
Partizipation

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zum fünften Themenfeld in der Fortführung des Psychiatriedialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Im Rahmen der Fortführung des Psychiatrie-Dialogs nimmt die DVSG die Aufforderung zur Stellungnahme im fünften Themenfeld zum Anlass für folgende Positionierung:

Betroffenenpartizipation als Qualitätsmerkmal nachhaltig im Gesundheitswesen verankern

Die systematische und strukturierte Partizipation von Betroffenen in Planung, Ausgestaltung, Evaluation und Weiterentwicklung von Angeboten (z. B. in Form von Betroffenenkontrolle/betroffenenkontrollierter Ansatz, vgl. Schlingmann 2023) oder in Form von Angeboten des Peersupportes ist ein Qualitätsmerkmal einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Aus Sicht der DVSG sind Partizipation, Peersupport und Betroffenenkontrolle daher als Qualitätsstandard im Gesundheitswesen zu verankern (vgl. DGPPN 2018; Trojan 2018; WHO 2021). Damit dieser Standard regelhaft umgesetzt werden kann, sind in der Gesundheitsversorgung verbindliche Strukturen und Prozesse zu implementieren, die eine Partizipation ressourcenschonend und niedrigschwellig ermöglichen und befördern. Während damit auf Seiten des Gesundheitswesens eine Pflicht zur Partizipation entsteht, muss die Wahrnehmung von Partizipationsmöglichkeiten für die Betroffenen (z. B. aus der gemeinschaftlichen Selbsthilfe) jedoch freiwillig bleiben, denn es handelt sich um eine freiwillige und zumeist entgeltfreie und damit ehrenamtliche Tätigkeit.

Niedrigschwellige Strukturen für mehr Partizipation

Betroffene benötigen Rahmenbedingungen, die ihnen Partizipation niedrigschwellig und mit möglichst wenig Aufwand ermöglichen. Dazu zählen barrierefreie Zugänge, eine zentrale Ansprechperson, nachvollziehbare Strukturen und transparente Partizipationsprozesse. Förderlich sind zudem eine neutrale fachliche Unterstützung und Beratung zur Vorbereitung und Begleitung von Partizipationsprozessen, ggf. Fortbildungen (z. B. zu Kommunikation und Verhandlungsführung), die Übernahme von anfallenden Reise- und Sachkosten, die Verpflegung vor Ort oder auch Aufwandsentschädigungen.

Partizipation braucht Augenhöhe

Partizipation lebt davon, dass sie für alle Seiten einen Gewinn bringt:

- Denjenigen Menschen, die Partizipation ermöglichen, erschließen sich das Erfahrungswissen von Patient*innen und Betroffenen. Diese können wertvolle Rückmeldungen geben z. B. zu (Behandlungs- und Kommunikations-)Prozessen oder zu den alltäglichen Herausforderungen und sozialen Folgen einer Erkrankung oder Behinderung im Alltag. Dadurch werden wichtige Impulse für Verbesserungen und Weiterentwicklungen von Versorgungsangeboten und -strukturen eingebracht.
- Denjenigen Menschen, die partizipieren, wird Zugang zu aktuellen Entwicklungen ermöglicht, um Erfahrungswissen einzubringen und Anliegen zu adressieren. Damit wirken sie unmittelbar an der Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit.

Damit Partizipation gelingt, sind Wertschätzung, Geduld und Offenheit gefordert. Partizipationsprozesse bedürfen in der Regel einer sensiblen Moderation, die fachliche Inhalte laiengerecht und laienverständlich wiedergeben kann und die unterschiedlichen Interessen ergebnisorientiert zusammenführt.

Partizipation braucht verbindliche Regeln der Zusammenarbeit

Häufig bildet der Wunsch nach mehr Patientenorientierung und Berücksichtigung der Angehörigen die gemeinsame Basis für Beteiligung und Zusammenarbeit. Dabei können die konkreten Anliegen und Interessen der Akteure sehr unterschiedlich sein. Für eine sach- und ergebnisorientierte Zusammenarbeit sind Spielregeln der Zusammenarbeit zu vereinbaren, die für alle Beteiligten verbindlich sind. Partizipationsprozesse sollten sich an vorhandenen und bereits vielfach erprobten Konzepten wie „Triialog“ oder „Selbsthilfefreundlichkeit“ orientieren (vgl. Trojan 2016).

Beauftragte*r für Partizipation

In den komplexen Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens ist oft nicht ersichtlich, wer wofür verantwortlich ist. Partizipation wird nur dort dauerhaft möglich, wo konkrete Ansprechpersonen und „Kümmerer“ in einer Einrichtung vorhanden sind. Es bedarf daher einer verantwortlichen, den Prozess steuernden Person in der jeweiligen Einrichtung. Diese Person hat zwei zentrale Aufgaben: intern steuert und koordiniert sie abteilungsübergreifend den Partizipationsprozess, informiert Mitarbeiter*innen und Leitungsebene und leistet Entstigmatisierungsarbeit. Nach außen hin ist sie indikationsübergreifend die zentrale Ansprechperson für Betroffene und ihre Anliegen, pflegt aktiv den Kontakt zu Betroffenen bzw. den Betroffenen-/Selbsthilfeorganisationen und dem Gemeinwesen.

Entsprechend beauftragte Personen sind für die Umsetzung des Qualitätsstandards Partizipation von allen Gesundheitseinrichtungen im Rahmen des Qualitätsmanagements in ausreichendem Umfang vorzuhalten und müssen daher voll refinanziert werden. Dies gilt gleichermaßen für gesundheitsbezogene Einrichtungen der Kommunen.

Für die Arbeit als Partizipationsbeauftragte*r sind verschiedene Berufsgruppen denkbar. Insbesondere eignen sich die vielfach bereits vorhandenen Fachkräfte der Sozialen Arbeit für eine entsprechende Tätigkeit: sie verfügen über die notwendigen kommunikativen und methodischen Kompetenzen u. a. in Projektentwicklung, Netzwerkarbeit und Moderation. Darüber hinaus vertritt die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession die Haltung des Empowerments.

Selbsthilfeförderung öffnen für Partizipationsförderung

Selbsthilfekontaktstellen können bereits heute eine Strukturförderung für Prozesse der Kooperation von Selbsthilfe und Gesundheitswesen erhalten. Viele Betroffene, wie z. B. Peers sind hier jedoch nicht angebunden. Vielmehr erhalten sie Unterstützung durch landes- oder bundesweite Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen. Sollen sie Partizipationsprozesse verlässlich begleiten und befördern, benötigen sie eine ebenso verlässliche und nahtlose (Basis-)Strukturförderung. Der Leitfaden Selbsthilfeförderung (GKV-Spitzenverband 2022) sollte entsprechenden Organisationen eine Förderung ermöglichen.

Gleichzeitig sollten die Antragsverfahren gemeinsam mit den betroffenen Organisationen überarbeitet und vereinfacht werden. Die Praxis zeigt, dass die aktuellen Antragsverfahren häufig keine nahtlose Weiterfinanzierung von Personal im neuen Jahr ermöglichen: hier gibt es zum Teil monatelange Finanzierungslücken. Eine personelle Konstanz, die für nachhaltige Entwicklung von Selbsthilfestrukturen notwendig ist, wird hierdurch deutlich erschwert.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
Berlin, 02.10.2024

Literatur

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Springer Verlag, 2. Aufl.

GKV-Spitzenverband (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen) (2022): Leitfaden Selbsthilfeförderung. Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 21. Oktober 2022. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/selbsthilfe/Leitfaden_Selbsthilfeforderung_ab_2023_barrierefrei.pdf

Schlingmann, Thomas (2023): Der Betroffenenkontrollierte Ansatz. Entstehung, Kernelemente und zukünftige Perspektiven. <https://doi.org/10.13109/kind.2022.25.2.206>

Trojan, Alf (2019): Selbsthilfefreundlichkeit in ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Bundesgesundheitsblatt 62, 40–48. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2851-7>

Trojan, Alf (2016): „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Kooperationskonzept und Qualitätsanforderung für Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 4-6

WHO – World Health Organization (2021): Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. <https://www.who.int/publications/i-item/9789240025707>