bewegung in die sozialpsychiatrische Versorgung gekommen. Nach dem Beginn der Psychiatriereform in den 1970/80 er Jahren scheint es nun einen weiteren „Entwicklungsschub“ zu geben, der in Richtung ambulanter, aufsuchender, flexibler Versorgung geht – zumindest in der Theorie. Denn genau diese Behandlungsformen sind deutlich unterfinanziert, wie auch Professor Dr. med Arno Deister, Vorsitzender des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit Berlin, kritisiert:

„Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung liegt in einem an den Bedürfnissen der Patienten orientierten flexiblen Versorgungssystem [...]. Ohne eine grundlegende Umgestaltung des Finanzierungssystems werden diese Ziele jedoch nicht erreicht werden können.“

(Deister, A., 2022. S. 175)

Welche Ansätze sich in welchen Regionen durchsetzen hängt wohl viel mit den Interessen und dem Engagement von einzelnen Verantwortlichen zusammen. Warum sich zum Beispiel der Open Dialogue beim PPV in Wien nicht durchsetzen konnte und das FACT Modell schon, ist unklar. Vermutungen gibt es natürlich, gerade, wenn man Erfahrungsberichte von Mitarbeiter*innen einzelner OD Projekte liest. So schreiben von Peter et al.:

„the OD approach implies criticism and questioning of well-established hierarchies of power. On a macro-level it questions the biological model and individualistic forms of care, and on a micro-level it maybe perceived to be a threat to conventional professional roles.“

(v. Peter et.al 2022, S.152)

Hier wird OD als ein In-Frage-Stellen der herrschenden Hierarchien und Erklärungsmodelle im klinischen Bereich beschrieben, was von vielen wohl auch als Bedrohung verstanden werden kann. Zusätzlich werden zeitliche und finanzielle Ressourcen benötigt, um Mitarbeiter*innen die OD Ausbildung zu ermöglichen. Doch das scheint zu Zeiten, in denen u.a. Pflegekräfte für mehr Bezahlung und Personalaufstockung demonstrieren gehen müssen ein fernes Ziel. Umso schöner ist es zu sehen, dass sich der OD trotz allem ausbreitet und es

Menschen gibt, die bereit sind, ihre Ressourcen dafür zu investieren. Es scheint sich zu lohnen, nicht nur für die Menschen in psychischen Krisen, sondern auch für die Mitarbeiter*innen, auf deren Arbeitszufriedenheit sich das Praktizieren des OD positiv auszuwirken scheint.

Ein wichtiger Aspekt bei der Umsetzung des OD außerhalb Finnlands scheint auch zu sein, die Ziele und Erwartungen an die vorgegebenen Strukturen anzupassen: *„Good practices simply cannot be duplicated. The difference of contexts and actors should always be taken into account.“* (Seikkula and Arnkil, 2006. S.9). Vielleicht ist Geduld und Durchhaltevermögen der Schlüssel dazu, dass der OD weltweit noch einen höheren Stellenwert bekommt.

Ich finde es schade, dass der OD im sozialpsychiatrischen Bereich – zumindest in Wien - so wenigen ein Begriff ist. Außer Mundpropaganda und das Schreiben dieser Arbeit fehlt mir im Moment auch noch die Idee, wie man dem OD in Wien zu mehr Bekanntheit verhelfen kann. Ich erlaube mir hier einen optimistischen Gedanken: Vielleicht gelingt es ja durch Vereine wie LOK oder Windhorse, die Arbeit nach den OD Prinzipien ganz ohne viel Aufsehen zu implementieren und in ein paar Jahren ist OD das neue „Normal“ in der sozialpsychiatrischen Betreuung!

Abschließen möchte ich mit einem Zitat, das Arno Deister für seinen aktuellen Artikel „Wir müssen etwas tun – es ist Zeit für einen Paradigmenwechsel“ ausgewählt hat:

***„Nicht weil es schwierig ist, wagen wir es nicht – sondern weil wir es nicht wagen,
ist es schwierig“***

(Lucius Annaeus Seneca, 1-65 n. Chr.)

Weblinks zum Thema OD:

<https://www.hopendialogue.net/>

<https://open-dialogue.net/>

<http://www.offener-dialog.de/>

5 Literaturverzeichnis:

- Alakare, B., Seikkula J. *The historical development of open dialogue in Western Lapland*. In: Hrsg. Putman, N., Martindale, B. *Open Dialogue for psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Oxon, 2022. S. 35-51
- Anderson, H., Goolishian, H.A., 1988 *Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory*. In: *Family Process*, Vol. 27, 1988. S. 371-393.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J.J., Tolvanen, A., Aaltonen, J., 2018. *The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes*. *Psychiatry Research* 270, 2018. S. 168-175
- Deister, A. *Wir müssen etwas tun – es ist Zeit für einen Paradigmenwechsel*. In: *Psychiatrische Praxis* 2022, 49: 174-176. DOI: 10.1055/a-1813-8713
- Mackler, D., 2011. Film: *Open Dialogue*. <https://www.youtube.com/watch?v=HDVhZJagfQ&t=4s>
- Macario, M., Gastaldi, A., Pezzano, L.R. *Open Dialogue in the Italian national Health Service*. In: Hrsg. Putman, N., Martindale, B. *Open Dialogue for psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Oxon, 2021. S.154-160
- Putman, N. *What is Open Dialogue?* In: Hrsg. Putman, N., Martindale, B. *Open Dialogue for psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Oxon, 2021. S. 9-34
- PSD Website: <https://psd-wien.at/home-treatment>
- Rosen, K., M.D., Stoklosa, J., M.D., 2016. Finland in Boston? Applying Open Dialogue Ideals on a Psychotic Disorder Inpatient Teaching Unit. *Psychiatric Services* 2016; 67: 1283 – 1285. DOI: 10.1176/appi.ps.201600340
- Schütze, S., Panzenbeck, K. *OD Curriculum Kursunterlagen*, 2020
- Seikkula, J. *Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life?* *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 2011, 32(3), S. 179-193. Doi. Org/10.1375/anft.32.3.179
- Seikkula, J., Alakare, B. und Aaltonen, J., 2011. *The Comprehensive Open Dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care*. In *Psychosis* 3(3), S. 192-204. Doi.org/10.1080/17522493.2011.595819
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. ,2006. *Dialogical meetings in social networks*
- Studer, K., Weyer, M., 2020. Interview: Open Dialogue: Ein neuer, bedürfnisorientierter Ansatz zur psychiatrischen Krisenintervention. *Swiss Archives of Neurology Psychiatry Psychotherapy* (2020). DOI: 10.4414/sanp.2020.03097
- Sykes, J. 2015, New York 'Parachute' programme for people with acute mental distress lands in the UK in: *The Guardian* Oktober 2015. <https://www.theguardian.com/society/2015/oct/20/parachute-therapy-psychosis-new-york-uk>
- Van Veldhuizen, J.R., Bähler, M., 2013. Erstellung der deutschen Version durch V. Niehaus, A. Wüstner, M. Lambert. *Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-Manual*. https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf

Von Peter, S., Lehmann, A., Greve, N., Herder, K., Floeth, T. *Open Dialogue in Germany – opportunities and challenges*. In: Hrsg. Putman, N., Martindale, B. *Open Dialogue for psychosis. Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Oxon, 2022. S. 147-153

Windhorse Website: <https://www.windhorse.at/>

Wusinich, C., Lindy, D., Russel, D., Pessin, N., Friesen, P. 2020. *Experiences of Parachute NYC: An Integration of Open Dialogue and Intentional Peer Support*.

wien.gv.at/presse/2018/05/17/psychische-gesundheit-wien-plant-die-versorgung-der-zukunft