

AKTION PSYCHISCH KRANKE · Oppelner Straße 130 · 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Veranlasste Leistungen  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Oppelner Straße 130  
53119 Bonn  
Telefon 0228 676740  
Telefax 0228 676742  
E-Mail: [apk@psychiatrie.de](mailto:apk@psychiatrie.de)  
[apk-bonn@netcologne.de](mailto:apk-bonn@netcologne.de)  
Internet: [www.psychiatrie.de/apk](http://www.psychiatrie.de/apk)  
[www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

— Per Mail an [st-rl@g-ba.de](mailto:st-rl@g-ba.de)

27.03.2014

Betr.: Stellungnahme zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien

Sehr geehrte Frau Dr. Carius,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme danken wir. Anbei übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke.

Ulrich Krüger  
Geschäftsführer

---

Vorstand:  
Peter Weiß, MdB, Vorsitzender, Berlin  
Prof. Dr. Andreas Heinz, stellv. Vorsitzender, Berlin  
Regina Schmidt-Zadel, stellv. Vorsitzende, Ratingen  
Prof. Dr. Reinhard Peukert, Schatzmeister, Wiesbaden  
Prof. Dr. Caspar Kulenkampff, Ehrenvorsitzender, Köln †

Dr. Martina Bunge, MdB, Berlin  
Prof. Dr. Jörg Michael Fegert, Ulm  
Maria Klein-Schmeink, MdB, Berlin  
Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Bremen  
Prof. Dr. Heinrich Kunze, Kassel  
Dr. Erwin Lotter, MdB, Berlin

Matthias Rosemann, Berlin  
Prof. Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel, Ravensburg  
Prof. Dr. Ingmar Steinhart, Dortmund/Greifswald  
Dr. Marlies Volkmer, MdB, Berlin  
Dr. Dyrk Zedlick, Glauchau

### **Stellungnahme zur Neufassung der Soziotherapie-Richtlinien (27.03.2014)**

Die Aktion Psychisch Kranke führte in den Jahren 1992 bis 1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) das Projekt „Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischen Versorgung“ durch<sup>1</sup>. Die dazu gebildete Expertenkommission stellte als strukturellen Mangel heraus, dass einige Leistungen, die gemäß Psych-PV Bestandteil von psychiatrischer Krankenhausbehandlung sind, in der ambulanten Versorgung leistungsrechtlich nicht vorgesehen sind. Dazu gehörte die Soziotherapie. In diesem Zusammenhang wurde auch herausgestellt, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen oft koordinierte multiprofessionelle Komplexleistungen benötigen. Da diese nur im Krankenhaus angeboten wurden, bestand ein falscher Anreiz zur Inanspruchnahme von stationärer und teilstationärer Behandlung. Dies sollte durch ambulante Komplexleistungen unter Einschluss der Leistung ‚Soziotherapie‘ ausgeglichen werden, um dadurch für psychisch kranke Menschen, die Komplexleistungen benötigen, eine ambulante Behandlungsalternative zu schaffen und somit Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu reduzieren. Eine anschließende modellhafte Erprobung der ambulanten Soziotherapie bestätigte diese Einschätzung<sup>2</sup>.

Der Gesetzgeber beschloss in der GKV-Gesundheitsreform 2000 daraufhin die Einführung der Ambulanten Soziotherapie in § 37a SGB V und schätzte die erwarteten Kostenfolgen für das Jahr 2000 auf ca. 65 Mio Euro und ab dem Jahr 2001 auf ca. 128 Mio Euro/Jahr. Die tatsächliche Entwicklung blieb weit hinter diesen Erwartungen zurück. Daher beauftragte das BMG die Aktion Psychisch Kranke zu einer Evaluation der Umsetzung des § 37a SGB V. Die Evaluation wurde 2005 vorgelegt.<sup>3</sup> Die darin festgestellten Entwicklungshemmnisse sowie die Empfehlungen zur optimierten Umsetzung des § 37a SGB V sind weitgehend noch aktuell.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Soziotherapie-Richtlinien problematisiert und Änderungsvorschläge vorgelegt.<sup>4</sup>

Vor diesem Hintergrund begrüßt die APK, dass der G-BA die Soziotherapie-Richtlinien ändern will. Allerdings wird eine Optimierung der Richtlinien allein nicht ausreichend sein, um den fachlich gebotenen bedarfsgerechten Ausbau der Ambulanten Soziotherapie zu erreichen.

---

<sup>1</sup> Siehe: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Band I – Bericht zum Forschungsprojekt, Band II, Ambulante Komplexleistungen – Sozialrechtliche Voraussetzungen zur Realisierung personenzentrierter Hilfen in der psychiatrischen Versorgung; Schriftenreihe des BMG Band 116/I und 116/II, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1998/1999

<sup>2</sup> Siehe: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Ambulante Soziotherapie, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 115, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1998

<sup>3</sup> Siehe: <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=8>

<sup>4</sup> Siehe Seite 15 bis 21 des Evaluationsberichts; Fundstelle siehe Fußnote 3

Zu den vorgelegten Änderungsvorschlägen:

§ 1 Abs. 3 (neu)

Einfügung: „Sie kommt auch in Betracht, wenn bisher kein stationärer Aufenthalt stattgefunden hat.“

Kommentar:  
sinnvolle Klärung.

§ 1 Abs. 3 (neu)

Einfügung: „Eine krankenpflegerische Leistung im Sinne einer psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist an den Vorgaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL), Nr. 27 a des Leistungskataloges, auszurichten.“

Kommentar: unschädlicher, aber in diesem Zusammenhang verzichtbarer Hinweis

§ 2 Abs. 4 und 5

Kommentar:

Die bisherige Begrenzung des Anspruchs auf bestimmte Diagnosegruppen ist aus Sicht der APK weder fachlich noch rechtlich zu vertreten. Daher begrüßt die APK, dass alle Bänke eine Ausweitung des Diagnosespektrums befürworten. Allerdings halten DKG und KBV weiterhin an einer Einschränkung auf bestimmte Diagnosegruppen fest. Dies lehnt die APK ab. Eine Begrenzung auf nur einzelne schwere psychische Erkrankungen widerspricht dem Gesetz.

Im § 37a Abs.1 wird ein Anspruch für Versicherte mit schwerer psychischer Erkrankung begründet, wenn diese „nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen“ und wenn bei Ihnen (ohne ambulante Soziotherapie) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht.

Die Möglichkeit eines Ausschlusses ganzer psychiatrischer Diagnosegruppen lässt sich daraus nicht ableiten.

Auch aus der Aufgabenstellung des G-BA lassen sich keine Diagnoseausschlüsse begründen. Der G-BA soll gemäß § 37a Abs. 2 „die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist“ bestimmen. Daraus ergibt sich klar, dass dem G-BA keine Ausschluss-Kompetenz zukommt, sondern im Gegenteil die Beschreibung von Krankheitsbildern (nicht: Diagnosen), bei denen Soziotherapie regelhaft einzusetzen ist. Dies wird durch die Gesetzesbegründung noch einmal unterstrichen.

Auch fachlich lassen sich Diagnoseeinschränkungen nicht begründen. Grundsätzlich kann die Hauptfunktion der ambulanten Soziotherapie, die Krankenhausvermeidung, bei allen potentiellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhauspatienten wirksam werden. Da es bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung keinen einschränkenden Diagnosekatalog gibt, kann dieser auch bei der ambulanten Soziotherapie keinen Sinn ergeben. Bei jedem potentiellen oder realen Krankenhauspatient muss die Möglichkeit bestehen, Krankenhausbehandlung durch Ambulante Soziotherapie zu vermeiden, zu verkürzen oder zu ersetzen.

# AKTION PSYCHISCH KRANKE

Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.

---

Die APK unterstützt die Position der Patientenvertreter, die allen Versicherten mit einer psychischen Störung (Kapitel F ICD-X) einen Bedarf einräumen, sofern ihre Erkrankung schwer ist. Es ist ein sinnvoller Weg, dabei die Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Fähigkeitsstörungen (ICF) als Leitkriterium abzustellen.

Die Position der PatV orientiert sich richtig am Gesetzestext und bezieht sich bei den Beeinträchtigungen auf die Einschränkung der Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen.

Dagegen formulieren GKV und DKG Leistungsausschlüsse. Dies erstaunt auch angesichts des Umstands, dass es für Soziotherapie im Rahmen der Behandlung durch Institutsambulanzen keine Diagnosebeschränkungen gibt.

Der Formulierungen von PatV und KBV erfüllen den gesetzlichen Auftrag und bestimmen, bei welchen Krankheitsbildern Soziotherapie im Regelfall erforderlich ist. Der Vorschlag von DKG und GKV formuliert Leistungsausschlüsse.

Im Vorschlag der KBV sollte das Kriterium „eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstversorgung“, das eher auf Bedarfe an Pflege nach SGB XI oder Hilfe zur Teilhabe hinweist, ersetzt werden durch ‚eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sowie zur Koordination derselben‘.

In den Vorschlägen von GKV/DKG und KBV werden für unterschiedliche Diagnosegruppen verschiedene GAF-Schwellenwerte benannt. Dies ist aus Sicht der APK fachlich nicht zu begründen und unpraktikabel.

## § 2 Abs. 6

Kommentar:

Ein „Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit“ und Absprachefähigkeit ist schwer zu definieren und sollte daher als Zugangskriterium entfallen.

Die APK unterstützt den Vorschlag der PatV, die Voraussetzung der Soziotherapie an die Erwartung einer Zielerreichung zu knüpfen. Ob die Erwartung erfüllt wird, lässt sich im Verlauf überprüfen. Zumindest die Erreichung des Ziels ‚Krankenhausvermeidung‘ lässt sich eindeutig feststellen und gilt als Ausschlusskriterium. Als weiteres Kriterium dient die Frage, ob im Rahmen der Soziotherapie therapeutische Kontakte zustande kommen.

## § 3 Abs. 4

Kommentar

Es besteht ein erheblicher Mangel an zugelassenen Soziotherapeutischen Leistungserbringern. Hier sind Maßnahmen dringend erforderlich.

Die APK erkennt jedoch keinen entsprechenden gesetzlichen Handlungsauftrag an den G-BA.

§ 4 Abs. 3

Kommentar:

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) kommen gehäuft mit schwer psychisch kranken Menschen in Kontakt, die nicht selbständig in der Lage sind ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dies gilt z.B. für zuvor stationär behandelte Patienten oder psychisch Kranke, die ihm Rahmen von Krisenbehandlungen mit der PIA in Kontakt kommen. Eine Weiterleitung an niedergelassene Psychiater ist in vielen Fällen nicht möglich. Um diesen Patienten den Zugang zu Ambulanter Soziotherapie zu eröffnen, sollten die PIA und die Fachärzte in PIA Soziotherapie verordnen können, sofern die Behandlungsmöglichkeiten der PIA (einschließlich Soziotherapie durch die PIA) nicht ausreichen, um das Ziel der Krankenhausvermeidung zu erreichen.

Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie sollte sich aus der Zulassung der PIA ergeben, weil zusätzliche Kriterien nicht geprüft werden brauchen (Fachlichkeit, Einbindung in Verbundstrukturen). Eine zusätzliche Ermächtigung zur Verordnung von Soziotherapie sollte nicht erforderlich sein. Die in den Positionen der PatV sowie von GKV/DKG gewählte ‚Kann‘-Bestimmung ist zu schwach.

Das gleiche gilt für Fachärzte in sozialpsychiatrischen Diensten, sofern sie eine Behandlungsbefugnis haben. Diese sollte grundsätzlich auch die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie umfassen.

Eine Verordnungsermächtigung für Fachärzte ohne individueller Behandlungsbefugnis außerhalb des SGB V – Bereichs (Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen) hält die APK für systemwidrig und nicht realisierbar.

§ 4 Abs. 6

Kommentar:

Angesichts der Schwere der Beeinträchtigungen (Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, GAF) bei Anspruchsberechtigten erscheint die Begrenzung auf 3 soziotherapeutische Therapieeinheiten als zu eng. Die APK spricht sich für eine Anhebung auf 5 Stunden mit einer Öffnungsklausel für besondere Umstände aus.

§ 5 Abs. 2

Kommentar:

Die APK begrüßt die Ausweitung der Möglichkeit von 5 Probestunden, hält diese Begrenzung jedoch in einigen Fällen für zu eng. Für Versicherte mit besonderen Problemlagen sollten 10 probatorische Stunden ermöglicht werden.