

Neue Soziotherapie-Richtlinie

Stellungnahme mit

Bitte zur Rückverweisung

an den Gemeinsamen Bundesausschuss

für den Bundesminister für Gesundheit

vorgelegt vom

Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.

Priesterbergweg 36

53773 Hennef

Tel. 02248-9098385

Fax 02248-445737

Mobil 0171-5270991

Email liessem@soziotherapie.eu

03. Februar 2015

Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 22. Januar 2015 eine neue Richtlinie für die Psychotherapie gem. §§ 37a sowie 92 SGB V verabschiedet. Diese Neufassung liegt dem Bundesminister für Gesundheit zur Prüfung vor. Aus folgenden Gründen erscheint es uns zwingend, die Richtlinie wegen schwerer Rechtsverstöße zur Überarbeitung an den G-BA zurückzuverweisen.

Die Rechtsverstöße stehen in Zusammenhang mit den neuen Regelungen zu den Grundlagen und Zielen (§ 1 der Richtlinie), Indikation und Therapiefähigkeit (§ 2) sowie Vorbereitung, Planung und Erfolgskontrolle (§ 6). Folgende rechtliche Erfordernisse werden außer Betracht gelassen:

Die Schwere einer psychischen Erkrankung bemisst sich im Zusammenhang mit der Psychotherapie aus drei rechtlich definierten Faktoren:

Unfähigkeit, an der ärztlich verordneten Behandlung aktiv teilzunehmen (§ 37a SGB V),

drohende Krankenhauseinweisung (§ 37a SGB V) sowie

Dauer der Erkrankung mit voraussichtlich länger als 6 Monaten (§ 2 SGB IX).

Bei Vorliegen dieser drei Voraussetzungen kann nicht nur Psychotherapie verordnet werden, wie es in § 1 Abs. 3 und dann immer wieder heißt, sondern die PatientIn hat einen gesetzlichen Anspruch auf eine Verordnung (§ 37a Abs. 1 SGB V).

In Anbetracht dieser eindeutigen Rechtslage ist es unzulässig, irgendwelche Indikationen von der Psychotherapie auszuschließen. Eine derartige Einschränkung verstößt auch gegen das rechtliche Gebot, eine „dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung“ zu gewährleisten (§70 Abs. 1 SGB V). Alle für diverse psychische Erkrankungen herausgegebenen Behandlungsleitlinien der wissenschaftlich maßgebenden Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sprechen von der Notwendigkeit zur Ausdehnung der Behandlung auf das persönliche soziale Umfeld der PatientInnen. Eine Fokussierung auf Schizophrenie bzw. auf Diagnosen mit psychotischen Symptomen entbehrt jeder wissenschaftlichen Begründung.

Psychotherapeutische Leistungen werden in § 26 Abs. 3 SGB IX ausführlich beschrieben, ohne dass der Begriff Psychotherapie dort benutzt wird. Hierbei geht es um Leistungen der medizinischen Rehabilitation, für die gem. § 6 Abs. 1 Ziff. 1 SGB IX die gesetzlichen Krankenkassen zuständig sind. Hiernach ist es unzulässig, beim Betroffenenkreis bestimmte Indikationen von medizinischen Leistungen auszuschließen. Allein maßgebend sind bestehende Einschränkungen in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Seit den Beschlüssen der UN-Vollversammlung im Jahre 2000 werden medizinisch begründete Beschränkungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF definiert. Diese ICF ist das auch in Deutschland anzuwendende Instrumentarium zur Bestimmung der Funktionseinschränkung, nicht die GAF. Spätestens seit der

Veröffentlichung der Anwendungsempfehlungen für die ICF durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Jahre 2006 hat sich dieses Verfahren gerade im medizinischen Sektor immer mehr durchgesetzt. Die ICF ist daher auch bei der Psychotherapie anzuwenden.

Die ICF stellt dann auch das Instrumentarium für eine Wirkungs- und Erfolgskontrolle zur Verfügung.

Die seit Einführung der Psychotherapie praktizierte Handhabung, diese Leistung faktisch nur Betroffenen mit der Indikation Schizophrenie zu gewähren, hat zu einer Verschiebung der Leistungserbringung als „Ambulante Hilfe/Betreutes Wohnen“ in die Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII geführt, was vom Gesetzgeber nicht gewollt ist (siehe die §§ 5 und 6 SGB IX) und auch dem Nachrangprinzip der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) widerspricht.

Die neue Richtlinie verstößt auch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Gehen wir davon aus, dass lediglich nur rund 10% der in Krankenhäusern wegen psychischer Erkrankungen behandelten Menschen an Schizophrenie leiden, so bedeutet das Festhalten an diesem Auswahlkriterium, dass bei 90% der Betroffenen der Versuch, durch Psychotherapie die stationäre Behandlung und damit sehr hohe Kosten zu vermeiden, unterbleibt.

Der Versuch, für weitere Indikationen in Einzelfällen eine Ausnahme zuzulassen (§ 2 Abs. 5 der Richtlinie) erzeugt in der Praxis ein verwaltungsaufwändiges Ordnungsverfahren, dessen zusätzliche Kosten bei den Kassenverwaltungen und beim MDK vergütet werden, beim behandelnden Facharzt und beim Psychotherapeuten aber nicht. Schon aus wirtschaftlichen Gründen wird sich die Anwendung dieser Möglichkeiten auf einzelne Härtefälle begrenzen. Damit bleibt faktisch der Ausschluss der meisten Patienten von der Leistung Psychotherapie weiter bestehen.

Die Leistungsfähigkeit der Psychotherapie, im Sinne des § 37a SGB V die ambulante Versorgung effektiver zu gestalten und stationäre Aufenthalte zu vermeiden, wird auch von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen nicht bestritten. Dennoch tun die Kostenträger alles, diese ambulante Leistung nicht auf den Markt zu lassen, und dies hat vor allem folgende Gründe:

Die Krankenkassen können keinen Zusammenhang zwischen Krankenhausvermeidung und Einsparung von Krankenhauskosten erkennen, denn jedes nicht von einem schwer erkrankten Patienten belegte Bett wird ohne Probleme von leicht Erkrankten belegt. Durch die gesetzmäßige Anwendung der Psychotherapie würden psychiatrische Krankenhäuser keine Belegungsprobleme bekommen.

Dieses Argument ist stichhaltig, übersieht aber die Tatsache, dass sich die leicht Erkrankten nicht von einer stationären Behandlung deshalb abhalten lassen, weil die Betten von schwer Erkrankten blockiert werden. Die Folge ist ein massiver Druck auf die Partner der Krankenhausplanung, die Zahl der Psychiatriebetten auszuweiten. NRW beispielsweise plant in nächster Zeit mehr als 2.200 neue Betten in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen. Doch niemand untersucht in diesem Zusammenhang, in welchem Umfang Bettenvermehrungen entbehrlich bzw. in bestimmten Großstädten Betteneinsparungen möglich wären, wenn man endlich die ambulanten Instrumente der Versorgung einsetzen würde.

Ein weiterer Grund verweist auf die Tatsache, dass die Eingliederungshilfe gem. §§ 53ff. SGB XII schon vor Einführung der Soziotherapie diese Leistung im Rahmen der Ambulanten Hilfe/Betreutes Wohnen erbracht hat und man seitens der Krankenkassen keine Notwendigkeit sieht, von ihr Kosten zu übernehmen. In diesem Zusammenhang wird oft von dem Versuch des Staates gesprochen, durch die Einführung der Soziotherapie als Kassenleistung lediglich eine Kostenverlagerung zu eigenen Gunsten vorzunehmen. Diesem Versuch will man sich nicht durch offene Rebellion, sondern mit den Mitteln der Richtlinien-Gestaltung (und weiteren Instrumenten wie hohen Qualitätsanforderungen an Soziotherapeuten und durch nicht kostendeckende Vergütungen) widersetzen.

Man kann vielleicht den ersten Richtlinien aus dem Jahre 2001 zugute halten, dass bis auf das GKV-Modellprojekt Soziotherapie keine praktischen Erfahrungen vorlagen. Es gab auch keine Soziotherapeuten, mit denen man sich hätte auseinandersetzen müssen. Heute wird Soziotherapie seit 13 Jahren praktiziert. Die Erfahrungen liegen vor. Man hat zwar erneut versucht, die inzwischen entstandene Berufsvertretung der Soziotherapeuten aus dem Novellierungsprozess herauszuhalten, ihre Vertreter wurden nicht einmal beim Anhörungsverfahren des G-BA berücksichtigt, doch ist heute ein klares Bewusstsein darüber entstanden, wie wichtig eine wirksame ambulante Versorgung der psychisch Erkrankten ist.

Hieran kommt auch der Gemeinsame Bundesausschuss nicht mehr vorbei. Der Bundesminister als Hüter der gesetzlichen Strukturbedingungen des Gesundheitswesens wird von uns gebeten, seinen Beitrag dazu leisten, dass die neue Soziotherapie-Richtlinie diesem Anspruch gerecht wird. Es dient daher diesem Ziel, die Richtlinie an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur weiteren Bearbeitung zurückzuverweisen.

Ausführliche Darstellung

Leistungs-Anspruch

Schon die Richtlinien von 2001 sprechen bei der Soziotherapie von einer Kann-Leistung (Ziff. 2), auf die man ärztlicherseits auch dann verzichten könnte, wenn die Voraussetzungen zur Verordnung gegeben sind. Dieser unverbindliche Charakter hat zur Folge gehabt, dass die allermeisten von den Richtlinien angesprochenen Fachärzte die Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie erst gar nicht beantragt haben. Manche verzichteten deshalb darauf, weil es in ihrem Umfeld an Soziotherapeuten fehlte und es keinen Sinn machte, ein Heilmittel zu verordnen, das sich die Patienten nicht beschaffen können. Viele haben aber nicht einmal dies wirklich geprüft.

§ 37a SGB IX spricht aber eindeutig in Abs. 1 von einer Anspruchssituation. Da die allermeisten Patienten nicht die Regelungen des SGB V und damit dessen § 37a kennen, kann sich dieser gesetzliche Anspruch nur realisieren, wenn der Arzt diese Möglichkeit seinen Patienten vorstellt. Nur so können sich die Betroffenen für oder gegen diese Leistung aussprechen.

Damit der Arzt selbst in der Lage ist, Soziotherapie seinen Patienten zu erläutern, braucht

er zumindest die KV-Berechtigung zur Verordnung von Soziotherapie. Die Beantragung würde ihn auch motivieren, sich über diese Therapieform zu informieren. Deshalb ist es im Sinne des § 37a SGB V, dass die Ärzteschaft verpflichtet wird, die Genehmigung zur Verordnung einzuholen.

In diesem Zusammenhang ist aber auch die Frage zu stellen, weshalb diese besondere Genehmigung überhaupt zur Voraussetzung für die Verordnung gemacht wird. Diese Pflicht hebt die Soziotherapie aus dem Kreis der Heilmittel in besonderer Weise heraus. Das scheint uns fachlich in keiner Weise gerechtfertigt. Es macht Sinn, beispielsweise zur Verordnung von Drogen besondere Regelungen zu treffen, weil Drogenbesitz ansonsten strafbewehrt ist. Doch was macht Soziotherapie zu einer medizinischen Leistung, die besonderer Vorsichtsmaßnahmen bedarf?

Beschränkung der Indikationen

Wenn es in den letzten Jahren eine breite Kritik an den Soziotherapie-Richtlinien von 2001 gegeben hat, dann bezog sie sich vor allem auf die Beschränkung der Leistungen auf den Kreis von PatientInnen, die an Schizophrenie bzw. an Erkrankungen mit psychotischen Symptomen leiden. Die gesetzlichen Krankenkassen haben selbst diese Beschränkungen durch ihre psychiatrischen Projekte der Integrierten Versorgung gem. § 140 a-d SGB V konterkariert, indem sie dort die Leistung Soziotherapie für alle Indikationen zugänglich machten. Wenn man teure Krankenhausleistungen vermeiden will, dann doch selbstverständlich bei allen PatientInnen, bei denen eine Einweisung droht, und nicht nur bei einem relativ kleinen Teil von ihnen.

Diese zwingende kaufmännische Logik fand jedoch kassenintern einen mächtigen Gegenspieler. Die für die Finanzierung der stationären Versorgung zuständigen Abteilungen wiesen mit einiger Berechtigung auf die Tatsache hin, dass keine Psychiatriebetten unbesetzt bleiben, weil ein größerer Teil der schwer Erkrankten soziotherapeutisch ambulant versorgt wird. Die einfache Rechnung, dass die Soziotherapie aus Einsparungen im stationären Bereich refinanziert werden kann, geht nicht auf. Krankenhäuser gleichen die geringere Nachfrage durch verstärkte Angebote für leichter Erkrankte wieder aus.

Erst mittel- und langfristig führt die bessere ambulante Versorgung zu Einsparungen im stationären Bereich. Denn die Nachfrage nach attraktiven stationären Behandlungen für leichter Erkrankte hört nicht deshalb auf, weil Betten mit Schwerkranken belegt sind. Dieser Nachfrage wird sich kein Krankenhaus verschließen. Es kommt zu Überbelegungen und zu einem wachsenden politischen Druck auf die Beteiligten an der Krankenhausplanung.

Noch vor wenigen Jahren waren die meisten Landesregierungen der Auffassung, dass durch verschiedene Neubaumaßnahmen ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot im psychiatrischen Bereich geschaffen worden ist, das nun für längere Zeit ausreicht. Diese Hoffnungen geraten immer mehr unter Nachfragedruck. NRW beispielsweise hat sich im Zuge des neuen Krankenhausrahmenplans entschlossen, mehr als 2.200 neue Psychiatriebetten zu schaffen.

Bei der Bekanntgabe dieser Pläne ließen es sich einige Kassenvorstände nicht nehmen,

gegen diese Vorhaben öffentlich zu polemisieren. Doch welcher Ausweg ergibt sich für die Politik, wenn die gesetzlichen Kassen ihre Aufgaben zum Ausbau der ambulanten Versorgung vernachlässigen? Der massive Einfluss derselben Krankenkassen auf die Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie will den desolaten Zustand der ambulanten Versorgung noch einmal um ein bis zwei Jahrzehnte erhalten. Ihr wichtigster Hebel hierfür ist die Beschränkung der Leistung auf einen kleinen Teil der PatientInnen.

Neben diesen eher kaufmännischen Überlegungen sprechen aber auch ganz erhebliche wissenschaftliche Argumente gegen diese Einschränkung. Es ist heute internationaler Standard, die psychische Erkrankung als einen Komplex aus körperlicher Empfindlichkeit, psychischer Belastung und sozialen Lebensumständen zu betrachten. Nach dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ reichen somatische Therapiemaßnahmen in der Regel nicht aus, um eine psychische Erkrankung zu behandeln.

Für die einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder werden in Deutschland von der maßgebenden Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Behandlungsleitlinien herausgegeben und fortwährend weiter entwickelt, die als S3-Leitlinien bezeichnet werden, wenn sie eine hohe Evidenz besitzen. Wenn wir beispielhaft für eine aktuelle Leitlinie die S3 – Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen vom Mai 2012 heranziehen, so beschäftigen wir uns bewusst mit einer Erkrankung, die nach den bisherigen Richtlinien nicht soziotherapiefähig ist. Auch die neue Richtlinie sieht ihre soziotherapeutische Behandlung gem. § 2 Abs. 5 nur als Ausnahme vor.

Die Leitlinie beschäftigt sich schon in ihrem ersten Teil sehr ausführlich mit der Rolle von PatientInnen und deren Angehörigen, mit denen „auf Augenhöhe“ ein Dialog geführt werden muss, da sie einen wesentlichen Beitrag zur Therapie leisten. „Der Dialog zwischen den beteiligten Gruppen (Patienten und Angehörige) ist aus der modernen Psychiatrie nicht mehr wegzudenken, auch wenn dieser Gedanke leider immer noch nicht überall die gebührende Akzeptanz findet“ (Leitlinie S. 35). Diese mangelnde Akzeptanz findet sich leider auch im Zusammenhang mit den Beratungen zur Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie.

Keine Behandlungsleitlinie verzichtet bei der Behandlung psychischer Erkrankungen auf die aktive Mitwirkung des Betroffenen selbst und seines sozialen Umfeldes. Viele auch vom Bundesminister für Gesundheit geförderten Forschungsprojekte beschäftigten sich mit der Frage, ob es realistisch ist, auch in schweren Krisen die aktive Beteiligung des Patienten zu erwarten, auch seine Fähigkeit, zwischen verschiedenen Behandlungsalternativen zu wählen. Alle Projekte haben diese Frage eindeutig bejaht.

Der Leistungskatalog der Soziotherapie ist darauf ausgerichtet, gerade diese Aktivierung und Implementierung des Patienten selbst und seines Umfeldes in den Behandlungsprozess zustande zu bringen. Diese Notwendigkeit besteht aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich bei allen Krankheitsbildern des ICD-10. Wie schon aus dem obigen Zitat hervorgeht, gehört Soziotherapie heute zum Grundelement jeder psychiatrischen Behandlung. Es ist daher an der Zeit, die Einschränkungen des § 2 Abs. 4 aufzugeben.

Auf den ersten Blick könnte man den Eindruck gewinnen, als hätten die Verfasser der neuen Richtlinie diesen Öffnungsgedanken schon einmal erwogen, ihn dann aber auf die

Ausnahmeregelung des § 2 Abs. 5 zurückgenommen. Immerhin könnte man jetzt sagen, dass man die moderne Psychiatrie schon im Blick gehabt hat. In bestimmten Fällen könnte Soziotherapie für alle psychiatrischen Indikationen verordnet werden. Doch wer bestimmt, ob eine Ausnahme vorliegt? Der Kostenträger.

Würde diese Regelung in Kraft treten, so würden zunächst eine Vielzahl von Verordnungen ausgestellt, welche die neuen Möglichkeiten ausnutzen. Die Krankenkassen würden mit Unterstützung des MDK die allermeisten Verordnungen zurückweisen. Hiergegen würden Ärzte und Soziotherapeuten in Widerspruch gehen. Es begäme ein aufwendiges Verwaltungsverfahren, bei dem die mitwirkenden Kassenmitarbeiter und die Gutachter des MDK ihren zeitlichen Aufwand refinanzieren können, Arzt und Soziotherapeut aber nicht. Es bedarf keiner größeren Phantasie, um sich die mittel- und langfristigen Reaktionen von Ärzten und Therapeuten vorzustellen.

Weshalb diese Vorhersage realistisch ist? Weil die Einsicht in die Notwendigkeit einer soziotherapeutischen Begleitung des Behandlungsprozesses niemals eine derartige Ausnahmeregelung zulassen würde. Diese Einsicht würde von vornherein die Beschränkung der Indikationen unterlassen. Mit dieser Ausnahmeregelung soll die politische Verteidigung der Beschränkung erleichtert werden, ohne dass in der Grundeinstellung und in den Resultaten irgendein Fortschritt zugelassen wird. Die praktischen Erfahrungen der Soziotherapeuten seit 2001 beim Umgang mit den gesetzlichen Krankenkassen und dem MDK lassen keine andere Erwartung zu. Hier besteht ganz offensichtlich keine Absicht, am derzeitigen Stand der soziotherapeutischen Versorgung irgendetwas zu ändern.

ICF versus GAF

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Scala) wurde 1989 von der American Psychiatric Association vorgestellt. Sie unterstützt das Gewichten von Symptomen einer psychischen Erkrankung und der hierdurch eingetretenen sozialen Beeinträchtigungen, die als Funktionsverluste bezeichnet werden. Sie reicht vom ernsthaften Selbstmordversuch (Scala 1) bis zur selbstbewussten und sozial voll integrierten Persönlichkeit (Scala 100).

Diese GAF-Scala wurde aus zwei Gründen außer Gebrauch genommen und im Jahre 2000 durch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF ersetzt: Die GAF-Scala bewertet aus Sicht des Psychiaters eine akute Symptomatik und Funktionssituation so undifferenziert, dass sich hieraus keine konkreten Anhaltspunkte für die Therapie ergeben. Ferner bezieht die GAF-Scala ganz bewusst weder körperliche Faktoren noch soziale Umfeldbedingungen ein, welche die eingetretene Beeinträchtigung möglicherweise ganz entscheidend ausgelöst haben.

Beide Gesichtspunkte werden in der ICF berücksichtigt. Sie schafft hierdurch eine Grundlage, um die Therapieziele zu beschreiben und auch wichtige therapeutische Einzelschritte festzulegen. Die ICF ist auch geeignet, sie dem Patienten selbst offenzulegen, so dass er aktiv auch an der Planung des therapeutischen Geschehens teilnehmen kann. Hierdurch übt er auch Kontrolle aus über den soziotherapeutischen Prozess, eine Kontrolle, die wir für viel wirksamer halten, als die distanzierte und allzu oft von wirtschaftlichen Interessen bestimmte Kontrolle durch die Krankenkassen.

Offensichtlich ist den Autoren der neuen Soziotherapie-Richtlinie bewusst, dass die GAF-Scala zu wenig und möglicherweise sogar falsche Informationen liefert, auf die kein soziotherapeutisches Konzept aufgebaut werden kann, denn im neuen § 6 Abs. 2 werden erneut umfangreiche Forderungen an den Behandlungsplan gestellt. Sie wären überflüssig, würde man von der GAF-Scala auf die ICF umsteigen. Dann hätte man ein modernes Instrumentarium, das inzwischen von allen Rehabilitationsträgern verstanden wird, also auch benutzt werden könnte, wenn zusätzlich beispielsweise Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erforderlich sind.

Die ICF ist in Deutschland und international von der WHO eingeführt worden, um die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen miteinander vernetzen zu können. Bisher war es üblich, dass in jedem Rehabilitationsbereich eigene Verfahren zur Bestimmung von Bedarfen und Zielen verwendet wurden. Es konnte sein, dass aus medizinischer Sicht eine berufliche RehaMaßnahme notwendig war, um dem Patienten wieder Aussicht auf einen Arbeitsplatz zu eröffnen, nach den Kriterien der Arbeitsagentur bestand jedoch hierfür kein ausreichender Bedarf. Wenn alle Rehaträger nach denselben ICF-Kriterien arbeiten, können diese für die Betroffenen schmerzlichen und auch nicht nachvollziehbaren Erfahrungen vermieden werden.

Es macht daher keinen fachlichen Sinn, auch im Jahre 2015 im Bereich der Soziotherapie weiterhin an der GAF-Scala festhalten zu wollen. Dies erschwert insbesondere der Soziotherapie die Arbeit, weil es gerade zu ihrer Aufgabe gehört, die Patienten mit hohen sozialen Beeinträchtigungen beispielsweise wieder an die Arbeitswelt heranzuführen. Sie steht immer wieder vor der Notwendigkeit, verschiedene Rehabilitationsbereiche patientenbezogen zu vernetzen.

Kostenverlagerung

Viele Erkrankungen, vor allem die länger dauernden und besonders die psychischen Erkrankungen können zu erheblichen sozialen Beeinträchtigungen führen. Lange vor Einführung der Soziotherapie hat sich die Sozialhilfe um diese Menschen gekümmert. Diese Hilfe ist aber mit einer zusätzlichen sozialen Beeinträchtigung verbunden: Sie zwingt den Patienten zur Offenlegung seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse, denn im rechtlichen Sinne ist er zunächst selbst wirtschaftlich verantwortlich für die notwendige Unterstützung. Erst wenn er selbst und die Unterhaltsverpflichteten in seinem nächsten Umfeld die Hilfe nicht selbst finanzieren können, tritt die Sozialhilfe ein.

Das Sozialgesetzbuch IX hat deshalb aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit klar gestellt, welche Leistungen für diesen länger erkrankten Personenkreis (der gem. § 2 SGB IX als behindert anzusehen ist) von welchem Kostenträger zu übernehmen sind. Nach diesen in den §§ 5 und 6 SGB IX genannten Kriterien fallen die Einzelleistungen des § 26 Abs. 3 SGB IX allein in die Zuständigkeit der medizinischen Rehabilitation. Dieser Gesetzestext liest sich wie die Kurzbeschreibung der Soziotherapie: „Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung“, „Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“, „Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen“, „Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten“, „Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen“, „Training lebenspraktischer Fähigkeiten“.

Wohlgermerkt: Hier handelt es sich um die Aufgaben der medizinischen Rehabilitation bei allen Erkrankten, bei denen eine 6 Monate dauernde Erkrankung droht bzw. schon eingetreten ist, also keineswegs allein bei psychisch erkrankten Menschen. Nach dem geltenden Recht müssten wir also dringend darüber reden, wie die Soziotherapie aus ihrem psychiatrischen Sonderfeld herausgeführt und für alle in Betracht kommenden Patienten nutzbar gemacht werden kann. Tatsächlich kämpfen die deutschen Krankenkassen darum, nicht einmal alle psychisch Erkrankte an diese Leistung heranzulassen. Und wenn sie es geschafft haben, dass dieser neue Richtlinien-Entwurf Rechtskraft erlangt, haben sie ihr Ziel für lange Zeit wieder erreicht.

Die Bundesregierung hat bei der Einführung des § 37a (und weiterer Änderungen) in das Sozialgesetzbuch V im Jahre 2000 pflichtgemäß prognostiziert, dass ab dem dritten Jahr der Einführung jährliche Kosten von 120 Mio. Euro zu erwarten sind. Diese kurze Mitteilung hat den gesetzlichen Krankenkassen den entscheidenden Hinweis für ihr weiteres Umgehen mit dieser neuen Leistung gegeben. Wieso sollen die Krankenkassen jährlich € 120 Mio. aufbringen für eine Leistung, die von der Sozialhilfe der Länder und Kommunen schon immer getragen wurde?

Bei den weiteren Beratungen im Bundestag erreichten die medizinischen Kostenträger zwei wichtige Teilerfolge: Im neuen § 132b Abs. 1 SGB V wurde der Abschluss von Versorgungsvereinbarungen mit Soziotherapeuten als Kann-Möglichkeit eingefügt, im Abs. 2 wurden die Kassen berechtigt, ganz allein die Kriterien zur Zulassung von Soziotherapeuten festzulegen. Dieser § 132b SGB V öffnete das Tor für eine Strategie, mit der die Kostenträger überaus erfolgreich eine flächendeckende Verbreitung der Soziotherapie in Deutschland verhinderten.

Die Leistungsvereinbarung ist das entscheidende Instrument, um normalerweise nicht nur die Struktur der Zusammenarbeit festzulegen, sondern auch die Vergütung. Verweigern die Krankenkassen wie beispielsweise in NRW potentiellen Soziotherapeuten von vornherein den Abschluss von Vereinbarungen, so zwingen sie die potentiellen Partner, ohne eine vertragliche Absicherung und mit sehr ungewissen Vergütungen eine Leistung anzubieten, die Grundlage einer soliden Berufssituation sein soll. Hierzu ist kaum jemand bereit.

Boten Krankenkassen eine Vereinbarung an, so legten sie dabei einseitig die Vergütungssätze fest. Diese waren von Anfang an nicht geeignet, die Kosten der soziotherapeutischen Tätigkeit auch nur annähernd zu decken. War der Leistungserbringer mit diesem Leistungsangebot nicht einverstanden, so verwiesen die Kostenträger auf die gesetzliche Regelung des § 132b SGB V, die einen verbindlichen Vertragsabschluss nicht vorsieht. Wer unter den Bedingungen der Krankenkassen nicht unterschrieb, der verzichtete hierdurch automatisch auf die Erbringung von Soziotherapie. Dass hierdurch weite Bereiche Deutschlands unversorgt blieben, hat die Krankenkassen bei ihrem Vorhaben unterstützt, die zusätzlichen Aufwendungen für Soziotherapie möglichst gering zu halten.

Die gesetzliche Möglichkeit, völlig einseitig und allein aus Kostenträgersicht die Kriterien zur Anerkennung von Soziotherapeuten festzulegen (im Rahmen der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gem. § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie“ vom 29. November 2001),

öffnete die Tür zu Anforderungen, die nur schwer zu erfüllen waren. Insbesondere die Forderung, dass jeder Soziotherapeut vorher mindestens ein Jahr im stationären psychiatrischen Krankenhaus und in einer ambulanten psychiatrischen Behandlungssituation gearbeitet haben musste, erwies sich in der Praxis als kaum erfüllbar. Im psychiatrischen Arbeitsfeld kommt es wegen der sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen nur ganz selten zu einem Wechsel von einer zur anderen Seite des Behandlungssektors.

Seit dem 01. August 2008 gehört dieser § 132b Abs. 2 nicht mehr zum Sozialgesetzbuch V. Er wurde offensichtlich aus der Erkenntnis gestrichen, dass diese Regelung zu einer ungewollten negativen Steuerung des Angebotes an Soziotherapie geführt hat. Damit trat eine neue rechtliche Situation ein, bei der die Krankenkassen wie bei allen anderen gesundheitlichen Berufen gehalten sind, sich mit den jeweiligen Fachgesellschaften über angemessene Zulassungsregelungen abzustimmen. Doch offensichtlich bewegen wir uns bei der Soziotherapie in einem rechtsfreien Raum, denn Anträge von qualifizierten Fachkräften auf Zulassung als Soziotherapeuten werden immer weiter nach denselben Kriterien geprüft, wie sie in den „Empfehlungen“ beschrieben sind. Unsere diversen Aufforderungen als Fachverband für Soziotherapie, hierüber mit den Kassenverbänden ins Gespräch zu kommen, wurden rigoros abgelehnt.

So ist es den gesetzlichen Krankenkassen bis heute gelungen, den Kreis der aktiven Soziotherapeuten ganz klein zu halten. Nach unseren eigenen Schätzungen sind heute nicht mehr als 300 Soziotherapeuten aktiv in Deutschland tätig. Die allermeisten von ihnen können ihre Kosten nicht durch Soziotherapie allein decken, sondern arbeiten zusätzlich für die Träger der Eingliederungshilfe oder als gesetzliche Betreuer. Der tatsächliche Kostenaufwand, der von ihnen verursacht wird, dürfte jährlich 4,5 Mio. Euro nicht übersteigen.

Wer finanziert aber die restlichen 115,5 Mio. Euro, von denen die Bundesregierung im Jahre 2000 gesprochen hat? Die Sozialhilfe der Länder und der Kommunen auf der Grundlage der §§ 53ff. SGB XII. Die sog. Eingliederungshilfe ist nicht erst seit 2000 derartig unter finanziellen Druck geraten, dass man den Bund angerufen hat, sich an diesen Kosten zu beteiligen. Zurzeit sind die Beratungen für ein neues Bundesteilhabegesetz in vollem Gange. Der Bund ist also grundsätzlich bereit, sich bei der Eingliederungshilfe finanziell zu engagieren.

Es ist daher jetzt an der Zeit, sich auch seitens des Bundes die Frage zu stellen, ob sich die Eingliederungshilfe weiterhin leisten will, in großem Stile dort ambulante Hilfe bei psychisch erkrankten Menschen zu leisten, wo nach Rechtslage ganz eindeutig die Krankenkassen zuständig sind. Die Zurückweisung dieser stillen Kostenverlagerung auf die Sozialhilfe würde endlich auch den Betroffenen den Zugang zur Soziotherapie als Kassenleistung ermöglichen und die peinliche Abschiebung in die Sozialhilfe beenden.

Der erste Schritt auf dem Wege zu rechtsstaatlichen Verhältnissen könnte die Zurückweisung der neuen Soziotherapie-Richtlinie sein, verbunden mit dem Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, die gravierenden hier aufgezeigten Mängel zu beseitigen.