diskussions forum
Rehabilitations- und Teilhaberecht
www.reha-recht.de

DVfR
Deutsche Vereinigung
für Rehabilitation

Forum E

Recht der Dienste und Einrichtungen, Leistungserbringungsrecht und -strukturen
– Diskussionsbeitrag Nr. 10/2015 –

03.11.2015

Soziotherapie und Eingliederungshilfe

von Hansgeorg Ließem, Berufsverband der Soziotherapeuten e.V., Hennef

Der Fachbeitrag[1] schildert die andauernde Schwierigkeit, mit der Krankenkassen-Leistung Soziotherapie (§ 37a Sozialgesetzbuch [SGB] V) die ambulante Eingliederungshilfe zu entlasten. In diesem Zusammenhang berichtet er von dem in Sachsen-Anhalt erfolgreichen Versuch, diesen Zustand zu ändern.

I. Einleitung

Es hätte eine bemerkenswerte Entlastung der Träger der Eingliederungshilfe werden können, als der Bundestag im Jahr 2000 den § 37a (Soziotherapie) in das SGB V einfügte. 120 Millionen Euro sollte diese neue ambulante Hilfe für schwer psychisch erkrankte Menschen die Krankenkassen jährlich kosten. Das wären mindestens 40 % der Mittel gewesen, welche die Träger der Sozialhilfe damals für dieselben Zwecke aufwendeten.

Die Krankenkassen aber hatten bei aller Sympathie für die Soziotherapie[2] nicht die Absicht, der Eingliederungshilfe diese Last abzunehmen. So nutzte man den gleichzeitig eingefügten § 132b Abs. 2 SGB V, um die Anforderungen an die neuen Soziotherapeuten unrealistisch hoch festzusetzen. So forderten die „Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie“ unter Ziffer 2.2 den „Nachweis einer vorherigen mindestens dreijährigen psychiatrischen Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem allgemein-psychiatrischen Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie ein Jahr in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung“. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder psychiatrische Fachpflegerinnen und Fachpfleger, die zwischen Krankenhaus und ambulanten Diensten hin und her pen-

[1] Nach einem Vortrag, der beim achten, vom Berufsverband der Soziotherapeuten veranstalteten Bundestreffen der Soziotherapeuten am 8./9. Juni 2015 in Frankfurt/Main gehalten wurde.

[2] Die Soziotherapie war von der Gesetzlichen Krankenversicherung in einem Modellprojekt mit großem Erfolg erprobt worden. Siehe: Melchinger, Heiner: Ambulante Soziotherapie, Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 115, 1999.

deln, sind auf dem Arbeitsmarkt kaum zu finden. Gleichzeitig wurde die Leistung dann so niedrig vergütet, dass die Eingliederungshilfe in jedem Falle für die Leistungserbringer vorteilhafter war. Dieses einmalige Privileg, die Tätigkeitsanforderungen für eine Berufsgruppe ohne Rücksprache mit den betroffenen Fachleuten festsetzen zu können, hielt nur bis 2008, dann wurde § 132b Abs. 2 SGB V aus dem Gesetz gestrichen.[3]

Doch die Vergütungshoheit wird weiterhin als scharfe wirtschaftliche Waffe gegen die Soziotherapie genutzt. Den traurigen Tiefenrekord halten zurzeit die Kassenverbände in Brandenburg, die für die direkte Gesprächszeit von 60 Minuten mit der Patientin bzw. dem Patienten nur 27,53 Euro zahlen. Berücksichtigt man die Zeiten für das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten, Gespräche mit Angehörigen und Ärzten sowie die Erledigung der Dokumentation – alles Aufgaben, die zum Kern der Soziotherapie gehören – so ergibt sich eine Vergütung pro Arbeitsstunde von 16,52 Euro. Wen wundert es, dass zu diesem Preis nur Hobby-Leistungserbringer zur Soziotherapie bereit sind?

Natürlich erfahren alle soziotherapiebedürftigen Patientinnen und Patienten, sofern sie den Status von Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern akzeptieren und die Voraussetzung der Bedürftigkeit erfüllen, ambulante Hilfe durch den örtlich zuständigen Träger der Sozialhilfe in Form von Eingliederungshilfe. Dort sind auch die Fachkräfte tätig, die für eine Soziotherapie als Krankenkassenleistung in Betracht kämen. Doch die Träger der Sozialhilfe unternehmen nicht nur in Brandenburg, sondern in der gesamten Republik sehr wenig, um diesen gesetzwidrigen Zustand zu ändern. Trotz des § 2 SGB XII, der der Sozialhilfe jede Leistung verbietet, für die vorrangige Leistungsträger zuständig sind, werden in einem 2000 noch nicht geahnten Umfang ambulante Leistungen für psychisch behinderte Menschen erbracht. Im Jahr 2013 waren es rund 1,1 Milliarden Euro.[4] Die Krankenkassen wenden nach Schätzungen des Berufsverbandes der Soziotherapeuten jährlich rund 4,5 Millionen Euro für Soziotherapie auf.

Der wohl kaum aus Großzügigkeit erfolgende Verzicht der Sozialhilfeträger auf die Einbeziehung der Krankenkassen wird seit der Novellierung der Soziotherapie-Richtlinie[5] noch erheblich gravierender. Denn waren bisher nur Erkrankungen der Schizophrenie und weitere Erkrankungsgruppen mit psychotischen Symptomen Patientinnen und Patienten der Soziotherapie, so können jetzt alle psychisch Erkrankten einbezogen werden, sofern sie ein bestimmtes Maß an Behandlungsbedürftigkeit aufweisen. Jetzt sollte es für die kommunalen Spitzenverbände und Länder als Vertreter der Eingliederungshilfe kein politisches Halten mehr geben.

II. Was hat die Eingliederungshilfe bisher gehindert, ihre Interessen zu vertreten?

Abgrenzungen zwischen den Büchern des Sozialgesetzbuchs werden in Deutschland traditionell vor Gerichten ausgefochten. Dies hat etwas damit zu tun, dass es offensicht-

[3] Was viele Kassenverbände nicht davon abhält, Zulassungen weiterhin nach den früheren Kriterien vorzunehmen. Einer Mitarbeiterin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst eines niedersächsischen Landkreises wurde z. B., als sie bei der Landesaufsichtsbehörde (dem niedersächsischen Gesundheitsministerium) gegen ihre Ablehnung Widerspruch einlegte, beschieden, dass diese Rechtspraxis auch nach 2008 gesetzeskonform sei. Ähnliche Beispiele sind aus allen Bundesländern bekannt.

[4] Nachzulesen im Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2013.

[5] Die am 15. April 2015 wirksam wurde, vgl. www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/.

lich keine Instanz gibt, die sich für eine politische Klärung und Konfliktlösung zuständig fühlt. Vor Gericht aber kommen in der Regel keine Klärungen zustande, die für die Betroffenen und die beteiligten Leistungsträger überzeugend positiv ausgehen. Nehmen wir beispielsweise den Streit zwischen Sozialhilfeträger und Krankenversicherung über die Kostenübernahme bei Rollstühlen. Da werden von Juristen Unterscheidungen zwischen „mittelbaren" und „unmittelbaren" Hilfen konstruiert, um die unmittelbaren Hilfen (Rollstuhl für die basalen Bedürfnisse der Mobilität in der Wohnung und direkter Umgebung) von den mittelbaren Hilfen (Rollstuhl für die Mobilität im gesellschaftlichen Umfeld) zu unterscheiden, damit man dann den Krankenkassen die Zuständigkeit für die unmittelbaren und der Sozialhilfe für die mittelbaren Hilfen zusprechen kann.[6]

Vor diesem Erfahrungshintergrund will grundsätzlich keine Seite vor Gericht gehen, denn die zweifelhafte Qualität der hierbei entstehenden „Klärungen" wird nur noch von der Dauer der Verfahren übertroffen. Doch wie könnte eine politische Lösung aussehen?

III. Mögliche politische Lösung

Ein positives Beispiel könnten die Gespräche und Verhandlungen abgeben, die 2013/2014 in Sachsen-Anhalt zwischen ganz unterschiedlichen Beteiligten geführt wurden. Da waren qualifizierte Leistungserbringer, die gerne in ihrem Umfeld Soziotherapie erbringen wollten. Denen boten die Kassenverbände im Lande eine Vergütung für die direkten Patientengespräche von 25,00 Euro pro Stunde an. Zu diesem Preis war Soziotherapie aber nicht zu erbringen.

Zudem gab es Vertreter der kommunalen Behörden, insbesondere der Gesundheitsämter und deren Leitungen, die oftmals auch für die Sozialhilfe zuständig sind. Sie waren irritiert über die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, welche den potentiellen Soziotherapeutinnen und -therapeuten von den Krankenkassen geboten wurden. Sie führten direkte Gespräche mit den Kassenverbänden und waren noch mehr irritiert über die Art und Weise, wie sie dort abgewimmelt wurden.

Außerdem gab es Abgeordnete des Landtages, welche die schlechte Versorgung in ihren Wahlkreisen reklamierten und den zuständigen Fachausschuss mit der Situation befassten.

Schließlich gab es das für die Eingliederungshilfe wie auch die Rechtsaufsicht über die Krankenkassen des Landes zuständige Ministerium. Hier liefen die negativen Zustandsbeschreibungen über die Umsetzung der Soziotherapie im Lande zusammen. Es entstand der Impuls, die Leistungsträger des SGB V und des SGB XII zu einem Gespräch zusammenzuführen. Bei diesem Gespräch wurden keine juristischen Argumente ausgetauscht, niemand drohte mit irgendwas. Es ging allein um die politische Frage, weshalb in Sachsen-Anhalt eine gesetzliche Leistung nicht umgesetzt wird. Es konnte doch schwerlich daran liegen, dass man die Betroffenen dieses Bundeslandes für weniger Wert erachtete.

Als wenige Wochen später die Vertreter des Berufsverbandes der Soziotherapeuten und der Kassenverbände in Magdeburg zu Verhandlungen zusammenkamen, hatte sich das politische Klima ganz deutlich verändert. Es war unübersehbar, dass man auf beiden Seiten auf ein Verhandlungsergebnis zusteuerte, das die Soziotherapie in Sachsen-

[6] Zur Unterscheidung von mittelbarem und unmittelbaren Behinderungsausgleich vgl. Giese, Beitrag D36-2015, Ulrich, Beitrag A4-2014, Waldenburger Beitrag A26-2013, Ulrich Beitrag A27-2011 jeweils unter www.reha-recht.de.

Anhalt an den Start bringen kann. Das Ergebnis steht auf drei entscheidenden Säulen:

1. Die Zulassung wird in jedem einzelnen Fall an hohe, aber auch realistische Qualitätskriterien geknüpft. Entscheidend ist die Behandlungserfahrung von mindestens drei Jahren sowie eine Ausbildung, die einer Qualifizierung von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen bzw. einem psychiatrischen Fachpfleger entspricht, aber das ganze Spektrum neuer Ausbildungsgänge berücksichtigt. Es dürfte jetzt keine Stadt und keinen Landkreis mehr geben, wo nicht wenigstens 3 bis 5 geeignete Fachkräfte gefunden werden können.
2. Die vergütete Soziotherapie-Stunde beinhaltet alle Leistungen, die von der alten wie neuen Soziotherapie-Richtlinie gefordert werden, also beispielsweise auch die Fahrzeit, um die Patienten aufzusuchen.
3. Die Vergütung entspricht mehr oder weniger den Vergütungen der Eingliederungshilfe für eine vergleichbare Leistung.

IV. Wie können die Soziotherapeuten dazu beitragen, dass sich diese positive Entwicklung in Sachsen-Anhalt auf die übrigen Bundesländer überträgt?

Zunächst wird der Berufsverband für jedes Bundesland eine Übersicht erarbeiten, in welcher Stadt und in welchem Landkreis aktuell Soziotherapie angeboten wird. Diese Übersicht wird in vielen bedeutenden und selbstbewussten Ländern wie z. B. Nordrhein-Westfalen, Hessen oder Bayern zu wenig erfreulichen Überraschungen führen.

Die Analyse der tatsächlichen Versorgungsverhältnisse könnte dann in manchen Kommunen den Impuls auslösen, den Entzug einer seit 15 Jahren bestehenden gesetzlichen Behandlungsleistung nicht länger hinzunehmen. Wenn sich diese Unzufriedenheit über kommunale Spitzenverbände und die überörtlichen Träger der Eingliederungshilfe im Land verdichtet, dann sollten sich die zuständigen Ministerien veranlasst sehen, ihre Kassenverbände zum politischen Gespräch zu bitten.

Die Interessen der Krankenkassen und der Landespolitik sind in vielen Feldern des Gesundheitswesens so eng verflochten, dass man sich kaum vorstellen kann, dass sich ausgerechnet bei der Soziotherapie kein Interessenausgleich entwickeln könnte. Es ist also Zeit zu handeln.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.