

Leistungsbeschreibung

Soziotherapie

Stand: November 2015

**vorgelegt vom Vorstand des
Berufsverbandes der Soziotherapeuten e.V.**

Verantwortlich: Hansgeorg Ließem

Vormerkung

Die Beschreibung der Leistungen, die von der Soziotherapie gem. § 37a SGB V erbracht werden, basiert auf definierten rechtlichen und fachlichen Grundlagen. Ihre rechtliche Grundlage findet die nachfolgende Beschreibung in den Soziotherapie-Richtlinie¹ gemäß §§ 37a und 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, die fachliche Grundlage liefert die Behandlungsleitlinie Schizophrenie 2006² der als zuständige Fachgesellschaft anerkannten „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)“. Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie ist deshalb heranzuziehen, weil gemäß den Festlegungen der Soziotherapie-Richtlinie (§ 2 Abs. 4) neben einigen affektiven Störungen mit psychotischen Symptomen insbesondere schizophrene Erkrankungsformen die Leistung Soziotherapie erhalten sollen.³ Ziel der Behandlungsleitlinie ist es, „den mit der Schizophrenie-Behandlung befassten Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und sonstigen im medizinisch-psychiatrischen Umfeld Tätigen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen zu bieten und hierzu die wissenschaftlich fundierten Behandlungsverfahren darzustellen und zu bewerten.“⁴

Die nachfolgende Darstellung folgt zweckmäßigerweise der Darstellung der Soziotherapie-Richtlinie. Hinweise auf die Behandlungsleitlinie Schizophrenie werden jeweils dort eingefügt, wo sie dazu beitragen, die generell kurz gehaltenen Beschreibungen der Richtlinie zu erläutern. Diese kurze, teilweise nur schlagwortartige Darstellung der Leistungen der Soziotherapie trägt dazu bei, dass teilweise gravierende Interpretationsunterschiede entstehen, insbesondere zwischen Leistungserbringern (Ärzten und Soziotherapeuten) und den Kostenträgern (Krankenkassen und MDK). Die nachfolgende ausführlichere Beschreibung der soziotherapeutischen Leistungen soll daher zur Klärung vieler Praxisfragen beitragen. Das dient nicht zuletzt einer besseren Kommunikation zwischen den Beteiligten und einer rascheren Bearbeitung und Umsetzung ärztlicher Verordnungen.

Indikation, Beeinträchtigungen, Therapiefähigkeit

Die Soziotherapie-Richtlinie definiert die Indikationen, für die eine Verordnung von Soziotherapie geeignet ist, gemäß der Einteilung des ICD 10. Diese Festlegung gestattet Abweichungen nur in besonderen Einzelfällen. Eine generelle Öffnung für weitere Diagnosegruppen ist nur unter den eingeschränkten Bedingungen des § 4 Abs. 5 der Richtlinie möglich. Diese Einschränkungen beziehen sich insbesondere auf eine niedrigere Einstufung der Fähigkeitsstörungen gemäß der GAF-Skala sowie

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie - ST-RL) in der Fassung vom 22. Januar 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAAnz AT 14.04.2015 B5 vom 14. April 2015, Inkrafttreten: 15. April 2015

² S 3 der Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Heidelberg: Steinkopff Verlag 2006

³ Unter besonderen Voraussetzungen können auch weitere Indikationen in die Behandlung mit Soziotherapie einbezogen werden.

⁴ Behandlungsleitlinie S. 185

auf weitere Kriterien, welche die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient erschweren.

Die in der Soziotherapie-Richtlinie beschriebenen Fähigkeitsstörungen stimmen mit dem klinischen Erscheinungsbild überein, das von den Behandlungsleitlinien zusammenfassend wie folgt beschrieben wird:

„Die Schizophrenie ist durch ein charakteristisches Störungsmuster verschiedener psychischer Bereiche wie Wahrnehmung, Denken, Ichfunktionen, Affektivität, Antrieb und Psychomotorik gekennzeichnet. Bezeichnend sind einerseits episodisch auftretende akute psychotische Zustände und andererseits chronische Beeinträchtigungen mit persistierenden positiven (z. B. Wahn, Halluzinationen) und/oder negativen Symptomen (z. B. Affektverflachung, Antriebsminderung, sozialer Rückzug). Zumeist gehen chronische Krankheitsverläufe mit kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen einher. Diese Einschränkungen können jedoch auch schon zu Beginn der Erkrankung vorhanden sein oder den ersten positiven Symptomen vorausgehen.“⁵

Die Soziotherapie-Richtlinie konkretisiert in § 2 Abs. 2 10 diese Fähigkeitsstörungen wie folgt:

- Beeinträchtigungen durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges.
- Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.
- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.
- Krankheitsbedingt unzureichender Zugang zur eigenen Krankheits symptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

Bei diesen Fähigkeitsstörungen handelt es sich um typische Symptome bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und nicht primär um Kennzeichnungen des Verlustes sozialer oder kultureller Lebensqualitäten. Sie sind daher Gegenstand von Behandlungs- und nicht von Betreuungsmaßnahmen. Soziotherapie ist deshalb nicht als Sozialleistung, sondern als Behandlungsleistung aufzufassen.

Die Soziotherapie-Richtlinie bindet den Einsatz der Soziotherapie an die Erreichbarkeit der Therapieziele und damit an die langfristige Verminderung der genannten Fähigkeitsstörungen.⁶ Als Alternative zu einer ambulanten Komplexleistung aus ärztlicher, pflegerischer und soziotherapeutischer Behandlung ist die Einweisung in stationäre Behandlung anzusehen. Die Behandlungsleitlinien für Schizophrenie sehen stationäre Behandlung dann als indiziert an, „wenn der Patient der besonderen diagnostischen und therapeutischen Mittel oder des Schutzes des Krankenhauses wegen Selbst- oder Fremdgefährdung bedarf. Dies kann z. B. der Fall sein bei Therapieresistenz, manifester Suizidgefahr, ausgeprägten Wahn- oder

⁵ Behandlungsleitlinie S. 185

⁶ Siehe § 6 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinie

Angstzuständen, nicht gewährleisteter Ernährung und Pflege, ausgeprägter Antriebshemmung oder Adynamie, die Remission behindernden familiären Konflikten, die Behandlung komplizierender Begleiterkrankungen oder sonstigen nicht ambulant zu versorgenden Problemen.“⁷ Die Behandlungsleitlinie spricht im gleichen Zusammenhang davon, dass eine stationäre Behandlung „einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten (kann). Alternativen zur stationären Aufnahme sollten in jedem Fall von Wiedererkrankung geprüft werden.“⁸ Da die allermeisten genannten Indikationen für eine stationäre Behandlung auch ambulant bei einem entsprechend koordinierten und abgestimmten Vorgehen behandelt werden können, ist in jedem Falle dem ambulanten Ansatz der Vorzug zu geben. Erst wenn sich im Behandlungsverlauf zeigt, dass wichtige Aspekte der Erkrankung ambulant nicht behandelbar sind, bleibt nur die Krankenhausaufnahme.

Nur in Fällen akuter Selbst- und Fremdgefährdung dürfte es gerechtfertigt sein, Patienten mit psychotischen Symptomen ohne vorangehende ambulante Bemühungen in stationäre Behandlung einzuweisen. Die Umsetzung dieses Grundsatzes hängt jedoch davon ab, dass in erreichbarer Nähe des Erkrankten Leistungserbringer für die fachärztliche Versorgung, für die Soziotherapie und die ambulante psychiatrische Pflege (beispielsweise zur Sicherung der Aspekte Ernährung und Pflege) angesprochen werden können. Je nach individueller Gestaltung des Einzelfalles sind alle genannten Leistungserbringer in einem aufeinander abgestimmten Behandlungssetting zu beteiligen.

Leistungsinhalte

Die Soziotherapie-Richtlinien unterscheiden zwischen Leistungen, die vom Soziotherapeuten in jedem Behandlungsfall zu erbringen sind⁹, und solchen Leistungen, die je nach Behandlungssituation erbracht werden können¹⁰.

Als Pflichtleistungen werden

- die Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans,
- die Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,
- Arbeit im sozialen Umfeld und
- die soziotherapeutische Dokumentation

angesehen.

Soziotherapeutischer Betreuungsplan

Für die Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans wurde ein Vordruck entwickelt¹¹, der zwischen den Aspekten

⁷ Behandlungsleitlinie S. 216

⁸ Behandlungsleitlinie S. 215

⁹ dargestellt unter § 3 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie

¹⁰ dargestellt unter § 3 Abs. 3

¹¹ Gemäß § 9 Abs. 1 der Soziotherapie-Richtlinie

- Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)
- Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist
- Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen, unterteilt nach Art der Maßnahme, Frequenz pro Woche/Monat sowie Zeitraum

unterscheidet. Unterzeichnet wird der Betreuungsplan von Arzt, Soziotherapeut und Patient. Er stellt daher eine Art Protokoll eines intensiven Abstimmungsprozesses zwischen diesen drei Beteiligten dar. Es macht Sinn, die inhaltliche Ausgestaltung dieses Betreuungsplanes anhand der Behandlungssituationen zu untersuchen, die gemäß den Behandlungsleitlinien zu einer Krankenhausaufnahme führen können.

Eine dieser Indikationen für die Krankenhauseinweisung ist die Therapieresistenz des Patienten. Unter „therapieresistent“ versteht man eine Behandlungssituation, bei der vom Arzt die wissenschaftlich angezeigten Behandlungsmaßnahmen korrekt ergriffen, hierdurch jedoch keine Symptomveränderungen bewirkt werden. Der Patient spricht beispielsweise nicht mehr auf ein ihm früher erfolgreich verordnetes Medikament an. Auch der Wechsel des Medikaments bringt keinen Fortschritt. Arzt und Patient sind gleichermaßen ratlos. Die Einbeziehung des Soziotherapeuten eröffnet die zeitliche und räumliche Möglichkeit, sich gründlich im Lebensumfeld des Patienten darüber zu informieren, ob in letzter Zeit bedeutungsvolle Veränderungen hinsichtlich der Lebensweise, der Ernährung, der Beziehungskonstellation, der äußeren wie inneren Belastungen eingetreten sind, die möglicherweise die Therapieresistenz ausgelöst haben.

Diese im ärztlichen Auftrag ausgeführten Aufgaben zur Überwindung der Therapieresistenz haben gerade in der ambulanten Behandlungssituation entscheidende Vorteile gegenüber dem stationären Setting. Im Krankenhaus wird das reale Lebensumfeld nicht nur stark ausgeblendet, der Patient selbst verhält sich nicht mehr wie gewohnt. Er fühlt sich in einer außerordentlichen Lage, die mit zusätzlichen Verunsicherungen verbunden ist. Es lohnt sich also, zunächst einmal Soziotherapie zu verordnen, bevor die Krankenhauseinweisung vollzogen wird.

Auch ausgeprägte Wahn- oder Angstzustände bilden eine Indikation für die stationäre Behandlung. Derartige Zustände gehören dann sofort in klinische Behandlung, wenn sie mit Selbst- oder Fremdgefährdungen verbunden sind. Nur dort, wo angemessen begleitete „Rückzugsräume“ oder „Weglaufhäuser“¹² angeboten werden, kann man auch in diesen Fällen ernsthaft an eine ambulante Weiterbehandlung denken.

Doch eine große Zahl ausgeprägter Wahn- und Angstzustände drängt nicht auf derartige Gefährdungshandlungen. Sie sind jedoch geeignet, die gesamte menschliche Selbsterhaltung, also essen, trinken, Medikamente einnehmen, die Wohnung verlassen, mit anderen Menschen Kontakt halten, vorübergehend unmöglich zu machen. Soziotherapie kann in diesen Fällen evtl. unter Beiziehung von ambulanter psychiatrischer Pflege und in ständigem Kontakt mit dem Facharzt

¹² „Rückzugsräume“ werden als Krisenunterkunft von Trägern unterhalten, die an Projekten der Integrierten Versorgung der Techniker Krankenkasse teilnehmen. Der erste Träger, der „Rückzugsräume“ ausprobierte, war die Bremer Gesellschaft GAPSY. Die Kriseneinrichtung „Weglaufhaus Villa Stöckle“ wird in Berlin vom Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V. betrieben.

eine Lebenssituation herstellen, in der die starken krankheitsbedingten Beeinträchtigungen nicht alle anderen Bedürfnisse überlagern.

Nicht gewährleistete Ernährung und Pflege wird von den Behandlungsleitlinien als weitere Indikation für eine Krankenhauseinweisung angegeben. Wenn der Arzt im Gespräch mit dem Patienten diesen Eindruck gewinnt und der Soziotherapeut diesen im Rahmen eines Hausbesuches bestätigt, wäre die Verordnung von ambulanter psychiatrischer Pflege angezeigt, um in der vorliegenden Akutphase der schizophrenen Behandlung Ernährung und Pflege in der häuslichen Situation zu gewährleisten.

Ausgeprägte Antriebshemmung oder Adynamie sind weitere Indikationen für die stationäre Behandlung. Auch in diesen Fällen bildet die Verordnung von Soziotherapie eine Alternative zur Krankenhauseinweisung. Der Soziotherapeut ist durchaus in der Lage, den Patienten nicht nur an die Wahrnehmung wichtiger Termine zu erinnern (beispielsweise den Arztbesuch, einen Anruf beim Arbeitgeber, das Ausfüllen eines Antrages auf Gewährung von Hilfen usw.), er kann ihn persönlich begleiten und dabei behilflich sein. Da er die Tätigkeit des Patienten nicht ersetzt, sondern ihn bei seiner Aufgabenwahrnehmung nach Kräften unterstützt, werden einerseits weitere negative Folgen vermieden. Gleichzeitig erlebt sich der Patient wieder als aktiv und handlungsfähig (wenngleich immer noch unterstützungsbedürftig). Das übt eine positive therapeutische Wirkung aus, die gemeinsam mit weiteren vom Arzt ergriffenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Symptomreduktion beitragen kann.

Schließlich werden familiäre Konflikte als Indikation für eine stationäre Behandlung angesehen, wenn sie die Remission behindern. Mit der Einweisung in die Klinik vollzieht sich zwangsläufig ein räumlicher Wechsel, der mit Trennungen verbunden ist, die therapeutisch durchaus vorteilhaft sein können. Es stellt sich jedoch das Problem, ob die Fragen von Nähe und Distanz nicht auch in der ambulanten Situation angemessen und wirklichkeitsnäher bearbeitet werden können. Soziotherapie kann den Patienten beispielsweise bei der Umsetzung seiner Entscheidung helfen, durch einen Wohnungswechsel größere Beziehungsdistanz herzustellen. Derartige ambulante Maßnahmen vermeiden das unauflösbare Problem der stationären Behandlung, dass der Patient nach der Entlassung wieder in sein altes Umfeld zurückkehrt. Hier erweist er sich möglicherweise erneut als überfordert und kehrt dann wieder in die klinische Situation zurück.

Anhand dieser Beispiele, die sich auf die geltenden fachlichen Indikationen für eine stationäre Behandlung der Schizophrenie beziehen, wird die Standardsituation einer Behandlung beschrieben, welche die Ausarbeitung eines Betreuungsplanes notwendig macht. Die Rubrik Therapieziele des Vordrucks „Betreuungsplan“ erwartet die Angabe, welche konkreten Nah- und Fernziele durch die Soziotherapie angegangen werden sollen. Dies setzt bereits gute Kenntnisse über die Lebenssituation des Patienten voraus. Es ist deshalb sinnvoll, die Erstverordnung der Soziotherapie zunächst auf 5 Probestunden zu begrenzen.¹³ Sie geben genügend Zeit, um gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und um die Behandlungsentscheidungen des Arztes im Lebensmilieu des Patienten zu überprüfen.

¹³ Siehe § 5 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie.

Wird der Betreuungsplan nach dieser Kennenlernphase aufgestellt, so hat er größere Chancen, die wirklichen Behandlungsprobleme und –perspektiven zu berücksichtigen.

Neben den Therapiezielen erwartet der Vordruck „Betreuungsplan“ Angaben zu den verordneten und empfohlenen Maßnahmen, die zur Erreichung der Ziele ergriffen werden sollen. Die Erweiterung des Begriffes „verordnet“ mit „empfohlen“ berücksichtigt den im Gesundheitswesen weit verbreiteten Sprachgebrauch, unter dem Begriff „Verordnung“ eine leistungsauslösende Anweisung des Arztes zu verstehen, die mit zusätzlichen Kosten verbunden ist.

Unter diesem ganz engen Verordnungsbegriff würde sich die Tätigkeit des Soziotherapeuten darauf beschränken, die Wahrnehmung von Arzt- und Therapeutenbesuchen sowie die Einnahme der Medikamente zu sichern. Mit dieser eingeschränkten Tätigkeit wären jedoch die meisten Krankenhauseinweisungen bei schizophren Erkrankten nicht zu vermeiden. Denn in diesem engen Handlungsschema wird keine Therapieresistenz überwunden, keine ausgeprägten Wahn- und Angstzustände beherrschbar, keine Ernährung und Pflege gesichert, keine ausgeprägte Antriebshemmung oder Adynamie überwunden und keine familiäre Konflikte in ihren Behandlungsauswirkungen gemildert. Aus diesen Gründen sind im Betreuungsplan nicht nur die verordneten, sondern auch die empfohlenen Maßnahmen aufzuführen.

Diese Maßnahmen sind im dritten Abschnitt des Vordrucks inhaltlich und zeitlich zu konkretisieren. Auf diese Weise soll die Behandlung von Anfang an strukturiert erfolgen. Dies erleichtert auch dem Patienten seine eigene Mitwirkung. Seinen entscheidenden Anteil an der Behandlungsverantwortung bekräftigt er durch seine Unterschrift unter den Betreuungsplan.

Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen

Die Soziotherapie-Richtlinie konkretisiert selbst, was unter „Pflichtaufgaben“ zu verstehen ist:

„Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für die Patientin oder den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Betreuungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer die Patienten zur Selbständigkeit anleiten und sie so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.“¹⁴

Drei bedeutungsvolle Aspekte werden von den Soziotherapie-Richtlinien hervorgehoben:

- Koordination
- Aktive Hilfe
- Selbsthilfe

¹⁴ Siehe § 3 Abs. 2 b) der Soziotherapie-Richtlinie

Die Koordination zwischen Patienten und der Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen entwickelt sich in der Dynamik des aktuellen Krankheitsgeschehens, also beispielsweise ausgeprägter Wahn- und Angstzustände. Innere Stimmen fordern möglicherweise den Patienten auf, sich nicht dem ärztlichen Einfluss auszusetzen. Sie sehen den Versuch, ihm Medikamente zu verabreichen, als bedrohlich an. Oder der Patient fühlt sich im Zustande ausgeprägter Adynamie viel zu kraftlos, die Anstrengungen eines Arztbesuches auf sich zu nehmen. Koordination bedeutet in diesem Zusammenhang mehr als die persönliche Begleitung von der Wohnung zur Arztpraxis. Sie muss vielmehr zunächst einmal eine psychische Bereitschaft erzeugen, sich auf die ärztliche Einflussnahme überhaupt einzulassen bzw. die erforderliche Anstrengung auf sich zu nehmen.

Der im Zusammenhang mit der Koordination gegebene Hinweis der Soziotherapie-Richtlinien auf den Betreuungsplan erweitert im Sinne des Vordrucks „Betreuungsplan“ diese Aufgabe auch auf die vom Arzt empfohlenen Behandlungsmaßnahmen. Bestehen beispielsweise familiäre Beziehungen, die eine Remission der Erkrankung behindern, so ist die ärztliche Behandlungsempfehlung, diese Kontakte zu lösen oder doch zumindest zu verändern, mit einer komplexen Koordinationsaufgabe verbunden, die auch Personen einbeziehen kann, die weder als Patienten noch als Arzt oder sonstige Leistungserbringer unmittelbar Beteiligte des Behandlungsprozesses sind, nämlich Angehörige oder Freunde. Erst die Erkrankungssituation bringt sie in das Zentrum des Behandlungsgeschehens, ihre Einbeziehung kann entscheidend für den Erfolg des Betreuungsplanes sein und damit für die Vermeidung stationärer Behandlung.

Die Sicherung der Ernährung und Pflege im häuslichen Umfeld des Patienten kann eine wichtige Koordinationsaufgabe des Soziotherapeuten darstellen, aber eben nur eine Koordinationsaufgabe. Täglich mehrmals den Patienten während seiner akuten Krankheitsphase darin zu unterstützen, dass er sich ausreichend verpflegt, die notwendige Hygiene betreibt und seine Wohnung nicht verwaarlosten lässt, gehört zu den Aufgaben der ambulanten psychiatrischen Pflege gemäß § 37 SGB V. Jedoch diese Problematik wahrzunehmen, den Arzt auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Verordnung hinzuweisen, den Patienten zu motivieren, diese Unterstützung zuzulassen und ihn dabei zu unterstützen, einen geeigneten Leistungserbringer zu finden, das gehört zur Koordinationsaufgabe des Soziotherapeuten. In diesem Aufgabenfeld können Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege nur gemeinsam erfolgreich sein.

Der Aspekt der aktiven Hilfe bezieht sich vor allem auf die Umsetzung jener Aspekte des Behandlungsprozesses, die vom Patienten aus betrachtet von außen, also vom Arzt und von den von ihm beauftragten Leistungserbringern zur Stabilisierung des Krankheitsgeschehens eingebracht werden. Ihre Nützlichkeit ist dem Patienten vielfach keineswegs evident. Ihre Berücksichtigung steht immer wieder im Gegensatz zu seiner subjektiven Befindlichkeit. Er wird von Angstzuständen bedrängt und soll seine Wohnung verlassen. Ihm fehlt jeder Antrieb und er soll sich um ein Gespräch mit einer bestimmten familiären Kontaktperson bemühen.

Aktive Hilfe ist in diesen konkreten Krankheitszusammenhängen einfühlsame und phantasievolle Unterstützung. Die professionelle Unterstützung wird nicht zur Hilfe, wenn sie nicht die Ansatzpunkte beim Patienten entdeckt, die Veränderung des

Verhaltens unter Beachtung der subjektiven Befindlichkeit möglich zu machen. Der Soziotherapeut kann nicht anders, als sich beispielsweise auf die ausgeprägten Wahnvorstellungen des Patienten einzulassen, um hierin Impulse zu entdecken, die es dem Patienten gestatten, die notwendigen Behandlungsschritte auf sich zu nehmen.

Denn letztlich ist es der Patient selbst, der die Stabilisierung seines akuten Krankheitszustandes meistert. Er koordiniert seine akute psychosomatische Dynamik mit seiner konkreten Lebenssituation und den Hilfen, die ihm auf Veranlassung des Arztes gegeben werden. Die Stärkung der Selbsthilfe ist daher fundamental für den gesamten Behandlungsprozess. Er bezieht sich selbstverständlich auch auf die Tätigkeit des Soziotherapeuten, die möglichst bald überflüssig sein sollte.

Arbeit im sozialen Umfeld

Auch zu diesem Stichwort liefern die Soziotherapie-Richtlinien eine inhaltliche Erläuterung:

„Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation der Patientin oder des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige und den Freundes- und Bekanntenkreis einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er die Patientin oder den Patienten an komplementäre Dienste heranführen.“¹⁵

Auch in dieser Erläuterung finden sich wieder drei wichtige Aufgabenaspekte:

- Analyse der persönlichen Situation
- Einbeziehung persönlicher Bezugspersonen
- Heranführung an komplementäre Dienste

Diese Aufgabenaspekte korrespondieren erneut auffallend mit den Behandlungsleitlinien Schizophrenie und den dort beschriebenen allgemeinen Behandlungsprinzipien. Dort heißt es unter dem Stichwort Good Clinical Practice: „Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. Hierfür ist die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes unter Partizipation der Betroffenen und aller am Behandlungsprozess Beteiligten, eine Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Koordination und Kooperation der Behandlungsinstitutionen und der Einbezug des nichtprofessionellen Hilfe- und Selbsthilfesystems notwendig. Alle Behandlungsschritte sollten in diesen Gesamtbehandlungsplan integriert werden sowie individuell und phasenspezifisch im Rahmen einer multiprofessionellen und möglichst wohnortnahen Behandlung abgestimmt werden.“¹⁶

Die vom Soziotherapeuten erwartete Analyse der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation des Patienten liefert also wichtige Beiträge zum

¹⁵ Siehe § 3 Abs. 2 c) der Soziotherapie-Richtlinie

¹⁶ Behandlungsleitlinien S. 189

Gesamtbehandlungsplan. Die Analyse verdeutlicht, welche dieser ganz persönlichen Lebensumstände einen förderlichen oder schädlichen Einfluss auf den Behandlungsprozess haben. Die Einbeziehung dieser Erkenntnisse in den Behandlungsplan des Arztes stellt die Analyse unter die Anforderung, operationalisierbar zu sein für Behandlungsschritte. Es geht also nicht nur um die Frage, welche Lebenssituation finde ich vor, sondern was bedeutet sie für die Krankheitssituation des Patienten.

Diese unauflösbare Verknüpfung der eigenen Analyse der persönlichen Situation des Patienten mit dem Gesamtbehandlungsplan, der auch für die eigene Tätigkeit entscheidend ist, lässt es geraten erscheinen, mit der Analyse auch sogleich die Fragen nach der behandlungsmäßigen Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse zu stellen. Wie kann ich als Soziotherapeut die für die Behandlung positiven Aspekte verstärken und die schädlichen zurückdrängen?

Die Aufgabe der eigenen Analyse warnt gleichzeitig vor vorschnellen Beurteilungen der Behandlungssituation des Patienten. Nicht nur in der Anfangsphase der Behandlung bleiben viele wesentliche Zusammenhänge verhüllt, weil der Patient sie nicht sieht oder sie nicht sehen will und deshalb auch nicht kommuniziert. Erst die Nähe zur realen Lebenssituation schafft Einblicke in wichtige Zusammenhänge, die für das Behandlungsgeschehen bedeutungsvoll werden können. Die Aufgabe der Analyse zieht sich daher durch die gesamte Behandlung.

Die durch die Analyse zu Tage tretenden Aspekte können aus dem gesamten Lebensspektrum des jeweiligen Patienten stammen. Es gibt daher keine Behandlungsinhalte, die man von vornherein ausschließen könnte. Wenn beispielsweise die Analyse ergibt, dass ein Patient unter dem familiären Druck leidet, ein sehr anspruchsvolles Studium absolvieren zu sollen, und immer vor entscheidenden Prüfungen in akute Krankheitsphasen rutscht, dann kann man nicht sagen, dass die Lösung dieser Problematik in die Zuständigkeit eines Berufsberaters fällt und nicht Aufgabe eines Soziotherapeuten sein kann.

Es geht im Rahmen des Betreuungsplanes nicht darum, diesem Patienten eine Palette von Ausbildungsalternativen vorzustellen, sondern ihm die Stärke zu geben, sich aus der familiären Drucksituation zu befreien, gerade dieses Studium zu absolvieren. Dies würde ihm möglicherweise künftige Akutphasen ersparen, wäre daher ein wichtiges Ziel im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes. Sollte es gelingen, dieses Ziel zu erreichen, könnte in der Tat ein Berufsberater dem Patienten behilflich sein, einen seinen eigenen Zielen und Möglichkeiten entsprechendes Berufsziel zu finden. In der akuten Krankheitsphase wäre jedoch die Einbeziehung eines Berufsberaters kontraindiziert.

Es liegt in der Eigendynamik einer Behandlungsanalyse, dass man eher auf diejenigen Kontaktpersonen des Patienten schaut, die zur Entwicklung schwerer psychischer Krisen beitragen. Ebenso wichtig sind aber auch jene, die innerhalb der Behandlung eine positive Rolle übernehmen können. Sie werden besonders deshalb leicht übersehen, weil sie sich in der Akutphase der Erkrankung aus einem Gefühl der Hilflosigkeit heraus eher zurückhalten. Ihre Einbeziehung muss versuchen, ihnen ein besseres Verständnis des Symptomverhaltens des Patienten zu vermitteln und ihnen soziale Rollen vorzustellen, in denen sie wichtige Helfer im Behandlungsprozess werden können.

Hierbei hat der Soziotherapeut eine Balance zu finden zwischen Aufgaben, die von persönlichen Bezugspersonen gut wahrgenommen werden können, und solchen, die eher ein professionelles Handeln bedingen. Für persönliche Bezugspersonen sind beispielsweise alle Aufgaben zu vermeiden, bei denen es auf einen reflektierten Umgang mit der eigenen emotionalen Beteiligung ankommt. Sie gelten gerade deshalb als persönliche Bezugspersonen, weil sie gefühlsmäßig mit dem Patienten und vielleicht auch mit seinem weiteren sozialen Umfeld verbunden sind. Jede Intervention ihrerseits wirkt sofort auf ihr eigenes Gefühlsleben zurück, verändert womöglich ihre Beziehung zum Patienten und weiteren Personen. Diese Aspekte sind bei der Pflichtaufgabe, Familienangehörige, Freunde und Bekannte zur Unterstützung einzubeziehen, zu berücksichtigen.

Auch außerhalb des persönlichen Umfeldes des Patienten bestehen potentielle Unterstützungsmöglichkeiten, die für die Ziele des Behandlungsplanes genutzt werden könnten. In diesem Zusammenhang sprechen die Soziotherapie-Richtlinien die komplementären Dienste an. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen und Dienste, die von den Behörden der Eingliederungshilfe¹⁷ in allen Städten und Landkreisen bereit gehalten werden. Die Kernaufgabe der Eingliederungshilfe besteht darin, „den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“.¹⁸

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe sind eine bestätigte Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sowie die nachgewiesene wirtschaftliche Unfähigkeit, die durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe entstehenden Kosten aus eigenen Mitteln oder durch unterhaltspflichtige Personen aufzubringen. Beide Voraussetzungen können den Behandlungsprozess erheblich stören oder sogar behindern. Stärker noch als die rechtliche Definition von Behinderung¹⁹ ist das allgemeine Sprachverständnis mit der Vorstellung verbunden, die Behinderung drücke immer einen Dauerzustand aus. Eine Person mit Down-Syndrom oder ein Contergan-Geschädigter ist mit einem permanenten Defizit konfrontiert, das er bei seiner Lebensplanung berücksichtigen muss.

Diese allgemeine Sicht von Behinderung überträgt sich auch auf die seelische Erkrankung, die hierdurch in die Nähe einer geistigen Behinderung gerückt wird.²⁰ Der Behandlungsprozess lebt jedoch von der im Gesamtbehandlungsplan und im Behandlungsplan zum Ausdruck gebrachten Zielsetzung, mindestens eine Verbesserung des Krankheitszustandes zu erreichen. Es wäre völlig kontraindiziert, von diesem positiven Ziel abzurücken. Auch bei chronifizierten Patienten ist es durchaus realistisch, einen stabilen Zustand anzustreben, der beispielsweise auf häufige stationäre Behandlungsphasen verzichten kann.

¹⁷ gemäß §§ 53 ff. SGB XII

¹⁸ § 53 Abs. 3 SGB XII

¹⁹ „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX

²⁰ Der Begriff „Geisteskranker“ ist nach wie vor im allgemeinen Sprachgebrauch zu finden.

Soweit die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft entscheidend für die Behandlung der Erkrankung ist, bedarf ihr Fehlen der Intervention aller Behandlungsbeteiligten, insbesondere der Soziotherapie. Wenn beispielsweise bedrängende Angstzustände die weitere Teilnahme an den Chorproben unmöglich machen, dann handelt es sich hierbei um das Auftreten eines Krankheitssymptoms der Schizophrenie, bei dem Krankenhauseinweisung indiziert ist. Die Symptomatik schränkt nicht nur seine Teilhabe am Gemeinschaftsleben ein, sie bewirkt außerdem eine weitere Verschlechterung seiner Befindlichkeit, verstärkt Antriebshemmung oder Adynamie.

Eine ambulant ansetzende Behandlungsintervention, welche die indizierte stationäre Einweisung vermeiden will, darf auf keinen Fall über den Behindertenbegriff des § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erfolgen, um Leistungen der Eingliederungshilfe einbeziehen zu können. Hierdurch würde unvermeidlich das Behandlungsziel aufgegeben, nämlich eine Besserung der Symptomatik zu erreichen (und damit den Verlust der „Behinderung“) und Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Aus der Sicht der Eingliederungshilfe wäre eine Krankenhauseinweisung zu begrüßen, da sie die notwendige Zeit zur rechtlichen und organisatorischen Vorbereitung der Hilfemaßnahmen überbrücken würde.

Die bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe unvermeidliche Prüfung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Patienten und ihrer unterhaltspflichtigen Angehörigen gliedert den seelisch Erkrankten in längeren Krankheitsphasen aus dem Versorgungsnetz des Gesundheitswesens aus. Dies bringt diesen Personenkreis in eine rechtliche Sonderstellung, für die es keine grundgesetzliche Rechtfertigung gibt. Hier wirken vielfach unerkannt noch Sichtweisen und Bewertungen aus den Anfängen der Psychiatrie nach²¹, die dringend einer Aufarbeitung bedürfen.

Die Einbeziehung der seelisch Erkrankten in das Versorgungsnetz der Eingliederungshilfe ist nur dann gerechtfertigt, wenn ihre Leistungen ausnahmslos auf die soziale Sicherung eines menschenwürdigen Lebens abzielen. Sobald hierdurch auch krankheitsbezogene Behandlungsleistungen finanziert werden sollen, stellen sie eine nicht hinnehmbare Diskriminierung dieser Patientengruppe dar.

Vom Blickpunkt der Behandlungsleitlinien Schizophrenie her betrachtet, sind Versorgungsformen, die beispielsweise auf die Schlüsselfunktion eines Sozialarbeiters in der Eingliederungshilfe ausgerichtet sind, „nicht für die Routineversorgung von Menschen mit schweren schizophrenen Psychosen zu empfehlen“²². Nur „teambasierte und gemeindenahere Versorgungsstrukturen, die aus Psychiatern, Pflegekräften, Sozialarbeitern und ggf. Psychologen und Ergotherapeuten bestehen, können zur Koordination und Kooperation der Versorgung von schwer erkrankten Menschen mit Schizophrenie, Gewährleistung therapeutischer Kontinuität und zur Reduktion der Krankenhausaufnahmen beitragen.“²³ Diese teambasierten medizinischen Versorgungsstrukturen können schon aus rechtlichen Gründen von der Eingliederungshilfe nicht bereit gestellt werden. Sie systemübergreifend, also durch Überwindung der Zuständigkeitsgrenzen

²¹ So vor allem die Unterscheidung zwischen heilbaren und unheilbaren Geisteskranken.

²² Behandlungsleitlinien S. 213

²³ Ebenda S. 212

zwischen SGB V und SGB XII aufzubauen, kann man sich durchaus beispielsweise im Zuge von Projekten des „Regionalbudgets“ vorstellen²⁴, doch sind derartige praktische Anwendungen noch in keinem Bundesland etabliert worden. Damit verbietet sich auch aus fachlicher Sicht die Einbeziehung der Eingliederungshilfe in die Behandlung der schwer schizophran Erkrankten.

Vor einer Hinführung des Patienten zu den „komplementären“ Leistungsangeboten ist daher vom Soziotherapeuten sorgfältig zu klären, welche Funktion diese Leistung übernehmen soll und ob die erheblichen persönlichen Konsequenzen in Bezug auf die Rechtsstellung als Sozialhilfeempfänger vom Betroffenen in Kauf genommen werden können. In jedem Falle ist eine solche Maßnahme vorher intensiv mit dem behandelnden Arzt abzustimmen. Verständigen sich Patient und die Behandlungsbeteiligten auf einen solchen Schritt, so hat der Soziotherapeut darauf zu dringen, dass er am hierauf einsetzenden Hilfeplanverfahren der Eingliederungshilfe gemeinsam mit dem Patienten aktiv mitwirken kann. Mit dem von der Eingliederungshilfe beauftragten Leistungserbringer ist ein gegenseitiges Informations- und Abstimmungsverfahren zu vereinbaren, das zumindest dazu beiträgt, dass wichtige Informationen frühzeitig in den Behandlungsprozess einbezogen werden können.

Soziotherapeutische Dokumentation

Zur Erläuterung dieser Pflichtleistung des Soziotherapeuten führen die Richtlinien weiter aus:

„Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für die Patientin oder den Patienten und deren oder dessen Entwicklung; er berichtet der verordnenden Fachärztin oder dem verordnenden Facharzt über den Stand der Behandlung (bei gravierender Befundänderung umgehend). Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
- dem Behandlungsverlauf und
- den bereits erreichten bzw. den noch verbliebenen Therapie(teil-)zielen.“²⁵

Als Anlage der von 2001 bis 2008 geltenden „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie“ wurde ein Muster eingeführt, das genau auf die Angaben in den Soziotherapie-Richtlinien ausgerichtet ist. Dieses Muster wird auch weiterhin verwendet.

Es stellt sich die Frage, ob die in den Soziotherapie-Richtlinien und im Muster angesprochenen Dokumentationselemente reichen, um die zwischen Arzt, Soziotherapeuten und weiteren Leistungserbringern notwendige Dokumentierung

²⁴ Über einen gelungenen Versuch in Rostock, innerhalb des Systembereiches des SGB XII mit einem „Regionalbudget“ zu arbeiten, informiert Ingmar Steinhart: Personenbezogene Finanzierung aus einem Regionalbudget, in: Kerbe 3/2008, S. 37 ff.

²⁵ § 3 Abs. 2 d) der Soziotherapie-Richtlinie

des Behandlungsverlaufes sicher zu stellen. Diese Frage wird man aus folgenden Gründen verneinen müssen:

Die Behandlung von Menschen, die schwer an Schizophrenie erkrankt sind, hat es immer wieder mit einer Symptomatik zu tun, die nicht spontan gedeutet und in den Behandlungsverlauf eingeordnet werden kann. Was bedeutet es beispielsweise, wenn in einer bestimmten Behandlungsphase schwerste Angstzustände auftreten? Ist dies als Reaktion auf ein bestimmtes Medikament anzusehen, oder drückt es Gefühle aus, die bisher verdrängt waren, kann man sie vielleicht sogar positiv und als Zeichen einer gewissen psychischen Entwicklung auffassen?

Hierüber muss es zu einem Austausch zwischen den Behandlern kommen, der zwangsläufig nicht nur mündlich erfolgen kann, sondern auch auf schriftlichem Wege, beispielsweise per Email. Wenn sich ein derartiger Vorfall geklärt hat, so wird dies im Rahmen einer entsprechenden schriftlichen Zusammenfassung dokumentiert. So kann man später, wenn nötig, wieder darauf zurückgreifen.

Die Dokumentation des Soziotherapeuten besteht also nicht nur aus den Angaben gemäß dem Muster, sondern aus einer Vielzahl von schriftlichen Korrespondenzen, Berichten und Zusammenfassungen, die sich aus der Kooperation mit dem Arzt und den übrigen Leistungserbringern ergeben und den Behandlungsverlauf für spätere Reflektionen festhalten.

Entsprechend den Vereinbarungen, die alle Leistungsträger der Rehabilitation in Deutschland im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation getroffen haben, also auch die Krankenkassen, ist bei der Dokumentation ganz allgemein die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anzuwenden. Das Bundestreffen der Soziotherapeuten hat sich 2015 sehr intensiv mit dieser Methodik befasst. Auf die entsprechende Veröffentlichung eines der Vorträge wird hier verwiesen.²⁶

Wie der Betreuungsplan ist auch die Muster-Dokumentation bei entsprechender Gelegenheit (neue Verordnung, Abrechnungen oder auf sonstige Anforderung) der Krankenkasse einzureichen. Dies gilt jedoch nicht für die weiteren therapeutischen Dokumentationen. Nur der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist berechtigt,²⁷ die ergänzenden Teile der Dokumentation beim Leistungserbringer anzufordern. Sie unterliegen weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht, dürfen also keineswegs vom MDK an die Krankenkasse weiter geleitet werden.²⁸

Motivations- (Antriebs-) relevantes Training

Mit dieser Leistung beginnen die vier Leistungskomplexe, welche von den Soziotherapie-Richtlinien als Kann-Leistungen des Soziotherapeuten beschrieben werden.²⁹ Zur Erläuterung dieser Leistung führen die Richtlinien aus:

²⁶ Siehe Hansgeorg Ließem: ICF in der Soziotherapie, veröffentlicht unter www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/Beitrag-1-Hansgeorg-Liessem-ICF-in-der-Soziotherapie-2015.pdf

²⁷ Gemäß § 9 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie

²⁸ gemäß § 276 Abs. 2 SGB V

²⁹ § 3 Abs. 3 der Soziotherapie-Richtlinien

„Mit der Patientin oder dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten statt.“³⁰

Hatte es die Soziotherapie im Zuge ihrer Pflichtleistungen in erster Linie mit Aufgaben der Koordination, der Hilfe und der Dokumentation zu tun, werden nunmehr Leistungen angesprochen, die stärker psychologisch-pädagogische Inhalte in den Mittelpunkt stellen. Zur besseren Definition können nun auch nicht mehr die Behandlungsleitlinien Schizophrenie herangezogen werden. Die fachlichen Bezugspunkte kommen eher aus den psychologischen und pädagogischen Wissenschaften, die es bisher jedoch vermieden haben, sich auf einheitliche Leitlinien zu einigen.

So ergibt sich aus dieser Aufgabenstellung, in besonders kritischen Phasen der psychiatrischen Erkrankung mit den betroffenen Patienten ein motivations- und antriebsförderndes Training durchzuführen, ein fachlich eigenständiges Aufgabengebiet der Soziotherapie, das erst noch wissenschaftlich fundiert werden muss. Da sich die Wirksamkeit dieser Trainingsmaßnahmen im konkreten Behandlungszusammenhang erweisen sollte, handelt es sich um eine wissenschaftliche Aufgabe, die viele komplexe Zusammenhänge im Blick behalten muss, die weit über das eigene Fachgebiet hinausgreifen.

Das Fehlen klarer fachlicher Leitlinien darf die Erbringung dieser Leistungen nicht einschränken. Der Soziotherapeut sollte sich jedoch bewusst sein, dass er bei der Leistungserbringung in mehrfacher Hinsicht besondere Verantwortung trägt. Weil er sich bei der Wahl der einzelnen Behandlungsmaßnahmen nicht auf entsprechende Leitlinien berufen kann, kann es schwierig werden, sich in strittigen Fällen fachlich zu rechtfertigen. Ferner übernimmt er die Verantwortung, durch aktive Teilnahme an Qualitätszirkeln gerade die fachlichen Aspekte seiner Trainingsarbeit zu kommunizieren. Durch gegenseitigen Austausch verbessert sich die Sicherheit im Umgang mit diesen Aufgaben. Außerdem sollte der Soziotherapeut aktiv daran mitwirken, dass seitens des Berufsverbandes Anstrengungen zur Entwicklung von Trainingsleitlinien ergriffen und zu praxistauglichen Ergebnissen gebracht werden.

Bis diese Leitlinien vorliegen, werden sich Soziotherapeuten an folgenden Überlegungen orientieren können:

Motivationen haben immer etwas mit persönlichen Zielen zu tun. Das von der Aufgabenstellung der Soziotherapie angestrebte Ziel ist die Überwindung des Krankheitszustandes. Der Patient soll zur Gesundheit motiviert werden. Die Frage, ob diese Aufgabe leicht oder schwierig ist, hängt wesentlich davon ab, welchem Grundverständnis von seelischer Erkrankung der Soziotherapeut anhängt. Sieht er die seelische Krankheit in erster Linie als Hirndefekt an, so hält er die Motivierung eines Patienten, die zur Überwindung dieses somatischen Defektes notwendigen Schritte zu unternehmen, für relativ einfach zu gestalten. Der Patient will die Krankheit nicht, es sind lediglich die psychischen Symptome der Krankheit, die ihn daran hindern, seinem Ziel entsprechend konsequent zu handeln.

³⁰

§ 3 Abs. 3 a) der Soziotherapie-Richtlinie

Hält der Soziotherapeut die seelische Erkrankung für einen komplexen Entwicklungszustand, bei dem sich biografische Erlebnisse mit somatischen Dispositionen verbinden, wird der Einstieg in die Arbeit an den Patientenmotiven höchst kompliziert. Denn dann ist es sehr wahrscheinlich, dass die Krankheit wichtigen unbewussten Motiven des Patienten nicht entgegensteht, sondern geradezu erfüllt. Die Krankheit sichert ihm beispielsweise die Beachtung und Zuwendung von Menschen, die ihm viel bedeuten. Oder sie schützt ihn vor äußeren Anforderungen, an denen er zu scheitern drohte.

In beiden Fällen kommt es zunächst darauf an, die Lebens-Leitziele des jeweiligen Patienten kennen zu lernen. Dies geschieht am zweckmäßigsten, indem die Biografie des Gesprächspartners immer wieder zum Thema gemacht wird. Dabei kommt es selbstverständlich auch auf die historischen Fakten an, für die Aufgabenthematik ist es jedoch besonders bedeutungsvoll, wie der Patient Situationen beschreibt, in denen er sich besonders glücklich bzw. besonders unglücklich gefühlt hat. Eine Vergleichsanalyse wird am ehesten zu Tage bringen, welche persönlichen Bedürfnisse für den Patienten in seinem bisherigen Leben eine besondere Bedeutung gewonnen haben.

Hält der Soziotherapeut die seelische Krankheit für einen somatischen Defekt, so wird er von dem latenten Bedürfnis des Patienten ausgehen, die Krankheitssymptomatik zumindest zu mildern. Die Herausarbeitung wichtiger Lebensziele hat den Effekt, dass zusätzliche Motivationsfelder in das Trainingsprogramm einbezogen werden können. Schildert der Patient beispielsweise, dass er als Kind gerne ein bestimmtes Instrument erlernen wollte, ihm dies jedoch von seinen Eltern aus finanziellen Gründen versagt wurde, so könnte es Sinn machen, dieses Ziel nunmehr aktiv anzugehen. Wenn es gelänge, den Patienten zu einer regelmäßigen Wahrnehmung von Unterrichtsstunden und Übungszeiten zu bewegen, mit denen er seine musikalischen Interessen befriedigt, dann gewinnt er auch die Kompetenz zurück, seine Gesundheitsinteressen konsequenter zu verfolgen.

Geht der Soziotherapeut davon aus, dass die Erkrankung Teil des Patientenversuches darstellt, wichtige Lebensziele zu realisieren, so fördert die biografische Beschäftigung Anhaltspunkte zu Tage, welche Bedürfnisse sie zu befriedigen sucht. Geht es beispielsweise um Machtbedürfnisse und der hieraus entstehende Anspruch an den Lebenspartner, sich bei allen Lebensgestaltungen am Patienten zu orientieren, und dient die Krankheit dazu, den aktuellen Widerstand des Partners zu überwinden, so dient die Beschäftigung mit der Biografie auch dem Herausfinden von Lebensfeldern, bei denen das Ausleben der Machtbedürfnisse weniger Beziehungsschaden anrichtet. Gelingt es dem Patienten, seine Motive auf weniger schädliche Objekte zu verlegen, braucht er die Krankheit weniger für seine Bedürfnisbefriedigung.

Die von den Richtlinien geforderten „praktischen Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer“ sind daher im Zusammenhang mit Soziotherapie nicht physiotherapeutisch zu verstehen. Es gibt keine seelischen Bewegungsübungen, die man über eine gewisse Zeit anwenden könnte, um bei den Patienten einen tatkräftigen und angemessenen Umgang mit der Erkrankung auszulösen. Die Aufgabenstellung ist sehr viel komplexer. Sie verlangt zunächst ein Bewusstsein beim Soziotherapeuten darüber, wie er selbst die seelische Erkrankung

versteht. Sie bedeutet in jedem Falle Arbeit an und mit der Biografie des Patienten, um dessen individuelle Situation besser zu erkennen. Sie braucht in jedem Falle ein alternatives Übungsfeld, außerhalb des eigentlichen Krankheitsgeschehens. Der Versuch, direkt therapeutisch in das Krankheitsgeschehen einzugreifen, würde die Grenze zur Psychotherapie überschreiten, für die der Soziotherapeut fachlich nicht vorbereitet ist, und die auch nicht zu seinem Aufgabengebiet gehört.

Der Begriff „Training“ drückt die Notwendigkeit aus, die Bemühungen zur Stärkung der gewünschten Motivation häufiger zu wiederholen. Die Richtlinien sehen diese Aufgabe zu Recht als Prozess an, der nicht in einer einmaligen Aktion erledigt werden kann. Es braucht gute Kenntnisse der Biografie des Patienten, um dieses Training an der passenden Stelle zu platzieren. Es braucht die Fähigkeit, das Trainingsprogramm in allen Phasen am Patienten auszurichten. Dazu gehört auch die Bereitschaft, den gewählten Ansatzpunkt gegen einen geeigneteren auszutauschen bis hin zur Einsichtsfähigkeit, dass das eigene Krankheitsverständnis weiterentwickelt werden muss.

Training zur handlungsrelevanten Willensbildung

Hat es das motivationsrelevante Training in erster Linie mit den Gefühlen des Patienten, den bewussten oder unbewussten Bedürfnissen zu tun, so bezieht die Willensbildung rationale Elemente mit ein. Der Wille führt gleichsam die Motivation zur Handlung. Er analysiert die Situation, prüft, ob sie zur Zielerreichung passt. Er wählt zwischen verschiedenen Motivationen aus, wenn die Situation ihm Handlungsalternativen eröffnet. Er vergewissert sich, dass er die zur Zielerreichung notwendige Kraftanstrengung bewältigen kann.

Die Soziotherapie-Richtlinie erläutert diesen Leistungsauftrag entsprechend:

„Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.“³¹

Doch der oft zitierte Satz von Schopenhauer „Der Mensch kann tun, was er will, aber er kann nicht wollen, was er will“³² macht deutlich, wie komplex die Aufgabenstellung ist. Betrachtet man den Willen als Bindeglied zwischen Motivation und Tat, so hängt die Willensbildung davon ab, ob sie genügend Bindung zu den wirklichen Motivationen besitzt und die Handlungsmöglichkeiten realistisch genug einschätzt. Die Willensbildung gelingt umso besser, je stärker sie wirkliche Motive einbezieht und sich durch zielerreichende Handlungen Erfolge sichert.

Die Aufgabenstellung des Soziotherapeuten könnte beispielsweise darin bestehen, einem Patienten zu helfen, seine ausgeprägte Antriebslosigkeit zu überwinden. Die Bildung eines Willens, diesen Zustand zu überwinden, klärt zunächst mit dem Patienten gemeinsam, welche Handlungen hierdurch unmöglich werden. Was würde

³¹ § 3 Abs. 3 b) Soziotherapie-Richtlinie

³² Siehe Renate Wahser: „Der Mensch kann tun, was er will, aber er kann nicht wollen, was er will“ – eine mit Hegels Konzept vereinbare Auffassung?, Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte 2006

er besonders gerne tun, würde ihn nicht die Antriebslosigkeit daran hindern? Könnte man eine Rangskala nach der Wichtigkeit der gewünschten Handlungen aufstellen?

Betrachtet der Soziotherapeut gemeinsam mit dem Patienten die Favoriten dieser Wunschliste, so könnte man sich Situationen ausdenken, die besonders geeignet wären, den Wunsch in die Tat umzusetzen. Würde der Patient beispielsweise gerne mal wieder joggen, wie er das früher in Begleitung eines Sportpartners gemacht hat, so könnte die Überlegung einsetzen, ob es hilfreich sein könnte, wenn der alte Joggingpartner zur früher üblichen Zeit vorbei käme, um ihn zu einem gemeinsamen Lauf einzuladen.

Fügt man der Wunsch-Favoritenliste eine Liste von geeigneten Situationen bei, so entsteht eine Wahl-Liste an Handlungsmöglichkeiten. Sie ist wiederum zu gewichten nach den Gesichtspunkten „bedeutungsvoll“ und „realistisch“. Denn nun geht es darum, erste Realisierungsschritte zu unternehmen. Um im vorher benutzten Beispiel zu bleiben, könnte nach diesen Überlegungen der frühere Joggingpartner angesprochen werden mit der Bitte, doch zur verabredeten Zeit zum Joggen mit dem Patienten vorbei zu kommen. Wird diese Aktivität als angenehm und lebendig machend empfunden, können sich die beiden Partner erneut verabreden.

Die Aufforderung, die Willensbildung zu trainieren, ist daher nicht so zu verstehen, dass sich der Arzt oder Soziotherapeut Ziele ausdenken, die der Patient nun als wichtig anzusehen hat. Die Willensbildung kann nur sinnvoll sein auf dem Gefühls- und Wahrnehmungsgelände des Patienten. Von ihm allein kommen die Inhalte, Ziele und die soziale Einschätzung, ob und wie die Ziele erreicht werden können. Training als Wiederholung eines bestimmten Ablaufes, der wie in diesem Beispiel eigenen Antrieb benötigt, kann sich sinnvoller Weise am besten im Lebensumfeld des Patienten entwickeln. Hier findet sein wirkliches Leben statt, nicht im Krankenhaus und nicht in der Arztpraxis.

Die von der Soziotherapie-Richtlinie angesprochene Hilfestellung bei der Konfliktbewältigung kann im Rahmen der Soziotherapie nur so umgesetzt werden, dass der Patient im Soziotherapeuten einen Menschen entdeckt, der immer bereit bleibt, ihm in Konfliktsituationen zuzuhören, ihn zu verstehen und ihm zu helfen, die Konflikte angemessen zu bewältigen. Konfliktsituationen haben die Neigung, viele unbewusste Gefühle und verdrängte bedeutungsvolle biografische Situationen zu aktivieren. Dies jedoch mit dem Patienten zu bearbeiten, ist Aufgabe der Psychotherapie und nicht der Soziotherapie.

Der Soziotherapeut wirkt beim Patienten nicht aufdeckend, sondern unterstützend beim Ziel, Konflikte zu entdramatisieren bzw. sie zu vermeiden, wenn das möglich ist. Auch hierbei kommt es auf ein Verständnis der patienteneigenen Bewältigungsmöglichkeiten an. Nicht der Soziotherapeut wendet seine Konfliktlösungsstrategien an, sondern er fördert und verstärkt jene patienteneigenen Ansätze, die ihm selbst als besonders zieldienlich erscheinen.

Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung

Als Erläuterung dieser Aufgabe führt die Soziotherapie-Richtlinie ergänzend aus:

„Diese beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.“³³

Jede schwere psychische Erkrankung wird vom Patienten als große Belastung empfunden. Auch wenn sie ihm gelegen kommt, weil sie ihm beispielsweise eine plausible Erklärung dafür liefert, weshalb er bei einer schweren Hochschulprüfung nicht antreten konnte, empfindet der Patient den Krankheitsverlauf als äußerst belastend und lebenseinschränkend. Hinzu kommen die teilweise erheblichen Nebenwirkungen der Medikamente, die er auf Verordnung des Arztes zu sich nimmt.

Der Soziotherapeut kann daher in den meisten Fällen davon ausgehen, dass der Patient zumindest die unangenehmen Auswirkungen der Erkrankung überwinden will. Dies schafft eine Bereitschaft, über die Entstehungsumstände der Erkrankung zu sprechen. Es geht dabei nicht um die Ursachen der Erkrankung (Abgrenzung zur Psychotherapie), sondern um Erinnerungen an die Zeit vor Ausbruch der Erkrankung. Welche Lebenssituation bestand damals, mit welchen Themen befasste sich der Patient? Welche Beziehungen und Kontakte pflegte er zu dieser Zeit? Kann sich der Patient an besondere Stimmungen erinnern, an Abweichungen von der alltäglichen Lebensweise? Wenn der Patient schon häufiger die akute Krankheitsphase erlebt hat, kann er Gemeinsamkeiten in der jeweils vorausgehenden Zeit entdecken?

Es macht Sinn, die Ergebnisse dieser Erinnerungsarbeit schriftlich festzuhalten und mit dem Patienten gemeinsam zu überlegen, ob diese Zusammenstellung auch als Liste der Frühwarnzeichen bzw. Frühwarnsituationen aufgefasst werden kann. Was könnte der Patient tun, um bei erneutem Entstehen derartiger Situationen andere Lösungen zu finden? Wie könnte die Unterstützung aussehen, die hierbei hilfreich wäre? Wer könnte die Hilfe leisten? Gäbe es geeignete Personen im Lebensumfeld, mit denen man über die ganze Thematik sprechen könnte? Gegebenenfalls ist es hilfreich, wenn der Soziotherapeut den Patienten dabei unterstützt, dieses Gespräch bzw. diese Gespräche tatsächlich zu führen.

Komplizierter stellt sich die Aufgabe dar, wenn der Patient beispielsweise mit Rücksicht auf ihn bedrängende innere Stimmen keinen Nutzen darin sieht, seinen derzeitigen Zustand als Krankheit aufzufassen. In dieser Lage kann sich auch keine Motivation bilden, diesen Zustand zu beenden. Folglich besteht zu diesem Zeitpunkt keine Grundlage, mit ihm Frühwarnsituationen zu besprechen. In dieser akuten Krankheitssituation besteht die Aufgabe der Soziotherapie darin, einerseits dem Patienten den Respekt vor dem inneren Geschehen zu vermitteln und durch Thematisierung dieses Erlebens daran indirekt teilzuhaben, andererseits aber dem Patienten zu vermitteln, dass der Soziotherapeut selbst wie die übrigen Bezugspersonen dieses Geschehen als Ausdruck eines stark angespannten Lebensgefühls des Patienten auffassen.

Der Soziotherapeut wird dem Patienten keine plausible Erklärung dafür liefern können, weshalb er sich mit zwingenden Realitäten auseinandersetzen muss, die für alle Anderen nicht existieren. Er vermag die inneren Gestalten und deren Einflüsse auf das Verhalten des Patienten nicht einmal zu deuten (Abgrenzung zur

Psychotherapie). Doch er kann dem Patienten seine Bereitschaft zeigen, ihn in dieser bedrängten Lage nicht allein zu lassen und wenn nötig weitere Unterstützung zu holen. Entscheidend für die Beeinflussbarkeit dieser Situation ist die Aufrechterhaltung des Beziehungskontaktes mit dem Patienten, sorgfältig die Balance zwischen Respektierung des Wahngeschehens und Repräsentanz der Realität haltend.

Der Begriff der „Compliance“ ist in diesem Zusammenhang vieldeutig.³⁴ Er kann aufgefasst werden als

- Therapietreue,
- Kooperationsbereitschaft oder
- Verantwortungsbereitschaft.

Als therapietreu wird ein Patient bezeichnet, der sich möglichst genau an die ärztlichen Anweisungen hält. Dies ist ihm möglich, wenn er dem Arzt gegenüber das Vertrauen besitzt, dass seine Verordnungen in seinem besten Sinne gegeben werden. Außerdem muss er fest davon ausgehen, dass er krank ist und die Verordnungen diesen Zustand überwinden helfen. Ferner braucht er ein soziales Milieu, das ihn in seiner Haltung unterstützt. Nicht zuletzt sollten die ärztlichen Verordnungen wirksam sein in dem Sinne, dass der Patient selbst eine deutliche Besserung verspürt.

Die Verordnungen selbst dürfen nicht allzu hohe Ansprüche stellen (wie dreimal täglich eine genau zu dosierende Teilmenge mehrerer Medikamente einzunehmen), eine Depotspritze, die einmal im Monat in der Arztpraxis verabreicht wird, erleichtert die Therapietreue. Schwierig wird diese Form der Compliance, wenn zusätzlich zu der Medikamentenverordnung Maßnahmen empfohlen werden, wie beispielsweise der Verzicht auf das gegenwärtige Studienziel, das offensichtlich weder der wirklichen Motivation des Patienten entspricht, noch seiner Kompetenz, weshalb es vor Prüfungssituationen schon mehrmals zum Ausbruch der Krankheit gekommen ist. Diese empfohlene Maßnahme kann man nicht in „Therapietreue“ auf sich nehmen, so als käme es lediglich darauf an, ihr täglich eine bestimmte Zeit zu widmen.

Die Erfüllung komplexer ärztlicher Empfehlungen braucht Compliance mindestens im Verständnis einer Kooperationsbereitschaft. Kooperation bedeutet gegenseitige Verständigung im Sinne eines partnerschaftlichen Umgangs miteinander. Die Erzeugung einer Kooperationsbereitschaft setzt voraus, dass der Patient im Umgang mit Arzt und Soziotherapeut die Erfahrung macht, dass ihm Respekt entgegengebracht wird. Hierdurch vermittelt sich ihm das Gefühl, dass seine Mitwirkung wichtig genommen wird. Es geht nicht nur darum, vom Patienten strikte Befolgung von Verordnungen und Empfehlungen zu erwarten. Der Patient wirkt an der Entwicklung des Therapieplanes aktiv mit. Er kooperiert im Sinne einer gemeinsamen Planung von ärztlicher Behandlung und soziotherapeutischer Begleitung.

Wer Compliance im Sinne von Kooperationsbereitschaft erreichen will, der darf sich nicht über den Patienten erheben, sondern muss ihm auf Augenhöhe begegnen. Das

³⁴ Zum Folgenden siehe auch Viviane Scherenberg: Patientenorientierung – Compliance und Disease Management Programme, Wiku-Verlag 2003

gilt auch für besonders kritische akute Krankheitsphasen. Der Patient hört nie auf, beispielsweise zwischen verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten wählen zu können.³⁵ Der kooperative Patient erfüllt die Hoffnung des Soziotherapeuten, möglichst viel über die Biografie des Patienten zu erfahren, um sich hierdurch für komplexe Aufgabenstellungen das notwendige Rüstzeug zu besorgen.

Die wichtigste Erwartung des Soziotherapeuten, selbst als Begleiter des Patienten überflüssig zu werden, kann sich jedoch nur dann erfüllen, wenn der Patient die dritte Form der Compliance entwickelt, nämlich die Bereitschaft, für die Überwindung der Krankheit Mitverantwortung zu übernehmen. Natürlich ist er weiterhin kooperativ, aber er nimmt immer mehr Gelegenheiten wahr, die anstehenden Entscheidungen selbst zu treffen und auch sich selbst gegenüber zu verantworten. Arzt und Soziotherapeut werden immer mehr zu Beratern, deren Fachkunde geschätzt wird, bei denen sich der Patient aber bewusst bleibt, dass letztlich er selbst die Folgen von Fehleinschätzungen tragen muss.³⁶

Das eigene Wissen um die wirkliche Anamnese der Erkrankung, die Unmöglichkeit, notwendige Einstellungs- und Verhaltensänderungen Anderen zu überlassen, stärken die Bereitschaft, für die eigene gesundheitliche Entwicklung selbst verantwortlich zu sein. Diese Form der Compliance braucht die besondere professionelle Unterstützung. Sie geht von Ermutigung bis zur konkreten Hilfe, wenn eigene Planungen doch nicht zu gelingen scheinen. Diese Unterstützung übt größte Zurückhaltung in Bezug auf die Bewertung eigenverantwortlicher Aktivitäten. Erfolge sind auch bei den kleinsten Schritten einer positiven Rückmeldung wert. Der Aufbau dieser Compliance ist ein mühsamer Prozess, der immer wieder von Rückschlägen und Phasen der Entmutigung begleitet wird. Die Kontinuität der therapeutischen Beziehung entscheidet hierbei letztlich über den Erfolg dieser Bemühungen.

Hilfe in Krisensituationen

Soziotherapie wird – wie bereits dargestellt – davon abhängig gemacht, dass beim Patienten schwere Fähigkeitsstörungen eingetreten sind, die an der GAF-Skala zu messen sind.³⁷ Folgende Beeinträchtigungen würden zu einer Verordnung von Soziotherapie ausreichen:

„Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) **oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiären Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung** (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten, ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).“³⁸

³⁵ Siehe hierzu Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2005 sowie Schwerpunktheft Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 98, 2004

³⁶ Spätere Schadenersatzforderungen können den beim Patienten eingetretenen Schaden nicht rückgängig machen. Er trägt also stets das Hauptrisiko jeder Behandlung.

³⁷ Gem. § 2 Abs. 2 der Soziotherapie-Richtlinie

³⁸ GAF-Skala Punktwert 31 – 40.

Soziotherapie ist also keineswegs von vornherein ein Instrument zur Überwindung von akuten Krisen. Die Krankheitsentwicklung kann jedoch zur Ausbildung von Krisensituationen führen, die ohne den Einsatz von Soziotherapie nur noch stationär zu behandeln sind. Es ist auch keineswegs klug, mit der Verordnung von Soziotherapie solange zu warten, bis eine bedrohliche Krisensituation entstanden ist. Denn der Beziehungsaufbau zwischen Patient und Leistungserbringer ist in derartigen Situationen nur schwer möglich. Ohne eine gewachsene Vertrauensbasis jedoch kann der Versuch leicht scheitern, dem Patienten in Krisen eine wirkliche Hilfe zu sein.

Geht man davon aus, dass der Arzt rechtzeitig und dennoch im Rahmen der von den Richtlinien vorgegebenen Voraussetzungen Soziotherapie verordnet, so haben sich bei Ausbruch der akuten Krisensituation beide Partner ausreichend kennengelernt, um die von den Richtlinien vorgegebenen Aufgaben der Krisenhilfe erfüllen zu können:

„Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, ggf. auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin oder des Patienten.“³⁹

Bemerkenswert zeigt sich auch an dieser Stelle der sozialpsychiatrische Ansatz der Soziotherapie-Richtlinie. Es wird nicht nur von der Verschlimmerung der Krankheit und damit der Symptomatik gesprochen, sondern von dem gesamten sozialen Umfeld des Patienten. Wenn beispielsweise der Patient durch die Fehleinschätzung seiner Situation und seine Realitätsverluste seinem Arbeitgeber bzw. seinem Vorgesetzten gegenüber so agiert, dass sein Arbeitsplatz akut gefährdet wird, liegt es im höchsten Behandlungsinteresse, diese Folgen abzuwenden. Andernfalls drohen dem Patient existenzielle Probleme, denen er in seiner gegenwärtigen Krankheitssituation nicht nur nicht gewachsen ist, sondern die seinen medizinischen Stabilisierungsprozess massiv belasten würden.

Die Richtlinien machen klar, dass die soziotherapeutischen Arbeitsinhalte nicht aus einem vorgegebenen Schema kommen können, sondern aus einer individuellen Analyse der akuten Krisensituation. Die Krankheitsdynamik bestimmt faktisch die konkrete Aufgabenstellung. Die Empfindungen und das Verhalten des Patienten geben vor, was zu tun ist.

Schlussbemerkung

Soziotherapie ist in der gegenwärtigen Entwicklungsphase immer noch eine Leistungsform, die von den Krankenkassen aus überwiegend wirtschaftlichen Gründen mit Argwohn betrachtet wird. Dies drückt sich schon allein darin aus, dass nicht wenige Krankenkassen jede Verordnung an den Medizinischen Dienst zur Begutachtung weiterleiten. Manche Soziotherapeuten machen dabei die Erfahrung, dass insbesondere in den ersten Monaten ihrer Tätigkeit mehr als die Hälfte der eingereichten Verordnungen abgelehnt werden. Die von den Medizinischen Diensten abgegebenen Begründungen lassen vielfach erkennen, dass recht oberflächliche

³⁹ Siehe § 3 Abs. 3 d) der Richtlinie.

Kenntnisse der Aufgaben der Soziotherapie bestehen. Die am 27. November 2002 vom MDS beschlossenen Begutachtungs-Richtlinien Ambulante Soziotherapie § 37a wiederholen ausführlich die Soziotherapie-Richtlinien, ohne hierzu aber eine Konkretisierung der Leistungsinhalte vorzulegen. Dieser Mangel ist möglicherweise an einer Vielzahl von Ablehnungen zur Verordnung von Soziotherapie beteiligt.

Die hiermit vorgelegte Leistungsbeschreibung könnte deshalb dazu beitragen, eine Vielzahl von Widerspruchsverfahren überflüssig zu machen, die alle Beteiligten und insbesondere die Patienten selbst sehr belasten.