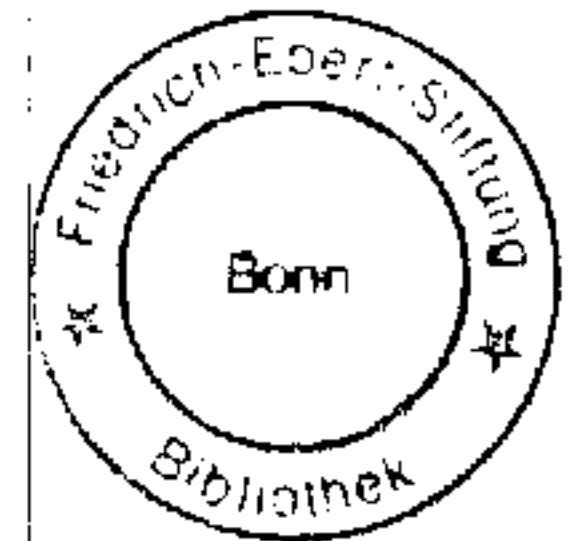


Leitlinien für die
Prävention und Behandlung
psychischer Krankheiten in
psychosozialer Orientierung

A 98 - 11202



LEITLINIEN FÜR DIE
PRÄVENTION UND BEHANDLUNG PSYCHISCHER KRANKHEITEN
IN PSYCHOSOZIALER ORIENTIERUNG

Die Versorgung der psychisch kranken Mitbürger muß nach sozialdemokratischer Auffassung Teilgebiet der integrierten medizinischen¹ Versorgung im Sinne der "Gesundheitspolitischen Leitsätze" der SPD (Hamburg 1977) sein. Ihre Kernaufgaben gehen über die Behandlung hinaus. Sie umfassen mit gleichem Gewicht die Prävention psychischer Störungen und Krankheiten auf der einen Seite, auf der anderen die Wiedereingliederung psychisch Kranker in das Leben der Gesellschaft und - wo immer möglich - schon die Verhütung ihrer Ausgliederung. Diesen Aufgaben gerecht zu werden ist möglich nur mit einer umfassenden Reform der Versorgung der psychisch Kranken. Bei dieser kann es nicht nur um die Arbeitsweise der Psychiatrie und ihrer Einrichtungen gehen, insbesondere nicht etwa nur um deren Erweiterung zur Prävention und zur Rehabilitation der Kranken hin. Vielmehr muß die Versorgung der psychisch Kranken mit allen ihren Zweigen und mitsamt Prävention und Rehabilitation voll integriert werden in die allgemeine medizinische und soziale Versorgung. Kooperation und Koordination zwischen jenen Zweigen muß ebenso gefördert werden wie zwischen ihnen und den anderen Bereichen der medizinischen Versorgung. Zudem muß die Arbeit der professionellen Kräfte ergänzt und erweitert werden durch Aktivierung von Selbsthilfe und Laienhilfe. Grundforderung ist psychosoziale Orientierung als handlungsleitendes Prinzip in allen Zweigen der solchermaßen integrierten medizinischen Versorgung.

¹ Unter "medizinischer Versorgung" ist nicht etwa "ärztliche Versorgung" zu verstehen. Sie umfaßt vielmehr die gesamte gesundheitsbezogene soziale und medizinische Versorgung.

1 AUSGANGSPUNKTE

1.1 Die Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland

Die Reform der psychiatrischen Versorgung und ihre psychosoziale Orientierung, eingeleitet von der sozialdemokratisch geführten Bundesregierung bereits im Jahre 1972 mit der Einsetzung der Enquête-Kommission, kommen in der Bundesrepublik nur sehr langsam voran. Zwar sind von der Enquête-Kommission mit ihrem Abschlußbericht von 1975² wichtige Impulse ausgegangen. Deutlich geworden sind aber auch die Mängel dieses Berichtes. Er hat

- eine Definition psychischer Krankheit nicht gegeben, obwohl sie in Gesellschaftspolitik wie Sozialrecht dringend benötigt wird,
- die Prävention vernachlässigt, sich auf die "Sekundärprävention" beschränkt und die Aufgaben der "Primärprävention" (also der Prävention im eigentlichen Sinne) psychischer Krankheiten und Behinderungen in der heutigen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft kaum berührt,
- die Neurosen nicht ihrer heutigen quantitativen Bedeutung entsprechend gleichgewichtig zu den psychischen Krankheiten im herkömmlich psychiatrischen Aspekt behandelt und
- die Probleme des Nebeneinander von Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen ausgeklammert.

Er hat zudem

- die Psychiatrie nicht in einen allgemeinen gesellschafts- und sozialpolitischen Kontext eingeordnet und
- die ökonomischen Rahmenbedingungen ausser Betracht gelassen.

² Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Unterrichtung des Deutschen Bundestages durch die Bundesregierung am 25. November 1975.

1.2 Definition psychischer Krankheit³

Die hier vorgelegten Leitlinien sind gehen von der Auffassung aus, daß als psychisch krank - ungeachtet aller sozialrechtlichen Erwägungen und Folgerungen - anzusehen ist, wer durch eine seelische oder geistige Störung in seinem Befinden oder in seiner sozialen Situation beeinträchtigt oder infolge der Störung ausserstande ist, seinen gewöhnlichen Tätigkeiten nachzugehen oder für sich selbst zu sorgen (natürlich können auch mehrere dieser Folgen nebeneinander bestehen). Jedoch können Störung und Störungsfolgen sozialrechtlich als Krankheit nur anerkannt werden, wenn, um sie zu beheben, therapeutische Hilfe erforderlich ist, oder wenn nur mit solcher Hilfe eine mehr oder weniger weitgehend selbständige Lebensführung möglich ist oder Verschlimmerung verhütet werden kann.

1.3 Gewichtung der Aufgaben

Dringendste Aufgabe der Psychiatriereform ist aus sozialdemokratischer Sicht die Verbesserung der Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Krankheiten - Psychosen, schweren Persönlichkeitsstörungen, psychischen Alterskrankheiten und Suchtkrankheiten - die in der Vergangenheit besonders vernachlässigt worden sind.

Daneben gewinnen Neurosen und psychosomatische Krankheiten zunehmend an Bedeutung. Auch für die davon Betroffenen gilt es, Perspektiven für die Gestaltung der Versorgung zu entwickeln. Hier ist die Grenze zwischen behandlungsbedürftiger Krankheit und in Selbsthilfe zu meistender Störung besonders schwer zu bestimmen und daher die Gefahr der Fehlleitung von Mitteln der Solidargemeinschaft besonders groß.

³ Förmliche Definition:

Psychisch krank ist, wer durch eine seelische oder geistige Störung nachhaltig und erheblich in seinem Befinden oder in seiner sozialen Situation beeinträchtigt und/oder an der Ausübung seiner gewöhnlichen Haupttätigkeit gehindert und/oder ausserstande ist, für sich selbst zu sorgen, und therapeutische Hilfe benötigt, um die Störung zu beheben oder wesentlich zu mindern und/oder um ihm trotz der Störung eine weitgehend selbständige Lebensführung zu ermöglichen oder um einen ihm - gegenwärtig oder für die Zukunft - drohenden Schaden abzuwenden.

2 PRINZIPIEN DER HILFELEISTUNG

2.1 Hilfsbedürftigkeit in unserer Gesellschaft

Ein Kriterium für die Lebensqualitäten einer sozialen Demokratie ist das Maß, in dem Hilfsbedürftigkeit aufgefangen wird durch die Solidargemeinschaft - oder umgekehrt das Maß, in dem Hilfsbedürftige sich selbst überlassen oder ausgegrenzt werden.

Krankheit und soziale Not sind wesentliche Ursachen von Hilfsbedürftigkeit auch im Sozialstaat. Sie sind oft miteinander verknüpft, zumal bei psychischen Erkrankungen. Aber auch gesellschaftliche Konflikte, im Arbeitsleben wie im persönlichen Lebensbereich des einzelnen Bürgers, führen oft zu Hilfsbedürftigkeit, zumal wenn sie psychische Fehlhaltungen oder wenn sie organofunktionale Fehlsteuerungen auslösen.

2.2 Bedürfnisse und Leistungsangebot

Hilfeleistungen müssen am Bedarf und an den Bedürfnissen des Betroffenen sich ausrichten, nicht am möglichen Angebot.

Sie sind im Dialog zwischen dem Hilfsbedürftigen und den verantwortlichen Professionellen zu entwickeln. Die Mittel müssen - im Rahmen der sozialpolitischen Vorgaben - nach Wirksamkeit und Dringlichkeit eingesetzt werden.

2.3 Solidargemeinschaft und Selbsthilfe

Hilfe soll, wo immer möglich, Hilfe zur Selbsthilfe sein.

Hilfeleistungen müssen auf den Ganzen Menschen und seine Lebenswelt ausgerichtet werden mit dem Ziel, ein befriedigendes und möglichst selbständiges Leben in der Gemeinschaft zu erreichen und zu unterstützen. Hilfe zur Selbsthilfe begreift den Hilfsbedürftigen als Handelnden und baut auf seine Entwicklung auf. Das Konsumieren oder, umgekehrt, das Oberstülpen von Hilfen hingegen führt allzu oft zu neuen Abhängigkeiten; es kann die ursprüngliche Störung noch verstärken.

Selbsthilfe darf nicht verwechselt werden mit finanzieller Selbstbeteiligung. Diese führt leicht dazu, daß rechtzeitige und daß ausreichende Hilfe nicht zustande kommt.

Um Selbsthilfe zu ermöglichen, müssen Selbsthilfegruppen gestiftet und gefördert, muß Laienhilfe in allen Schichten der Bevölkerung aktiviert werden.

2.4 Ganzheitliches Hilfanangebot

Erforderliche Hilfen - seien es psychotherapeutische oder psychiatrische,

seien es soziale - müssen aufeinander abgestimmt sein und im Rahmen eines ganzheitlichen Angebotes stehen, das auf die Lebenswelt des Betroffenen bezogen ist.

Der Variabilität der Problemlagen gemäß sollten jeweils individuelle, situationsgerechte Hilfen in persönlicher Atmosphäre geleistet werden. Aus dieser Forderung ergeben sich sehr erhebliche Schwierigkeiten der praktischen Arbeit. Persönliche und fachliche Grenzen wie auch administrative Hemmnisse können am ehesten in kooperativen Gruppen von Mitarbeitern aus verschiedenen Fachdisziplinen überwunden werden.

2.5 Prävention

Hilfen sollen stets auf Prävention gerichtet sein. Sie kann der Verhütung der Krankheit selbst gelten ("Primärprävention") oder der Verhütung ihrer Verschlimmerung ("Sekundärprävention"), in jedem Fall muß sie auch auf die Verhütung mittelbarer Krankheitsfolgen gerichtet sein.

Wo übergroße Belastung oder wo Konflikte im Arbeitsleben oder im persönlichen Lebensbereich die individuellen Kräfte überfordern und zu psychischer Fehlhaltung oder zu psychosomatischer Fehlsteuerung zu führen drohen, sollen sie noch in dem breiten Grenzbereich zwischen Gesundheit und Krankheit abgewendet werden, zumal bei Menschen, bei denen mit verminderter Belastbarkeit zu rechnen ist.

3 PSYCHOSOZIALE ORIENTIERUNG IM MEDIZINISCHEN UND IM SOZIALEN VERSORGUNGSSYSTEM

Die Wortbildung "psychosozial" (die erst in jüngster Zeit in Gebrauch gekommen ist) will besagen, daß auf grund der engen Zusammenhänge zwischen dem Individuum und seinem gesellschaftlichen Umfeld Störungen in diesem Verhältnis zu Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens bis hin zu psychischen Krankheiten führen können, die dann ihrerseits psychosomatische Krankheitsentwicklungen wie auch neurasthenische Fehlhaltungen zu bewirken vermögen. In unserer Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft haben Prozesse dieser Art sehr großes Gewicht erlangt. Ihnen soll die psychosoziale Orientierung begegnen, indem sie die ursächlichen Störungen der Beziehungen zwischen Individuum und gesellschaftlichem Umfeld zu beheben sucht oder zumindest in die Behandlung einbezieht.

3.1 Psychosoziale Orientierung in den sozialen Diensten

Soziale Konflikte und materielle Not sind fast immer verknüpft mit Kummer und seelischem Leid, oft mit seelischen Störungen. Der Grenzbereich zu psychischen Krankheiten ist breit, der Übergang fließend. Neurotische Reaktionen sind häufig.

Notwendig ist immer psychosozial orientierte Hilfe, also soziale Hilfe und Lebensberatung in den Bereichen von Arbeit und Familie, Wohnen und Freizeit.

Die Neuordnung der sozialen Dienste muß dem Rechnung tragen durch eine gemeindenahe integrierte Versorgung, in der soziale Hilfe verknüpft ist mit psycho- und sozialtherapeutisch orientierter Beratung und, wo erforderlich, mit medizinischer Versorgung.

Das Risiko psychischer Erkrankung kann dadurch für viele Menschen vermindert werden.

3.2 Psychosoziale Orientierung in der medizinischen Versorgung

In den Berufen der medizinischen Versorgung breitet die Einsicht sich aus, daß Entstehung und Verlauf körperlicher Krankheiten immer in ihren psychischen und sozialen Zusammenhängen gesehen werden müssen.

Noch immer aber

- ist die Angewandte Medizin ganz vorwiegend somatisch und zudem fachlich segmentiert auf einzelne Organe oder Organsysteme ausgerichtet;
- ist die stationäre Versorgung von der diagnostischen und therapeutischen Technik bestimmt, die ihr die spektakulären Erfolge verschafft haben;
- wird die ambulante Versorgung von einem verfehlten Vergütungssystem in die Leistungsvermehrung gedrängt und an Vertiefung gehindert;
- mangelt es besonders den Ärzten - die die Führung in der medizinischen Versorgung beanspruchen - an psychosomatischer, psychosozialer und psychotherapeutischer Kompetenz.

Psychosoziale Orientierung muß in der ambulanten wie in der stationären Versorgung den Blick auf die Bereiche lenken, in denen die heutigen Einsichten in die Wirkungszusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und Lebensweise in der Industriegesellschaft und Krankheitsfolgen zur Geltung gebracht und damit die Häufigkeit akuter Krankheiten vermindert, die Entwicklung vieler chronischer Krankheiten verhütet und gesellschaftliche wie individu-

elle Prävention wirksam gemacht werden können.

3.3 Psychosoziale Orientierung der Arbeit Medizinisch-Sozialer Gemeindezentren

Die Zersplitterung der sozialen Dienste und regionale Funktions- wie Versorgungsdefizite zwingen zur Entwicklung von Organisationsformen, die ein gleichmäßiges Angebot psychosozialer, medizinischer und sozialer Dienstleistungen ortsnah sicherstellen können. Die Gräben zwischen den Versorgungsbereichen der ambulanten und der stationären Versorgung wie auch zwischen diesen medizinischen und den sozialen Versorgungsbereichen müssen überwunden, Versorgungslücken müssen geschlossen werden. Hier haben Medizinisch-Soziale Gemeindezentren ihre wichtigste Aufgabe (siehe dazu ihr Leistungsangebot in Abschnitt 4.7.3). Sie sind zudem die natürlichen Kristallisationskerne für Selbsthilfe- und für Laienhilfe-Gruppen. Anregungen, die von ihnen ausgehen, versprechen gute und dauerhafte Erfolge. Auch die räumlichen Voraussetzungen für die Arbeit solcher Gruppen sollten hier geschaffen werden.

4 AMBULANTE UND STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG UND REHABILITATION

4.1 Grundsätze

(1) Strukturprinzipien

Die Strukturprinzipien, an denen das psychiatrische Versorgungssystem orientiert sein muß, sind:

- Vorrang von Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe, Hilfe durch Soziale Dienste und/oder sonstige Dienste der medizinischen Versorgung vor Behandlung und Betreuung durch psychiatrische Dienste;
- Erbringung der Hilfen psychiatrischer Dienste in einer Form, die dem normalen Leben weitgehend angeglichen ist (so: Trennen von Wohnen, Arbeit und Freizeit);
- Vorrang der (Mit-)Übernahme von Versorgungsfunktionen durch bereits bestehende Dienste und Einrichtungen vor der Errichtung neuer Dienste und Einrichtungen;
- verbindliche Abstimmung der Aufgaben zwischen den Einrichtungen;
- Kontinuität der Behandlung unabhängig vom Übergang eines Kranken aus der einen in eine andere Einrichtung;

- Vorrang ambulanter Hilfen vor Angeboten im stationären Bereich, in Heimen oder in speziell rehabilitativen Einrichtungen;
- Vorrang regionaler Hilfen und Angebote vor gemeindeferner Versorgung.

(2) Ganzheitliche psychiatrische Behandlung

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung dürfen in der psychiatrischen Versorgung nicht getrennt werden. Jede psychiatrische Behandlung bedarf der ganzheitlichen, also auch der psychotherapeutischen Sicht und systematisch psychotherapeutischer Vorgehensweise.

Im Einzelfall ist zu prüfen, ob psychotherapeutische Arbeitsformen alternativ zu oder zusammen mit somatisch medizinischen oder soziotherapeutischen Maßnahmen angewandt werden sollen. Umgekehrt ist psychotherapeutische Qualifikation auch in der somatischen, zumal in der psychosomatischen Medizin und in der sozialen Betreuung erforderlich.

(3) Regionale Gliederung

Der Aufbau der psychiatrischen Grundversorgung muß sich decken mit dem der allgemeinen medizinischen Versorgung in der Gliederung in Regionen (mit 1 bis 2 Millionen Einwohnern) und überschaubare Sektoren (Subregionen, mit etwa 100 bis 150 Tausend Einwohnern).

Zur Grundversorgung gehören alle ambulanten Dienste (auch die komplementären und die rehabilitativen), die teilstationären und die stationären Dienste für Allgemeine Psychiatrie (einschließlich der neurotischen Krankheiten), für Gerontopsychiatrie und für Suchtkrankenbehandlung (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit).

Spezielle Versorgungseinrichtungen für Forensische Psychiatrie und (teilweise) für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie von Drogenabhängigen sind in jeder Region erforderlich.

(4) Schwerpunktverlagerung

Die Reform der Versorgung psychisch Kranker erfordert eine Verlagerung des Schwerpunktes vom stationären auf den ambulanten Bereich und die Überwindung ihrer beider starren Trennung im Sinne der integrierten Versorgung.

(5) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Prävention psychischer Krankheiten wie die psychosozial orientierte Versorgung der psychisch Kranken verlangt das Zusammenwirken vieler Berufe: Neben Ärzten insbesondere Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Krankenpflegekräfte, Physio-, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten wie auch Pädagogen. Nur die berufsübergreifende Kooperation im therapeutischen Team bietet hinreichende Gewähr für die Entwicklung eines integrierten medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Angebots.

(5) Schutz der Persönlichkeitssphäre

Die Arbeitsweise, die die integrierte Versorgung der psychisch Kranken erfordert, trägt die Gefahr in sich, daß die persönlichen Lebensumstände der Kranken allzu weitgehend erfasst und über das notwendige Maß hinaus unter den Mitarbeitern weitergegeben werden. Für die Betroffenen kann das zu verstärkter sozialer Kontrolle führen. Zur Abwehr solcher Gefahren ist Dezentralisierung der Versorgung und die Schaffung des Amtes des Patienten-anwalts sowie die Beteiligung des Datenschutz-Beauftragten bei allen Dokumentationsangelegenheiten erforderlich. Auch sollen Vertreter von Betroffenen-Vereinigungen mitwirken.

4.2 Die ambulante Versorgung psychisch Kranker

Ambulante Versorgung umfasst jede Art von direkter Beratung, Untersuchung, Behandlung und Betreuung durch eine Institution, in der der Kranke nicht ständig lebt und/oder arbeitet. Ihre Aufgaben sind

- Behandlung und Krisenintervention "rund um die Uhr";
- Hilfen für die Einleitung und Begleitung von Rehabilitationsmaßnahmen für Behinderte und von Behinderung Bedrohte;
- Nachsorge und nachgehende Hilfen im Arbeits-, Freizeit- und privaten Lebensbereich einschließlich häuslicher Pflege (für Behinderte, Chronischkranke u.a.);
- Vorsorge und Beratung, auch für Angehörige von psychisch Kranken;
- Gutachterliche Stellungnahmen in Zusammenhang mit Schutzmaßnahmen nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer.

Hinzu tritt als indirekte Versorgung die Beratung von Organisationen, In-

stitutionen und Einzelpersonen, von Selbsthilfe- und Laienhilfegruppen im Hinblick auf die Schaffung von Bedingungen der seelischen Gesundheit und auf den Umgang mit psychiatrischen und psychosozialen Problemen.

Einrichtungen der Versorgung im ambulanten Bereich sind

- Sozialpsychiatrische Dienste,
- Institutsambulanz,
- Medizinisch-Soziale Gemeindezentren (neben ihren sonstigen Aufgaben),
- niedergelassene Nervenärzte und Ärztliche Psychotherapeuten,
- freiberuflich tätige Psychotherapeuten anderer Berufsvorbildung,
- Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen.

Umfassende Erfüllung der Aufgaben erfordert den Ausbau vor allem von Sozialpsychiatrischen Diensten und von Medizinisch-Sozialen Gemeindezentren.

(1) Sozialpsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste sind zentrale Einrichtungen der umfassenden ambulanten Versorgung psychisch Kranker in der Subregion (vgl. 4.1.3) oder in Teilen einer solchen. Sie nehmen die Gesamtheit der Aufgaben im ambulanten Bereich wahr. Ihr besonderer Versorgungsauftrag gilt den Menschen mit schweren und mit chronischen psychischen Krankheiten und den Suchtkranken.

Die Erfüllung der Kernaufgaben stellt an die personelle Ausstattung hohe Anforderungen. Keinesfalls darf ein Sozialpsychiatrischer Dienst auf Feuerwehr- und Ordnungsfunktionen beschränkt werden.

Sozialpsychiatrische Dienste sollten regelmässig in kommunaler Trägerschaft stehen.

Sie müssen jedenfalls organisatorisch mit dem stationären und mit dem komplementären Bereich und mit den Sozialen Diensten ihres Versorgungsgebietes eng verbunden sein. Die Anbindung an Gesundheitsämter ist dann wünschenswert, wenn diese von einer vorwiegend eingriffsorientierten Verwaltungsarbeit weg auf die Wahrnehmung präventiver Aufgaben hin sich ausrichten. Alternative ist die Anbindung an ein Allgemeinkrankenhaus mit psychiatrischer Abteilung.

(2) Institutsambulanz

Psychiatrische Krankenhäuser der Grundversorgung benötigen eine Vorschalt-

und Nachsorge-Ambulanz zur Vermeidung und Verkürzung stationärer Behandlungen.

Erforderlich ist die organisatorische Verknüpfung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder eine förmliche Kooperationsvereinbarung.

(3) Medizinisch-Soziale Gemeindezentren

Medizinisch-Soziale Gemeindezentren - als Einrichtungen der medizinischen und sozialen Grundversorgung - sollen in jeder grösseren Ortschaft oder gemeinsam für mehrere benachbarte Orte ländlicher Räume entstehen, aber auch in den Wohngebieten der Städte. Das Konzept unterscheidet sich stark von dem der bestehenden Sozialstationen: Deren Leistungen sind auf ein Kernangebot ambulanter gesundheits- und sozialpflegerischer Dienste (Kranken- und Altenpflege) beschränkt, das den Erfordernissen und dem Bedarf in der Praxis, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht gerecht wird. Indessen weisen einige der bestehenden Sozialstationen einen Entwicklungsstand auf, der ihre Erweiterung zu Medizinisch-Sozialen Gemeindezentren zulässt. In der Praxis sollte dieser Weg bevorzugt beschritten werden.

Medizinisch-Soziale Gemeindezentren sollen in berufsübergreifender Teamarbeit Funktionen im sozialen und pflegerischen wie im medizinischen Bereich und auf dem Felde der Hilfsdienste wahrnehmen.

Ihr Kernangebot, soweit es hier speziell in Betracht kommt, soll umfassen:

- Psychosoziale und psychotherapeutische Beratung und - in enger Verbindung mit den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen - Versorgung;
- Konfliktberatung und Vermittlung von Erziehungsberatung zur Prävention psychischer Störungen;
- Kontaktvermittlung;
- Hilfen bei der sozialen Eingliederung;
- Vermittlung an spezialisierte Dienste und
- Initiierung und Unterstützung von Selbsthilfe- und Laienhilfe-Gruppen.

(4) Niedergelassene Nervenärzte und ärztliche Psychotherapeuten

Die Organisationsform der gewerblich betriebenen Einzelpraxis von Psychiatern wie Psychotherapeuten wird der Komplexität der Aufgaben ambulanter Versorgung von psychisch Kranken nicht gerecht.

Die angebots-, nicht bedarfsorientierte Steuerung durch die Einzelleistungsvergütung nach Leistungstarif oder Gebührenordnung begünstigt unsachgemäße Arbeitsweisen und erschwert die sinnvolle Leistungsbegrenzung.

Anders zu werten ist die Tätigkeit des niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten in der fächerverbindenden Gruppenpraxis im Sinne der Gesundheitspolitischen Leitsätze der SPD, also einer Gruppenpraxis, die gruppenintern die Einzelleistungs-Abrechnung überwunden hat.

Abzuwarten bleibt, mit welcher Lösung für diese Organisationsform ärztlicher Tätigkeit und für ihre Abrechnungsmodalitäten die Kassenärztliche Bundesvereinigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes entsprechen wird.

Vorerst jedenfalls ist davon auszugehen, daß die Einzelpraxis mitsamt ihrer Vergütungsweise noch über lange Zeitspannen erhalten bleiben wird. Deshalb muß sie in die Versorgungsplanung einbezogen werden, soweit das möglich ist.

Eine Vermehrung der Einzelpraxen aber sollte nach Kräften verhindert werden.

Sie würde die begrenzten Ressourcen in die falsche Richtung lenken, nämlich eine einseitig angebotsbezogene Betreuung von leichter Kranken fördern und die sachlich - im Interesse der Kranken selbst - gebotene Leistungsbegrenzung verhindern oder zumindest erheblich erschweren.

Die Ausweitung der Praxen durch die Einstellung oder auch Zuordnung von Angehörigen anderer Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen u.a.) unter entsprechender Erweiterung der Leistungstarife muß gleichfalls und aus den gleichen Erwägungen verhindert werden.

(5) Freiberuflich tätige Psychotherapeuten anderer Berufsvorbildung

Psychotherapeuten in freiberuflicher Tätigkeit erfüllen, auch wenn sie nicht approbierte Ärzte sind, eigenverantwortliche Aufgaben. Der Heilkunde sind sie nur zu einem Teil zuzurechnen. Denn Psychotherapie jeder ihrer methodischen Ausrichtungen kann je nach Schwere der Krank-

heit oder Störung dem Bereich der Heilkunde oder dem der Förderung menschlicher Reifung zuzuordnen sein.

Die Leistungen vieler voll ausgebildeten Psychotherapeuten sind hochwertig und stehen gleichwertig neben oder über denen vieler ärztlichen Psychotherapeuten. Bei einem Teil der Psychotherapeuten aber bleiben die Leistungen unterhalb eines zu fordernden Mindestniveaus.

Angesichts des hohen Bedarfs an psychotherapeutischen Hilfen im Sinne der Heilkunde wie auch im Sinne der Persönlichkeitserweiterung, aber auch infolge hoher Arbeitslosigkeit von Psychologen, Sozialpädagogen u.ä. hat sich ein schwer überschaubarer "Markt" der psychotherapeutischen Angebote entwickelt.

Die Klienten haben keine Möglichkeit der Qualitätsbewertung. Kostenerstattung erlangen sie nur zu einem Teil. Die Krankenkassen untereinander und die Sozialhilfeträger verhalten sich unterschiedlich. Menschen mit geringeren Störungen und besserer sozialer Stellung finden eher Förderung und Behandlung als Kranke und Sozialschwache.

Zu Organisationsform und Vergütungsmodus gelten die gleichen Einwandungen und Vorbehalte wie bei der ärztlichen Einzelpraxis (siehe dazu auch Kapitel 6).

(6) Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Die Aufgaben der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen im Sinne dieser Leitlinien liegen im Bereich der offenen Beratungs-, Kontakt- und Freizeit-Angebote und in der psychotherapeutischen Versorgung. Je nach regionalen Bedingungen steht dabei die eigenständige Leistungserbringung oder die Vermittlung der Klienten an geeignete Dienste und Einrichtungen im Vordergrund.

Im Grenzbereich überschneiden ihre Arbeitsformen sich mit denen der Medizinisch-Sozialen Gemeindazentren und der Sozialpsychiatrischen Dienste. Eine Anbindung an jene ist anzustreben, enge Verzahnung mit diesen unerlässlich.

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sollten in kommunaler Trägerschaft stehen. Sie sollen dezentral in normalen Wohngebieten liegen und so eingerichtet sein, daß psychisch Kranken und Gefährdeten der Zugang weitgehend erleichtert wird.

4.3 Teilstationäre Einrichtungen

In jeder Versorgungsregion (Subregion) sollen für die Behandlung von Psychischkranken, bei denen Krankenhaus-Behandlung notwendig, vollstationäre Versorgung jedoch nicht erforderlich ist, halbstationäre Einrichtungen in Form von Tageskliniken geschaffen werden.

Tagesklinische Patienten behalten ihre eigene Wohnunterkunft und verbringen den Abend und das Wochenende in ihrer gewohnten und natürlichen sozialen Umgebung.

Tageskliniken müssen verkehrsgünstig im Versorgungsgebiet liegen. Sie sollten in der Regel psychiatrischen Krankenhäusern angeschlossen sein. Direkt-einweisung (ohne Umweg über vollstationäre Behandlung) muß jedenfalls möglich sein.

4.4 Komplementäre und Rehabilitative Dienste

Die meisten Chronischkranken und Behinderten können ein eigenständiges Leben in der Gemeinschaft führen, wenn sie dazu angemessene Unterstützung erfahren.

(1) Wohngelegenheiten

In jeder Versorgungsregion ist ein System gestufter Einrichtungen der Wohngelegenheiten - vom betreuten Einzelwohnen bis zum Wohnheim für Schwer- oder Mehrfach-Behinderte - aufzubauen.

Dafür gelten die folgenden Grundforderungen:

- Kleine dezentrale Einheiten;
- Orientierung der Betreuungsdichte am Trainings- und / oder Pflegebedarf;
- Übernahme der Betreuung, wenn möglich, durch ambulante Dienste;
- Zielgruppen-Orientierung (also Einrichtungen bspw. für Psychisch-Behinderte im Berufsalter, für Psychisch-Alterskranke, für Chronisch-Suchtkranke, für Geistigbehinderte usf.);
- Tauglichkeit als Übergangseinrichtung wie als Dauerwohnstätte;
- Organisatorischer Verbund aller Einrichtungen im komplementären Bereich.

(2) Arbeitsplätze

Unverzichtbar ist die Schaffung von beruflichen Fördermöglichkeiten und von Beschützten Arbeitsplätzen.

Für viele psychisch Kranke besteht bei ungünstiger Lage des Arbeitsmarktes die Gefahr des Arbeitsplatzverlustes bzw. kaum Aussicht auf Eingliederung in die normale Arbeitswelt.

Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke müssen psychisch Kranken geöffnet, Zugangsvoraussetzungen und inhaltliche Gestaltung den besonderen Erfordernissen psychisch Kranker und Behinderter angepasst werden.

"Werkstätten für Behinderte", in denen psychisch Behinderte mit geistig Behinderten und mit Körperbehinderten zusammenarbeiten sollen, sind gewöhnlich nicht auf die besonderen Bedürfnisse und Defizite psychisch Behinderter eingestellt und werden deshalb von diesen kaum angenommen. Neue Formen ausgelagerter kleiner Werkstätten für psychisch Behinderte und Selbsthilfetriebe verdienen darum den Vorzug. Unternehmen der freien Wirtschaft sollten angeregt und finanziell dafür gefördert werden, daß sie berufliches Training und Dauerarbeitsplätze für psychisch Behinderte bereitstellen.

Wohnangebote und Arbeitsstätten sollen in der Regel getrennt, die Wohngelegenheiten sollen in normalen Wohngebieten liegen.

(3) Tagesstrukturierung

Schließlich sind Möglichkeiten für die sinnvolle Tagesstrukturierung in Form von regionalen Tagesstätten zielgruppenorientiert aufzubauen.

Viele chronisch psychisch Kranke, die nicht oder noch nicht imstande sind, berufliche Fördermöglichkeiten oder beschützte Arbeitsplätze auszufüllen, können ausserhalb psychiatrischer Krankenhäuser leben, wenn Einrichtungen zur sinnvollen Strukturierung des Alltags vorhanden sind. Zu diesem Zweck sind in allen Subregionen Tagesstätten für psychisch kranke, behinderte und gefährdete Bürger zu schaffen. Das Angebot soll umfassen

- Kontaktmöglichkeiten (Tee- und Kaffeestuben, Clubs),
- Aktivitätsgruppen (Kochen, Ausflüge, Bastel- und Handarbeiten, Spiele) sowie
- einfache, mit finanzieller Prämie verbundene Arbeiten, überwiegend in offenen, z.T. auch in geschlossenen Gruppen.

Tagesstätten sollen in besonderem Masse Laienhilfe- und Selbsthilfs-Initiativen einbeziehen und fördern.

Die Tagesstätten müssen verkehrsgünstig gelegen und organisatorisch eng mit Sozialpsychiatrischem Dienst und Komplementären Einrichtungen verknüpft sein.

4.5 Stationäre Versorgung

Ziel der Reform der psychiatrischen Krankenhäuser muß deren Entwicklung zum kompetenten Partner der ambulanten und der komplementären Dienste in der Versorgungsregion (siehe Seite 7) und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den drei Gruppen sein.

Gegenwärtig ist die Situation der stationären Versorgung im Regelfall noch immer dadurch charakterisiert, daß

- ein grosser Teil der Patienten fehlplatziert ist,
- die Krankenhäuser zu groß und für zu weiträumige Versorgungsgebiete zuständig sind, und daß
- infolge zu geringer Personalausstattung, zum Teil auch infolge überalterter Struktur ein angemessenes therapeutisches Angebot nicht möglich ist.

Voraussetzungen der zielgemässen Entwicklung sind

- drastische Verkleinerung der Großkrankenhäuser;
- Sektorsierung, d.h. Zuordnung der Abteilungen der Landes- und Psychiatrischen Krankenhäuser zu den Subregionen (siehe Seiten 7 und 8);
- bei Allgemeinkrankenhäusern die Einrichtung von psychiatrischen Fachabteilungen mit sektorieller Versorgungspflichtung;
- Differenzierung der Abteilungen in kleine Behandlungseinheiten für bestimmte Patientengruppen der Grundversorgung (Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Suchtkranken-Behandlung, Langzeit-Behandlungsstationen u.dgl.m.);
- Verbesserung der Personalausstattung und der Personalstruktur;
- Schwerpunktverlagerung von der vollstationären zur tagaklinischen Versorgung.

4.6 Koordination und Kooperation im Versorgungsgebiet

Die hier entwickelten Leitlinien sind gerichtet auf die psychosoziale Orientierung der Prävention und der Behandlung psychischer Krankheiten. Zur Bewältigung der heute vorherrschenden vielfältigen Krankheitsfaktoren, der psychosozialen Faktoren und der psychosomatischen Krankheitsprozesse reichen die herkömmlichen Mittel isoliert arbeitender Ärzte und anderer Dienste und Einrichtungen in den Teilbereichen des medizinischen Versor-

gungssystem nicht aus. Erforderlich ist vielmehr eine integrierende Betrachtungs- und Vorgehensweise in Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation auf den Feldern der psychischen wie denen der sogenannten somatischen Krankheiten. Als Hilfe zur Verbesserung der Kooperation sozialer und medizinischer Dienste in der Subregion geeignet erscheint die "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft", ein freiwilliger Zusammenschluß von Berufstätigen und Laien.

Zur Verbesserung der Kooperation kann ausserdem in der Subregion ein "Psychosozialer Ausschuss" (ähnlich dem Jugendwohlfahrtsausschuss) gebildet werden, dem neben Vertretern der Kommunalverwaltung, des kommunalen Parlaments, der Träger der Einrichtungen und der Kostenträger auch Vertreter der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und der Patientenanwalt angehören.

4.7 Mitarbeit von Selbsthilfegruppen und Laien

Das professionelle Versorgungssystem muß Laienpotentiale und Selbsthilfegruppen ergänzend aufnehmen und selbst die Einrichtung solcher Gruppen initiieren. Diese Initiativen sind unentbehrlich, soll der in diesen Leitlinien zum Ausdruck kommende Gedanke praktisch wirksam werden. "Psychiatrie entbehrlich zu machen, wo immer das möglich ist".

Auch unter präventiven Aspekten ist unverzichtbar, Betroffenen-Initiativen als Gesundheitsbewegung zu begreifen und zu fördern.

5 PRÄVENTION

Psychosozial orientierte medizinische und soziale Versorgung darf, wenn sie der Verbreitung psychischer Krankheiten unter den Lebensbedingungen und deren Auswirkungen in der heutigen Industriegesellschaft wirksam begegnen will, nicht mit der Behandlung der aufgetretenen Krankheiten sich begnügen. Sie muß versuchen, psychische Störungen zu verhüten oder zumindest, wenn oder soweit das nicht möglich ist, ihrer Entwicklung zu (behandlungsbedürftigen) Krankheiten zuvorzukommen. Mit den herkömmlichen Versorgungseinrichtungen ist das nicht möglich. Vielmehr muß, um das Ziel zu erreichen, ihre Tätigkeit in den Alltag der Bürger hinein in die Arbeitswelt und in das private (ausserbetriebliche) Leben

- erstreckt werden, um Fehlentwicklungen psychisch gefährdeter Menschen frühzeitig zu erkennen und aufzufangen.

Ob die Fehlentwicklung im Einzelfall die Richtung auf eine Abhängigkeit (von Genußmitteln, Arzneimitteln, Drogen) nimmt, ob auf psychosomatische Fehlsteuerung, auf neurotische Fehleinstellung oder auf eine psychotische Störung, kann solange keinen Unterschied machen, wie es darauf ankommt, vorsorgend Lebensumstände - im Einvernehmen mit dem Betroffenen - im Sinne der Entlastung zu ändern. Denn die Betroffenen, mit ihren Problemen sich selbst überlassen, sind dazu in der Wirtschafts- und Verwaltungsorganisation unserer Gesellschaft oft nicht imstande.

Mit einer in Fachkreisen vielfach befürchteten "Psychiatisierung" hat das nichts zu tun. Eben diese muß vermieden werden dadurch, daß Beratung auf Hilfe zur Selbsthilfe in der Bewältigung der persönlichen Lebensprobleme abzielt.

In der Arbeitswelt sind es besonders die vielfältigen Spannungen - zwischen Arbeitenden und ihren Vorgesetzten und Kontrolleuren wie zwischen den Arbeitenden untereinander - die zumal von der arbeitszergliedernden Produktionstechnik und von der Einseitigkeit monoton anspannender Tätigkeiten in der unteren Ebene der Verwaltungsbereiche und der sonstigen Dienstleistungen hervorgerufen werden, aber auch von den Enttäuschungen ausbleibenden Fortkommens u.v.a., die die Gefährdeten mit Fehlreaktion oder Fehlverhalten beantworten oder die in psychosomatische Krankheitsentwicklungen sich umsetzen. In der privaten Lebenswelt sind es ganz entsprechend die - oft zur Arbeitswelt komplementären - Reibungen innerhalb der Familie oder zwischen den Individuen und ihrem sozialen Umfeld wie auch die Belastungen der Frauen im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Selbstverwirklichung und den Anpassungsforderungen in Beruf und Familie.

5.1 Prävention psychischer Krankheiten in der Arbeitswelt

Die Basis präventiver Aktivitäten können in der Arbeitswelt die Betriebsmedizinischen Dienste bieten, die nach dem Betriebsärzte-Gesetz von 1975 eingerichtet worden sind.

Die besten Voraussetzungen für die Übernahme präventiver Aufgaben der hier anstehenden Art sind in den Unternehmens-unabhängigen Betriebsmedizinischen Dienststellen gegeben, die nach § 19 BÄG die Berufsgenossenschaften betreiben dürfen. Ihre Einrichtung sollte generell durchgesetzt werden. Die Prävention von Neurosen wie von psychosomatischen Krankheiten können sie ohne Gesetzesergänzung als zusätzliche Aufgabe übernehmen.

Weniger geeignet sind diejenigen Betriebsmedizinischen Einrichtungen, die die Unternehmen selbst oder die Gruppen von Unternehmen gemeinsam betreiben. Hinter ihnen steht in manchen Industriezweigen jahrzehntelange Tradition Unternehmens-orientierter Arbeitsmedizin. Ihre Leistungen sollten nicht gering eingeschätzt werden. Aber die Erfahrung hat gelehrt, daß hier

Jede Art von Prävention, die auf den Schutz des einzelnen Arbeitnehmers ausgerichtet wird, allzu leicht in Konflikt gerät mit den speziellen Interessen des Arbeitgebers und seiner Exponenten. Die psychosozial orientierte Prävention wird dadurch besonders erschwert.

5.2 Prävention psychischer Krankheiten im privaten Lebensbereich

In der ausserbetrieblichen Lebenswelt, also im Familien-, Wohn- und Freizeitbereich der Bürger, bieten die Medizinisch-Sozialen Gemeindezentren sozialdemokratischer Konzeption (vgl. Abschnitt 4.2.3) die breiteste Arbeitsbasis für präventive Aktivitäten.

Die Mitarbeiter dieser Zentren kommen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit allen Teilen der Bevölkerung ihres Arbeitsfeldes in engen Kontakt, so auch mit den psychisch gefährdeten Menschen. Nicht der Suche nach ihnen bedarf es hier, wohl aber der Sachkunde und der Erfahrung, um diejenigen richtig anzusprechen, die von sich aus den Weg zur Beratung nicht finden, und ihnen geeignete Hilfsangebote zu vermitteln.

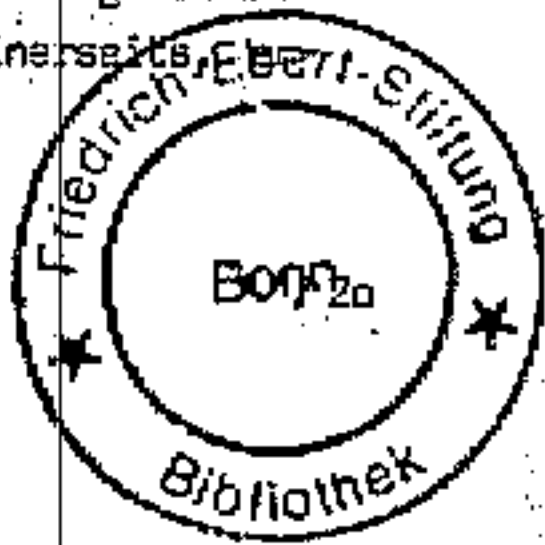
Die Funktion der Medizinisch-Sozialen Gemeindezentren als Kristallisationspunkte von Selbsthilfe- und Laienhilfe-Gruppen (vgl. Abschnitt 4.2.6) bietet dafür besonders günstige Voraussetzungen.

Auch Sozialstationen, wie sie in den letzten Jahren relativ weite Verbreitung gefunden haben, können - wenn sie nicht auf häusliche Krankenpflege und auf Hauspflege beschränkt sind - Stützpunkte der psychosozial orientierten Prävention sein.

5.3 Beratungs- und Handlungskompetenz zur Prävention psychischer Krankheiten

Individuelle Situationen zu erkennen, in denen psychische Störungen sich entwickeln und durch Beratung und ggf. Intervention verhütet werden können und sollten, ist Aufgabe aller fachlichen Mitarbeiter der integrierten medizinischen Versorgung, zumal aller Mitarbeiter der in den Abschnitten 5.1 und 5.2 genannten Einrichtungen. Prävention psychischer Störungen muß deshalb Gegenstand, die Vermittlung hinreichender psychosozialer Kompetenz Aufgabe ihrer aller Aus- und Weiterbildung sein.

Beratung und, wo erforderlich, steuernde Eingriffe in die Lebenslage der Gefährdeten erfordern neben Sachkunde viel Erfahrung im unbefangenen Umgang mit den Angehörigen aller Schichten der Bevölkerung einerseits,



dererseits möglichst niedrige Sozial- und Sprachbarrieren.

Daher verlangt die Handlungskompetenz zur Beratung und Intervention in der Prävention psychischer Störungen spezielle zusätzliche Ausbildung und breite Berufspraxis in dem weiten Problemfeld, sowohl hinsichtlich der sozialen, der medizinischen und der psychotherapeutischen Hilfsmöglichkeiten und ihrer Risiken wie auch und besonders hinsichtlich der Strukturen der Arbeitswelt und der Reaktionsweisen in ihr. Den weitaus meisten Mitarbeitern der allgemeinen medizinischen wie auch der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ist diese Arbeitswelt eher "theoretisch" bekannt denn praktisch vertraut. Ansätze für den Erwerb der benötigten Beratungs- und Handlungskompetenz finden sich bisher am ehesten in einigen Ausbildungsgängen der Sozialarbeiter / Sozialpädagogen und der Arbeitstherapeuten.

Fachliche Zusatzausbildung ist jedenfalls unerlässlich.

6 BERUFAUSBILDUNG UND BERUFAUSÜBUNG

6.1 Prinzipien

Die heute immer noch vorherrschende Form der Einzelpraxis von Psychiatern, Psychologen und psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen wird den Bedürfnissen psychisch Kranker nach Behandlung, Betreuung und medizinischer sowie gesellschaftlicher Rehabilitation keineswegs gerecht. Völlig ausserhalb der Betrachtungsweise bleibt dabei die psychosoziale Prävention.

Die vielschichtigen Bedürfnisse psychisch Kranker und Gefährdeter lassen sich nur im Zusammenwirken vieler Berufe - Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Pfl. Berufe, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und schließlich Physiotherapeuten und Pädagogen - bewältigen. Nur die berufsübergreifende Kooperation im psychotherapeutischen Team bietet hinreichende Gewähr für die Entwicklung eines integrierten medizinischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Angebots.

6.2 Berufsausbildung und Zusatzausbildung

Die heute praktizierte Ausbildung aller genannten Berufsgruppen trägt den Erfordernissen der oben skizzierten und geforderten Berufspraxis in keiner Weise Rechnung. Allerdings darf man nicht übersehen, daß Berufspraxis und

Ausbildung sich gegenseitig bedingen. Sie können nur gemeinsam und gleichzeitig den veränderten Bedürfnissen einer zeitgemässen Prävention und Behandlung von psychischen Störungen und Krankheiten und einer möglichst umfassenden und weitgehenden Rehabilitation der Betroffenen angepasst werden.

Vorrangiges Ziel ist für alle in diesem Feld tätigen Berufsgruppen die Herausbildung einer psychosozialen Kompetenz. Dazu sind neben der Beherrschung des berufsspezifischen Fachwissens auch Kenntnisse über die Strukturen der Berufsfelder, insbesondere der Arbeitswelt, breite praktische Erfahrung und eine Vertiefung berufserfahrener Selbsterfahrung erforderlich. Da dies in den Ausbildungsgängen der genannten Berufsgruppen nicht vermittelt werden kann, ist für alle Berufsgruppen eine psychosozial orientierte Zusatzausbildung unverzichtbar.

Schon die Grundausbildung im Beruf muß vor allem in den letzten Ausbildungsabschnitten praxisbezogenes exemplarisches Lernen im Arbeitsfeld vermitteln, bei dem die Umsetzung theoretischer Kenntnisse in berufspraktisches Handeln im Vordergrund steht. Dabei sollen Schwerpunktbildungen entsprechend den in der Praxis vorhandenen Arbeitsfeldern möglich sein.

Ziel der Zusatzausbildung ist die Erweiterung und Vertiefung der berufsspezifischen Fachkenntnisse unter ständiger Erprobung in der alltäglichen Arbeit, das Erlernen von Zusammenarbeit im Team und mit anderen Institutionen, die Entwicklung einer therapeutischen Grundhaltung und - in unterschiedlichem Ausmaß je nach Berufsgruppe - Sicherheit im Umgang mit psychotherapeutischen, soziotherapeutischen, bewegungs- und gestaltungs-therapeutischen Methoden.

Die Ausbildung führt grundsätzlich zur staatlichen Berufszulassung im Grundberuf. Die Zusatzausbildung setzt diese voraus. Sie ist berufsbegleitend und dauert je nach Berufsgruppe zwischen zwei und vier Jahren. Durchführung und Abschluß der Zusatzausbildung in Form einer Prüfung stehen in der Verantwortung der ursprünglichen Ausbildungsstätte. Diese soll im Rahmen gesetzlich festzulegender Vorgaben in Zusammenarbeit mit der fachlichen Leitung der Einrichtungen, in denen die Auszubildenden arbeiten, das Curriculum erstellen und die Durchführung der Lehrveranstaltungen einschließlic der Praktika regeln. Für Universitäten und Fachhochschulen wird dies leicht möglich sein. Fachschulen müssen sich auf Landesabene zu Akademien zusammenschliessen, um den Erfordernissen genügen zu können. Insbesondere für die psychotherapeutische Zusatzausbildung ist eine vertraglich festgelegte

Delegation von Aufgaben zweckmässig und möglich.

Das nachstehende Schema gibt - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - eine tabellarische Übersicht über Ausbildung, Zusatzausbildung, Qualifikation und Berufsausübung der im Feld psychosozialer Versorgung und Prävention tätigen Berufsgruppen.

6.3 Berufsausübung

Die Berufstätigkeit aller an den psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten beteiligten Berufsgruppen soll grundsätzlich im Team in ranggleicher Kooperation ausgeübt werden, damit sie den Erfordernissen einer psychosozialen Orientierung der Hilfe für die Kranken oder von psychischer Krankheit Bedrohten voll gerecht wird.

Innerhalb eines jeden solchen Teams gilt also das Gebot der interkollegialen Konsultation und die Pflicht zur kollegialen Zusammenarbeit. Bestimmungen in den Berufsordnungen (der Bundesländer) für die Ärzte, die der ranggleichen Kooperation entgegenstehen, sind ausser Kraft zu setzen.

Die fachgerechte Erfüllung der Aufgaben in interkollegialer Konsultation und Kooperation wird für jedes Team durch eine Leitung im Sinne der Dienst- und Fachaufsicht gewährleistet. Soweit es sich dabei um Ausübung der Heilkunde handelt, muß die Verantwortung bei einer dazu berechtigten Person liegen.

Diesen Prinzipien gemäß gilt die staatliche Berufserlaubnis grundsätzlich nur für die Berufstätigkeit im Team. Ausgenommen hiervon werden zunächst die Ärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung bleiben müssen, weil die Approbation als Arzt, der historischen Entwicklung zufolge, zur Individualbehandlung in der Einzelpraxis berechtigt.

Eine Ausweitung der Berufstätigkeit in Einzelpraxen muß indessen verhindert werden, um eine ähnliche Entwicklung zu übermässiger Zahl der therapeutischen Leistungen abzuwehren, wie die berufsständische Organisation der Kassenärzte sie herbeigeführt hat. Dann die Wiederholung dieser Entwicklung in der Psychotherapie - also die Bildung "Kassenpsychotherapeutischer Vereinigungen" - oder auch die Einbeziehung der Psychotherapeuten mit anderer als ärztlicher Berufsausbildung in die kassenärztliche Organisation

Grundausbildung	Mediziner		Psychologen		Sozialarbeiter Sozialpädagogen		Berufe der Krankenpflege und der aktivierenden Therapie	
	Medizinstudium	Psychologiestudium	Sozialpädagogik	Sozialpädagogik	Krankenpflege	Fachschule	Krankenpflege	Krankenpflege
Ausbildungsstätte und -dauer	Universität / Med. Hochschule	Universität	5	3	Fachhochschule	3	Fachschule	3
Qualifik. ausweis bzw. Berufserlaubnis f.d. Tätigkeit	Approbation als Arzt	Diplomexamen			Sozialpädagoge		Krankenpflege	Krankenpflege
Spezialausbildung (Weiterbildung)					Psychiatrie u. Psychotherapie		Psychiatrie	Psychiatrie
Ausbildungsstätte und -dauer							Psychiatrie Krankenhaus	Psychiatrie Krankenhaus
Qualifik. ausweis bzw. Berufserl.							Fachkrankenschwester/-pfl.	Fachkrankenschwester/-pfl.
Zusatzausbildung							Psychotherapie	Psychotherapie
Ausbildungsform und -dauer							berufsbegleitend in Klinik und Praxis	berufsbegleitend in Klinik und Praxis
Qualifik. ausweis bzw. Berufserl. f.d. Tätigkeit								
Tätigkeitsfeld								
Ort und Form d. zulässigen Berufsausübung								

ÜBERSICHT ÜBER BERUFAUSBILDUNG UND TÄTIGKEITSFELDER DER BERUFE IN DER PRÄVENTION UND BEHANDLUNG PSYCHISCHER KRANKHEITEN

verstärkt gegen die Interessen der Patienten wie auch die der Versicherungsgemeinschaft.

Die Gefahr einer unferlosen Ausweitung psychotherapeutischer Behandlungen wird naturgemäß stark erhöht, wenn eine Überzahl von psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten und Psychologen bereitsteht, in deren natürlichen ökonomischen Interesse die quantitative Leistungsausweitung liegt.

Um die quantitative Entwicklung in den Grenzen des sachlich Gebotenen und zugleich die Qualität der Psychotherapie unter Kontrolle zu halten, soll Psychotherapie generell - also auch in den Händen von Ärzten in Einzelpraxis - an die Überwachung im Gutachterverfahren als kollegiale Selbstkontrolle gebunden sein. Hinreichend wirksam werden und bleiben kann eine solche berufliche Selbstkontrolle stets nur im Rahmen der sozialen Kontrolle des Teams.

Die staatliche Berufszulassung zur Psychotherapie für die übrigen unter 6.1 und im Schema aufgeführten Berufsgruppen gilt naturgemäß nur für die Ausübung im Rahmen des Grundberufes im Team.

7 FINANZIERUNG

7.1 Die Problemlage: Hindernisse für ein einheitliches Finanzierungssystem

Der Aufbau und die Steuerung eines in sich geschlossenen Systems der psychosozial orientierten Prävention, der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung und der Wiedereingliederung nach diesen Leitsätzen erfordert eine einheitliche Finanzierung der Schaffung und Unterhaltung von Einrichtungen der ambulanten und der stationären Versorgung (Kapitel 4) sowie der Deckung der individuellen Kosten in der Versorgung der Kranken. Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wie auch Überleitungen von Kranken aus einer Einrichtung der ambulanten Dienste in eine andere dürfen nicht infolge unterschiedlicher Trägerschaft der Einrichtungen zum einen, unterschiedlicher Bestimmungen für die Zahlungspflicht der Sozialleistungsträger zum anderen zu Kontinuitätsbrüchen der Behandlung führen.

Einer einheitlichen Finanzierung steht die Verschiedenartigkeit der als Zahlungsverpflichtete beteiligten Sozialleistungsträger entgegen, das sind in der Hauptsache die Träger der Sozialen Krankenversicherung, die Träger der Rentenversicherung, die Kommunalen Gebietskörperschaften als Träger der örtlichen Sozialhilfe und auch von Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, und die Träger der überörtlichen Sozialhilfe, ebenfalls zugleich Träger zahlreicher Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung. Ihre Aufgaben im Gesamtsystem der Sozialen Sicherung unterscheiden sich beträchtlich. Für ihr Finanzgebahren gelten unterschiedliche Vorschriften und auch unterschiedliche aufsichtsrechtliche Bestimmungen.

Alle Träger der gesetzlichen Sozialversicherung sind - als Sozialleistungsträger in der Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Körperschaft - in der Verwendung ihrer Finanzmittel sehr viel strenger beschränkt auf "die Erfüllung der Aufgaben des [jeweiligen einzelnen] Versicherungsträgers" (§ 60ff des 4. Buches des Sozialgesetzbuchs - im folgenden: SGB IV) als die Kommunalen Gebietskörperschaften.

Besonderen Vorschriften unterliegen die Krankenkassen. Sie müssen sich in der Regel beschränken auf die Zahlung der für bestimmte Versicherter im Einzelfall anfallenden Kosten und dürfen jedenfalls an Aufwendungen - zumal an Investitionen - nicht über das hinaus sich beteiligen, was die Erfüllung der Aufgaben für die eigenen Versicherten nachweisbar erfordert. Jedoch treten hier die Kooperationspflichten des Rehabilitationsgleichungsgesetzes und des 10. Buches des Sozialgesetzbuchs ergänzend hinzu.

Ausnahmslos alle Versicherungsträger bedürfen für "die Beteiligung an gemeinnützigen Einrichtungen und die Hergabe von Darlehen für gemeinnützige Zwecke" der Genehmigung der Aufsichtsbehörde (§ 85 SGB IV).

Den "Gemeinden" und den "Gemeindeverbänden" hingegen, also den Kommunalen Gebietskörperschaften gewährleistet Artikel 28 Abs. 2 des Grundgesetzes ein weit grösseres Maß an Selbstbestimmung und Bewegungsfreiheit auch in der Verwendung ihrer Finanzmittel.

Hinzu tritt die Problematik der "Mischfinanzierung", also der Verwendung von Mitteln aus verschiedenen Haushalten für den gleichen Zweck ohne eindeutige Abgrenzung der Verantwortlichkeit.

7.2 Finanzierungsvorschläge

(1) Betriebskosten der Einrichtungen

Für die Deckung der Betriebskosten von Einrichtungen und für die Aufbringung der Mittel für die Versorgung der einzelnen Kranken eignen sich regionale Arbeitsgemeinschaften, wie sie im Sozialgesetzbuch an verschiedenen Stellen genannt und als bestehend und dem Grunde nach unentbehrlich vorausgesetzt sind (so z.B. SGB I, § 97 SGB X). Die Mitgliedschaft in Arbeitsgemeinschaften ist nach dem Sozialgesetzbuch im allgemeinen nicht auf Sozialleistungsträger beschränkt: Ihnen können Kommunale Gebietskörperschaften und auch Verbände der Freien Wohlfahrtspflege angehören.

Unerlässlich ist für diesen Lösungsweg, daß diejenigen Mitglieder einer solchen Arbeitsgemeinschaft, die in Einzelfällen zahlungspflichtig werden können, zur regelmässigen Anwendung des § 43 SGB I sich verpflichten, daß also im Einzelfall der zuerst angesprochene Sozialleistungsträger seine "vorläufige Leistungspflicht" anerkennt und die Aufwendungen vom letztlich zuständigen Leistungsträger sich erstatten läßt.

Decken die berechneten Kosten einer Einrichtung die tatsächlichen Betriebskosten (unter Einschluß der Abtragung und Verzinsung des eingesetzten Kapitals), so läßt eine einfache Kostendeckung in allen Fällen sich erreichen, in denen die Kosten je bestimmten Patienten zugerechnet werden können.

Auch die Betriebskosten derjenigen Einrichtungen, deren Aufwendungen nicht bestimmten einzelnen Kranken zugerechnet werden können, weil sie bestimmungsgemäß einem fluktuierenden Besuch offenstehen, lassen im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften ohne rechtliche Schwierigkeiten sich aufbringen, und zwar anteilig auch von den Krankenkassen (etwa nach Maßgabe ihrer Mitgliederzahlen), wenn die Selbstverwaltungsorgane dies durch Satzungsergänzung nach § 364 Abs. 1 Nr. 1 RVO beschliessen. Denn insoweit ist an der erforderlichen Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden nicht ernstlich zu zweifeln.

(2) Investitionen für die Schaffung oder Erneuerung von Einrichtungen

Für die Schaffung von Einrichtungen mit grösseren Investitionserfordernissen (etwa Tageskliniken, Werkstätten, Wohngelegenheiten der verschiedenen

genannten Arten u.a.)¹ und auch als Träger von deren Betrieb eignen Arbeitsgemeinschaften in ihrer rechtlich lockeren Form sich nicht. Sie können weder Vermögen bilden und verwalten noch - aus haftungsrechtlichen Gründen - umfangreiche Sachgeschäfte führen noch können sie unbefristete Arbeitsverträge schliessen.

Aber die Arbeitsgemeinschaften können mit diesen Aufgaben einzelne ihrer Mitglieder vertraglich betreuen, und diese können sie dann allein oder zu mehreren im Zusammenschluß zu einem Zweckverband oder unter Bildung einer haftungsbeschränkten Kapitalgesellschaft wahrnehmen, sofern die Arbeitsgemeinschaft die Deckung der vollen Betriebskosten - wieder unter Einschluß der Kapitaldienste - vertraglich zusichert - vorausgesetzt, daß dies durch den Vertrag über die Bildung und die etwaige Auflösung der Arbeitsgemeinschaft gedeckt ist.

¹ Unterstellt wird, daß Neu-, Ersatz- und Umbauten von Krankenhäusern oder Abteilungen für psychisch Kranke im Rahmen der gesetzlichen Krankenhaus-Finanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz) finanziert werden.

7.3 Sozialgemeinde als Perspektive

Die hier skizzierten Finanzierungsvorschläge sind ohne wesentliche gesetzliche Änderungen der geltenden sozialrechtlichen Bestimmungen umsetzbar. Jedoch werden die Sozialversicherungsträger die für das Zusammenwirken mit den kommunalen Körperschaften im Aufbau und in der laufenden Finanzierung der sozialen und medizinischen Versorgung der psychisch Kranken erforderliche Bewegungsfreiheit nur erlangen können, wenn sie in Anlehnung an das Konzept des sozialdemokratischen "Sozialplans für Deutschland"¹ zu Sozialgemeinden zusammengeführt werden. Demgemäß ist die Forderung nach neuen Strukturen des Zusammenwirkens in einer "Selbstverwaltung der medizinischen Versorgung" in die Gesundheitspolitischen Leitsätze der SPD² aufgenommen worden.

¹ Sozialplan für Deutschland. Berlin/Hannover (Verlag J.H.W. Dietz) 1957. Seite 146 ff: "... sollen die Selbstverwaltungsorgane aller einzelnen Sozialleistungszweige örtlich und bezirklich [...] Vertreter in 'Sozialgemeinden' entsenden", desgleichen "wegen der Verzahnung der Aufgaben auch die jeweiligen Kommunalausschüsse für Sozialangelegenheiten und für Gesundheitsfragen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände. Durch eine derartige laufende und enge Zusammenarbeit der Selbstverwaltungsorgane wird örtlich und bezirklich ein Bewusstsein gemeinsamer Gesamtverantwortung für die soziale Sicherung entstehen und damit die Voraussetzung für sinnvoll aufeinander abgestimmte Tätigkeit [...] geschaffen. [...] Notwendig ist die Zusammenfassung aller Leistungsträger der Gesundheitssicherung in örtlichen und bezirklichen 'Kassenverbänden'. [...] Die Geschäftsführung der Kassenverbände, der Arbeitsämter und Gebietskörperschaften sollten mit der Geschäftsführung der Träger der Rentenversicherung [...] einen 'Gemeinsamen Ausschuss' bilden, der der Sozialgemeinde zu unterstellen ist. [...] Die Schaffung neuer Einrichtungen [ist] gemeinsam und weiträumig zu planen und Entwicklung und Ausbau der Einrichtungen gemeinsam zu überwachen. [...] Wenn gesundheits- oder berufsfördernde soziale Leistungen von persönlichen Voraussetzungen abhängig zu machen sind, muß allgemein das Ergebnis der Prüfung durch einen Sozialleistungsträger für alle übrigen Sozialleistungsträger verbindlich sein."

² Parteitag der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Hamburg 15. - 19. November 1977: Beschlüsse zur Gesundheitspolitik, Seite 16 ff: Selbstverwaltung der medizinischen Versorgung.

Herausgeber: Bundesvorstand der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG),
Ollenhauerstr. 1, 5300 Bonn 1, Tel.: 0228/532456
Druck: Courir Druck GmbH, Königswinterer Str. 115, 5300 Bonn 3
5-85 — A 1 — 1.5