

Psychosoziale Kurzbeiträge

Hrsg. ZKS-Verlag



www.zks-verlag.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

ZKS-Verlag (Hrsg.)

Psycho-soziale Kurzbeiträge



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek
ZKS-Verlag (Hrsg.)
Psychosoziale Kurzbeiträge

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe
"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-46-8

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154
Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung
nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter
freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.
Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Psychosoziale Kurzbeiträge

Inhalt

Hansgeorg Ließem Beitrag 1 – ICF in der Soziotherapie (2015)	5
Hansgeorg Ließem Beitrag 2 – Neue Soziotherapie-Richtlinie: Alte Probleme (2015).....	13

Hansgeorg Ließem

Beitrag 1

ICF in der Soziotherapie (2015)

Die Tätigkeit der Soziotherapie wird notwendigerweise gegenüber den Krankenkassen dokumentiert, um sie als Behandlungsleistung abrechnen zu können. Sollte man es damit nicht bewenden lassen? Was treibt SoziotherapeutInnen zu Überlegungen, parallel hierzu ein eigenständiges Dokumentationssystem anzuwenden?

Es geht zuvorderst darum, die eigene Arbeit ernst zu nehmen. Soziotherapie trägt ganz wesentlich zur Genesung psychisch erkrankter Menschen bei. Sie unterstützt die Erkrankten, sich wieder persönliche Lebensziele zu setzen und soziale Aktivitäten aufzunehmen, damit die erstrebte Teilhabe auch erreicht wird. Dies ist ein komplexer und häufig langer Weg der Begleitung, der festgehalten werden sollte, will nicht die Soziotherapie in Krisensituationen die Orientierung verlieren.

Es geht um die fachliche Glaubwürdigkeit bei den PatientInnen. Sie wünschen sich, dass SoziotherapeutInnen ihren Genesungsverlauf so wichtig nehmen, dass sie hierüber Aufzeichnungen machen, die auch für sie selbst verständlich sind und an denen sie selbst mitwirken können. Es geht hier also auch um einen Ausdruck von Wertschätzung für die PatientInnen und um einen Akt der Aktivierung, den eigenen Entwicklungsstand zu reflektieren.

Es geht aber auch um den Respekt bei den übrigen Beteiligten des Behandlungsprozesses, bei den Ärzten, bei den Partnern in den anderen Rehabilitationsbereichen, beim Medizinischen Dienst und sonstigen fachkundigen Stellen. Dazu ist vor allem ein Dokumentationssystem hilfreich, das von allen im Gesundheitswesen verstanden wird.

Diese Forderung der interdisziplinären Verständlichkeit spricht für die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Sie wurde 2001 von der WHO eingeführt, um diese Funktion der gemeinsamen Sprache aller Rehabilitationsbeteiligten zu erfüllen. Um was geht es genau?

Die Medizin ist gewohnt, die auftretenden Erkrankungen nach den Kriterien der ICD, aktuell in ihrer 10. Fassung¹ zu differenzieren. Wir kennen in der Psychiatrie die Erkrankungskennziffern der ICD-10 von F 00 (Demenz) bis F99 (nicht näher bezeichnete psychische Störung). Diese Aufteilung orientiert sich an den speziellen Krankheitssymptomen. Sie fasst diese Symptome zu Symptomgruppen beispielsweise der Depression oder der Schizophrenie zusammen. Diese ICD-Ziffern sagen nichts darüber aus, welche funktionalen Probleme durch die Erkrankung hervorgerufen werden. Wenn aber die Erkrankung nicht mehr allein biologisch begriffen wird, sondern als Ausdruck eines unharmonischen Geschehens zwischen Körper, seelischer

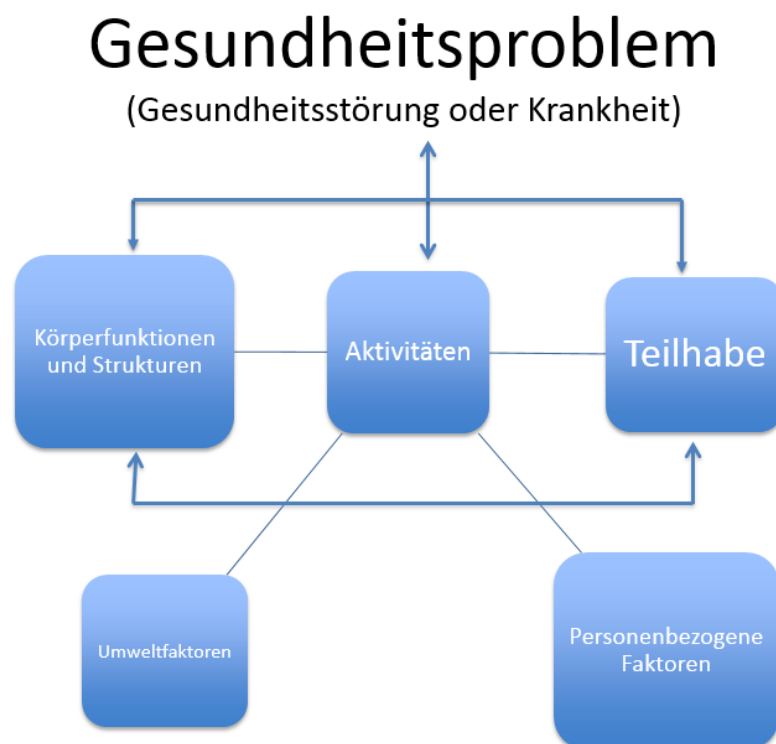
¹ H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch diagnostische Leitlinien, Bern Göttingen Toronto Seattle: Verlag Hans Huber 1993

Befindlichkeit und sozialer Eingebundenheit, dann gibt der ICD-Rahmen keinen Ansatzpunkt, die Situation des Patienten / der Patientin insgesamt zu verstehen.

Hierzu bedarf es der Ergänzung durch die ICF. Damit sie dies leisten kann, braucht sie zu aller erst ein eigenes Verständnis von Gesundheit. „Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).“²

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF sieht demnach wie folgt aus:



² ICF-Praxisleitfaden 2 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/Main 2008, S.11

Für die Soziotherapie ist die Unterscheidung zwischen Körperstrukturen und -funktionen wenig bedeutungsvoll, zumal sich die Psychiatrie sehr schwer tut, sie zu unterscheiden. Unser Arbeitsfeld hat mit den Aktivitäten und der gesellschaftlichen Teilhabe zu tun sowie mit den Umweltfaktoren und persönlichen Einflussfaktoren. Mit Ausnahme der personenbezogenen Faktoren gibt uns die ICF eine Dokumentationsstruktur vor, die von der Soziotherapie eingesetzt werden kann. Hier zunächst die Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe:

1. Lernen und Wissensanwendung (z. B. Schulabschlüsse, Ausbildung und Studium, aktuelle Anwendungsbereiche des Vorwissens, subjektive Anwendungsziele, Gründe für das Nichterreichen der Ziele)
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. eigene Anforderungen an das Alltagsleben wie gemütliche Wohnung, anregende Tagesgestaltung, persönliche Belohnungen, Übernahme von Aufgaben und Verantwortung für Andere, Umgang mit Stress und anderen psychischen Anforderungen)
3. Kommunikation (z. B. persönliche Gesprächspartner, professionelle Kontaktpersonen, Nutzung von Kommunikationstechnik)
4. Mobilität (z. B. Nutzung eigener Fahrzeuge, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, bestehende Beschränkungen der Mobilität)
5. Selbstversorgung (z. B. sich waschen, pflegen, an- und auskleiden, Toilette benutzen, essen, trinken, auf seine Gesundheit achten)
6. Häusliches Leben (z. B. Beschaffen des Lebensnotwendigen, Wohnungspflege, Gäste einladen und bewirten, Interessen der Nachbarschaft berücksichtigen)
7. Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (z. B. Pflege Lebenspartnerschaften und Freundschaften, Bekanntenkreis, Aktivitäten zur Aufnahme neuer Beziehungen, Umgang mit Beziehungsproblemen)
8. Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit/Beruf, eigene Häuslichkeit, fester Freundeskreis, Einkommen und Konsum, Zugehörigkeit zu Vereinigungen oder Gruppen, eigene Bildung)
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (z. B. Gemeinschaftsleben, Gefühl sozialer Zugehörigkeit, Erholung und Freizeit, religiöse oder spirituelle Betätigung, politisches oder soziales Engagement).³

Die Beispiele in den Klammern sind so gewählt, wie sie speziell für psychische Erkrankungen von Bedeutung sein könnten. Sie weichen also von denen ab, die ansonsten in der Beschreibung der ICF aufgeführt werden. Doch dies ist der Vorteil der ICF, man kann sie den Gegebenheiten der Patienten / der Patientinnen und ihrer Lebenssituation anpassen.

³ ICF-Praxisleitfaden, ebenda S. 15

Die von der ICF klassifizierten Umweltfaktoren unterscheiden in:

1. Produkte und Technologien (z. B. Nebenwirkungen der Medikamente)
2. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z. B. Wohnen unter Heimbedingungen, schlechte Busverbindungen)
3. Unterstützung und Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Arbeitgeber, Ärzte, Betreuer)
4. Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft (z. B. des Jugendamtes hinsichtlich der Erziehungskompetenz, des Jobcenters in Bezug auf Bewerbungsnotwendigkeiten, der Arbeitgeber in Bezug auf Leistungsfähigkeit und Stresstoleranz)
5. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z. B. Beschränkung der Soziotherapie auf 120 Stunden, Mangel an ärztlichen Hausbesuchen, lange Wartezeiten bei Psychotherapeuten).⁴

Die personenbezogenen Faktoren sind trotz vieler Versuche bisher nicht klassifiziert worden. Für die Soziotherapie sind mindestens folgende bedeutungsvoll:

Alter (Macht beispielsweise das Lebensalter eine berufliche Perspektive unwahrscheinlich?)

Geschlecht (Verfolgt beispielsweise die Patientin ein ganz bestimmtes weibliches Rollenbild?)

Persönliche Interessen (über die man beispielsweise gerne mit anderen kommunizieren und kooperieren möchte)

Charakterbildung (Ist der/die PatientIn beispielsweise gewohnt, dass andere ihre Lebensangelegenheiten regeln, fällt es ihr schwer, selbst für sich Verantwortung zu übernehmen?)

Lebensstil (Geht der/die PatientIn beispielsweise weiterhin ihren kulturellen Interessen nach, ist ihre Wohnung immer in einem Zustand, in dem sie dort Gäste empfangen kann?)

Sozialer Hintergrund (Kommt der/die PatientIn beispielsweise aus einem kleinbäuerlichen Milieu, in dem es nicht gern gesehen wurde, wenn ein Familienmitglied eigenständige Leitbilder entwickelte?)

Erziehung (Hat der/die PatientIn beispielsweise eine Erziehung erfahren, bei der sie wenig Gelegenheit hatte, persönliche Aufgaben zu bewältigen?)

Bildung/Ausbildung (Hat der/die PatientIn beispielsweise für den Wunschberuf die richtige Ausbildung?)

⁴ ICF-Praxisleitfaden, ebenda S. 16. Die Beispiele in Klammern sind eigene Ergänzungen.

Beruf (hat der/die PatientIn beispielsweise eine klare Vorstellung darüber, was sie beruflich machen möchte?)

Erfahrung (Ist der/die PatientIn beispielsweise jemals in beruflichen Zusammenhängen tätig gewesen?)

Coping (Kann der/die PatientIn beispielsweise ein in der Soziotherapie entwickeltes Verhaltenskonzept umsetzen?)⁵

Wie lassen sich diese ICF-Kontextfaktoren zu einem übersichtlichen und auf lange Sicht leicht zu bearbeitenden Dokumentationssystem zusammenstellen? Zur Veranschaulichung soll folgendes Beispiel dienen:

Eine Patientin mit 30 Jahren wuchs in einer bäuerlichen Familie auf. Der Vater drangsalierte Frau und Kinder und schreckte dabei auch nicht vor demütigenden Handlungen zurück. Die Patientin litt unter diesen heftigen Attacken, traute sich aber weder zur Gegenwehr, noch zum Verlassen der Familie, als sie volljährig wurde. Obwohl sie gute Schulergebnisse erzielte, verweigerte der Vater eine ihren Potenzialen und Wünschen entsprechende Ausbildung. Sie würde gerne Landschafts- oder Tierpflege lernen. Stattdessen übernahm sie auf Anordnung ihres Vaters Aushilfstätigkeiten in einem örtlichen Gasthof, der ihrem Onkel gehörte. Auch dort sorgte der Vater dafür, dass sie keine persönlichen Kontakte aufnehmen konnte. Mit 24 traten erste wahnhaftige Symptome auf. Der Hausarzt, der die familiäre Situation kannte, nahm sie zum Anlass, die Patientin in die psychiatrische Landesklinik einzuweisen. Damit war sie zum ersten Mal dem Regiment des Vaters und der Passivität der Mutter für einige Wochen entzogen.

Nach der ersten Akutversorgung in der Klinik wurde die Patientin in die traumatherapeutische Abteilung verlegt. Bei der Entlassung wurde vereinbart, dass sie am Intervall-Therapie-Programm teilnimmt, also in etwa 6 Monaten zum zweiten Intervall wieder klinisch aufgenommen wird. Nach ihrer Entlassung änderte sich in der familiären Konstellation wenig. Nur die Patientin war eher noch verschlossener und auf eigenen Schutz bedacht. Zum zweiten Behandlungszyklus kam es nicht, weil der Vater seine Tochter mit der Begründung hieran hinderte, schon der letzte Klinikaufenthalt habe nichts gebracht.

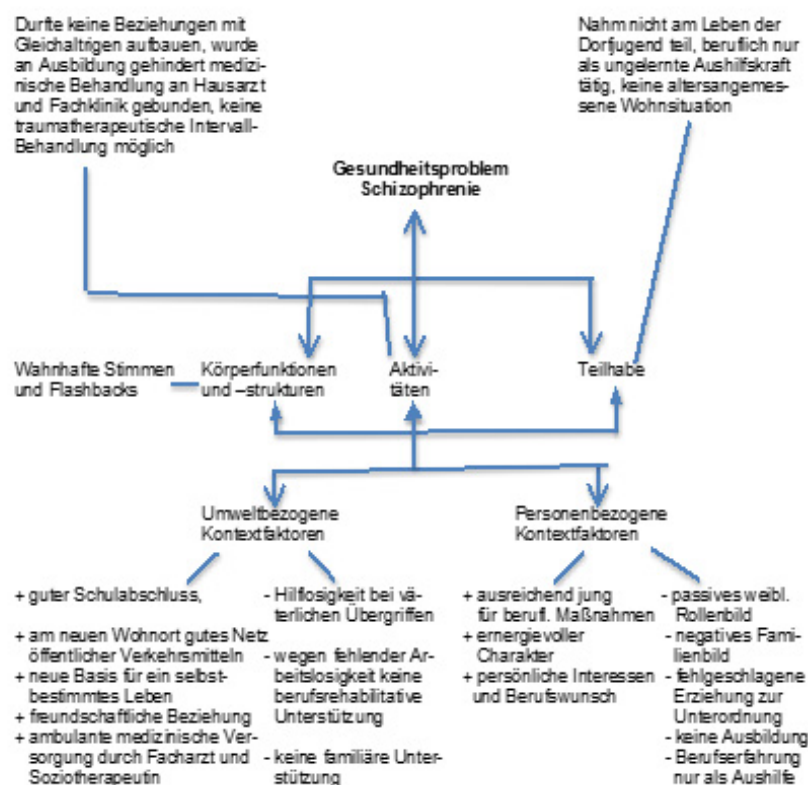
Einige Monate später traten erneut psychotische Symptome auf, die wieder zur Krankenhauseinweisung führten. In der Klinik lernte sie einen Mitpatienten kennen, der ihr von Soziotherapie berichtete. Beide waren sich in der Beurteilung der Lage einig, dass sie auf keinen Fall nach Hause zurückkehren durfte, sondern eine eigene kleine Wohnung benötigte. Für die Patientin war klar, dass sie diese Ablösung niemals ohne Unterstützung schaffen würde.

⁵ In Anlehnung an ICF-Praxisleitfaden, ebenda S. 16

Ermutigt durch die beginnende Freundschaft zwischen diesen Beiden nahmen sie Kontakt auf mit dem Hausarzt der Patientin (damit er eine Überweisung zum psychiatrischen Facharzt für den Entlassungstag ausstellt) und mit dem Psychiater des Freundes (damit dieser ab Entlassungstag Soziotherapie verordnet). Über das Internet finden sie eine am Ort tätige Soziotherapeutin für sie, die zusagt, ihre Kontakte zur örtlichen Wohnungsbaugenossenschaft zu nutzen, um eine angemessene Wohnung zu finden.

Die wirtschaftlich angemessene und zeitlich passende Wohnung kann gefunden werden. Der Freund hilft beim Erstbezug der Wohnung mit Möbeln aus dem Sozialprogramm der örtlichen Caritas. Soziotherapeutin und ihre neue Patientin besuchen gemeinsam die Familie, um insbesondere dem Vater die neue Lebenssituation der Tochter als unabdingbare Voraussetzung eines symptomfreien Lebens zu erläutern. Die Tochter konfrontiert ihn dabei mit seiner neuen Entscheidungssituation: Entweder akzeptiert er ihr neues selbständiges Leben, oder sie bricht jeden Kontakt mit ihm ab.

Wenn wir jetzt versuchen, diese soziotherapeutische Anamnese in die ICF-Systematik zu übertragen, dann ergibt sich folgendes Bild:



Bis hierher haben wir dank der ICF eine für soziotherapeutische Zwecke gut differenzierte Momentaufnahme der Patientin zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung. Der/die SoziotherapeutIn sollte diese Übersicht zum Anlass eines Gespräches mit dem Patienten / der Patientin nehmen, damit sie sicher sein kann, dass auch der/die PatientIn ihre Situation so sieht. Jetzt fehlt noch ein Schritt, damit hiermit die weitere Entwicklung festgehalten werden kann.

Lebensbereich	Positive Faktoren	Barrieren	Therapie Entwicklung
Persönliche Beziehungen	+ Freund + selbständige Wohnung	- Ablehnung der Familie	Monat / Jahr Mai 2015 Einbeziehung des Freundes Absicherung der Refinanz. Der Wohnungsmiete Unterstützung der Pat. Bei Familienkontakten
Ausbildung und Beruf	+ jung genug + hat berufliche Interessen	- Gilt nicht als Arbeitslos - Keine Ausbildung - Eingeschr. Berufserfahr.	Mit Patientin Antrag auf Berufliche Reha vorbereiten
Medizinische Behandlung	+ Anbindung an Facharzt + positive Trauma Therapie		Gemeinsames Arztgespräch Vertiefung des Vertrauens Suche nach ambulanter Trauma Therapie

Dieses Dokumentationssystem zeigt allen Beteiligten (dem Patienten/-in, dem Soziotherapeuten/-in, dem Arzt / der Ärztin und, wenn eine entsprechende Anforderung vorliegt, dem MDK), auf welches soziale Problemfeld gem. ICF-Struktur die einzelnen soziotherapeutischen Interventionen bezogen sind. Im Sinne von Empowerment und Salutogenese stehen dabei die positiven Kontextfaktoren im Vordergrund. Es ist für den Therapieerfolg ganz wichtig, dass der/die PatientIn selbst über ihre Interessen, eigenen Stärken und gegebenen Unterstützungssystemen die Lebensziele angeht, die ihr viel bedeuten. Dann kann dieser Erfolg nachhaltig sein.

Beitrag vom 15. Juni 2015

(Vortrag gehalten beim Bundestreffen der Soziotherapeuten am 8. Juni 2015 in Frankfurt am Main.)

Hansgeorg Ließem

Beitrag 2

Neue Soziotherapie-Richtlinie: Alte Probleme (2015)

Am 15. April 2015 ist nach lang hingezogenen Verhandlungen in der Arbeitsgruppe Soziotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses die neue Soziotherapie-Richtlinie in Kraft getreten. Die Erwartungen seitens der Soziotherapeuten waren darauf gerichtet, mit der neuen Richtlinie endlich die Voraussetzungen zu schaffen, damit sich der gesetzliche Anspruch von schwer psychisch erkrankten Menschen auf eine qualifizierte ambulante Begleitung im häuslichen Wohnumfeld erfüllen kann. Welche Erwartungen bestanden im Einzelnen und welche Antwort hat die neue Richtlinie hierauf gefunden?

Leistungs-Anspruch

Schon die alten 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 erforderliche Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung 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 diesen Anspruch seinen Patienten vorstellt. Nur so können sich die Betroffenen für oder gegen diese Leistung aussprechen. Doch der neue § 1 Abs. 3 belässt es bei der Kann-Formulierung.

Damit der Arzt in der Lage ist, Soziotherapie seinen Patienten zunächst zu erläutern und sodann zu verordnen, braucht er nach der alten wie der neuen Richtlinie (§ 4 Abs. 1) die Berechtigung zur Verordnung von Soziotherapie, die ihm seine Kassenärztliche Vereinigung ohne große Vorleistungen erteilt. Die Beantragung würde ihn auch motivieren, sich über diese Therapieform zu informieren. Deshalb wäre es im Sinne des § 37a SGB V, dass die Ärzteschaft verpflichtet wird, die Genehmigung zur Verordnung einzuholen. Denn nur so lässt sich das verbiefte Recht auf Soziotherapie praktisch verwirklichen.

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 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 unbelegt 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 „Bio-Psycho-Sozialen 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 ich beispielhaft für eine aktuelle Leitlinie die S3 – Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen vom Mai 2012 heranziehe, so beschäftigen ich mich 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 sollte, 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 der 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. Hierin werden verschiedene Ausnahmetatbestände genannt, bei denen Soziotherapie auch bei anderen Indikationen verordnet werden kann. Immerhin kann man jetzt behaupten, dass die neue Richtlinie die moderne Psychiatrie schon im Blick hat. In den besonders schweren Erkrankungsfällen kann Soziotherapie für alle psychiatrischen Indikationen verordnet werden. Doch wer bestimmt, ob eine Ausnahme vorliegt? Im Zweifel immer die Krankenkassen.

Es ist realistisch anzunehmen, dass in den nächsten Monaten eine Vielzahl von Verordnungen ausgestellt werden, welche die neuen Möglichkeiten ausnutzen. Doch ebenso realistisch ist, dass die Krankenkassen mit Unterstützung des MDK die allermeisten Verordnungen zurückweisen werden. Hiergegen werden Ärzte und Soziotherapeuten in Widerspruch gehen. Es beginnt 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 eine ehrliche 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 im Umgang mit den gesetzlichen Krankenkassen und dem MDK lassen keine andere Erwartung zu. Hier besteht ganz offensichtlich keine ernsthafte Absicht, am derzeitigen Stand der soziotherapeutischen Versorgung etwas Grundlegendes 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 viel wirksamer ist, 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 Reha-Maßnahme 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 Genehmigungsverfahren vermieden werden.

Es macht daher keinen fachlichen Sinn, auch im Jahre 2015 im Bereich der Soziotherapie weiterhin gem. § 2 Abs. 3 an der GAF-Scala festzuhalten. 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 betroffenen Menschen gekümmert. Diese Art

der 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“.

Wohlgedenkt: 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 mit dieser neuen Richtlinie haben sie ihr Ziel für lange Zeit wieder erreicht.

Die Bundesregierung hat bei der Einführung des § 37a 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 Leistungs“angebot“ 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. Diverse Aufforderungen des Berufsverbandes der Soziotherapeuten, 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 den Schätzungen des Berufsverbandes 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.

Doch der Bund in Gestalt des Bundesgesundheitsministers hat die neue Soziotherapie-Richtlinie unverändert zur Rechtskraft geführt. Ganz ohne schlechtes Gewissen ging es dabei aber nicht ab. Mit der Genehmigung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss angewiesen, nach 3 Jahren zu prüfen, welche Wirkungen von der neuen Richtlinie ausgehen. Es wird notwendig sein, den G-Ba. bei dieser Prüfarbeit nicht allein zu lassen. Sonst steht zu befürchten, dass wieder die Krankenkassen das Steuer in der Hand haben, wenn die Realitäten bewertet werden sollen. Es geht um zu viel Geld, um ein Streben nach Wahrheit erwarten zu können.

Beitrag vom 13. Juli 2015