



**Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.**

**Stellungnahme des Dachverbands Gemeindepsychiatrie
zur Thematik des 2. Forums im Rahmen des BMG-Dialogs:
Selbstbestimmung und Partizipation**

Vorbemerkung

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie ist seit seiner Gründung den Prinzipien der Partizipation, des Dialogs, der ehrenamtlichen Bürgerhilfe und der Förderung der Selbsthilfe verpflichtet. Die bundesweiten Selbsthilfeverbände der Psychiatrieerfahrenen (BPE) und der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) sind mit Unterstützung des Dachverbands entstanden, der Dachverband richtet bis zum heutigen Tage die Jahrestagungen des Bundesverbandes Psychiatrieerfahrener aus. Der Verein EX-IN Deutschland e. V. ist eine Mitgliedsorganisation des Dachverbands Gemeindepsychiatrie.

Das Rahmenthema des 2. Dialogforums, die umfassende Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation in der psychiatrischen Versorgung, gehört daher zum Kernbestand unserer Verbandsarbeit. Einige aktuelle Ansatzpunkte dazu werden in der folgenden Stellungnahme vorgeschlagen.

Stärkung der Selbstbestimmung

Damit Patienten in ihrer Behandlung ihr Wunsch- und Wahlrecht wirksam ausüben können, sollten folgende Maßnahmen diskutiert werden:

- Über die regional verfügbaren, ggf. einzusetzenden Hilfen soll eine ausführliche, leicht zugängliche und verständliche mündliche und schriftliche *Information* für Betroffene und ihre Angehörigen zugänglich sein.
- Die vielfach erforderlichen komplexen Hilfen mit mehreren einzelnen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten sind so zu vernetzen und aufeinander abzustimmen, dass sie „wie aus einer Hand“ erbracht werden (*Gemeindepsychiatrischer Verbund*).
- Den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld soll eine *Lotsen- und Ankerperson* („*koordinierende Bezugsperson*“) von Anfang an, erforderlichenfalls auch langfristig und mit personeller Kontinuität zur Verfügung stehen, deren Koordinations- und Vernetzungsleistungen als *Teil der Regelversorgung* im SGB V zu verankern sind.
- In jede *Behandlungsplanung* sind die Betroffenen sowie – soweit möglich und gewünscht – ihre Angehörigen und/oder andere Vertrauenspersonen einzubeziehen. *Behandlungsvereinbarungen* – als gemeinsames Ergebnis von Behandlungsplanungen – und *Patientenverfügungen* – als einseitige Willenserklärungen – sind als die Behandler*innen bindende Dokumente rechtlich zu sichern und in ihrer praktischen Wirksamkeit in allen Einrichtungen durchzusetzen.
- Unabhängige, im Idealfall von Selbsthilfeorganisationen getragene Beratung sollte in jeder Region verfügbar und leicht erreichbar sein, etwa nach dem Vorbild der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB).

Entscheidungsfindung

Entscheidungen über Behandlungsmaßnahmen und alle übrigen Hilfen sollten in folgender absteigender Hierarchie zustande kommen:

- Vorrang haben die *Wünsche und Absichtserklärungen des/der Betroffenen*. Neben mündlichen Äußerungen sind Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen als maßgebliche Willensäußerungen zugrunde zu legen. Wünsche und Bedürfnisse Angehöriger oder anderer Personen des sozialen Umfelds sind einzubeziehen, für die Klärung eventueller Konflikte zwischen den Beteiligten sind qualifizierte therapeutische und beratende Angebote vorzuhalten.
- Soweit erforderlich, sind alle Leistungen regelhaft zu erbringen, die eine *Entscheidungsfindung unterstützen (supported decision)*.
- Eine *partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making)* hat die eigenen Äußerungen der Betroffenen als Ausgangspunkt und muss auf der Grundlage umfassender Information und frei von Zwang, Nötigung oder anderen Einengungen zustande kommen.
- Eine *Entscheidung ohne oder gegen den Willen des/der Betroffenen (substituted decision)* bedarf der Begründung durch eine akute, auf keinem anderen Wege abzuwendenden Gefahrensituation. Sie muss die Ausnahme sein. Solche Entscheidungen sind sorgfältig zu dokumentieren und einer regelmäßigen Überprüfung (durch Monitoring, Qualitätszirkel o.ä.) zu unterziehen.

Vermeidung von Zwangsmaßnahmen

Alle Maßnahmen, die in Betracht kommen, im Einzelfall eine solche ersetzte Entscheidung gegen oder ohne die Wünsche der Betroffenen unnötig zu machen, sind als regionale Angebotsstrukturen verpflichtend vorzuhalten (z. B. Krisendienste, Home Treatment, Rückzugsräume). Entsprechende Schritte, wie sie bereits im 1. Dialogforum und den nachfolgenden Stellungnahmen und Empfehlungen diskutiert werden, sind aus Sicht der Gemeindepsychiatrie entscheidend sowohl für die Vermeidung bzw. Reduktion von Zwangsmaßnahmen als auch für die Stärkung und Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit schweren, vielfach krisenhaft verlaufenden psychischen Erkrankungen.

Da diese Themen in anderen Dialogforen behandelt werden, gehen wir hier nicht weiter darauf ein.

Darüber hinaus ist die Behandlungspraxis durch geeignete Elemente (Deeskalationstrainings, Recovery/Empowerment und weitere Themen) in den Curricula aller Berufsgruppen sowie verpflichtende Fort- und Weiterbildungen zu verändern.

Peer-Beratung

Personen mit eigener Erfahrung mit psychischer Krise oder Erkrankung und psychiatrischer Versorgung sowie mit geeigneter Zusatzqualifikation, etwa durch EX-IN-Weiterbildung, bieten Betroffenen eine Beziehung unter Gleichen, die durch professionelle Angebote nicht ersetzt werden kann. Peer-Beratung gehört als Pflichtangebot in das Leistungsspektrum aller psychiatrischen Dienste und Einrichtungen, insbesondere wenn diese mit schwer psychisch erkrankten Personen arbeiten.

Damit dieser Standard überall umgesetzt werden kann, sind unter anderem folgende Schritte geboten:

- Peer-Beratung ist als *Regelleistung* in den Kanon des SGB V aufzunehmen, die sowohl ambulant als auch (teil-) stationär und stationsäquivalent erbracht werden kann.
- Für Peer-Beratung sind – ebenso wie etwa für Ergo- oder Kunsttherapie – *eigene Stellenkapazitäten* in allen Diensten und Einrichtungen vorzusehen und finanziell abzusichern.
- Peer-Beratung ist nach niederländischem Vorbild dahingehend weiterzuentwickeln, dass *unterschiedliche Qualifikationsstufen* definiert werden, die mit dazu passenden Aufgabenstellungen und Verantwortlichkeiten betraut werden können.
- Um Peer-Beratung als eigenes Berufsbild zu implementieren, sind neben Qualifikationsanforderungen entsprechende *tarifliche Eingruppierungen* im TVÖD und verwandten Tarifsystemen zwischen den Tarifparteien zu vereinbaren.
- Neben der Beratung für Personen mit psychischen Erkrankungen soll auch die Beratung ihrer Angehörigen durch Personen mit entsprechender eigener Erfahrung und Qualifizierung aufgebaut werden.

Verpflichtender Einbezug von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen auf allen Ebenen der Psychiatrieplanung und Evaluation von Angeboten

In allen regionalen und überregionalen Instanzen der Planung psychiatrischer Versorgung sind Vertretungen der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen vorzusehen. Über eine Beteiligung mit Rede- und Antragsrechten hinaus sind sie an Entscheidungen zu beteiligen, etwa durch Stimm- und/oder Vetorechte.

Dies gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Selbstverwaltungsorgane der GKV und der übrigen Sozialleistungsträger ebenso wie z. B. für Landespsychiatrieplanungen und für kommunale Gesundheitskonferenzen, Psychiatriebeiräte oder Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG).

Ebenso sind Vertretungen der Selbsthilfeverbände an der Planung, Förderung und Durchführung von Evaluationen und anderen Forschungsvorhaben im Sinne dialogischer Gremienstrukturen zu beteiligen.

Für den Vorstand des Dachverbands Gemeindepsychiatrie

Nils Greve
Vorsitzender

04.11.2019