

## Ambulante Soziotherapie

# Bisher ein Papiertiger

Seit dem 1. Januar 2002 ist die ambulante Soziotherapie im Prinzip verordnungsfähig. Die neue Leistung für chronisch psychisch Kranke wird jedoch nicht angeboten.

Nicolas Nowack\*

Schwer und chronisch psychisch Kranke sind oft nicht in der Lage, Behandlungs- und Hilfeangebote selbstständig in Anspruch zu nehmen. Dadurch kommt es zu wiederholten Krankenhausaufnahmen, die durch ein bedarfsorientiertes ambulantes Behandlungs- und Rehabilitationsangebot oft vermieden werden könnten. Deshalb wurde im Anschluss an eine Studie der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 1995 bis 1998 die ambulante Soziotherapie eingeführt (2, 16). Seit dem 1. Januar 2002 ist die neue Leistung für chronisch psychisch Kranke nach § 37 a SGB V verordnungsfähig. Die Richtlinien wurden im Deutschen Ärzteblatt bekannt gegeben (6–12). Trotz der langfristigen und umfangreichen Vorarbeiten und Ankündigungen lassen sich keine Hinweise auf die Realisierung der ambulanten Soziotherapie finden.

## Soziotherapie verbessert Lebensqualität

In der von den Spitzenverbänden in Auftrag gegebenen Studie weist Melchinger darauf hin, dass immer noch 50 Prozent schizophrener Patienten innerhalb eines Jahres einen Rückfall erleiden, innerhalb von fünf Jahren sogar fast jeder Patient einen oder mehrere Rückfälle. Jeder Rückfall bedeutet für die Betroffenen und deren Angehörige eine erhebliche Belastung, eine weitere Beeinträchtigung sozialer Kompetenzen und eine Verschlechterung der Prognose. Mehr als 80 Prozent der Patienten einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation sind

Wiederaufnahmen. Bei einer Prävalenzrate schizophrener Erkrankter von 0,6 Prozent nimmt Melchinger an, dass für 0,1 Prozent der Bevölkerung die Soziotherapie indiziert ist, also eher mittelschwer als schwerstchronifiziert Erkrankte, die sich durch Krankheitseinsicht und Absprachefähigkeit auszeichnen müssten. In der Studie erhielten 186 Patienten durch nicht ärztliche Mitarbeiter soziotherapeutische Hilfen, zum Beispiel bei der Kontaktgestaltung im Wohn- und Arbeitsbereich, der Familie sowie der Beziehung zu professionellen Helfern. Zu einem Fünftel wurde die Soziotherapie aufsuchend erbracht, etwa durch Hausbesuche. Die Studie, die Pilotcharakter trägt und weder klare Ein-/Ausschlusskriterien noch Signifikanzniveaus angibt, zeigte, dass etwa 55 bis 71 Soziotherapiestunden in einer Zeit zwischen eineinhalb und über zwei Jahren zu positiven Effekten führten. So verbesserten sich Lebensqualität und -zufriedenheit. Dagegen nahmen Defizite psychosozialer Kompetenz sowie psychosoziale Belastungsfaktoren ab. Die Betroffenen konnten vermehrt in komplementäre Versorgungsangebote wie psychiatrische Tagesstätten, Heime oder betreutes Wohnen eingebunden werden. Da sich auch die Krankenhausbehandlungszeiten verringerten, konnten die Behandlungskosten gesenkt werden. Die – auch zukünftig erwartete – Kostenersparnis wird mit dem Faktor 2,8 bis etwa 6, be-

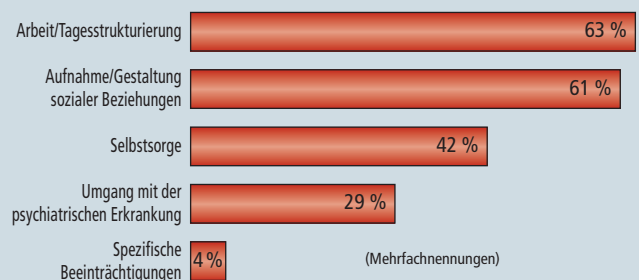
zogen auf die Kosten der Soziotherapie, angegeben (16, 17).

Die an die Studie angelehnte neue SGB-V-Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt und umfasst die Koordination der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen, um individuell definierte Ziele zu erreichen. Die Leistung ist diagnostisch beschränkt auf Schizophrenien und Depressionen. Anders als im Modellprojekt können Klienten mit Sucht- oder Persönlichkeitsstörungen sie nicht in Anspruch nehmen. Weitere Voraussetzung ist, dass das soziale Funktionsniveau auf der GAF-Skala maximal 40 beträgt, also deutlich eingeschränkt ist – etwa durch Wahn oder Halluzinationen, die das Verhalten oder die Kommunikation ernsthaft beeinflussen (4).

Soziotherapie soll nur von Sozialpädagogen oder Fachkrankenschwestern/-pflegern für Psychiatrie erbracht werden, die definierte und umfangreiche psychiatrische Erfahrung, Kenntnisse und laufende Fortbildungen nachweisen müssen (1). Der Umfang der Soziotherapie ist auf 120 Stunden in höchstens drei

### Grafik

#### Wichtigste Rehabilitationsziele nach stationärer psychiatrischer Behandlung (Grobkategorien)



Quelle: Melchinger H: Ambulante Soziotherapie 1999 (16)

Jahren je Krankheitsfall begrenzt. Verordnet werden kann sie auf speziellen Formularen von Psychiatern/Nervenärzten, die in einem gemeinde-psychiatrischen Verbund tätig sein müssen. Ferner bedarf die Befugnis zur Verordnung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Auch Vertragsärzte anderer Fachrichtungen können sie einleiten, indem sie den Patienten an befugte Psychiater überweisen oder – falls der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbstständig in Anspruch zu nehmen – indem sie bis zu drei Stunden verordnen, um den Patienten zur Wahr-

\* unter Mitarbeit von Maryse Dewey, Mandy Strackowski, Nadja Händel, Maria Teschner (alle Hochschule Magdeburg-Stendal)

nehmung der Überweisung zu motivieren. Außer bei diesen Kurzverordnungen muss jede Soziotherapie von der Krankenkasse genehmigt werden, wozu vom Facharzt ein Betreuungsplan vorzulegen ist. Allerdings trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Entscheidung über die Genehmigung (5–12, 15).

Um herauszufinden, inwieweit die Soziotherapie schon umgesetzt wird und mit welchem Ergebnis, schrieb die Projektgruppe der Hochschule Magdeburg-Stendal Anfang April 2002, also nach dem ersten Quartal der Einführung, an alle Landesverbände der AOK (als größte Krankenkasse) und an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Letzteres teilte nach mehrfachen Anfragen mit: „... Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Aufgabe, gemeinsam und einheitlich in Empfehlungen die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringer für Soziotherapie festzulegen. Es liegen dem BMG daher keine Erkenntnisse vor über die Anzahl der bisher abgeschlossenen Versorgungsverträge. ...“ Da anfangs nur neun der 17 AOK-Landesverbände antworteten (24), wurden die Recherchen bis September 2002 fortgeführt, bis schließlich alle eine Aussage gemacht hatten.

Die Anfragen bei den AOK-Landesverbänden ergaben, dass im ersten Halbjahr 2002 noch mit keinem Anbieter eine Vereinbarung über die ambulante Soziotherapie abgeschlossen wurde. Auch aktuell wird sie nicht durchgeführt, und der zukünftige Verlauf erscheint nicht absehbar, obwohl in diversen Ländern bereits einzelne Anträge gestellt wurden. Nur in Baden-Württemberg wurden ab 1. Juli 2002 mit allen 65 sozialpsychiatrischen Diensten, die überwiegend von Wohlfahrtsverbänden und nicht nur von den Kommunen betrieben werden, Vereinbarungen abgeschlossen. Dies stelle – nach Angaben der AOK Baden-Württemberg – nur eine Umfinanzierung dar, da die vorherigen Pauschalen an die sozialpsychiatrischen Dienste von den Krankenkassen nun nicht mehr gezahlt würden. Die AOK schätzt die Anzahl der Leistungsempfänger in Baden-Württemberg (10,23 Millionen Einwohner) jährlich auf rund 1 200 Patienten – dies wären nur rund zehn Prozent des von Melchinger erwarteten Bedarfs.

Die AOK-Niedersachsen beurteilte die neue Krankenkassenleistung kritisch

als „Kostenverlagerung von Sozialhilfeleistungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung“. Die hohen Anforderungen für potenzielle Soziotherapie-Anbieter wurden von einigen Landesverbänden begrüßt. Anträge von diesen Leistungserbringern wurden in allen Bundesländern eingereicht. In einigen Bundesländern würde jedoch keiner der Antragsteller die Voraussetzungen zur Zulassung erfüllen, teilten die Landesverbände mit – auch nicht in Großstädten. In anderen Ländern erfüllten nur einzelne Leistungserbringer die Anforderungen. In einigen Bundesländern wurden frühzeitig gestellte Anträge noch nicht abschließend bearbeitet, die Rahmenbedingungen für die Vergütung von den Kassen noch nicht festgelegt, die Abstimmungen zwischen KV und Kassen noch nicht vorgenommen und Gespräche mit infrage kommenden Anbietern nicht geführt.

## Krankenkassen unterstützen die Soziotherapie nicht

Die ambulante Soziotherapie scheint demnach bei den gesetzlichen Krankenkassen bisher nicht viel Begeisterung zu finden, obwohl das Modellprojekt im Auftrag ihrer Spitzenverbände durchgeführt wurde. Möglicherweise werden zusätzliche Kosten befürchtet – auch wenn Soziotherapieverordnung von den Kassen abgelehnt werden können. Eine Sonderstellung nimmt Baden-Württemberg ein.

Der Inhalt der ambulanten Soziotherapie kann bereits in ähnlicher Weise mit anderen leistungsrechtlichen Grundlagen erbracht werden (18–23). So zum Beispiel neben den Sozialpsychiatrischen Diensten, durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), auf der Basis von häuslicher Krankenpflege (nach § 37 SGB V) oder durch ambulante Eingliederungshilfe (§§ 99, 100 BSHG). Da diese Alternativen auch nicht ausreichend umgesetzt wurden, ist die neue Möglichkeit zu begrüßen. Es ist sicher, dass mit aufsuchenden sozialpsychiatrischen Hilfen Befindensbesserungen und Verringerungen der Krankenhauszeiten bewirkt werden können. Dem Gesetzgeber ging es mit der Einführung der Soziotherapie nicht nur um eine Verbesserung der Versorgung,

sondern auch um Kosteneinsparungen – doch bisher sind dies gedruckte Hoffnungen. Ob das BMG noch tätig werden wird, um die Realisierung der Soziotherapie voranzutreiben, bleibt abzuwarten. Laut AOK sei gesetzlich keine flächendeckende Einführung vorgeschrieben. Zu befürchten ist daher, dass sie nur vereinzelt realisiert wird und gerade in ländlichen Regionen nicht ausreichend zum Einsatz kommen wird.

Hohe Qualität sozialpsychiatrischer Arbeit ist zwar zu begrüßen, doch an den von den Kassen formulierten Zulassungsvoraussetzungen (1) scheiterten bisher fast alle Anträge potenzieller Soziotherapieleister. Zwar handelt es sich nur um Empfehlungen, doch die AOK-Landesverbände sprachen sich nicht dafür aus, mit großzügigerer Auslegung die Einführung der Soziotherapie fördern zu wollen. Die Empfehlungen sind so formuliert, dass sie besonders auf Sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen zutreffen (die ähnliche Leistungen mit anderer Finanzierung bereits erbringen sollen) und es neuen Anbietern schwer machen. Denkbar ist, dass Sozialpsychiatrische Dienste und Institutsambulanzen auf Basis des § 37 a SGB V künftig mehr soziotherapeutische, auch aufsuchende, Angebote machen könnten. Soweit deren Träger Länder oder Kommunen sind, würde dies mittelbar eine Verstaatlichung der ambulanten Angebote bedeuten. Dies sahen einige AOKen kritisch, da Kommunen nicht in Konkurrenz zu privaten Leistungsanbietern treten dürften. Die Krankenkassen verlieren an Glaubwürdigkeit, wenn sie einerseits über Versorgungsmängel und steigende Behandlungskosten klagen, andererseits aber eine Möglichkeit zur Versorgungsverbesserung und Kostenersparnis nicht rasch und flächendeckend umsetzen.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2002; 99: A 2992–2994 [Heft 45]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über das Internet ([www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)) erhältlich ist.

Anschrift des Verfassers:  
**Dr. med. Nicolas Nowack**  
Hochschule (FH) Magdeburg-Stendal  
StG Rehabilitationspsychologie  
Osterburger Straße 25  
39576 Stendal