

# Der Offene Dialog und seine Anwendung in Deutschland

Sebastian von Peter, Kolja Heumann, Mira Kuhlmann, Volkmar Aderhold

Der Ansatz des Offenen Dialogs sieht die sofortige Hilfe in schweren psychischen Krisen und den regelhaften Einbezug aller wichtigen Bezugspersonen von Beginn an vor und lässt sich daher auch in das Feld der systemischen Therapieformen einordnen. Zudem bezieht sich der Offene Dialog auf grundlegende psychotherapeutische Prinzipien, die einen sinnstiftenden und gemeinsamen Prozess des allmählichen Verstehens ins Zentrum stellen, wodurch der Einsatz von Medikamenten häufig überflüssig oder verkürzt wird. Nach welchen Prinzipien das Arbeiten des Offenen Dialogs organisiert wird und wie er in Deutschland umgesetzt wird, lesen Sie in unserem CNE Schwerpunkt.



Bei den Netzwerktreffen tauschen sich der Klient und dessen Bezugspersonen sowie mindestens 2 Therapeuten aus – dadurch entsteht eine Vielfalt an Perspektiven. (Symbolbild/Quelle: Paavo Blåfield/Thieme Gruppe)



CNE (Certified Nursing Education) ist das multimediale Fortbildungsangebot von Thieme. Es wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) entwickelt. Weitere Informationen finden Sie unter [cne.thieme.de](https://cne.thieme.de)

Der Offene Dialog leitet sich aus der bedürfnisangepassten Behandlung („Need Adapted Treatment“/NAT) ab, die ab 1965 in Turku Finnland für erstmals erkrankte Menschen mit schizophrenen und verwandten Psychosen über 5 Phasen entwickelt wurde [1]. Grundlegend für die bedürfnisangepasste Behandlung war zunächst ein einzeltherapeutisches, psychodynamisches Vorgehen, das jedoch eher enttäuschende Ergebnisse hervorbrachte, sodass seit Mitte der 1980er-Jahre zusätzlich die systemische Praxis der „Therapieversammlungen“ (analog den „Netzwerkgesprächen“) zu Beginn jeder Behandlung und fortlaufend je nach Bedarf sowie auch familientherapeutische Sitzungen auf Wunsch integriert wurden [2].

Im Rahmen eines nationalen Schizophrenie-Projekts (NSP) über 10 Jahre kam es dann bis 1992 zum landesweiten Aufbau von 50 Psychoseams, die später in allgemeine Krisenteams umgewandelt wurden. Der Offene Dialog hat sich dann ab 1997 in Westlappland unter der Leitung von J. Seikkula, B. Alakare und J. Aaltonen voll entwickelt [1][3][4].

Zentral für den Offenen Dialog sind sogenannte Netzwerktreffen. Das sind problemorientierte, systemisch fundierte Familien-/Bezugspersonengespräche, die gleichzeitig informative, diagnostische und therapeutische Funktionen erfüllen [1]. Unter Einbezug aller wichtigen persönlichen und professionellen Bezugspersonen erfolgen diese Gespräche flexibel, das heißt nach Bedarf des Klientensystems über jeweils etwa 1,5 Stunden hinweg.

Dabei kommen die systemische Methode des reflektierenden Teams und eine möglichst alltagsnahe, natürliche Sprache zum Einsatz sowie weitere Techniken, die den Dialog, das heißt den Austausch innerhalb des Netzwerks, fördern [5][6]. Ziel dabei ist, ein gegenseitiges Verständnis für die Sichtweise auf die aktuelle Krise zu ermöglichen sowie gemeinsame Entscheidungen für das weitere Vorgehen zu treffen.

Die Wirksamkeit der unterschiedlichen Formen der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialogs wurde vor allem in Skandinavien evaluiert. Im Turku-Projekt wurden 5 Kohorten mit psychotischen Ersterkrankungen nachuntersucht [1]: In der bereits genannten 10-Jahres-Kohortenstudie des Nationalen Schizophrenie Projekts (NSP) in Finnland zeigten sich unter anderem deutliche Effekte der Enthospitalisierung [7]. In der 2-Jahres-Katamnese der multizentrischen API-Studie (Akute Integrierte Psychosebehandlung) konnten 43 % der Interventionspatienten ohne Neuroleptika-Einnahme behandelt werden (gegenüber 6 % der Fälle in der Kontrollgruppe), die stationären Behandlungstage waren signifikant reduziert, das psychosoziale Funktionsniveau signifikant verbessert [8].

Das spätere ODA-Projekt (Open Dialogue Approach in Acute Psychosis) zeigte nach 5 Jahren um ⅓ reduzierte

Hospitalisierungsraten im Vergleich zu der API-Kohorte aus derselben Region; 82 % dieser ersterkrankten Psychose-Erfahrenen zeigten keine Restsymptomatik, 29 % erhielten überhaupt Neuroleptika, nur 17 % langfristig, 86 % blieben im Studium beziehungsweise in Ausbildung oder waren Vollzeit berufstätig. Diese Ergebnisse ließen sich auch in einer weiteren Kohortenstudie 5 Jahre später reproduzieren [4][9].

Damit konnte nachgewiesen werden, dass von 1992–2005 durchgehend gleich gute Behandlungsergebnisse erzielt wurden und sich die durchschnittliche Dauer der unbehandelten Psychosen von 4,5 Monaten auf 2 Wochen reduzieren ließ. Neben den Netzwerkgesprächen wurde von 46 beziehungsweise 67 % der Betroffenen auch eine individuelle Psychotherapie in Anspruch genommen. Da die Netzwerkgespräche in den Ausbildungs- und Arbeitskontexten fortgesetzt werden, enthält der Ansatz auch wichtige Elemente des unterstützten Arbeitens („supported employment“).

## Strukturelle und therapeutische Prinzipien

Auch bedingt durch diese beeindruckenden Ergebnisse hat sich der Offene Dialog inzwischen über einige skandinavische Länder in Europa, in die USA, nach Australien und andere Länder und Kontinente ausgebreitet, sodass sich inzwischen ein internationales Netzwerk etabliert hat. Trotz des ursprünglichen Fokus auf ersterkrankte psychotische Patienten, existieren mittlerweile vielfältige positive Erfahrungen in der Anwendung für Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen und Krisenerfahrungen.

Im Zentrum der Behandlungspraxis stehen dabei die Besonderheiten individueller Lebensgeschichten und eine bedürfnisangepasste Begleitung, sodass es für dieses Vorgehen kein standardisiertes Manual geben kann. Stattdessen wurden, basierend auf den vergangenen Entwicklungsformen bis 1993 einige Prinzipien entwickelt, die einerseits für die strukturelle Organisation des Offenen Dialogs und andererseits für seine Umsetzungspraxis entscheidend sind [4].

### DIE STRUKTURELLEN PRINZIPIEN DES OFFENEN DIALOGS [8]

- Sofortige Hilfe
- Netzwerk-Perspektive
- Flexibilität und Mobilität
- Verantwortlichkeit (Treffen koordinieren, Verständigungsprozess fördern)
- Beziehungs-/therapeutische Kontinuität
- Aushalten von Unsicherheit
- Dialog (und Polyphonie)

Die strukturellen Prinzipien sehen dabei vor, dass das erste Netzwerktreffen möglichst innerhalb von 24 Stunden nach dem Erstkontakt erfolgen sollte, auch um eine stationäre Behandlung zu vermeiden. Alle für den Prozess wichtigen Personen werden von Beginn an eingeladen – von der Familie über Freunde, Kollegen oder Nachbarn bis hin zu beispielsweise auch behördlichen Vertretern. Die Treffen sollten in der Regel im häuslichen Umfeld der Nutzenden stattfinden und die Behandlung orientiert sich an ihrem Bedarf, was Mobilität und eine Flexibilität der Arbeitsweise voraussetzt.

Das therapeutische Team trägt kontinuierlich bis zum Abschluss Verantwortung für den Behandlungsverlauf, gibt aber weder Inhalte noch die einzuladenden Teilnehmer oder die Anzahl der Treffen vor. Grundlegend ist die Toleranz von Unsicherheit, um vorschnelle Schlussfolgerungen und Entscheidungen über die Art und Bedingungen einer Krise, über Diagnosen sowie den Einsatz von Medikamenten und anderer Therapieformen zu vermeiden. Eine hohe Anzahl von Treffen in den ersten 2 Behandlungswochen schafft dabei oft das nötige Vertrauen in den gemeinsamen Prozess und auch genug Sicherheit für alle Beteiligten, damit Entscheidungen nicht übereilt getroffen werden müssen. Dieser gemeinsame Prozess eines zunehmenden Verstehens der Krise und die gemeinsame Entwicklung von Handlungsschritten gibt Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zurück.

#### DIE 12 SCHLÜSSELELEMENTE DER DIALOGISCHEN PRAXIS [10]

1. Teilnahme von 2 (oder mehr) Therapeuten im Netzwerktreffen.
2. Teilnahme der Familie und des sozialen Netzwerks.
3. Offene Fragen.
4. Eingehen auf die Äußerungen des Klienten.
5. Den gegenwärtigen Moment zur Geltung bringen.
6. Vielfältige Ansichten zu Gehör bringen: Vielstimmigkeit, Polyphonie.
7. Im Dialog Beziehungen herstellen.
8. Sachlicher Umgang mit schwierigen Äußerungen und/oder problematischem Verhalten sowie Aufmerksamkeit für Bedeutungen.
9. Die eigenen Worte und Geschichten der Klienten aufgreifen, nicht die Symptome.
10. Gespräch unter den Professionellen (Reflexionen) während der Netzwerktreffen.
11. Transparent sein.
12. Unsicherheit aushalten.

Unabdingbar ist für den dialogischen Ansatz die Teilnahme von mindestens 2 Therapeuten am Behandlungsprozess. Zum einen, um auf schwere Krisen eingehen zu können, zum anderen erlaubt dies die Reflexion zwischen den The-

rapeuten während der Treffen. Anders als in klassischen psychiatrischen Ansätzen kommt ihnen dabei vor allem eine moderierende Rolle zu. Das Prinzip der offenen therapeutischen Reflexion macht die elementare Bedeutung von Transparenz deutlich, die als Kernelement für Selbstbefähigung für den gesamten Prozess bedeutsam ist. Behandlungsentscheidungen werden gemeinsam getroffen und Informationen allen zur Verfügung gestellt.

Die Einbindung des sozialen Netzwerks schafft eine Vielfalt an Perspektiven. Diese Vielstimmigkeit ist entscheidendes Prinzip und bereichert das Entstehen von Handlungsmöglichkeiten. Jede Stimme wird gehört und ist für das Gesamtverständnis bedeutsam. Ebenso achtsam wird mit einer „inneren Vielstimmigkeit“, also möglichen Ambivalenzen und unterschiedlichen Positionen innerhalb einzelner Personen, auch der Therapeuten, umgegangen.

Durch das Formulieren von offenen Fragen wird auf die Vorgabe von Themen verzichtet. Das Eingehen auf das Gesagte geschieht mit den Worten der Teilnehmer und mit Aufmerksamkeit auf das, was sich im gegenwärtigen Moment des Treffens zeigt. Dafür ist ein „responsives Zuhören“ wichtig, das heißt ein Zuhören ohne Vorannahmen, sodass eine Atmosphäre entsteht, die genug Sicherheit bietet, um Erfahrungen mitteilen zu können.

Symptome oder schwieriges Verhalten werden von den Therapeuten nicht als pathologisch oder problematisch verstanden, sondern als Teil eines größeren Sinnzusammenhangs, den es zu verstehen gilt, und es wird ein normalisierender Austausch gefördert. So gelingt der dialogisch systemische Ansatz auch bei Menschen in psychotischem Erleben. Ein wesentlicher Aspekt des dialogischen Ansatzes ist dabei das Aushalten von Unsicherheit: Eine Haltung des „Nicht-Wissens“ und dass nicht direkt Lösungen gefunden oder präsentiert werden müssen, kann für Therapeuten ungewohnt sein.

#### Angebote des Offenen Dialogs in Deutschland

Nicht alle der genannten strukturellen und/oder therapeutischen Prinzipien des Offenen Dialogs lassen sich im Rahmen der deutschsprachigen Versorgung umsetzen. Das grundlegende Problem dabei ist die starke Fragmentierung des Versorgungssystems in Deutschland. So fehlt es beispielsweise hierzulande weitgehend an ambulant arbeitenden, gemeindepsychiatrischen Teams. Die Fragmentierung beeinflusst außerdem Zuständigkeiten und Behandlungskontinuitäten. Und schließlich erlauben die Abrechnungsmodalitäten der Regelversorgung nur bedingt eine Behandlung im Netzwerk. Diese und andere Bedingungen schränken die vollständige Implementierung des Offenen Dialogs teilweise erheblich ein, sodass bislang vielerorts nur Teile seiner strukturellen und therapeutischen Prinzipien Anwendung finden (können).

Entsprechend wird der Offene Dialog in Deutschland häufig unter modellhaften Versorgungsbedingungen eingesetzt. Dazu gehören einerseits die Voraussetzungen, die durch den § 64b Sozialgesetzbuch (SGB) V geschaffen wurden und die seit dem Jahr 2013 kontinuierliche, flexible und systemisch ausgerichtete Behandlungsformen erlauben [11].

Diese Möglichkeiten werden seit einigen Jahren an insgesamt 9 psychiatrischen Krankenhausabteilungen (Abteilungen in Lüneburg, Itzehoe, Hamm, Klingenmünster, Friedberg, Berlin-Neukölln, -Wedding, -Tempelhof und zukünftig auch -Kreuzberg) für die Umsetzung des Offenen Dialogs genutzt. Andererseits wird der Offene Dialog, in diesem Fall vor allem im ambulant-komplementären Bereich, im Rahmen des § 140a SGB V für die Integrierte Versorgung angeboten [12]; hier vor allem durch das Netzwerk Integrierte Versorgung mit den Standorten Berlin, Bremen, Darmstadt, Hamburg, München, Rheinland-Pfalz, Saarland, Solingen und anderen Orten in Nordrhein-Westfalen.

Jenseits dessen findet der Offene Dialog auch unter den Bedingungen der Regelversorgung Anwendung und zwar sowohl im Krankenhausbereich (Bremerhaven, Potsdam, Jerichow, Berlin, Lüneburg) als auch in der ambulanten und komplementären Versorgung, und hier vor allem im Rahmen der Eingliederungshilfe (Berlin, Solingen, Düsseldorf, Darmstadt, Koblenz, Bremen, Frankfurt, Hamburg, München, Müllheim), aber auch innerhalb einzelner sozialpsychiatrischer Dienste (Gießen, Steinburg, Wiesbaden), im Rahmen der Jugendhilfe (Saarbrücken, Koblenz), und an weiteren Standorten im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (Bremen, Wiesbaden, Düsseldorf, Berlin, Leipzig).

Wie oben bereits angedeutet, bestimmen die konkreten Versorgungsbedingungen wesentlich darüber, welche der strukturellen und therapeutischen Prinzipien im Alltag Anwendung finden. Bis heute ist die Umsetzung des vollständigen Modells in Deutschland nicht gelungen. Problematisch in diesem Zusammenhang ist, dass die § 64b und 140a SGB V an all den genannten Orten nicht zum Aufbau von systematisch sektorübergreifenden Versorgungsmodellen geführt haben.

Stattdessen beschränken sich die Versorgungsmodelle im Rahmen des § 64b weitgehend auf eine rein settingübergreifende Versorgung, das heißt auf die Integration der voll-, teilstationären und ambulanten Behandlung im Rahmen des Krankenhaussektors [11]. Das führt dazu, dass sich eine langfristige, über Jahre andauernde Behandlungskontinuität, wie sie in der ursprünglichen Anwendung des Offenen Dialogs in Westlappland üblich ist, selten umsetzen lässt. Umgekehrt nutzen vor allem komplementär-ambulante Leistungsanbieter den § 140a SGB V, wodurch Behandlungsbrüche im Falle einer stationären Behandlungsbedürftigkeit entstehen.

Stattdessen wäre die Einrichtung sektorübergreifender Teams günstig, die durch Mitarbeiter kooperativ besetzt sind, die entweder im Krankenhausbereich oder bei komplementären und ambulanten Leistungsanbietern arbeiten. Erste Erfahrungen mit dieser Form der Kooperation konnten in Bremen gesammelt werden. Als grundlegendes Modell ist hier das funktionale Basismodell von Steinhart und Wienberg zu nennen [13], welches eine sektorübergreifende Integration von Funktionen vorsieht und damit konzeptuelle Antworten auf die Fragmentierung des Versorgungssystems in Deutschland bietet.

## Training im Offenen Dialog

In enger Kooperation mit den Trainingsgruppen entstand ein Curriculum [14], welches beständig weiterentwickelt wird. Im Laufe der Trainings wurde die Anzahl der Gesamtausbildungstage von 30 auf 16 reduziert, um einen für Träger der psychosozialen Versorgung zeitlich und ökonomisch kompatiblen Rahmen zu schaffen, ohne jedoch auf die Vermittlung wichtiger Inhalte zu verzichten. Bisher wurden in Deutschland seit 2007 circa 65 Grundkurse zum Offenen Dialog mit je circa 30 Teilnehmern durchgeführt. Eine Vertiefung der Kompetenz erfolgt fortlaufend in intervisitorisch und supervisorisch begleiteter Teamarbeit und in Folgeausbildungen einzelner Teammitglieder.

Für die Fortbildungen hat sich die Form eines In-House-Trainings bewährt: In der Regel arbeiten 2 Kerntainer mit einer Gruppe von etwa 30 Teilnehmern, daneben werden 2–3 Teilnehmer eines vorangegangenen Grundkurses mit eigener Praxiserfahrung als sogenannte „interne Trainer“ einbezogen, um Rollenspiele in Kleingruppen zu coachen, was auch der Nachhaltigkeit dient, da diese Mitarbeiter auch für Übungsgruppen im Arbeitsalltag zur Verfügung stehen.

In 128 Stunden werden vor allem Methoden zur kompetenten Durchführung dialogischer Netzwerkgespräche vermittelt, wobei einzelne Inhalte sich auch auf darüber hinausgehende Themen beziehen, wie das Erstellen von Netzwerkkarten, das Reflektieren im Team, das Reflektieren nach Eskalationen, die Aktivierung von Netzwerken, Reframing und Fragetechniken sowie Behandlungskonferenzen im Klinikkontext.

In jedem Modul werden die methodischen Inhalte als Selbsterfahrung, methodische Vorübungen und Rollenspiele von Netzwerkgesprächen über 1,5 Stunden in Kleingruppen erprobt, bei denen die Teilnehmer im Verlauf der 16 gemeinsamen Tage unterschiedliche Rollen (Professionellen-, Nutzer- und/oder Angehörigenrollen) einnehmen. Die Tiefe der Identifikation in diesen Rollen ist oft erstaunlich hoch.

In einer qualitativen Begleitforschung von Trainings in New York City wurde diese Form des Trainings als „transforma-





Ziel der Netzwerktreffen ist, die Sichtweisen aller Teilnehmenden zu verstehen und gemeinsam über das weitere Vorgehen zu entscheiden. (Symbolbild/Quelle: Paavo Blåfield/Thieme Gruppe)

tives Lernen“ bezeichnet, die zu „eine[r] Dynamik [führt], die bisherige Identitäten destabilisiert und herkömmliche Vorstellungen von Berufsnormen oft in Frage stellt“ [15]. Vermutlich führt diese multiperspektivische Rollenidentifikation zu einer hohen Sensibilisierung für eine professionelle Sprache, in der grundlegende Wertschätzung für jede beteiligte Person zum Ausdruck kommt und abwertende Sprachjargons überwunden werden können.

Ein weiteres Element des Trainings ist die Betonung der Suche der Nutzer und ihrer Netzwerke nach ihren eigenen Lösungen. Von Professionellen favorisierte Lösungen werden hintangestellt, auch wenn sie noch so gut gemeint sind. Dass dabei Ambivalenzen entstehen und ausgehalten werden müssen, ist zunächst ungewohnt, aber auf lange Sicht auch entlastend.

Der Umgang mit Vielstimmigkeit (auch innerhalb der Teams und zudem transparent für die Nutzer) ist ein wei-

terer zentraler Aspekt im Training des dialogischen Ansatzes. Oft wird es zunächst von den Teammitgliedern als befremdlich erlebt, nicht mit einer Stimme zu reden. Sich „nicht spalten zu lassen“ gilt üblicherweise als Teamerfordernis. Dabei sind Unterschiede und Polyphonie angesichts der Komplexität von Problemlagen und Personen nicht zu umgehen und therapeutisch sinnvoll: In dem Bedeutungs-, Handlungs- und Entscheidungsraum zwischen unterschiedlichen Sichtweisen vertieft sich die Individualität und Subjektivität, werden Ich-Funktionen entwickelt und entstehen Wahlmöglichkeiten.

## Netzwerk Offener Dialog

Seit 2016 existiert das Netzwerk „Offener Dialog“ als überregionale Interessengemeinschaft aus Mitarbeitern psychosozialer Arbeitsfelder im deutschsprachigen Raum, die den Offenen Dialog praktizieren. Ausgangspunkt war die „Versammlung zur Zukunft des Offenen Dialogs“ im De-

zember 2016 zum Austausch über die strukturelle sowie inhaltliche Entwicklung und Verbreitung des Offenen Dialogs in Weiterbildung und Praxis, insbesondere die Entkoppelung vom Engagement einzelner beziehungsweise der Wunsch nach Umverteilung dieses Engagements auf mehr Personen.

Seit dem Auftakttermin trifft sich das Netzwerk im halbjährigen Abstand an unterschiedlichen Standorten (bisher Berlin, Bielefeld, Göttingen, Bremen und Leipzig). Das Netzwerk umfasst derzeit etwa 80 Personen, wobei pro Treffen jeweils durchschnittlich 20 Personen unterschiedlicher Professionen aus verschiedenen Settings der psychosozialen Arbeit beteiligt sind. Innerhalb des Gesamtnetzwerks gründeten sich themenbezogene Arbeitsgruppen sowie Regionalgruppen zur Vernetzung und zum fachlichen Austausch vor Ort, welche sich in regelmäßigen Abständen treffen. Die Ergebnisse/Inhalte dieser Arbeits- und Regionalgruppen werden in den Treffen des Gesamtnetzwerks durch Berichte und Protokolle eingebracht.

Gemäß dem Wesen des Offenen Dialogs entspricht die Arbeitsweise des Netzwerks dem dialogischen Prinzip: Obwohl Themen im Vorfeld eingereicht werden können, gibt es keine verbindliche Agenda, die Tagesordnung wird bei jedem Treffen gemeinsam ausgehandelt und jede Stimme wird gehört. Auch zur Bearbeitung einzelner Themen werden methodische Aspekte aus der Offenen-Dialog-Arbeit integriert (beispielsweise reflektierendes Team).

Zudem wird großer Wert auf unterschiedliche Erfahrungsexpertisen gelegt, durch die Einbindung von Peers und verschiedener Berufsbilder. Dies führt zu einem konstruktiven Praxis- und Erfahrungsaustausch sowohl methodisch-inhaltlich als auch in Bezug auf strukturelle oder politische Entwicklungen und Rahmenbedingungen zur weiteren Umsetzung des Offenen Dialogs.

Im Verlauf der Netzwerktreffen haben sich verschiedene Themenfelder herausgebildet:

### Themenfeld Forschung und Evaluation

Die Arbeitsgruppe setzt sich für die quantitative und qualitative Evaluation der Wirksamkeit, Inhalte und notwendigen Rahmenbedingungen des Offenen Dialogs in Deutschland ein, um dadurch für mehr Sichtbarkeit und Verbreitung zu sorgen. Im Kern stehen die Akquirierung von Forschungsgeldern sowie die Förderung von universitären Forschungsvorhaben wie Promotions- und Masterarbeiten. So wurden verschiedene Verbundanträge zur Förderung von Forschung bezüglich des Offenen Dialogs gestellt und eine Promotionsstelle besetzt.

Ein wichtiges Anliegen der Arbeitsgruppe ist, partizipative Forschungsansätze zu ermöglichen, also alle Berufs- und Erfahrungsperspektiven in die Forschung zu integrieren. Derzeit besteht Beteiligung an einer internationalen,

multizentristischen Studie (HOPEnDialogue), die das Ziel hat, parallel zu einer zeitgleich in England durchgeführten Wirksamkeitsstudie (ODDESS) international vergleichbare Ergebnisse zu produzieren [16].

### Themenfeld Training, Vermittlung, Supervision und Ausbildung

Anhand der bestehenden Materialien aus den Offenen-Dialog-Trainings von Volkmar Aderhold und Co-Trainern wurde ein Handbuch für Trainer des Offenen Dialogs erstellt und dem Netzwerk zur Verfügung gestellt. Dies umfasst Inhalte und Materialien sowie dezidierte Durchführungshinweise zu den einzelnen Workshops.

Ziel ist die Möglichkeit, Offene-Dialog-Trainings mit relativ einheitlichen Qualitätsstandards regional durch das Netzwerk anzubieten, ohne jedoch die Trainings in ihrer Vielfalt beziehungsweise die Trainer in ihrer Individualität einzuschränken. Darüber hinaus arbeitet die Arbeitsgruppe daran, die Nachhaltigkeit der Schulungsinhalte zu sichern, sowohl im Sinne regelmäßiger Interventionsformate (beispielsweise im Rahmen regionaler Netzwerke) als auch vertiefender Fort- und Weiterbildungen für Offene-Dialog-Praktizierende.

### Themenfeld Vernetzung, Lobbyarbeit, Strategie und Öffentlichkeit

Die Arbeitsgruppe wurde aus dem initialen Bestreben gebildet, zur Verbreitung und Vernetzung des Offenen Dialogs in Deutschland beizutragen. Dabei geht es neben der Organisationsstruktur, einer möglichen Rechtsform des Netzwerks und dessen Verortung innerhalb und außerhalb des psychosozialen Arbeitsfelds vor allem um politische Rahmenbedingungen zur Etablierung des Offenen Dialogs und die Vernetzung von Politik, Kostenträgern sowie regionalen Anbietern und Fachverbänden. Bestehende Strukturen sollen gesichert werden und darüber hinaus Synergien geschaffen werden, die einem (schrittweisen) Aufbau einer flächendeckenden Versorgung entgegenkommen.

Zur besseren Darstellung des Netzwerks und seiner Aktivitäten sowie aller Offenen-Dialog-bezogenen Angebote in Deutschland soll eine Website eingerichtet werden. Zu diesem Zweck wurde die bisherige Struktur einer bestehenden Website auf ihre weitere Verwertbarkeit geprüft sowie relevante Inhalte und Meinungen für eine funktionierende und tragfähige Website gesammelt und mit dem restlichen Netzwerk abgestimmt.

### Schlussfolgerungen und weitere Schritte

Derzeit befindet sich das Netzwerk an einem richtungsweisenden Punkt. Nach Sammlung relevanter Themen und Gründung einzelner Arbeitsgruppen besteht nunmehr die zentrale Frage darin, wie sich das Netzwerk in Zukunft verortet und organisiert. Diese Frage hat eine praktische

Relevanz, da viele weitere Arbeitsschritte von dieser Entscheidung abhängig sind (beispielsweise der Aufbau und Umfang einer Website). Darüber hinaus berührt sie auch die inhaltliche Ausrichtung des Netzwerks: Seine derzeit bestehende selbstorganisierte, offene Form gleicht einer Graswurzelbewegung, die kleinere regionale Netzwerke darin stärken könnte, eigene Trainings- und Versorgungsstrukturen aufzubauen und diese mit dem Gesamtnetzwerk rückzukoppeln. Hingegen könnte der Aufbau von systematischeren Strukturen des Gesamtnetzwerks einer fachpolitischen Verortung und Ausweitung des Offenen Dialogs innerhalb der bestehenden Versorgungsstrukturen möglicherweise mehr Gewicht verleihen.

Für welche Form der Organisation sich das Netzwerk entscheidet, ist bis dato noch offen. Bisher entstand die entscheidende Kraft für die Umsetzung und Ausweitung des Offenen Dialogs in Deutschland aus dem Erleben seiner Effekte auf sowohl Nutzer als auch Mitarbeiter. Zusätzlich könnte die bereits oben genannte, derzeit laufende Studie in Großbritannien aufgrund ihres Designs mit diagnosenübergreifendem Krisenfokus und randomisierten Kontrollgruppen den Empfehlungsgrad für den Offenen Dialog in Leitlinien deutlich erhöhen. Schon jetzt wurden Empfehlungen zum Offenen Dialog in die im Jahr 2019 erneuerte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema „Psychosoziale Therapien für schwere psychische Erkrankungen“ aufgenommen [17].

Gleichzeitig müssen die Umsetzungsformen des Offenen Dialogs immer an die jeweils unterschiedlichen, teils auch stark begrenzenden Versorgungskontexte angepasst bleiben. Will der Offene Dialog lebendig bleiben, sind solche Anpassungsleistungen unvermeidlich. In Bezug auf eine aktuelle internationale Diskussion zum Thema Gütekriterien („fidelity“) stellt sich derzeit die Frage, wie groß dabei Toleranzspielräume sind oder sein müssten. Wie sich diese Diskussionen entwickeln werden, bleibt abzuwarten.

Historisch bedingt ist die Entwicklung des Offenen Dialogs eng mit einer Psychopharmaka-kritischen Haltung verbunden. Die oben genannten Kohortenstudien in Finnland haben als eines der primären Outcome-Maße immer auch die Rate der Neuroleptika-Einnahme ermittelt. Im Zuge der intensiven Diskussionen um die Frage der Anwendbarkeit des Offenen Dialogs innerhalb des deutschen Versorgungssystems ist dieser Aspekt in den letzten Jahren vielleicht etwas zu kurz gekommen, weil Ersterkrankte nicht erreicht wurden. So waren nur begleitete Reduktions- und Absetzprozesse umsetzbar. Zukünftig sollte sich das Netzwerk wieder mehr mit diesen Fragen befassen und auch die eigene Praxis unter diesem Gesichtspunkt überprüfen.

Die Aufrechterhaltung des Offenen Dialogs in Deutschland erforderte in den letzten Jahren ein starkes Engagement von Mitarbeitern auf allen Leitungsebenen, was langfristig

von entscheidender Bedeutung ist. Denn die Bedingungen des stark fragmentierten psychiatrischen Versorgungssystems bringen viele Herausforderungen in der Umsetzung mit sich. Für viele dieser Herausforderungen wurden in der Vergangenheit kreative Lösungen gefunden. Soll diese Kreativität nicht erlahmen, braucht es perspektivisch auch strukturell verankerte Lösungen und hier vor allem neue Gesetze, die ein wirklich sektorübergreifendes, teambasiertes Arbeiten im Feld der Psychiatrie belohnen.

## Autorinnen/Autoren

### Univ.-Prof. Dr. med. Sebastian von Peter

Professur für psychiatrische Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt qualitativer und partizipativer Ansätze, Medizinische Hochschule Brandenburg; Oberarzt für das Team der stationsäquivalenten und Zuhause-Behandlung, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Immanuel Klinik Rüdersdorf  
E-Mail: Sebastian.vonPeter@mhb-fontane.de

### M.Sc. Psych. Kolja Heumann

2014–2018 als Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf tätig (Spezialambulanz für Psychosen und bipolare Störungen; AG Sozialpsychiatrie und partizipative Forschung); derzeit in Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten; Co-Trainer zum „Offenen Dialog“ und Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg; in freier Praxis in Hannover tätig

### Mira Kuhlmann

Systemische Therapeutin, derzeit Masterstudentin im Fach Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medizinischen Hochschule Brandenburg, zuvor tätig im Bereich der ambulanten Sozialpsychiatrie

### Dr. med. Volkmar Aderhold

Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin; Lehrender für Systemische Therapie und Beratung (DGSF); arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie; 1996–2007 Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf; danach bis zur Berentung Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald; aktuell Gastwissenschaftler der Charité; freiberuflich: Qualifizierungsmaßnahmen zum „Offenen Dialog“, Vorträge Veröffentlichungen und Beratung von psychiatrischen Organisationen bei der Strukturentwicklung

## Literatur

- [1] Alanen Y. Schizophrenie – Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001
- [2] Lehtinen K. Need-adapted treatment of schizophrenia: a five-year follow-up study from the Turku project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993; 87 (2): 96–101
- [3] Aderhold, V., Alanen, Y. Ö., Hess, G. & Hohn, P. (Hrsg.) (2003). Psychotherapie der Psychosen: Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen, Psychosozial Verlag
- [4] Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B et al. Five-years experience of first-episode psychosis in open-dialogue approach. *Psychotherapy and Research* 2006; 16: 214–228
- [5] Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process* 2003; 42 (3): 403–418
- [6] Seikkula J. Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy* 2008; 30 (4): 478–491
- [7] Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A et al. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 10–17
- [8] Lehtinen K, Aaltonen J, Koffert T et al. Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry* 2000; 15: 312–320
- [9] Seikkula J, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. *Psychosis* 2011; 3 (3): 1–13
- [10] Olson M, Seikkula J, Ziedonis D. The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria (2014). Im Internet: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>; Stand: 23.04.2020
- [11] von Peter S, Ignatyev Y, John J et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany – A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers Psychiatry* 2019; 22 January. Im Internet: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00785>; Stand: 23.04.2020
- [12] Stegbauer C, Goetz K, Bauer E et al. What contributes to good patient outcomes in the home treatment of the severely mentally ill: study protocol of a multi-centre analysis. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 283. Im Internet: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-283>; Stand: 23.04.2020
- [13] Steinhardt I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiat Prax* 2016; 43: 65–68. Im Internet: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-101534>; Stand: 23.04.2020
- [14] Aderhold V. & Borst U: (2016) „Stimmenhören Lernen“ – Qualifizierung für systemische Arbeiten in der psychiatrischen Grundversorgung, *Familiendynamik* 1: 34–43
- [15] Parachute NYC. Tracing the Origins, Development, and Implementation of an Innovative Alternative to Psychiatric Crisis. WHITE PAPER – December 18, 201
- [16] Medizinische Hochschule Brandenburg. HOPENDIALOGUE. Im Internet: [https://www2.unipark.de/\(uc/vonpeter\\_/7420/\)](https://www2.unipark.de/(uc/vonpeter_/7420/)); Stand: 28.04.2020
- [17] Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2019

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1160-2847>  
 Psych. Pflege Heute 2020; 26: 191–198  
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
 ISSN 0949-1619