

– Fachbeitrag A32-2021 –

13.10.2021

Kann Soziotherapie die Teilhabepanung stimulieren?

Teil I: Die Soziotherapie als Leistung der GKV für schwer psychisch erkrankte Menschen¹

Von Carla Lückertz, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

I. Einleitung

Im Rehabilitations- und Teilhaberecht, SGB IX, werden Menschen mit psychischen Störungen zwar ausdrücklich einbezogen, § 1 S. 2 SGB IX, jedoch wirken sich die Unzulänglichkeiten des gegliederten Systems besonders auf die Behandlung und Betreuung dieser Personen aus.² Um die Nachteile des gegliederten Systems auszugleichen, wurden durch die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) unter anderem die Regelungen zur Koordination von Leistungen geändert.³

Dadurch sollen Leistungen „wie aus einer Hand“ gewährt werden können.⁴ Jedoch ist dafür Zusammenarbeit und Planung notwendig.⁵ Diese Aufgabe übernimmt die Teilhabepanung, § 19 I SGB IX. Auch die Soziotherapie, welche zum 1. Januar 2000 neu ins SGB V eingefügt wurde, soll bei der Koordinierung von Leistungen helfen, § 37a I 2 SGB IX.

In diesem Zusammenhang soll im Folgenden die Frage behandelt werden, inwieweit die Soziotherapie an einzelnen Stellen im Rehabilitationsprozess eingreifen und so die Teilhabepanung unterstützen kann. Die Soziotherapie stellt grundsätzlich eine flankierende Leistung dar, welche bei der Inanspruchnahme von Krankenbehandlungen unterstützen soll. Im Hinblick auf die Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen besteht ein enger Zusammenhang über § 43 SGB V und § 43 SGB IX, die jeweils dafür

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A32-2021 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Lückertz: Kann Soziotherapie die Teilhabepanung stimulieren? – Teil I: Die Soziotherapie als Leistung der GKV für schwer psychisch erkrankte Menschen; Beitrag A32-2021 unter www.reha-recht.de; 13.10.2021.

² Rössle/Melchinger/Schreckling, Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB IX ist gescheitert, Psychiatrische Praxis 2012, 106 (106).

³ Schaumberg, Leistungskoordination im SGB IX – Zuständigkeitsklärung, Genehmigungsfiktion und Teilhabepanung (Teil I), SGB 2019, 142 (143).

⁴ Busse, Bundesteilhabegesetz – Sozialgesetzbuch IX (Teil 1 Rehabilitation und Teilhabe), SGB 2017, 307 (309).

⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), (Hrsg.), Bundesteilhabegesetz Kompakt, Teilhabepanung, Frankfurt am Main, 2019, S. 6.

Sorge tragen sollen, dass bereits im Rahmen der Krankenbehandlung evtl. anschließende Rehabilitationsmaßnahmen sowie deren Ziele mitgedacht werden und ein reibungsloser Übergang zwischen ihnen ermöglicht wird.⁶

II. Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen

Betroffene psychischer Störungen leiden an weitreichenden krankheitsbedingten kognitiven, sensorischen und sozioemotionalen Funktionsstörungen.⁷ Psychische Störungen, wie zum Beispiel die Depression, treten oft intervallartig und unterschiedlich in ihrem Schweregrad auf.⁸ Die damit verbundenen Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit des Tagesablaufs sind verschieden.⁹

Eine Besonderheit ist, dass psychische Störungen sowohl für die Betroffenen selbst als auch für das Umfeld oftmals nur schwer zu erkennen sind.¹⁰ Die Gründe dafür sind vielfältig; so können Scham, sowie eine fehlende oder sich nur langsam entwickelnde Krankheitseinsicht eine Rolle spielen.¹¹ Auch die Angst vor Stigmatisierung spielt dabei eine Rolle.¹² Denn auch wenn sich das gesellschaftliche Bild schrittweise wandelt, werden Menschen mit psychischen Störungen häufig noch stigmatisiert.¹³

Weiteres Merkmal ist, dass psychisch Erkrankte oft nicht mehr richtig in der Lage sind, ihre beschriebenen sozialen Rollen in der Familie, im Freundeskreis oder auch bei der Arbeit entsprechend den Erwartungen der Umwelt auszufüllen.¹⁴ Für alle Beteiligten ist es in der Regel zunächst nicht erkennbar, ob diese Inaktivität krankheitsbedingt oder nur eine Folge mangelnden Willens ist.¹⁵ Selbst wenn eine Krankheit erkannt wird, so fällt es den Betroffenen aufgrund ebendieser häufig schwer, sich um entsprechende Hilfe zu bemühen und Anträge zu stellen.

⁶ Nebe, in: Feldes/Kohte/Stevens-Bartol, SGB IX, 4. Auflage 2018, § 43 SGB IX, Rn. 2.

⁷ Kubny-Lüke, Ergotherapie im Kontext der neuen Leistung Soziotherapie SGB V § 37a, psychoneuro 2005, 106 (106).

⁸ Nebe, Sozialrechtliche Grundlagen der Rehabilitation (psychisch) kranker und behinderter Menschen, Die Berufliche Rehabilitation 2017, 23 (24).

⁹ Ebenda.

¹⁰ BAR, Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 9, Frankfurt am Main, 2003, S. 17; Bundestags-Drucksache 18/8041, S. 67.

¹¹ BAR, Fn. 9, S. 12; Bundestags-Drucksache 18/8041, S. 67.

¹² BAR, Fn. 9, S. 12; Bundestags-Drucksache 18/8041, S. 67.

¹³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), (Hrsg.), Das Stigma psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft, Strategien für Integration und Inklusion, Pressemitteilung, 10.10.2017, abrufbar unter <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2017/psychiatrie-und-gesellschaft.html>; zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

¹⁴ BAR, Fn. 9, S. 12.

¹⁵ BAR, Fn. 9, S. 12.

Aufgrund ihrer stärkeren gesellschaftlichen Stigmatisierung als körperlich beeinträchtigte Menschen vermeiden psychisch Beeinträchtigte häufig die förmliche Feststellung einer (Schwer-) Behinderung.¹⁶

Diese Schwierigkeiten führen oftmals dazu, dass Betroffene die erforderliche Hilfe nicht frühzeitig in Anspruch nehmen.¹⁷ Dadurch wird wiederum die Gefahr einer Chronifizierung erhöht.¹⁸

Insofern bedürfen gerade Menschen mit psychischen Störungen viel Unterstützung beim Ergreifen von Maßnahmen zur Rehabilitation.

Auch wenn psychische Störungen heute mit guten Erfolgsaussichten behandelt werden, können sie jedoch in den meisten Fällen nicht vollständig beseitigt werden.¹⁹ So reagiert beispielsweise eine/einer an Schizophrenie Erkrankte/Erkrankter auch nach Abklingen der akuten Symptomatik noch erhöht sensibel auf Stressbelastungen.²⁰ Aus diesem Grund sind Rehabilitationsmaßnahmen langfristig und nachhaltig zu planen und bedürfen bei unvorhergesehenen Änderungen der Symptomatik oder der sozialen Situation der zeitlichen und inhaltlichen Flexibilität. Ein regelhafter Verlauf, wie bei rein körperlichen Schäden, ist oft nicht möglich und zu erwarten.²¹

Auch wird bei der Behandlung, Rehabilitation und Wiedereingliederung von psychisch Kranken regelmäßig ein Nebeneinander verschiedener sozialpsychiatrischer Hilfen aus den unterschiedlichen Lebensbereichen notwendig.²² Diese können aus ambulanten, stationären oder teilstationären Behandlungen sowie sozialpsychiatrischen Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung, Selbstversorgung und zur Arbeit bestehen.²³ Dabei müssen die einzelnen Leistungen so aufeinander abgestimmt sein, dass eine Komplexleistung entsteht.²⁴ Damit diese wirken, sollten sie lebensfeldbezogen und unter Einbeziehung der nächsten Bezugspersonen der betroffenen Person erbracht werden.²⁵ Sie müssen personenbezogen sein, sich also am individuellen Hilfebedarf der Patientin oder des Patienten orientieren und unter Einbeziehung aller Beteiligten koordiniert erbracht werden.²⁶

¹⁶ Bundestags-Drucksache 18/8041, S. 67; Nebe, Fn. 7, S. 24.

¹⁷ BAR, Fn. 9, S. 12.

¹⁸ BAR, Fn. 9, S. 17.

¹⁹ Fasshauer, Ambulante und stationäre Rehabilitation am Beispiel der psychischen Behinderungen, in: Blumenthal/Schliehe (Hrsg.), Teilhabe als Ziel der Rehabilitation, 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V., Schönfließ-Bieselheide, 2009, S. 327.

²⁰ Ebenda, S. 327.

²¹ Ebenda, S. 327.

²² Kubny-Lüke, Fn. 6, S. 106.

²³ Ebenda, S. 106.

²⁴ Kubny-Lüke, Fn. 6, S.107.

²⁵ Ebenda, S. 107.

²⁶ Ebenda, S. 107.

Liegt keine ausreichende Koordination vor, kann dies zu Brüchen, Lücken oder Widersprüchlichkeiten bei der Erbringung der Leistungen führen.²⁷ Dies erschwert besonders psychisch erkrankten Menschen den Zugang zur Inanspruchnahme von Leistungen und birgt somit die Gefahr der Krisenanfälligkeit. Rückfälle sind jedoch gerade für sie mit weiteren psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden und können zu Leistungseinbußen und zu einer Verschlechterung der Prognose führen.²⁸

III. Die ambulante Soziotherapie

Die ambulante Soziotherapie wurde mit der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2000 als krankenkassenfinanzierte Leistung eingeführt in § 37a SGB V, um die Patientenautonomie von schwer psychisch erkrankten Menschen zu stärken und die ambulante medizinische Versorgung für diesen Personenkreis zu verbessern.²⁹ Gleichzeitig soll durch die Soziotherapie vermieden werden, dass schwer psychisch Kranke, die nicht in der Lage sind ambulante Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, nach Entlassung aus einem Krankenhaus direkt wieder eingewiesen werden – sogenannter Drehtüreffekt.³⁰ Die Leistung dient also auch der Vermeidung von Krankenhausbehandlung und den damit verbundenen Kosten.³¹

Versicherte können Soziotherapie erhalten, wenn sie wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn dadurch die Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist, § 37a I 1 SGB V.

Es handelt sich um eine flankierende Assistenzleistung,³² welche die Koordination von verordneten Leistungen und die Anleitung zur Motivation zu deren Inanspruchnahme zur Aufgabe hat, § 37a I 2 SGB V.

So soll sie bei der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung unterstützen,³³ kann aber auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX³⁴ oder im Anschluss nach einer Rehabilitationsleistung, beispielsweise nach Entlassung aus einer

²⁷ Ebenda, S. 107.

²⁸ Ebenda, S. 107.

²⁹ Falk, Die Ambulante Soziotherapie – Leistungsberechtigte Und Leistungsvoraussetzungen, RP Reha 2018, 35 (35).

³⁰ FraktE Bundestags-Drucksache 14/1245 S. 66; Pade, in: Engelmann /Schlegel (Hrsg.), Juris Praxiskommentar, SGB V, Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, Band 1: §§ 1-106b, 3. Auflage, Saarbrücken, 2016 § 37a, Rn. 8.

³¹ Ebenda.

³² Rixen, in: Becker /Kingreen (Hrsg.), SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, 6. Auflage, München, 2018, § 37a Rn. 1.

³³ Pade, Fn. 29, Rn.3.

³⁴ Falk, Fn. 28, S. 35.

Rehabilitationseinrichtung erbracht werden.³⁵ Mit dem Ziel der selbstständigen Inanspruchnahme von Leistungen durch die Patientin/den Patienten besteht ein Zusammenhang mit § 43 SGB V, denn auch § 37a SGB V hat eine teilweise rehabilitative Aufgabenstellung.³⁶

Die nähere inhaltliche Ausgestaltung der Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung des Leistungsanspruchs bestimmt die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellte Soziotherapierichtlinie (St-RL), §§ 37a II, 92 SGB V.³⁷

Ziel der Soziotherapie ist es Patienten³⁸ die Inanspruchnahme ärztlicher oder psychotherapeutischer, sowie ärztlich beziehungsweise psychotherapeutisch verordnete Leistungen zu ermöglichen, § 1 II 2 ST-RL. Sie soll dabei helfen, psychosoziale Defizite abzubauen und die Patientinnen und Patienten in die Lage versetzen, die nach § 37a I 2 SGB V erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen, § 1 II 3 ST-RL. Diese beinhalten medizinische Leistungen wie psychiatrische Pflege, Ergotherapie oder den Termin beim Psychiater, aber auch weitere sozial-psychiatrischen Hilfen aus dem komplementären Bereich, wie dem Betreuten Wohnen, dem Besuch bei einer Kontakt- und Beratungsstelle oder einer Tagesstätte.³⁹

Die Soziotherapeutin bzw. der Soziotherapeut erstellt gemäß 3 II a ST-RL zusammen mit dem Verordner und dem Versicherten einen soziotherapeutischen Behandlungsplan.

Sie bzw. er koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung und verordneter Leistungen, § 3 II b ST-RL. – Dies umfasst sowohl die aktive Hilfe als auch die Anleitung zur Selbsthilfe mit dem Ziel die Patientin oder den Patienten von der soziotherapeutischen Hilfe unabhängig zu machen.⁴⁰

Der Soziotherapeut unterstützt seine Patienten, indem er Termine bei Psychotherapeuten, Ärztinnen oder anderen Leistungserbringern vereinbart und begleitet die Patienten, wenn es erforderlich ist, dorthin.⁴¹ Er kann seinen Patientinnen bzw. Patienten dabei helfen, die in der Psychotherapie besprochenen Inhalte im Alltag selbstständig umzusetzen.⁴² Auch nimmt der soziotherapeutische Leistungserbringer Kontakt mit Versicherungsträgern auf und hilft dabei Leistungsanträge zu stellen. Er unterstützt auch dabei, wenn Angebote des Integrationsfachdienstes oder des sozialpsychiatrischen Dienstes benötigt werden.⁴³

³⁵ Vgl. Auch § 4a ST-RL.

³⁶ Pade, Fn. 29, Rn. 3.

³⁷ Knispel in: Rolfs /Giesen/Kreikebohm/Udsching, BeckOK Sozialrecht, 56. Edition, Stand: 01.03.2020, München 2020, § 37a SGB V, Rn. 5.

³⁸ Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird stellenweise nur die männliche oder nur die weibliche Form genannt; es sind aber alle Menschen jeden Geschlechts gleichermaßen gemeint.

³⁹ Kubny-Lüke, Fn. 6, S. 109.

⁴⁰ Vgl. § 3 II b ST-RL.

⁴¹ Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Soziotherapie, Praxis-Info, Berlin, 2017, S. 5.

⁴² Ebenda, S.4.

⁴³ Ebenda, S.4.

In der Soziotherapie wird die häusliche, soziale und berufliche Situation der Patientin bzw. des Patienten analysiert und zur Unterstützung können Familienangehörige und der Freundes- und Bekanntenkreis mit einbezogen werden, § 3 II c ST-RL. Auch kann an komplementäre Dienste, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen,⁴⁴ herangeführt werden, § 3 II c ST-RL.

Des Weiteren hat der soziotherapeutische Leistungserbringer gemäß § 3 II d ST-RL den Ort, die Dauer, den Inhalt sowie die Entwicklung des Patienten zu dokumentieren und den Verordner über den Stand der Behandlung zu informieren.

Bei Bedarf kann die Soziotherapeutin bzw. der Soziotherapeut mithilfe von strukturiertem Training die Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer verbessern, § 3 III a ST-RL.⁴⁵

Auch hilft sie bzw. er bei der Einübung zur Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken, § 3 III b ST-RL. Dazu können beispielsweise konkrete Pläne für die Tages- und Wohnstrukturierung oder zum Aktivitätenaufbau erarbeitet und ihre Umsetzung angeleitet werden.⁴⁶ Auch bei der Bewältigung von Konflikten und zur selbstständigen Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung ist zu helfen, § 3 III b ST-RL.

Weitere Bedarfsleistungen der Soziotherapie sind die Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, § 3 III c ST-RL und Hilfe in Krisensituationen, § 3 III d ST-RL. Ziel ist es, dass die Patientin bzw. der Patient seine individuellen Frühwarnzeichen erkennt und erlernt, wie man einer Verschlimmerung entgegenwirken kann, § 3 III c, d ST-RL – dazu kann ein konkreter Krisenplan erstellt werden.⁴⁷

In der Praxis gehen Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sogar noch über die in § 3 I ST-RL zu findenden Ziele, indem sie nach eigener Diagnostik mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam an der Stelle ansetzen, an welcher der Unterstützungsbedarf besteht.⁴⁸ Sie setzen ein eigenständiges Angebot, welches seine Wirkung entfaltet.⁴⁹

⁴⁴ Prehn, in: Berchthold/Huster/Rehborn (Hrsg.), Gesundheitsrecht, SGB V, SGB XI, 2. Auflage, Baden-Baden, 2018, § 37a, Rn. 26.

⁴⁵ BPtk, Fn. 39, S. 5.

⁴⁶ BPtk, Fn. 39, S. 5.

⁴⁷ BPtk, Fn. 39, S. 5.

⁴⁸ Ohling, Das (verkannte) Potential der Soziotherapie, Soziale Arbeit mit schwer psychisch kranken Menschen auf Basis des Paragraphen 37a SGB V, Sozial Extra 2019, 414 (415).

⁴⁹ Ebenda, S. 415.

Obwohl das Potenzial der Soziotherapie durch eine Studie von Melchinger belegt wurde,⁵⁰ wird die Soziotherapie auch heute noch nur sehr restriktiv bewilligt.⁵¹ Oft muss, trotz Vorliegens einer Verordnung der medizinische Dienst eingeschaltet werden, um die Berechtigung der Inanspruchnahme zu überprüfen.⁵² Auch die Vergütung ist so gering bemessen, dass sie viele Leistungsanbieter zurückziehen müssen.⁵³ Eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie ist also auch weiterhin nicht gewährleistet.⁵⁴

Zum anderen ist die Leistung Soziotherapie weitgehend unbekannt.⁵⁵ In nur wenigen Fällen wird die Initiative von dem Versicherten ausgehen und auch sein soziales Umfeld wird selten Kenntnis von der Krankenkassenleistung Soziotherapie haben.⁵⁶

Insofern bleibt festzuhalten, dass die Leistung Soziotherapie in der Praxis nur unzureichend umgesetzt wird.⁵⁷

4. Zwischenfazit

Es bleibt festzuhalten, dass Menschen mit psychischen Störungen in besonderer Weise von Teilhabesorgen betroffen sind.⁵⁸ Dies liegt vor allem daran, dass es den Betroffenen schwerfällt zu erkennen, dass ihnen Leistungen zustehen, diese dann aber auch zu beantragen und in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grund ist für sie die Hilfe bei der Erkennung des Hilfebedarfs und der Koordinierung von Leistungen besonders wichtig.

An genau dieser Stelle setzt die Soziotherapie nach § 37a SGB V an. Sie unterstützt Menschen mit psychischen Störungen genau dort, wo sie Hilfe benötigen, bei der Motivierung und Koordinierung von Leistungen.

Durch die Gewährung der Soziotherapie wird eine Lücke im Versorgungssystem psychisch erkrankter Menschen geschlossen, welche durch die teilweise unzureichende soziale Eingliederung und Betreuung dieser Personen besteht. Mit ihrer Brückenfunktion

⁵⁰ Vgl. Melchinger, Ambulante Soziotherapie, Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, In: Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 115, Baden-Baden, 1999.

⁵¹ Vgl. die erste Fassung vom 21.11.2001, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-5/RL_Soziotherapie_2001-08-23.pdf; und die neue Fassung vom 22.01.2015, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2201/ST-RL_2020-05-14_iK-2020-07-04.pdf, zuletzt abgerufen am 06.10.2021; Ließem, Berufspolitische Zukunftsperspektiven, in: Lammel/Pauls, Sozialtherapie, Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung, Dortmund, 2017, S. 242–249; Ohling, Ambulante Soziotherapie mit psychisch Kranken, in: Lammel/Pauls (Hrsg.), Sozialtherapie, Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung, Dortmund, 2017, S. 128.

⁵² Ohling, Fn. 46, S. 417.

⁵³ Ohling, Fn. 46, S. 417.

⁵⁴ Amman, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 56. Edition, Stand: 01.03.2020, München 2020, § 132b SGB V, Rn. 4.

⁵⁵ Ebenda, Rn. 4.

⁵⁶ Pade, Fn. 29, Rn. 26.

⁵⁷ Rixen, Fn. 31, Rn.1.

⁵⁸ Vgl. auch: Nebe, Fn. 7, S. 24; Kubny-Lüke, Fn. 6, S. 106.

verbindet sie das ärztliche Behandlungsprogramm mit Angeboten außerhalb der Leistungspflicht der Krankenkassen.⁵⁹

Aus diesem Grund sollte die Soziotherapie als Leistung für Menschen mit psychischen Störungen mitbedacht werden und auch in der Praxis mehr Anwendung finden.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

⁵⁹ Vgl. auch: Melchinger, Fn. 48, S. 46.