

Ergotherapie im Kontext der neuen Leistung Soziotherapie SGB V § 37a

Beate Kubny-Lüke



Beate Kubny-Lüke

psychoneuro 2005; 31 (2): 106–109

Ergotherapie ist als handlungsorientierte Therapieform ein unverzichtbarer Bestandteil sozialpsychiatrischer Leistungen. Soziotherapie dient u.a. dazu, Patienten an die Inanspruchnahme von Ergotherapie heranzuführen. Dies erreicht Soziotherapie durch koordinierende, begleitende und handlungsanleitende Maßnahmen. Ergotherapie ist eine der sozialpsychiatrischen Leistungen, die Soziotherapie ablösen. Es bleibt zu guter Letzt die Frage: Warum eigentlich wird Soziotherapie nicht auch von Ergotherapeuten erbracht?

Mit der GKV Gesundheitsreform 2000 wurde Soziotherapie als neue Leistung in die Krankenversicherung aufgenommen. Mit der Verabschiedung der Richtlinien zur Soziotherapie durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie der gemeinsamen Empfehlungen zu den Anforderungen der Leistungserbringung durch die Krankenkassen am 01.01.2002 wurden die Grundlage geschaffen, die Leistung Soziotherapie umzusetzen. In verschiedenen Bundesländern wurden daraufhin Verhandlungen geführt, um Rahmenverträge für die Leistungserbringung mit den Krankenkassen zu schließen. Mittlerweile gibt es in zwei Bundesländern, Baden-Württemberg (seit 1. Juli 2002) und Rheinland-Pfalz (seit 1. Dezember 2002) einen Rahmenvertrag (Stand August 2004). In Baden-Württemberg wird seither Soziotherapie dazu genutzt, Leistungen der Krankenkassen an die sozialpsychiatrischen Zentren, die bisher als Pauschalen gezahlt wurden, umzufinanzieren. Es ist von daher fraglich, ob man in Baden-Württemberg von einer Leistungsumsetzung der Soziotherapie § 37a SGB V im eigentlichen Sinne (s.u.) sprechen kann. Auch in anderen Bundesländern, wie z.B. Bremen, Nordrhein-Westfalen, lie-

fen zunächst Verhandlungen zu einem Rahmenvertrag. Bisher gibt es in diesen Ländern jedoch nur Einzelverträge zwischen den Leistungserbringern und Krankenkassen.

Die Leistung Soziotherapie wird bisher nur äußerst selten verschrieben. Somit ist die flächendeckende Einführung von Soziotherapie auch vier Jahre nach ihrer Verabschiedung noch nicht gelungen (6, 13). Dies wird deutlich, wenn man betrachtet, wie viel Soziotherapie die Krankenkassen bisher jährlich kostet.

Ursprünglich war man davon ausgegangen, dass ab dem Jahr 2001 ca. 128 Mio. € jährlich für die Leistung Soziotherapie aufgebracht werden müssen. Tatsächlich wurden 2002 nur 1,1 Mio € und damit weniger als 1% der geplanten Summe aufgewendet und man geht davon aus, dass im Jahr 2003 eine „Einsparsumme“ von 98% gegenüber der Ausgabenschätzung der Regierung erzielt wurde (s. Tab. 1) (6).

„Damit hat die Soziotherapie zwar das Ziel der Kosteneinsparung erreicht, aber nicht durch die geplante Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausbehandlung, sondern durch die Vermeidung der Verschreibung. Nachdem zwischenzeitlich die Zahl der zugelassenen Soziotherapie-Erbringer deutlich zugenommen hat, erweist sich vor allem

die Zurückhaltung der Ärzte bei der Verordnung der Soziotherapie als „Nadelöhr“ (6). Viele Einzelheiten zur Leistungserbringung sind für die verordnende Ärzteschaft, die Leistungserbringer von Soziotherapie und nicht zuletzt für die Patienten (und ihre Angehörigen), denen Soziotherapie zugute kommen soll, bis heute unklar geblieben.

Informationen über die Leistung und den Kontext, in dem sie steht, sind also nach wie vor notwendig. Der nun folgende Artikel widmet sich vor allem den Fragen: Was ist eigentlich Soziotherapie? und: In welchem Zusammenhang stehen Soziotherapie und Ergotherapie?

Was brauchen schwer psychisch kranke Menschen?

Chronisch psychisch Kranke leiden häufig unter weitreichenden krankheitsbedingten kognitiven, sensorischen und sozioemotionalen Funktionsstörungen, die zu Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten und Teilhabe am Leben führen.

Im Rahmen ihrer Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung wird in aller Regel ein Nebeneinander verschiedener sozialpsychiatrischer Hilfen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen notwendig. Es handelt sich dabei z.B. um ambulante sozialpsychiatrische Behandlung, stationäre und teilstationäre Behandlung und sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung, zur Selbstversorgung und zur Arbeit/Ausbildung (Abb. 1).

Ergotherapie ist ein sozialpsychiatrisches Behandlungselement,

das in allen diesen sozialpsychiatrischen Leistungsbereichen zum Teil mit einem erheblichen Zeitumfang, angeboten wird. So führen Ergotherapeuten z.B. in der Tagesstätte für psychisch Kranke diese an eine sinnvolle Tagesstruktur heran, üben mit ihnen arbeitsbezogene Fähigkeiten, leiten sie im lebenspraktischen Bereich zur Selbstständigkeit an und unterstützen die Klienten bei der Planung und Gestaltung sinnerfüllter Freizeitaktivitäten.

Die verschiedenen sozialpsychiatrischen Hilfen zur Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung, die der chronisch psychisch Kranke benötigt, müssen so aufeinander abgestimmt werden, dass eine Komplexleistung entsteht. Komplexleistungen wirken, wenn sie:

- lebensfeldbezogen, d.h. da wo der Patient wohnt und lebt, unter Einbeziehung seiner nächsten Bezugspersonen erbracht werden
- personenbezogen, d.h. mit ihm abgestimmt und seinem individuellen Hilfe- und Ressourcenbedarf entsprechend erbracht werden
- integriert, d.h. funktions- sowie einrichtungsübergreifend unter Einbeziehung aller Beteiligten (z.B. den Betroffenen, dessen Angehörigen, den Erbringern nichtpsychiatrischer und psychiatrischer Hilfen) koordiniert erbracht werden.

Denn werden die Hilfen nicht ausreichend koordiniert, kann dies zu Brüchen, Lücken oder Widersprüchlichkeiten in der Versorgung führen. Besonders für chronisch und schwer psychisch Kranke bedeutet dies eine zusätzliche Hürde bei der Inanspruchnahme der Hilfen sowie eine zusätzliche Gefährdung erneut akut zu erkranken und Krankenhausbehandlung zu benötigen. Rückfälle sind für diese Menschen jedoch immer mit weiteren psychosozialen Beeinträchtigungen sowie Leistungseinbußen verbunden und führen zu einer Verschlechterung der Prognose (12).

Komplexleistungen setzen sich also in aller Regel aus Hilfen zusammen, die verschiedene Leistungs-

bereiche betreffen. Sie werden häufig zudem von mehreren Leistungserbringern, die teilweise auch noch unterschiedlichen Leistungsträgern angehören, erbracht. So erhält ein Klient beispielsweise Betreutes Wohnen und besucht eine Tagesstätte. Beide Maßnahmen werden von einem Hilfeverein getragen, gleichzeitig wird er vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes betreut und regelmäßig von einem niedergelassenen Psychiater behandelt.

Das Beispiel macht deutlich: von den verschiedenen Leistungserbringern und Trägern erfordern Komplexleistungen in einem hohen Maße die Bereitschaft zur Koordination, Interdisziplinarität und zu institutionsübergreifenden Denken und Arbeiten.

Im psychiatrischen Krankenhaus haben Komplexleistungen im oben genannten Sinne mittlerweile eine gewisse Tradition. Vereinfachend wirkt dabei, dass alle Leistungen hier unter einem Dach erbracht werden. Im komplementären Bereich bzw. auf der Schnittstelle zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sind die Bedingungen ungleich viel komplizierter, da ja sowohl verschiedene Leistungserbringer als auch Kostenträger an einer Komplexleistung beteiligt sind und das gemeinsame Dach nicht gegeben ist.

Was ist Soziotherapie nach § 37 a SGB V?

Um dem Personenkreis der schwer und chronisch psychisch

Tab. 1 Soziotherapie: Ausgaben der GKV in 1 000 Euro

Jahr	Bund	Alte BL	Neue BL
2001	141	132	10
2002	1 111	1 085	26
2003 (1.-3. Quartal)	1 272	1 202	70

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, www.bmgs.bund.de (nach 6)

kranken Menschen dabei zu unterstützen Komplexleistungen zu erhalten, wurde mit der GKV Reform 2000 die ambulante Soziotherapie, § 37 a SGB V als krankenkassenfinanzierte Leistung eingeführt.

Unter Soziotherapie § 37 a SGB V wird dabei eine koordinierende und begleitende ambulante Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage einer nervenärztlichen Verordnung verstanden.

Zum Vergleich: Im stationären Bereich gilt die Soziotherapie im Rahmen von Komplexleistungsprogrammen schon lange als etablierte Behandlungsmethode und wird durch die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) finanziell abgesichert.

Die ambulante Soziotherapie wurde zunächst im Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 1995–1998 erprobt. Die Erfahrungen dieses Modellprojektes ergaben, dass Soziotherapie ein wirksames Instrument zu einer Rückfallprophylaxe darstellt (12). So ergab die Studie, dass ca. 55 bis 71

Abb. 1 Funktionsbereich des Gemeindepsychiatrischen Verbunds

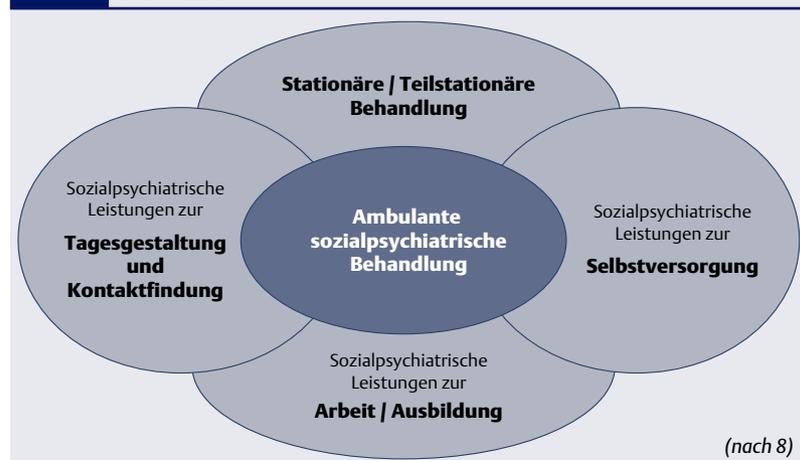
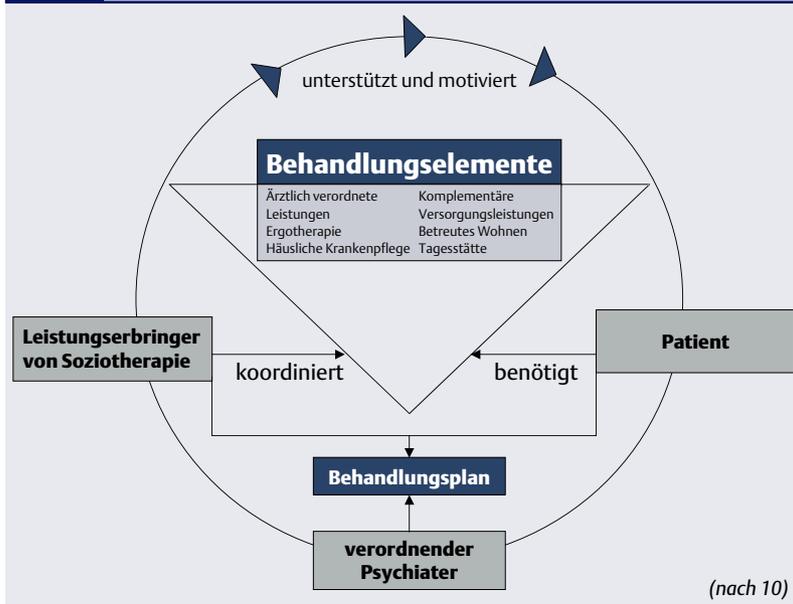


Abb. 1 Aufgaben und Inhalte von Soziotherapie

Soziotherapiestunden in einem Zeitraum von eineinhalb bis zwei Jahren erbracht zu positiven Ergebnissen führen. Die Lebensqualität und -zufriedenheit verbesserte sich, Defizite der psychosozialen Kompetenzen nahmen ebenso ab wie die psychosozialen Belastungsfaktoren. Die mit Soziotherapie behandelten Patienten waren verstärkt in komplementäre Versorgungsstrukturen eingebunden, z.B. an Tagesstätten, betreutes Wohnen. Durch verringerte Krankenhausbehandlungszeiten wurden die Behandlungskosten gesenkt und es ergab sich eine Kostenersparnis mit dem Faktor 2,8 bis ca. 6 bezogen auf die Kosten der Soziotherapie. Eine Kostenersparnis, die man auch zukünftig so erwarten kann (11, 12).

Verordnung und Leistungsumfang von Soziotherapie § 37 a SGB V

Verordnet wird Soziotherapie von Fachärzten für Psychiatrie und/oder Nervenheilkunde (andere Fachärzte bis zu drei Sitzungen). Voraussetzung für die Zulassung des Facharztes ist die Erklärung, dass er mit einem Gemeindepsychiatrischen Verbund oder vgl. Strukturen kooperiert. Die Verordnung muss von den Krankenkassen genehmigt werden. Es können maximal 120 Stunden in drei Jahren durchgeführt werden. Einzelverordnung sind für

30 Therapieeinheiten möglich. Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme durchgeführt. Falls eine Gruppentherapie indiziert ist, ist eine maximale Gruppengröße von 12 Personen möglich.

Wer wird mit Soziotherapie § 37 a SGB V behandelt?

Anders als im Modellprojekt, indem auch Patienten mit Sucht- und Persönlichkeitsstörungen mit Soziotherapie behandelt wurden, wurde die Leistung durch die Richtlinien des Bundesausschuss der Krankenkassen und Ärzte vor allem auf Menschen mit psychotischen Störungen beschränkt. Es handelt sich dabei vor allem um folgende Diagnosegruppen:

- Schizophrene Störungen (F20.0–F20.6)
- Schizotype Störungen (F21)
- Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)
- Induzierte wahnhaftige Störungen (F24)
- Schizoaffective Störungen (F25)
- Schwere depressive Störungen mit psychotischen Symptomen (F31.5, F32.3, F33.3).

Eine weitere Voraussetzung zur Verordnung ist, dass der Schweregrad der Störung nach der GAF-Skala unter 40 liegen und die Prognose zur Besserung der Fähigkeitsstörung ausreichend günstig sein muss.

Ziele von Soziotherapie § 37 a SGB V

Laut Gesetzgeber ist es das Ziel von Soziotherapie, gerade schwer psychisch kranke Menschen in die Lage zu versetzen, ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Denn schwer psychisch Kranke sind aufgrund ihrer Erkrankung gerade dazu häufig nicht in der Lage und erhalten nicht die Leistungen, die sie benötigen, um sich zu stabilisieren und eine erneute Krankenhausbehandlung zu vermeiden.

Soziotherapie strebt dies an, indem die Patienten darin unterstützt werden, krankheitsspezifischen Störungen und psychosozialen Beeinträchtigungen zu überwinden und medizinische und ergänzende Hilfe selbstständig wahrzunehmen.

Was leistet Soziotherapie § 37 a SGB V?

Innerhalb der Soziotherapie kann zwischen den obligatorischen Muss- und den individuellen Bedarfsleistungen unterschieden werden. „Mussleistungen“ (15) der Soziotherapie sind:

- die Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplan. Hierbei arbeitet der Leistungserbringer von Soziotherapie mit dem Patienten und dem verordnendem Facharzt zusammen
- die Koordination aller Behandlungsmaßnahmen und Hilfeleistungen durch den Leistungserbringer von Soziotherapie
- aufsuchende Hilfen, die der Leistungserbringer von Soziotherapie im Lebensfeld des Betroffenen erbringt
- die Heranführung des Patienten an medizinische und komplementäre Hilfen
- die Dokumentation der soziotherapeutischen Leistungen und des Behandlungsverlaufes durch den Leistungserbringer von Soziotherapie.

„Bedarfsleistungen“ (15) der Soziotherapie sind:

- das Training und die Förderung von Motivation, Antrieb und handlungsrelevanter Willensbildung

- Dies geschieht durch handlungsgeleitete Übungen, wie z.B. der begleiteten Durchführung alltäglicher Aufgaben (Einkaufen, Kochen, Waschen), Unterstützung beim Besuch einer Tagesstätte, kognitives Training. Hier werden Tätigkeiten durchgeführt, die auch zum Leistungskatalog der „Ergotherapie“ zählen
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, z.B. durch Gespräche, Psychoedukation
- Hilfe in Krisensituationen, z.B. durch Hausbesuche, Termine am Abend und am Wochenende.

■ Heranführung an Hilfen

Soziotherapie soll den Patienten dazu befähigen, die psychiatrischen Hilfen, die er benötigt, selbstständig aufzusuchen und wahrzunehmen. Es handelt sich dabei sowohl um medizinische Leistungen, wie z.B. psychiatrische Pflege, Ergotherapie, ggf. sogar den regelmäßigen Termin beim Psychiater. Daneben geht es ebenso um eine Inanspruchnahme von weiteren sozialpsychiatrischen Hilfen aus dem sog. komplementären Bereich, wie z.B. Betreutes Wohnen, Besuch einer Kontakt- und Beratungsstelle, Besuch einer Tagesstätte usw.

Als SGB V finanzierte Leistung, die ambulant durch eine ergotherapeutische Praxis erbracht wird, zählt Ergotherapie zu den ärztlich verordneten Leistungen, zu deren Inanspruchnahme Soziotherapie dem schwer psychisch Kranken Unterstützung gewähren soll. Im Rahmen der durch die Sozialhilfe finanzierten Eingliederungshilfe findet man Ergotherapie z.B. in Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Wohnheimen für psychisch Kranke als sozialpsychiatrische Standardleistung zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung, zur Selbstversorgung und zur Arbeit/Ausbildung. Auch hier übernimmt Soziotherapie eine Brückenfunktion und unterstützt den Klienten darin, das Behandlungselement „Ergotherapie“ wahrzunehmen.

■ Wer führt Soziotherapie § 37 a SGB V durch?

Gemäß den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der

Krankenkassen wird Soziotherapie von Sozialarbeiter/-pädagogen oder Psychiatrischen Krankenpflegekräften durchgeführt. Der Leistungserbringer muss außerdem über eine Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und Berufserfahrung im klinischen wie komplementären Bereich verfügen. Darüber hinaus muss der Leistungserbringer den Nachweis erbringen, dass er einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder ähnlichen Strukturen angeschlossen ist.

■ Ergotherapie im Kontext des SGB V § 37a

Vor allem bezüglich der „Bedarfsleistungen“ (s.o.) zeigen Ergotherapie und Soziotherapie Parallelen auf und können dementsprechend bei der Behandlung chronisch psychischer Kranker „Hand in Hand“ arbeiten.

Soziotherapie ist darüber hinaus auch für die Koordination der Komplexleistung in allen Aspekten (Hilfeplanung, Hilfedokumentation, Zusammenarbeit und Koordination aller Hilfeleistungen) verantwortlich (Abb. 2). Diese Tätigkeit ist im Leistungskatalog der Ergotherapie so erst einmal nicht enthalten. Trotzdem kommen Ergotherapeuten auch als Leistungserbringer von Soziotherapie in Frage. Dafür sprechen sowohl die Ergebnisse des Modellprojektes, in dessen Abschlussbericht die Ergotherapeuten als mögliche Leistungserbringer neben Sozialarbeitern und Krankenpflegekräften genannt wurden (12), als auch das Berufsbild des Ergotherapeuten. Gemäß ihrer Ausbildungs- und Prüfungsordnung erwerben Ergotherapeuten sozialrechtliche und -wissenschaftliche Kompetenzen sowie solche für Beratung und Förderung von Beziehungs- und Motivationsprozessen. Wurden durch die persönliche Berufserfahrung und Weiterbildung darüber hinaus sozialpsychiatrische Kompetenzen und die zur Durchführung von Koordinationsprozesse erworben, sind die Voraussetzungen zur Erbringung von Soziotherapie erfüllt (10). Es ist also nicht wirklich nachvollziehbar, warum Ergotherapeuten in den gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen als Leistungser-

bringer nicht vorgesehen worden sind.

Literatur

1. Brill KE. Gesundheits-Reform 2000 und die Psychiatrie. Psychosoziale Umschau 2000; 2: 8–10
2. Brill KE. Soziotherapie – die Diskussion geht weiter. Psychosoziale Umschau 2001; 1: 24–25
3. Brill KE. Soziotherapie ab 1.1.2002 verordnungsfähig. Psychosoziale Umschau 2002; 1: 31
4. Brill KE. Soziotherapie. Eine neue Leistung in der Diskussion. Psychosoziale Umschau 2000; 3: 14–15
5. Brill KE. Soziotherapie: Bundesausschuss legt Richtlinien vor. Psychosoziale Umschau 4/2001, S. 23
6. Brill KE. Spareffekte bei Soziotherapie. Psychosoziale Umschau 2004; 3: 32
7. Kauder V, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Arbeitshilfe 11. Bonn: Psychiatrieverlag, 1997
8. Kruckenberg P, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsbericht. Band 24. Köln: Rheinland-Verlag GmbH, 1997
9. Kubny-Lüke B. Personenzentrierte Hilfen in der Psychiatrie. Ergotherapie & Rehabilitation 2002; 9: 5–11
10. Kubny-Lüke B. Soziotherapie – was ist das eigentlich? Ergotherapie & Rehabilitation 2001; 10: 13–19
11. Melchinger H, Holler G. Ambulante Soziotherapie – Zwischenbilanz der Erfahrungen im Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. In: Kruckenberg P, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.). Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Tagungsberichte, Bd. 24, Köln: Rheinland-Verlag 1997; 148–155
12. Melchinger H. Ambulante Soziotherapie – Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Bd. 115 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1999
13. Nowak N. Ambulante Soziotherapie. Bisher ein Papiertiger. Deutsches Ärzteblatt 2002; 99 (45)
14. Reumshlüssel-Wienert C. Soziotherapie. Recht und Psychiatrie 2002, 3: 156–161
15. Reumshlüssel-Wienert C. Soziotherapie. Vortrag im Rahmen der DGSP-Kurzfortbildungen 2001

Korrespondenzadresse:

Ergotherapeutin/Dipl.-Pädagogin
Beate Kubny-Lüke
Alvenslebenstr. 1
50668 Köln
kubny@netcologne.de