

Unabhängige Beratung und übergreifende Begleitung - welchen Beitrag leistet hier die Soziotherapie?

Andreas Ullrich

Um es vorweg zu nehmen: als inzwischen seit 19 Jahren tätiger Soziotherapeut geht es weder um die Hochstilisierung der Soziotherapie zum Leuchtturmprojekt unabhängiger Beratung und übergreifender Begleitung noch um das »Zu-Grabe-Tragen« derselben. Im folgenden Beitrag versuche ich realistisch darzustellen, dass Soziotherapie ein vernünftiger und wirkungsvoller Baustein im operativen sozialpsychiatrischen Geschehen darstellt, wenn sie als Komplexleistung in ein übergreifendes gemeindepsychiatrisches Verbundsystem eingebunden ist und durch Mitarbeiter eines nicht ärztlich geleiteten sozialpsychiatrischen Dienstes erbracht wird, wie dies im südwürttembergischen Verein Arkade e. V. der Fall ist.

Wer ist die Arkade?

Die Arkade ist ein typischer, Ende der 70er-Jahre in Ravensburg gegründeter gemeinnütziger Verein, der sich nach der Psychiatrie-Enquete die Umsetzung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen zum Ziel gesetzt hatte. Heute beschäftigt er über 150 Mitarbeiter und ist – neben einem separaten, landkreisübergreifenden Jugendhilfeangebot – mit allen wichtigen Versorgungsangeboten flächendeckend im Landkreis präsent (SpDi, Tagesstätten, Wohnheime, Betreutes Wohnen in Familien, Ambulant Betreutes Wohnen, Persönliches Budget, gerontopsychiatrische Familienpflege, Ergotherapie, Kulturwerkstätten u. v. m.).



Abb. 1: Standorte der Arkade im Land Baden-Württemberg

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) ist das Herzstück der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung im Landkreis Ravensburg. Mit 5,5 VK Fachkräften stand er im Jahr 2013 mit 844 Personen in Kontakt. Der Landkreis hat ca. 280 000 Einwohner und ist der zweitgrößte Flächenlandkreis Baden-Württembergs. Der SpDi für den Landkreis Ravensburg besteht aus drei Kernteams, die in unterschiedlicher Gewichtung folgende Aufgaben übernehmen:



Abb. 2: Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

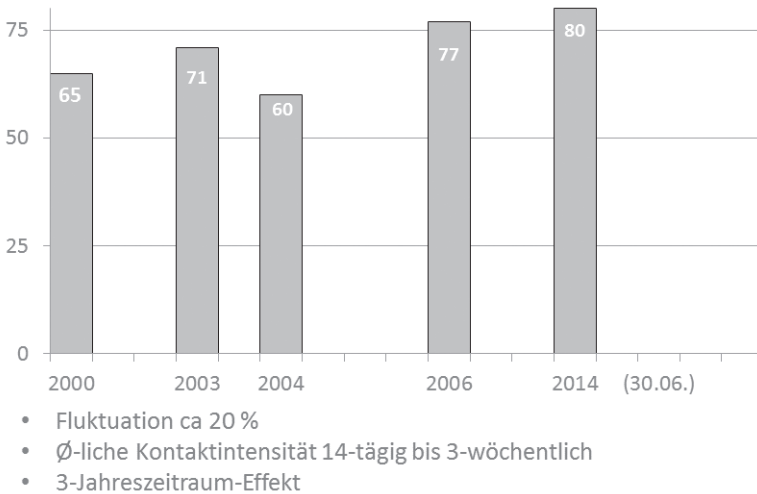
Die Projektleistungen umfassen Aufklärungsprojekte an Schulen und ein kontinuierliches Betreuungsprojekt für Menschen mit russischem und türkischem Migrationshintergrund. Für die psychiatrische Institutsambulanz und die integrierte Versorgung, die in Trägerschaft des ZfP Südwürttemberg sind (pflichtversorgender Klinikverbund der Region mit insgesamt über 3.000 Mitarbeitern) erbringt der SpDi auf der Grundlage eines Kooperationsvertrages sozialpsychiatrische Komplexleistungen gegen Entgelt. Die anderen Leistungen werden autonom erbracht. Im Dienst ist auch ein Ex-In-Mitarbeiter mit 0,5 VK beschäftigt. Der SpDi ist Bestandteil eines hochkomplexen gemeindespsychiatrischen Verbundsystems. Er steht sowohl mit niedergelassenen Fachärzten, sämtlichen Klinikangeboten, den Angehörigen, dem Dialog-Forum, den Patientenfürsprechern, der unabhängiger Beschwerdestelle u.v.m. in engem Kontakt.

Der Dienst ist seit 1995 zunächst im Rahmen des Modellprojektes, später der Regelfinanzierung, Leistungserbringer der Soziotherapie. Die Fallzahlen haben sich bei rund 80 kontinuierlich soziotherapeutisch begleiteten Personen eingependelt.

Die Fluktuation beträgt ca. 20 Prozent, die durchschnittliche Kontaktintensität liegt ungefähr bei einem 18-Tage-Rhythmus. Der leichte Rückgang 2004 ist auf die restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkasse nach Beendigung des ersten 3-Jahreszeitraumes zurückzuführen. Glücklicherweise hat hier das Bundessozialhil-

Entwicklung der ST-Klientenanzahl nach der Projektphase

Stichtag 31.12.



2

Abb. 3: Entwicklung der Soziotherapie-Klientenzahl nach der Projektphase – Stichtag 31.12.

fegerichtsurteil aus dem Jahr 2010 Abhilfe geschaffen. Soziotherapie hat sich somit in Südwürttemberg als stabiles Angebot innerhalb des GPV für eine dezidierte Klientel etabliert. Es ist aus meiner Sicht deshalb berechtigt zu sagen, dass wir dem Anspruch der Psychiatrie-Enquete, mit einer angestrebten Gleichstellung von psychisch Kranken und körperlich Erkrankten erstere vor dem Abrutschen in die Sozialhilfe zu bewahren, einen kleinen Schritt näher gekommen. Dennoch gibt es in der Soziotherapie natürlich einige sozialtherapeutische Verwerfungen, die unabhängige und übergreifende Beratung erschweren. Darauf möchte ich im Folgenden eingehen.

Soziotherapie: nicht unabhängig, aber dafür wenig übergreifend?

Strukturelle Gründe für die Abhängigkeit der Therapeut-Klient-Beziehung bei der Erbringung von Soziotherapie

a) Vorstand der Arkade

Alle drei Vorstände der Arkade rekrutieren sich aus der genannten, ebenfalls in der Nähe beheimateten Großeinrichtung ZfP Südwürttemberg. Bei allen Vorteilen, die diese Konstruktion hatte und hat: besonders kritische Soziotherapieklienten fühlen sich hier in eine Richtung behandelt oder unterstützt, die sie nicht als unabhängig empfinden.

b) Finanzierung

Neben dem banalen Argument, dass eine Einrichtung immer auch ein autopoietisches Selbsterhaltungssyndrom in ihre Angebote mit hinein denkt, möchte ich insbesondere auf zwei Sachverhalte aufmerksam machen: Der SpDi der Arkade ist – wie die meisten SpDi in Baden-Württemberg – Exklusiv-Anbieter der Leistung Soziotherapie. Dies ist historisch aus der Finanzierung der Dienste erklärbar und durchaus nicht unerwünscht, da diese Dienste als Eingangportal ins sozialpsychiatrische Versorgungssystem und mit ihrer hohen Vernetzung zu den anderen Anbietern qualitativ gut aufgestellt sind, es ist aber nicht weg zu diskutieren, dass dies ein Monopol darstellt, welches ebenfalls wieder für kritische Soziotherapie-Klienten als wenig unabhängig empfunden wird. Darüber hinaus ist die Finanzierungsstruktur per se ein Monument der Abhängigkeit: wie jede andere einzelfinanzierte Leistung auch (Ergotherapie, Psychotherapie etc.) zementiert sie einen basalen Zielkonflikt des Therapeuten: Der Therapeut lebt vom Problem des Klienten, nicht von dessen Lösung!

c) Die Konkurrenz

Die Konkurrenz ist ein ambiguitives Element in der Therapeut-Klient-Beziehung. Einerseits wird sie gerne – nicht nur von Patienten sondern auch von Kostenträgern – als qualitätssteigerndes Regulativ in die Waagschale geworfen, andererseits verhindern gerade konkurrierende Systeme in sozialpsychiatrischen Netzwerken fließende Übergänge an den Schnittstellen und lassen den Therapeuten in seiner Haltung dazu neigen, dem Klient nach dem Mund zu reden, um ihn nicht an den Mitbewerber zu verlieren, anstatt ihn mit der angeratenen sozialpädagogischen Haltung zu konfrontieren. Dann lügen sich nämlich beide – der Klient und der Therapeut – jeweils in ihre eigene Tasche. Die Folge ist eine überwertige, von beiden Seiten falsch verstandene Selbstbestimmung.

d) Die Ideologie

Wie schon unter a) ausgeführt, gibt es keine neutrale, im luftleeren Raum agierende Institution, die frei von ideologischen Vorgaben oder Zwängen wäre. Trotz Ex-In, trotz Patientenfürsprecher, trotz unabhängiger Beschwerdestelle, trotz internem Beschwerdemanagement, trotz Supervision, ärztlicher Fachberatung und allen anderen impliziten oder expliziten Reflexionen – auch eine moderne Einrichtung wie die Arkade lebt Ideologien, wie beispielsweise »keine antipsychiatrische Beratung« oder »keine konfessionellen Angebote«, die im Einzelfall dazu führen können, dass Soziotherapie-Klienten sich einseitig beraten und damit indirekt abhängig fühlen.

Warum die klassische SpDi-Arbeit übergreifender ist als die Soziotherapie

»... aber die Soziotherapie dennoch ihren wichtigen Platz in der Versorgungsstruktur hat und weiterhin haben soll,« könnte man ergänzen. Die Soziotherapie ist insoweit übergreifend, als dass sie aufgrund ihrer Richtlinien einfordert, dass die Klienten befähigt werden sollen, sich Angebote zu erschließen, die sie nicht oder noch nicht selbstständig wahrnehmen können. Der Tunnelblick der Kassenärzt-

lichen Vereinigung (KV) besteht nun leider darin, die im Rahmen der Soziotherapie relevanten Angebote auf die vom Facharzt verordenbare Leistungen zu reduzieren. Bei strengster Auslegung führt sich die Soziotherapie dann selbst ad absurdum: Herr N., 52 Jahre, chronischer Psychotiker, zusätzlich traumatisiert durch den Unfalltod seiner gesunden Ehefrau, nimmt selbstständig alle sechs Wochen seine Facharzttermine wahr. Ansonsten verlässt er sein Haus so gut wie gar nicht mehr. Ergo- oder physiotherapeutische Leistungen lehnt er ab. Die Begleitung zur Tagesstätte mit einem kurzen Aufenthalt dort ist das einzige, was er zulässt. Die Tagesstätte ist aber keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ist diese Maßnahme deswegen keine soziotherapeutische Maßnahme?

Das zweite Problem der Soziotherapie besteht darin, dass in erster Linie gut ab-sprachefähige Komm-Klientel mit kommunikativen Fähigkeiten von der Maßnahme profitieren (wie sonst soll Training zur handlungsrelevanten Willensbildung oder Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung erfolgen?). Definitiv bleibt sie damit immer auf einem engen Grad zwischen der Psychotherapie und der ambulanten Krankenpflege. Hier hat eine systemisch ausgerichtete SpDi-Arbeit deutlich mehr Spielraum und ist somit sehr viel umfassender, personenzentrierter und damit übergreifender wirksam.

Qualität soziotherapeutischer Beziehung

Wie in der Psychotherapie ist die Wirksamkeit der Soziotherapie eher von der Schwingungsfähigkeit der Klient-Therapeut-Beziehung denn von unterschiedlichen Beratungsstilen abhängig. Psychodynamisch bewegt sich damit die Soziotherapie zwischen dem Anspruch des »Keiner hat das Recht, zu gehorchen« (Hanna Arendt) und dem Prinzip »Leben heißt, andere stören« (N. N.). Strukturell gibt es ebenfalls einen Spagat, zwischen dem sich die Soziotherapie im Landkreis Ravensburg abspielt:

a) für eine gute therapeutische Beziehung *hinderliche* Strukturen

Auch wenn aus meiner Sicht die Forderung, die Soziotherapie für sämtliche psychiatrische Diagnosegruppen zu öffnen, inhaltlich nicht zwingend notwendig ist, bedeutet die jetzige Einengung auf ausschließlich psychotische Erkrankungen ein klares Hindernis. Depressiv erkrankte Menschen und Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung würden aus meiner Erfahrung heraus von dem Wirkungsmix der Soziotherapie genauso gut profitieren. Restriktive Ordnungsverhalten der Krankenkassen mit häufigen Ablehnungen, MdK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)-Vorlagen oder sonstigen Verzögerungen fördern nicht die Effizienz der Leistung. Wie aus dem Beispiel von Herrn N. ersichtlich, sollten nicht nur ärztlich verordenbare sondern auch empfohlene Leistungen in den Wirkungskreis der Soziotherapie mit aufgenommen werden. Koordination und Kooperation, ein wichtiger Bestandteil sozialtherapeutischen Handelns, wird zwar zwingend vorgeschrieben, aber leider nicht vergütet. Dasselbe gilt für die Dokumentation. Für die ebenfalls geforderte aufsuchende Tätigkeit fehlt der pekuniäre Anreiz genauso wie für das Erbringen von Gruppenleistungen. Die später im Verlauf der Regelfinanzie-

rung eingeführte Patientenzuzahlung selektioniert ebenfalls die Klientel. Darüber hinaus gibt es eine Reihe unklarer Vergütungs- bzw. Leistungserbringungssachverhalte, die sich in einer Grauzone bewegen – auch nicht gerade förderlich für eine offene gute Klient-Therapeut-Beziehung! Fahrzeiten, Telefonkontakte oder Kontakte außerhalb des Wohn- oder Sprechstundenbereiches sind Beispiele hierfür.

b) für eine gute therapeutische Beziehung *förderliche* Strukturen

Die Anbindung der Leistung Soziotherapie an den SpDi wird sowohl von Klienten als auch Mitarbeitern als förderlich empfunden. Nicht nur wegen der guten Vernetzung zum GPV, sondern auch wegen der bestehen bleibenden Beziehungskonstanz (die meisten Mitarbeiter des SpDi haben auch eine Soziotherapie-Zulassung). Der Rechtsanspruch dieser Leistung ist für den Klienten sicherlich auch förderlich. Damit dieser Rechtsanspruch auch durchgesetzt werden kann, ist es von Vorteil, dass der SpDi des Landkreises Ravensburg ein gewisses betriebswirtschaftlich basiertes Verordnungsinteresse hat. Auch die Verordnungsfähigkeit zusätzlich und parallel zu anderen GKV-Leistungen ist der Sache förderlich. Hier gibt es nur eine negative Ausnahme: gleichzeitige Psychotherapie und Soziotherapie wird von einigen Kassen abgelehnt, das halte ich für rechtswidrig. Leider ist dieser Sachverhalt so selten, dass wir noch keinen Klienten gefunden haben, der bereit war, dagegen zu klagen. Positiv kann zudem vermerkt werden, dass die vertragliche Verbindlichkeit die Therapeut-Klient-Beziehung aufwertet. Durch gemeinsames Formulieren von Therapiezielen oder auch nur durch die Unterschrift wird ein anderer Rahmen gesetzt als in der unverbindlicheren loserer SpDi-Begleitung. Entgegen anderslautender Aussagen in der Literatur oder von Praktikern halte ich den bürokratischen Aufwand, der im Kielwasser dieser therapeutischen Leistung entsteht, für verhältnismäßig gering. Möglicherweise ist dies der großen Routine unserer Kollegen zuzuschreiben.

Letztendlich ermöglicht die Soziotherapie im konkreten Handeln vor Ort immer noch – auch nach der Modellphase – großen Handlungsspielraum. Was tatsächlich geschieht, ist Sache zwischen Therapeut und Klient. Und das ist auch gut so! Dieser Gestaltungsspielraum bezieht sich durchaus auch auf die Möglichkeit, Integrierter Behandlungs-/Rehabilitationsplan (IBRP)-Inhalte sowohl formal in die Anträge als auch inhaltlich in die Betreuungsform zu transponieren.

Zusammenfassung:

Soziotherapie kann, angegliedert an einen Sozialpsychiatrischen Dienst, ein echtes Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgungsstruktur sein. Sie ist nicht der bedeutsamste und zentralste Angelpunkt gemeindepsychiatrischen Handelns, aber sie ist ein wichtiger Baustein in der guten psychiatrischen Versorgung und wird im Sinne des Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen im Landkreis Ravensburg auch erfolgreich erbracht. Aus meiner Sicht sollte Soziotherapie weder kleinteilig isoliert von vielen Privatanbietern erbracht noch zum Zwecke eines vermeintlich höheren oder besseren Ganzen in ein Regionalbudget bzw. in ein IV-System subsummiert werden.