

Empfehlungen zu den Themenbereichen des

Dialogforums 4 „**Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation**“

Auch psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf haben das Recht, soweit möglich selbstbestimmt über ihr Leben und über ihre medizinisch-therapeutische Behandlung und Versorgung zu entscheiden.

Von diesem Grundsatz darf nur innerhalb der rechtlich festgelegten Grenzen kurzfristig abgewichen werden, um akute Gefahren (Selbst- und Fremdgefährdung) abzuwehren. Zwang, also jegliche Handlungen, die ohne Zustimmung der Betroffenen vorgenommen werden, dürfen ausschließlich angewandt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten scheitern („ultima ratio“).

Wenn Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf vorübergehend und/oder nachhaltig durch ihre Erkrankung so beeinträchtigt sind, dass sie von ihren Rechten nicht (vollumfänglich) selbst Gebrauch machen können, muss ihnen eine bevollmächtigte Vertrauens- oder Bezugsperson zur Seite gestellt werden, die ihre Teilhabe und Mitbestimmung gewährleistet und ihre Bedürfnisse und Interessen vertritt. Idealerweise kommt diese Person aus dem persönlichen Umfeld des betroffenen Menschen und wurde vorzeitig freiwillig in Form einer Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsvereinbarung bevollmächtigt. Eine dauerhafte gesetzliche Betreuung sollte für den Personenkreis der Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf nur im Ausnahmefall eingerichtet werden.

1. Empfehlung **Haltung**

Bildung eines kollektiven Bewusstseins, eines gemeinsamen Menschenbildes und einer professionellen „Haltung“ in der personenzentrierten Versorgung eines regional abgestimmten, kooperierenden Versorgungsnetzes in einer überschaubaren Versorgungsregion. Die Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf sind häufig schon lange in der Versorgungs- und Behandlungsszene unterwegs und bekannt.

Eine gemeinsam abgestimmte personenzentrierte Versorgung impliziert zuerst einmal den individuell betroffenen Menschen ganzheitlich wahrzunehmen. Für die Verantwortlichen in Behandlung und Versorgung heißt das,

- an der Organisation und Beteiligung einer spezialisierten Krisenversorgung mit Ausrückfunktion (S. auch Empfehlungen von NetzG zum 1. Dialog) mitzuwirken;
- nicht mit und unter Zeitdruck zu agieren – sich Zeit zu nehmen und zu gewähren und in Ruhe Entwicklung ermöglichen;

- sich nicht nur an den Symptomen zu orientieren, sondern sich bewusst zu sein oder zu werden, welche Antriebe und Gefühle den betroffenen Menschen im Augenblick bewegen (z.B. Aggression, Angst, Trauer, Verunsicherung) und auf diese einzugehen;
- gut zuzuhören und die Glaubwürdigkeit des betroffenen Menschen nicht in Frage zu stellen: Dadurch entsteht Misstrauen, wo Vertrauensaufbau notwendig wäre;
- sich mit Toleranz und Respekt an den individuellen Normen, Bedürfnissen, Möglichkeiten und Fähigkeiten des jeweilig betroffenen Menschen zu orientieren;
- seine krankheitsbedingten, eingeschränkten Handlungs- und Entscheidungsspielräume durch mit ihm abgestimmte therapeutische Interventionen wieder zu vergrößern („Empowerment“) und der Frage nachzugehen - was braucht der betroffene Mensch, um zu einem möglichst frühen Zeitpunkt wieder von seinem Grundrecht auf Selbst- und Mitbestimmung Gebrauch machen zu können (Recovery ermöglichen);
- eine vorhandene Behandlungsvereinbarung einzuhalten ;
- das soziale Umfeld (Angehörige, Freunde, Vertrauenspersonen) miteinzubeziehen (soweit gewünscht und möglich);
- die sozialen Netzwerke des Betroffenen miteinzubeziehen;
- die Lebenssituation zu berücksichtigen (Arbeit, Wohnung, Status, Milieu);
- die individuellen Barrieren zu beachten und bei der Bewältigung zu unterstützen;
- umfänglich aufzuklären über die unterschiedlichen Möglichkeiten in verständlicher Sprache;
- ein Gespür für/über das Misstrauen erzeugende Trauma früherer negativer Erfahrungen in der Behandlung zu haben;
- die besondere Situation bei einer Ersterkrankung zu berücksichtigen.

2. Empfehlung

Auflösung des institutionenzentrierten Ansatzes

- a. Gewinnorientierte sowie „in-sich-geschlossene“ Versorgungssysteme und -Einrichtungen privater Betreiber, die dem freien Wettbewerb des Marktes unterliegen, sollten in der psychiatrischen Grund- und Pflichtversorgung keine Rolle spielen. Reine Kosten- und Gewinnorientierung und wettbewerbsbedingte Einsparungen bei der Vergabe von Trägeraufgaben führen in der Regel zu Qualitätseinbußen und –Verlusten in der Leistungserbringung und gehen zu Lasten der Versorgungsqualität für die betroffenen Menschen.

- b. Es besteht die Notwendigkeit eines Auf- und Ausbaus regionaler Versorgungsangebote. Die derzeit nicht gemeindenahen, flächendeckende, sondern z.T. nicht vorhandene oder überregionale Versorgungsstruktur bedeutet für einen Teil der Patienten/Klienten (insbesondere aus ländlichen Regionen) weite Wege in Kauf zu nehmen, soziale Beziehungen zu verlieren oder dorthin umzuziehen, wo die erforderlichen Versorgungsangebote vorgehalten werden (institutionenzentrierter Ansatz).
- c. Es bedarf dringend gesetzlicher Grundlagen, um abgestimmte Komplexleistung zu ermöglichen: Dazu gehören gemeinsame Hilfeplanung, Überleitungsmanagement und ein durchgängiges Bezugspersonensystem. Die komplexen Hilfen müssen bei den betroffenen Menschen „wie aus einer Hand“ ankommen, ansonsten drohen Behandlungsabbrüche, Rückfälle, Beziehungsabbrüche und Vertrauensverlust.
- d. Die erforderlichen komplexen Leistungen müssen dort gemeinsam abgestimmt angeboten werden können, wo die betroffenen Menschen leben – in ihrem direkten Lebensfeld. StäB und Hometreatment müssen selbstverständliche Angebotsformen der Behandlung sein.
- e. Gemeindepsychiatrische Verbundsysteme haben hinlänglich ihre abgestimmte und verbindliche Komplexleistungsfähigkeit bewiesen. Es sollten Anreizsysteme aufgebaut werden, in eine verbindliche GPV Vernetzungsarbeit einzusteigen, damit dauerhaft eine flächendeckende gemeinsame Versorgungsverpflichtung in den Regionen entstehen kann und damit die derzeit teilweise fragmentierte Versorgungslandschaft gemeinsame Hilfeplanung für Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf leisten kann. Durch die unmittelbare Beteiligung entscheidungsfähiger Leistungsträger im GPV würde die notwendige Kontinuität und Qualität in einer personenorientierten, personenzentrierten Versorgung eintreten.

3. Empfehlung

Peer Beteiligung

Ein an Recovery und Empowerment ausgerichtetes psychiatrisches Versorgungsnetz benötigt das Expertenwissen der Betroffenen. Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankung und deren Angehörige müssen auf allen Ebenen einbezogen werden. Dazu gehört auch unbedingt der Einsatz von ausgebildeten (auch Angehörigen-) Peers (z.B. EX-IN) und selbsterfahrenen Peers in der unmittelbaren praxisnahen Versorgung. Sie leisten einen unverzichtbaren, niedrighwelligen

Übersetzungsbeitrag zur bedürfnisorientierten Qualität zwischen dem erkrankten Menschen und den Behandlern bzw. Versorgern.

Erläuterung: Differenzierung des Begriffs Peer:

- a. Ausgebildeter, erfahrener Peer: Z.B. EX-IN Genesungsbegleiter, EUTB Berater*in
- b. Selbsterfahrener Peer: Z.B. Erfahrung in der Selbsthilfe, Peer Beratung, Patientenfürsprecher, Besuchsdiensten etc.

Zu a: Eine konkrete Aufgaben- und Stellenbeschreibung ist notwendig, um die individuellen Voraussetzungen des Einsatzgebietes/Arbeitsplatzes zu klären. Dazu wird auch angeregt, arbeitsplatzspezifische Aus- und Fortbildungsmodul für das konkrete Arbeitsfeld des jeweiligen selbsterfahrenen, professionellen Peers zu definieren. Ansonsten ist das Risiko groß, dass die eigentliche Profession des Peers zu einer Aushilfstätigkeit („Mädchen für alles“) herangezogen wird. Professionelle Peers unterliegen den Vorgaben und Weisungen des jeweiligen Arbeitgebers und von ihm beauftragten Führungspersonen/Vorgesetzten und sind damit in ein arbeitsrechtliches System eingebunden, das der ureigenen Betroffenen-Erfahrung entgegenstehen kann.

Ausgebildete berufstätige Peers sollten in ein multiprofessionelles Team eingebunden sein, in dem auf „gleicher Augenhöhe“ die unterschiedlichen Möglichkeiten (Sichtweise, Blickwinkel) der Behandlung/Versorgung diskutiert werden mit dem Ziel eine möglichst hohe, „dichte“ und verständliche Versorgungsqualität für die betroffenen Patienten/Klienten zu gewährleisten.

Zu b: Selbsterfahrene Peers ohne zertifizierte Ausbildung sind in der Regel ehrenamtlich tätig oder geringfügig beschäftigt. Häufig sind sie auf Grund persönlichen Interesses (Recovery, Empowerment) in ihr jeweiliges Aufgabengebiet hineingewachsen. Die Motivation zur Peer Arbeit entspringt oft einem eigenen sozialen Kontaktbedürfnis, dem Gefühl der Sinnhaftigkeit der jeweiligen Tätigkeit oder auch der Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls. Je nach persönlicher Neigung und Eignung übernehmen Ehrenamtliche wichtige Aufgabenbereiche in der partnerschaftlichen Begleitung, Beratung und Versorgung von Betroffenen. Die Akzeptanz gegenüber selbsterfahrenen Peers durch Betroffene ist häufig hoch und wird als niedrigschwellig (barrierearm) empfunden. Freiwillig eingebunden in ein Team von verantwortlichen professionellen Mitarbeitern erfüllen erfahrene Peers die wichtige Aufgabe der Übersetzung der bedürfnisorientierten Versorgung. Auch dienen sie als „Brückenbauer“ in die Selbsthilfe und/oder leiten eine Selbsthilfegruppe.

4. Empfehlung

Prävention und psychische Gesundheit

Der § 20 (Prävention und Gesundheitsförderung) im SGB V sollte dahingehend angepasst werden, dass eine umfassende Prävention (primär, sekundär und tertiär) und Gesundheitsförderung ermöglicht wird. Sowohl die Aus- und Fortbildung, als auch der berufliche Einsatz von selbsterfahrenen Peers für Betroffene (z.B. als Vertrauensperson) und auch für professionelle Arbeitsteams (z.B. bei Team-Entwicklungsprozessen) würde damit förderfähig werden.

Empowerment-, Recovery- und Resilienz-Programme (z.B. „Recovery-Colleges“) könnten so eine wesentliche und notwendige Stärkung erfahren und aktiv zur Erhaltung oder Wiederherstellung der psychischen Gesundheit beitragen. Auch computergestützte, virtuelle Selbsthilfe könnte dadurch aufgewertet werden und einen wichtigen Beitrag leisten in Sondersituationen (wie z.B. der Rettungs-ring e.V. bei der derzeitige Pandemie). Bestimmte Betroffene mit Sozial- und Kontaktstörungen sind virtuell leichter erreichbar, ebenso Jugendliche und junge Erwachsene.

Seit vielen Jahren gibt es bewährte Bildungs- und Schulprojekte (z.B. BASTA) unter Beteiligung von Peers, die einen wertvollen Beitrag zur Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema psychische Erkrankung und/oder psychische Gesundheit leisten und zum Abbau von Stigmatisierung beitragen. Alle diese Projekte werden getragen durch das hohe soziale Engagement – meist ehrenamtlich - einzelner Betroffener, Angehöriger und professionell Ausgebildeter. Alters- oder frustrationsbedingtes Ausscheiden von Leistungsträgern führt hierbei oft zur Auflösung ganzer Initiativen. Ein finanziell getragenes Anreiz-, Förderungs- und Finanzierungssystem würde Möglichkeiten eröffnen Interessierte zu finden, die sich dieser wertvollen präventiven Aufgabe widmen.

Im Rahmen der im November ausgerufenen „**Offensive psychische Gesundheit**“ der 3 Ministerien Gesundheit, Arbeit und Soziales sowie Familie könnte somit auch ein wichtiger Beitrag und Impuls zur gesellschaftlich akzeptierten psychischen Gesundheit und Entstigmatisierung geleistet werden.

Gesellschaftspolitisches Ziel dabei muss es sein, die vorherrschende krankheitsorientierten Denkmuster zu ersetzen durch auf seelische Gesundheit ausgerichtete, die vorhandenen Fähigkeiten berücksichtigende Perspektive und positive Entwicklung, die ein möglichst selbstbestimmtes und zufriedenstellendes Leben ermöglichen: Resilienz (Heilung).

Verantwortlich für Form und Inhalt, Bonn 16.12.2020

Hermann Stemmler, Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V