

STELLUNGNAHME



Stellungnahme

zum Thema Selbstbestimmung und Partizipation im Rahmen des SGB V-Dialogs

Nach den Vorgaben der UN-BRK und weiterer rechtlicher Maßgaben, die die Patientenrechte regeln, ist das Thema Selbstbestimmung und Partizipation von herausragender Bedeutung.

„Das Recht auf Selbstbestimmung ist einer der zentralen Kerngedanken in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte: Jedem Menschen kommt das Recht zu, sein Leben selbstbestimmt zu leben, seine eigenen Angelegenheiten frei und ohne die Einmischung anderer Menschen oder des Staates zu gestalten – soweit nicht die Rechte anderer oder die anerkannten Regeln der Gemeinschaft verletzt werden.“ (zitiert n. PARITÄT GV)

Neben den rechtlichen Ansprüchen ist auch aus fachlicher Sicht eine Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung unabdingbar. Die Befähigung, sich im Sinne der Selbstbestimmung mit der eigenen Erkrankung auseinanderzusetzen, ist als Teil des Genesungsprozesses anzusehen. Das so entwickelte eigene Krankheitsverständnis kann einen an den eigenen Bedürfnissen orientierten Umgang mit der Erkrankung möglich machen. Die selbstbestimmte und selbstbewusste Einbringung von eigenen Erfahrungen, Sichtweisen, Bedürfnissen und von Wissen in die Auseinandersetzung um den Behandlungsprozess ist als notwendig anzusehen, wenn alle Beteiligten dem Anspruch auf Partizipation der Patientinnen und Patienten gerecht werden wollen. Siehe auch: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2019), Kapitel 9 „Selbstmanagement und Selbsthilfe“

Forderungen

1. Informationskampagne zu und Unterstützung bei der Erstellung von Patientenverfügungen

Patientenverfügungen (§ 1901a BGB) stellen eine wesentliche und rechtlich abgesicherte Form der Selbstbestimmung, insbesondere für chronisch erkrankte Menschen, dar. Hierüber sollten Leistungsträger und Leistungserbringer Patient*innen umfassend und offensiv informieren – ebenso Beratungsstellen für Patient*innen, Patientenfürsprecher*innen u. a. Wegen ihrer Rechtsverbindlichkeit sind an die Erstellung der Patientenverfügung hohe Anforderungen zu stellen. Sie müssen sehr differenziert und eindeutig formuliert sein, damit Behandler*innen nicht in

Konfliktsituationen geraten und Patient*innen ihren in guten Zeiten niedergeschriebenen Willen und ihre Wünsche auch tatsächlich durchsetzen können. Dieses wesentliche Instrument der Selbstbestimmung im Rahmen der Krankenbehandlung bzw. im Zuge des Gesundungsprozesses muss in Form und Inhalt hohen Ansprüchen genügen. Aus diesem Grunde fordern wir eine effektive an den Bedürfnissen und Wünschen der Patient*innen orientierte unabhängige Aufklärung und Begleitung bei der Erstellung der Patientenverfügung. Ebenso sehen wir Unterstützungsbedarf für den Fall, dass der Patientenverfügung zuwidergehandelt wurde. (Einordnung SGB V § 1, entsprechende Ergänzung wäre hier einzufügen)

Beispiele für Patientenverfügungen

- Vorausverfügung-Handbuch: „Das Leben wieder in den Griff bekommen – Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery“, verfügbar unter www.pflege-in-der-psychiatrie.eu unter „Recovery“
- Psychiatrische Patientenverfügung von Pro Mente Sana, verfügbar unter www.promentsana.ch
- Psychosoziale Patientenverfügung vom Antipsychiatrieverlag, verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de

2. Informationskampagne zu Partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) bzw. Shared Decision Making (SDM) und Umsetzung in die alltägliche Praxis

Patient*innen haben einen Anspruch, umfassend über ihre Erkrankung, deren Ursachen und Behandlung, deren Wirkung und Nebenwirkungen und weitere für die Behandlung und Genesung wesentliche Aspekte informiert zu werden. Dies stellt die maßgebliche Grundlage für die gemeinsame und prozesshafte Entscheidungsfindung zwischen Behandler*in und Patient*in dar. Dies verlangt den Behandler*innen eine besondere Sensibilität und Vermittlungskompetenz für komplexe Sachverhalte ab, damit Patient*innen in die Lage versetzt werden, über den ihren Krankheitsverlauf betreffenden Behandlungsprozess zu entscheiden. Verbände der Behandler*innen und Leistungsträger haben entsprechende Schulungsangebote für ihre Mitglieder / Partner anzubieten und für deren Nutzung intensiv zu werben. Weitere Erläuterungen und Belege für die Evidenz dieses Ansatzes finden sich in der „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2019), S. 58-60. (Einordnung SGB V §20 (3) 5)

3. Unterstützung bei der Frage und Umsetzung der Reduktion und des Absetzens von Psychopharmaka

Im Feld der psychiatrischen Behandlung ist die Frage der „Therapietreue“ von besonderer Bedeutung. Behandler*innen in der Niederlassung und in den Kliniken setzen überwiegend auf die Behandlung mit Psychopharmaka und verlangen i.R. der „Therapietreue“ den Patient*innen die verbindliche und regelmäßige Einnahme der Medikamente in der verordneten Art und Weise ab. Aufgrund von Nebenwirkungen und

möglicher fehlender Krankheitseinsicht reduzieren oder setzen die Patient*innen die Medikamente jedoch häufig abrupt ab, was zu einer Aktualisierung der Erkrankung (Dekompensation) führen kann. Neben fehlender praktizierter gemeinsamer Entscheidungsfindung, die die „Therapietreue“ stärken könnte, fehlt die Unterstützung bei gewünschter Reduzierung oder beim Absetzen der Medikamente in einer angemessenen Form durch die Behandler*innen. Hintergrund hierfür kann aufseiten der Behandler*innen fehlende Akzeptanz der Wünsche und des Willens der Patient*innen an diesem sensiblen Punkt sein oder ganz praktisch Zeitmangel aufgrund fehlender Vergütung für die Patient*innenbegleitung im Reduktions- bzw. Absetzprozess. Da die Behandlung mit Psychopharmaka mit erheblichen Eingriffen in das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen verbunden ist bzw. sein kann, sehen wir die aktuelle Situation als unbedingt veränderungsbedürftig an. Die Behandlung hat sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patient*innen zu orientieren, und die Behandler*innen sollten die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten über die einseitige Behandlung mit Psychopharmaka hinaus den Patient*innen vermitteln und bei gegebenem Einverständnis seitens der Patient*innen nutzen. (Einordnung SGB V unklar)

4. Obligatorische Einbindung von Peers / EX-IN-lern in psychiatrische Arbeit

Die Einbindung von PEERS / EX-IN-ler*innen und deren Wirkung auf die psychiatrische Arbeit ist vielfach berichtet und beschrieben worden und wird auch in der „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ als evident eingestuft. Der flächendeckende Einsatz von PEERS / EX-IN-ler*innen wird von uns gefordert. In der neu zu schaffenden „Personalverordnung Psychiatrie und Psychosomatik“ ist die angemessene Finanzierung dieser Fachkräfte verbindlich zu regeln. Ausführungen hierzu finden sich im Positionspapier **„Aussagen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) zu Peer-Involvement, Peer-Support / Peer-Arbeit“ vom 19. August 2019.**

Regelung in: Personalbemessung Psychiatrie und Psychosomatik – G-BA

5. Bedürfnisangepasste, flexible und durchlässige Angebotsstrukturen

Die vorhandenen Angebotsstrukturen im psychiatrischen Versorgungssystem (SGB V) sind bis auf einzelne Ausnahmen nach wie vor institutionszentriert und an gewinnorientierten Parametern ausgerichtet. Dies führt vielfach zu Fehlanreizen und damit zu Fehlversorgung. Vor allem führt dies zu Fehlwahrnehmungen bzw. einer fehlenden Wahrnehmung von den Interessen der Patient*innen und deren Wunsch nach Selbstbestimmung. Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind die Möglichkeiten, Beziehungen zu leben, ein wesentliches Moment der Selbsterfahrung, Sinnfindung, Selbstbestimmung und -wirksamkeit. Diese Aspekte sind für einen Genesungsprozess (Recovery) von besonderer Bedeutung. Struktur- und systembedingte Brüche in der Behandlung und damit mangelnde Beziehungskontinuität stehen diesem

Moment diametral entgegen. Gesetzliche und damit finanzielle Rahmensetzungen berücksichtigen diesen Aspekt u.E. eindeutig zu wenig. Sie nehmen Patient*innen daher vielfach die Chance auf schnellere Genesung und muten ihnen damit weiteres Leid zu. Eine an den Bedürfnissen und an den Möglichkeiten der Selbstbestimmung orientierte Psychiatrie bietet auch die Chance, die Psychiatrie „gewaltärmer“ werden zu lassen. Angebotsstrukturen sind so auszubauen, dass in der Umsetzung der Selbstbestimmung auch Wahlmöglichkeiten bestehen und wahrgenommen werden können. Ist dies nicht der Fall, verkommt Selbstbestimmung zur Worthülse. (Einordnung SGB V §64 b, 115 b, §140a)

6. Selbstbestimmung umfassend fördern

Psychisch erkrankte Menschen können – durch Erlebnisse in ihrer Biografie sowie durch die Erkrankung selbst – in ihren Möglichkeiten, selbstbestimmt zu leben, deutlich eingeschränkt sein. Hilfe zur Selbsthilfe und zur Selbstbestimmung ist Maßgabe allen professionellen Handelns, was es beständig zu reflektieren und (methodisch, strukturell, systematisch) weiterzuentwickeln gilt. Institutionell bedingte Widerstände (organisatorische Abläufe, Konzepte, Haltungen...) gegen Selbstbestimmung sind als strukturelle Gewalt wahrzunehmen, zu analysieren und zu beheben. Proaktiv sind Formen der Selbstbestimmung und Mitbestimmung in die institutionellen Rahmensetzungen einzubinden, in entsprechenden Methoden sind die Behandler zu schulen. Selbsthilfegruppen sind stärker zu fördern, ebenso Strukturen, die auch außerhalb des SGB V-Bereiches Selbsthilfepotentiale bündeln und fördern (KISS). Die Finanzierung nach §20 h SGB V ist kontinuierlich auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und ggf. einem veränderten Bedarf anzupassen.

7. Trialogische Beschwerdestellen

Die strukturellen Bedingungen bei einer überwiegenden Zahl der Behandlungsangebote nach SGB V sind nach wie vor durch Maßgaben, Regeln und Hierarchien gekennzeichnet, die Macht- und Ohnmachtsverhältnisse spiegeln. Behandler*innen haben auf die Einhaltung dieses institutionellen Rahmens zu achten und Patient*innen, die diese Strukturen missachten, entsprechend hinzuweisen und somit möglicherweise Tendenzen der Patient*innen zur Selbstbestimmung zu unterdrücken. Neben anderen Gegebenheiten, wie z. B. die Folgen der Erkrankung, sind diese institutionellen Bedingungen Anlass für Unzufriedenheit, Konflikte und gewaltbeladene Auseinandersetzungen. Um für alle an diesen konfliktgeladenen Situationen Beteiligten Austausch- und Beratungsmöglichkeiten anzubieten, fordern wir eine umfassende Verbreitung der „trialogischen Beschwerdestellen“. Schulungen der dort ehrenamtlich Tätigen, eine angemessene materielle Ausstattung und Mittel für Öffentlichkeitsarbeit sind abzusichern. Durch einen jährlichen Bericht der Beschwerdestellen an die zuständigen kommunalpolitischen Gremien ist die Arbeit dieser Initiativen zu würdigen und bei strukturellen Versorgungsdefiziten nach angemessenen Lösungen zu suchen.

8. Stimmrecht der Patientenvertreter*innen in G-BA und GKV

Durch die Patient*innenbeteiligungsverordnung wurden vier „für die Wahrnehmung der Interessen der Patient*innen und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgebliche Organisationen“ bestimmt. Diese haben gemäß § 140f SGB V qualifizierte Mitberatungs- und Antragsrechte. Wir sind der Meinung, dass den Menschen, die als Patient*innen die Entscheidungen des G-BA an Leib und Leben erfahren, auch Entscheidungsrechte zugebilligt werden müssen. Wie die aktuelle Auseinandersetzung um die „Personalbemessung Psychiatrie und Psychosomatik“ (PPP) zeigt, dominieren ökonomische und Standesinteressen die Debatte. Ebenso ist im Bereich der GKV eine ernsthafte Mitbestimmung einzufordern. Dies halten wir für wesentlich, da auch im Bereich der Krankenkassen die Patient*inneninteressen immer weiter hinter Finanzinteressen zurückfallen.

9. Berichtspflicht zu Selbstbestimmung und Partizipation im SGB V-Bereich

Regelmäßige Berichterstattung zur Umsetzung und Qualität der Möglichkeiten von Selbstbestimmung und Partizipation für Psychatriepatient*innen und deren Angehörige im Bereich SGB V sind als verbindlicher Standard festzuschreiben. Diese Aufgabe sollte in die Hände des Bundesbeauftragten für die Belange der Menschen mit Behinderungen und der Bundesbeauftragten für die Belange der Patient*innen gelegt werden, die die Erledigung dieser Aufgabe in enger Kooperation sicherstellen.

Köln, den 15. August 2019

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

gez. R. Suhre

Der Vorstand