



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Ursachen für die Umsetzungs- problematiken in der Soziotherapie

Evaluationsbericht

Bericht der Geschäftsführung im Auftrag
des Unterausschusses Soziotherapie

Fassung vom

17. Januar 2008

© Gemeinsamer Bundesausschuss
Studienleitung: Christof Wiesner, Dipl.-Psych., MPH
Methodische Beratung: Fachberatung Medizin, Dr. Barbara Pietsch

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Inhaltsverzeichnis

1.	Abkürzungen	9
2.	Zusammenfassung	10
3.	Soziotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung	12
3.1	Gesetzliche Grundlage	12
3.1.1	Anspruchsvoraussetzungen	12
3.1.2	Grundlagen, Ziele und Inhalte	12
4.	Aufgabenstellung	14
4.1	Auftrag des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V vom 16.05.2006	14
4.2	Zielgruppen der Evaluation	14
5.	Studienablauf	15
5.1	Auftragskonkretisierung	15
5.2	Zielgruppen	15
5.3	Durchführung der schriftlichen Befragung	17
5.4	Rücklauf	18
5.5	Dateneingabe	19
5.6	Statistische Auswertungen und Aufbereitung der Ergebnisse	19
5.7	Zeitlicher Verlauf des Evaluationsprojekts	19
6.	Ergänzende Informationen zum Leistungsgeschehen Soziotherapie	21
6.1	Patienten	21
6.2	Verordnungsberechtigte Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde	22
6.3	Hausärzte und andere niedergelassene Ärzte	22
6.4	Leistungserbringer Soziotherapie	22
6.4.1	Berufsgruppen	22
6.4.2	Qualifikationsanforderungen	22
6.4.3	Leistungen	22
6.5	Krankenkassen	23
6.6	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	23
6.7	Abgrenzung zu anderen Leistungen	23
6.7.1	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)	23
6.7.2	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	24
6.7.3	Ergotherapie	24
7.	Ergebnisse	26
7.1	Hausärzte	27

7.1.1	Kenntnis über Leistungsinhalte und Ordnungsbedingungen der Soziotherapie	28
7.1.2	Informationsquellen zu Soziotherapie	28
7.1.3	Betreuung schwer psychisch Kranker, für die Soziotherapie in Frage kommt	29
7.1.4	Nachfrage der Verordnung von Soziotherapie in den letzten 12 Monaten	29
7.1.5	Ordnungsberechtigte Fachärzte, die Soziotherapie für eigene Patienten ordnen können, bekannt?	30
7.1.6	Anerkannte Leistungserbringer zur soziotherapeutischen Betreuung eigener Patienten bekannt?	30
7.1.7	Häufigkeit der Verordnung zur Indikationsstellung von Soziotherapie mit Muster 28 in den letzten 12 Monaten	31
7.1.8	Wenn Soziotherapie verordnet wird, stehen soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?	32
7.1.9	Wenn Soziotherapie verordnet wird, und eine Weiterführung der Maßnahme erforderlich ist, stehen ordnungsberechtigte Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde zur Verfügung?	34
7.1.10	Wird verordnete Soziotherapie von Patienten in Anspruch genommen?	36
7.1.11	Betreuung schwer / chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...	37
7.1.12	Anmerkungen	39
7.1.13	Zusammenfassung	39
7.2	Ordnungsberechtigte Fachärzte (Nervenärzte, Psychiater)	40
7.2.1	Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 in den letzten 12 Monaten	40
7.2.2	Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 bei entsprechenden Diagnosen in den letzten 12 Monaten	43
7.2.3	Gründe für das Nichtverordnen von Soziotherapie	44
7.2.4	Regelmäßige Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie	45
7.2.5	Akzeptanz der Patienten für soziotherapeutische Leistungen	46
7.2.6	Gründe dafür, dass Soziotherapie nach Verordnung nicht zustande kam	46
7.2.7	Gründe für eine erfolgte Ablehnung verordneter Soziotherapie durch die Krankenkassen	48
7.2.8	Dauer der Wartezeit bei der Vermittlung zu einem soziotherapeutischen Leistungserbringer	50
7.2.9	Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ohne Vertrag mit Krankenkassen (z.B. nach Übergangsbestimmungen)	51
7.2.10	Betreuung schwer / chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...	52
7.2.11	Vorschläge für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern	54
7.2.12	Weitere Fähigkeitsstörungen, für die Soziotherapie erforderlich wäre	55
7.2.13	Verbesserung der Patientenversorgung durch Möglichkeit Soziotherapie zu verordnen	55

7.2.14	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit soziotherapeutischen Leistungserbringern	56
7.2.15	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken oder anderen Einrichtungen	57
7.2.16	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen	57
7.2.17	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen	58
7.2.18	Anmerkungen	58
7.2.19	Zusammenfassung	59
7.3	Leistungserbringer (Soziotherapeuten)	60
7.3.1	Status als anerkannter Leistungserbringer für Soziotherapie	61
7.3.2	Schwierigkeiten einen Vertrag mit den Krankenkassen zu bekommen	62
7.3.3	Vertragsabschlüsse mit den Landesverbänden / -vertretungen der Krankenkassen	64
7.3.4	Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen	64
7.3.5	Anzahl der Patienten, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde	64
7.3.6	Diagnosen, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde	65
7.3.7	Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie im Rahmen der psychischen Erkrankung des Patienten	66
7.3.8	Gründe dafür, dass Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam	68
7.3.9	Dauer der Wartezeit für Patienten bis zum Beginn der Soziotherapie	71
7.3.10	Ablehnung von Patienten wegen fehlender Kapazitäten	72
7.3.11	Möglichkeit der Überweisung von Patienten an andere Leistungserbringer bei Ablehnung	74
7.3.12	Vorschläge für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern	74
7.3.13	Fähigkeitsstörungen, für die Soziotherapie erforderlich wäre	75
7.3.14	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit verordnungsberechtigten Fachärzten	76
7.3.15	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen	76
7.3.16	Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	77
7.3.17	Anmerkungen	77
7.3.18	Zusammenfassung	78
7.4	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	79
7.4.1	Anzahl der in den letzten 12 Monaten befürworteten bzw. nicht befürworteten Anträge auf Soziotherapie	79
7.4.2	Gründe für die Nicht-Befürwortung	80
7.4.3	Anzahl der Anfragen zum Thema Soziotherapie in den letzten 12 Monaten	82

7.4.4	Ausreichende Information der Mitarbeiter über die Verordnung von Soziotherapie	82
7.4.5	Anmerkungen	82
7.4.6	Zusammenfassung	82
7.5	Krankenkassen	83
7.5.1	Anzahl der Verträge mit soziotherapeutischen Leistungserbringern	84
7.5.2	Anzahl der Verordnungen / Anträge auf Soziotherapie in den letzten 12 Monaten	84
7.5.3	Diagnosen bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie verordnet wurde	84
7.5.4	Anzahl der an den MDK zur Begutachtung weitergeleiteten Verordnungen und Anzahl der genehmigten bzw. abgelehnten Verordnungen	86
7.5.5	Gründe für die Ablehnungen	87
7.5.6	Wer wurde über die Ablehnung des Antrages unterrichtet und wer erhielt ergänzende Anfragen zu diesem Antrag?	89
7.5.7	Mitarbeiter ausreichend über Verordnung von Soziotherapie unterrichtet?	90
7.5.8	Anmerkungen	90
7.5.9	Zusammenfassung	90
8.	Ergänzende Analysen auf Ebene der Bundesländer	91
8.1	Hausärzte nach Bundesländern	91
8.1.1	Kenntnis über Leistungsinhalte und Ordnungsbedingungen der Soziotherapie	91
8.1.2	Betreuung schwer psychisch Kranker, für die Soziotherapie in Frage kommt	91
8.1.3	Verordnungsberechtigte Fachärzte, die Soziotherapie für eigene Patienten verordnen können, bekannt?	92
8.1.4	Anerkannte Leistungserbringer zur soziotherapeutischen Betreuung eigener Patienten bekannt?	92
8.1.5	Häufigkeit der Verordnung zur Indikationsstellung von Soziotherapie mit Muster 28 in den letzten 12 Monaten	93
8.1.6	Wenn Soziotherapie verordnet wird, stehen soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?	93
8.1.7	Betreuung schwer / chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...	93
8.2	Nervenärzte / Psychiater nach Bundesländern	95
8.2.1	Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 in den letzten 12 Monaten	95
8.2.2	Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 bei entsprechenden Diagnosen in den letzten 12 Monaten	96
8.2.3	Gründe für das Nichtverordnen von Soziotherapie	96
8.2.4	Regelmäßige Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie	97
8.2.5	Gründe dafür, dass Soziotherapie nach Verordnung nicht zustande kam	98

8.2.6	Betreuung schwer / chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...	99
8.2.7	Verbesserung der Patientenversorgung durch Möglichkeit Soziotherapie zu verordnen	100
8.3	Leistungserbringer (Soziotherapeuten) nach Bundesland	101
8.3.1	Schwierigkeiten einen Vertrag mit den Krankenkassen zu bekommen	101
8.3.2	Anzahl der Patienten, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde	101
8.3.3	Diagnosen, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde	102
8.3.4	Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie im Rahmen der psychischen Erkrankung des Patienten	102
8.3.5	Gründe dafür, dass Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam	104
8.3.6	Dauer der Wartezeit für Patienten bis zum Beginn der Soziotherapie	105
8.3.7	Ablehnung von Patienten wegen fehlender Kapazitäten	105
9.	Schlussfolgerungen mit Bezug auf die Kernthesen der Evaluation	106
10.	Anhang	116
10.1	Fragebögen	116
10.1.1	Fragebogen Hausärzte / andere niedergelassene Fachärzte	116
10.1.2	Fragebogen Nervenärzte / Psychiater	119
10.1.3	Fragebogen Leistungserbringer	125
10.1.4	Fragebogen Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	129
10.1.5	Fragebogen Krankenkassen	131
10.2	Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen / Ergänzende Hinweise	134
10.2.1	Liste der Stellungnehmenden	134
10.2.2	Verein zur Förderung der sozialen Arbeit Niehnhof	135
10.2.3	SIDA Hannover	136
10.2.4	Märkischer Kreis Sozialpsychiatrischer Dienst	137
10.2.5	Frau Petra Schmidt-Böhme	139
10.2.6	Giessener Soziotherapie	146
10.2.7	Herr Siegfried Mayer	150
10.2.8	Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim	151
10.2.9	LIGA Baden-Württemberg	152
10.2.10	INTEGRA 2000 e.V:	154
10.2.11	Frau Dagmar Ebert	155
10.2.12	Herr Benno Kiehl	156
10.2.13	Caritasverband Bruchsal	159
10.2.14	Dr. Thilo Bulling	160

10.2.15	Andrea Bernzen	166
10.2.16	Gerold Moser	168
10.2.17	MDK Baden-Württemberg	170
10.2.18	MDK Rheinland	171
10.2.19	VdAK-AEV	173
10.3	Soziotherapie-Richtlinien	174

1. Abkürzungen

AA	Arbeitsausschuss
AG	Arbeitsgruppe
AEV	Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
Arge-KoA	Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss
BKK	Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
GAF	Global Assessment of Functioning - Globale Erfassung des Funktionsniveaus
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GF	Geschäftsführung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	International Classification of Diseases – Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision
IKK	Innungskrankenkassen
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SpiK	Spitzenverbände der Krankenkassen
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
UA	Unterausschuss
VdAK	Verband der Angestellten Krankenkassen

2. Zusammenfassung

Herausstechendes Ergebnis bei der Zielgruppe Hausärzte ist, dass die Leistung Soziotherapie und deren Verordnungsfähigkeit größtenteils unbekannt ist. Dementsprechend selten wurde in dieser Stichprobe die Leistung in den letzten 12 Monaten verordnet. Und selbst wenn Hausärzte Soziotherapie verordnen wollten, so fehlt doch mehrheitlich das Wissen, welche verordnungsberechtigten Fachärzte und welche Leitungserbringer anzusprechen wären. Dennoch besteht scheinbar eine gute Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie/Nervenheilkunde. Letztere nehmen den Spitzenplatz ein, wenn es um die Zusammenarbeit bei der Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker geht, gefolgt von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten.

Bei den Fachärzten, die eine Verordnungsberechtigung für Soziotherapie erlangt haben, finden wir eine 50/50 Situation vor: Die eine Hälfte ist aktiv mit Soziotherapie befasst, die andere Hälfte hat in den letzten 12 Monaten die Leistung nicht (mehr) verordnet.

Wenn Soziotherapie verordnet wird, dann fast nur für Patienten mit einer Schizophrenie. Die Akzeptanz wird von den verordnenden Ärzten als gut bis sehr gut eingeschätzt, Wartezeiten bestehen kaum und die große Mehrheit der verordnenden Fachärzte sieht eine Verbesserung ihrer Patienten durch die Möglichkeit Soziotherapie zu verordnen.

Wenn Soziotherapie nicht verordnet wird oder nicht zustande kommt, ist dies zum größten Teil mangels Leistungserbringer vor Ort der Fall. Dementsprechend wird häufig eine „Liste mit sämtlichen soziotherapeutischen Leistungserbringern“ als Verbesserungsvorschlag für die Zusammenarbeit mit Kassen oder Leistungserbringern genannt.

Besonders verbesserungswürdig schätzen die Ärzte die Zusammenarbeit mit dem MDK und mit den Leistungserbringern ein.

Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden sehr häufig genannt, wenn gefragt wird, für welche weiteren Patientengruppen die Psychiater die Verordnung von Soziotherapie für sinnvoll halten.

In der Frage der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der sozial-psychiatrischen Versorgung stehen die Anbieter im komplementären Versorgungsbereich anteilmäßig bei den Psychiatern ganz oben auf der Liste, gefolgt von den psychiatrischen Kliniken und den ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten.

Die aus Sicht der befragten Ärzte zu geringe Vergütung bei der Verordnung von Soziotherapie problematisieren diese häufig: sowohl bei der Frage nach den Gründen für das Nichtverordnen von Soziotherapie (Rang Nr. 2), als auch bei den freien Anmerkungen am Ende des Fragebogens (Rang Nr. 1).

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer arbeiten fast ausschließlich als Angestellte und betreuen im Jahresdurchschnitt 13,5 Patienten - hauptsächlich mit einer Diagnose „Schizophrenie“. Wartezeiten oder Ablehnung wegen fehlender Kapazitäten sind keine relevanten Größen.

Die Soziotherapeuten schlagen in erster Linie die diagnostischen Kategorien „Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ und „Persönlichkeitsstörungen“ als weitere geeignete Diagnosen für Soziotherapie vor.

Verbesserungsbedarf wird vor allem in der Zusammenarbeit mit den Nervenärzten/Psychiatern sowie den Krankenkassen gesehen.

Wenn nach der Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie im Rahmen der psychischen Erkrankung des Patienten gefragt wird, dann stehen bei den Nennungen mit großem Abstand zu anderen Akteuren an erster Stelle der (unabdingbare) Nervenarzt/Psychiater und die Anbieter im komplementären Versorgungsbereich.

Die Möglichkeit für freie Anmerkungen am Ende des Fragebogens nutzen die befragten Leistungserbringer v.a. um die aus ihrer Sicht zu geringe Vergütung anzusprechen.

Die Zahl der befürworteten Anträge auf Soziotherapie überwiegt laut MDK-Angaben die der nicht befürworteten Anträge. Die beiden häufigsten Gründe für eine Nicht-Befürwortung sind Verordnungen bei einer Diagnose bzw. einer Fähigkeitsstörung, die nicht den Soziotherapie-Richtlinien entspricht.

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden mehr Anträge auf Soziotherapie genehmigt als abgelehnt – insgesamt deuten die Zahlen jedoch auf ein geringes Leistungsgeschehen hin. Die beiden häufigsten Gründe für eine Ablehnung sind Verordnungen bei einer Diagnose, die nicht den Soziotherapie-Richtlinien entspricht und unvollständige Antragsunterlagen.

3. Soziotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung

3.1 Gesetzliche Grundlage

Die gesetzliche Vorschrift zur Leistungserbringung der ambulanten Soziotherapie ist der § 37 a SGB V. Während in Abs. 1 dieser Vorschrift die Soziotherapie grundsätzlich beschrieben ist, werden in Abs. 2 die in den Soziotherapie-Richtlinien nach § 92 SGB V (siehe Anlage 10.3) näher zu konkretisierenden inhaltlichen Anforderungen zu den Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung genannt.

In den Soziotherapie-Richtlinien wird Soziotherapie hinsichtlich der Grundlagen und Ziele, der Indikation und Therapiefähigkeit, des Leistungsinhalts, der Verordnung und des Leistungsumfangs sowie des Inhalts und Umfangs der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer umfassend definiert.

Die Definition der Soziotherapie orientiert sich an den Anforderungen der gesetzlichen Bestimmung und grenzt sich dadurch zur Begrifflichkeit und deren Inhalt in sozialwissenschaftlichen und medizinisch-psychiatrischen Bereichen ab.

3.1.1 Anspruchsvoraussetzungen

Der § 37 a Abs. 1 SGB V beschreibt die Anspruchsvoraussetzungen für Patienten, die von Soziotherapie profitieren sollen. Danach kommen Patienten in Betracht, die schwer psychisch erkrankt und nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Außerdem muss eine Krankenhausbehandlung vermieden, verkürzt oder ersetzt werden, wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Darüber hinaus wird in den Soziotherapie-Richtlinien festgelegt, bei welchen Krankheiten Soziotherapie erforderlich ist und welche Anforderungen an die Therapiefähigkeit der Patienten gestellt werden, damit die Therapieziele erreicht werden können.

3.1.2 Grundlagen, Ziele und Inhalte

Mit der ambulanten Soziotherapie werden zwei Hauptziele verfolgt:

- Selbständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen durch die Patienten.
- Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung oder Ersatz von Krankenhausbehandlung, wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Um diese Ziele zu erreichen, soll die Soziotherapie dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll dadurch unmittelbar in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von

definierten Therapiezielen (bzw. Teilzielen). Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt. Sie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten eine bessere Krankheitswahrnehmung (Zugang zu seiner Krankheit) ermöglicht, in dem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.

Die Soziotherapie umfasst generell die Erstellung eines soziotherapeutischen Behandlungsplans, die Koordination von Behandlungsmaßnahmen, die Arbeit im sozialen Umfeld und die soziotherapeutische Dokumentation. In Abhängigkeit von den spezifischen Patientenproblemen werden von den soziotherapeutischen Leistungserbringern zusätzlich folgende Leistungen erbracht:

- Motivations- (antriebs-)relevantes Training
- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung
- Hilfe in Krisensituationen.

Die einzelnen Leistungsinhalte sind in den Soziotherapie-Richtlinien (siehe Anhang 10.3) genannt.

4. Aufgabenstellung

4.1 Auftrag des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V vom 16.05.2006

In der Sitzung des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V am 16.05.2006, wurde der Auftrag an den Unterausschuss Soziotherapie formuliert, eine Befragung hinsichtlich der Versorgungssituation vorzubereiten und durchzuführen. Mit dieser Befragung sollten die Gründe für die Schwierigkeiten, Soziotherapie in der GKV anzubieten, aufgedeckt werden. Die Ergebnisse der Befragung sollten dem G-BA ggf. verbunden mit einer Beschlussempfehlung vorgestellt werden.

In diesem Zusammenhang wurde vom Unterausschuss klargestellt, dass der Projektbericht „Evaluation der Umsetzung des § 37 a SGB V“ der Aktion Psychisch Kranke e.V., der dem Unterausschuss in seiner Sitzung am 12.01.2006 vorgestellt wurde, methodisch nicht geeignet ist, die Fragestellung des Unterausschusses zu beantworten, so dass die Geschäftsführung mit der Durchführung einer eigenen Evaluation nach den Vorgaben des Unterausschusses beauftragt wurde.

4.2 Zielgruppen der Evaluation

Zielgruppe der Befragung waren mit Ausnahme der Patienten alle Akteure, die an der Versorgung mit Soziotherapie beteiligt sind; das sind Krankenkassen, Hausärzte, verordnungsberechtigte Fachärzte, Leistungserbringer und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK). Eine Arbeitsgruppe des Unterausschusses wurde beauftragt, für jede Zielgruppe jeweils einen Fragebogen zu entwickeln.

5. Studienablauf

5.1 Auftragskonkretisierung

Der Unterausschuss Soziotherapie hat den Auftrag des G-BA konkretisiert, indem er sieben Kernthesen formuliert hat, welche in Form von Fragebogenitems operationalisiert wurden.

Auftrag des G-BA

Es sollen die Ursachen der Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie evaluiert werden.

Kernthesen:

- 1) Die Leistung Soziotherapie ist im Bereich der hausärztlichen Versorgung nicht bekannt.
- 2) Soziotherapeutische Leistungserbringer stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung.
- 3) Die Indikationen der Richtlinie erfassen nicht alle schwer psychisch Kranken im Sinne des Gesetzes.
- 4) Soziotherapeutische Verordner stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung.
- 5) Anstatt der Soziotherapie werden andere Leistungen erbracht/verordnet.
- 6) Der MDK legt bei seinen Entscheidungen nicht die Richtlinien zu Grunde.
- 7) Mit Soziotherapie wird die Versorgung schwer psychisch Kranker nicht verbessert.

Die Schlussfolgerungen des Unterausschusses von den Evaluationsergebnissen auf diese sieben Kernthesen finden sich in Abschnitt 9 des Berichtes.

5.2 Zielgruppen

Der Unterausschuss hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die in ihrer Sitzung am 13.09.2006 und in weiteren schriftlichen Abstimmungen für folgende Zielgruppen jeweils einen Fragebogen entwickelt hat:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin / Hausärzte
- verordnungsberechtigte Nervenärzte / Psychiater
- Soziotherapeutische Leistungserbringer
- Krankenkassen
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Um eine möglichst hohe Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten, hat man sich, so weit möglich, für eine Vollerhebung entschieden. In zwei Fällen wurde diese aus Gründen der Durchführbarkeit zu Gunsten einer Stichprobenbefragung aufgegeben:

- 1) Die Gruppe der Hausärzte umfasst nach Angaben der KBV 41.111 Allgemeinärzte und Praktische Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Stand 31.12.2005). Von dieser Grundgesamtheit wurde eine 5 %-Zufallsstichprobe (SPSS-Zufallsgenerator), geschichtet nach Bundesland gezogen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die sich daraus ergebende Stichprobengröße pro Bundesland.

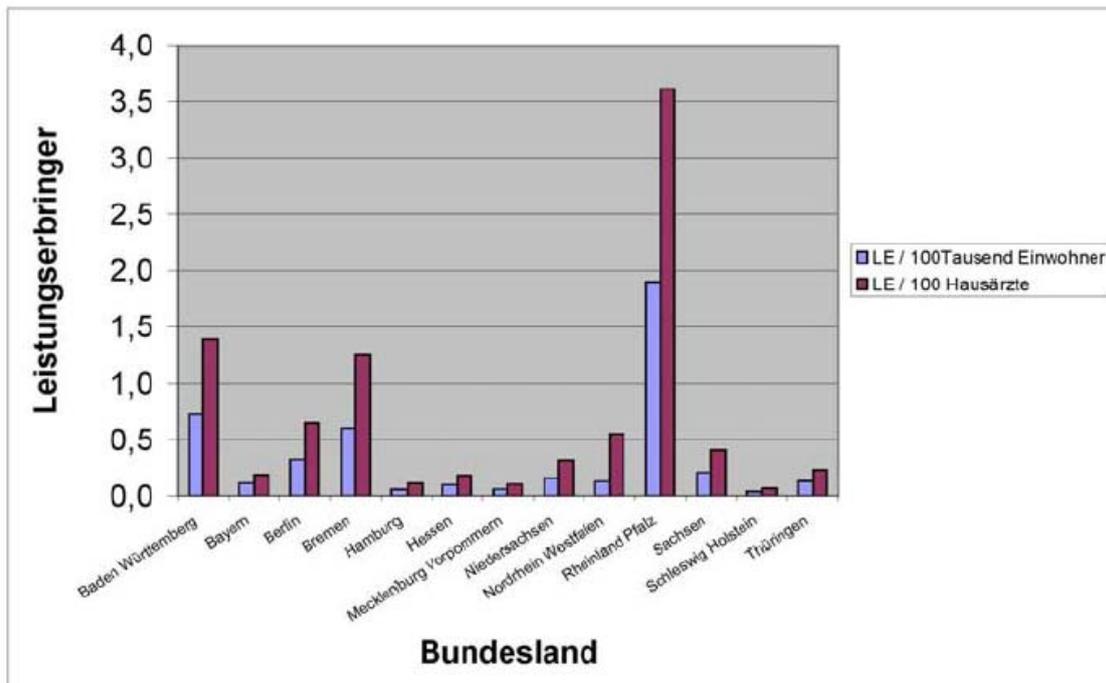
Tabelle 1 5 %-Zufallsstichprobe der Hausärzte nach Bundesland

Bundesland	Stichprobe n	% bezogen auf die Stichprobe
Baden-Württemberg	269	13,1%
Bayern	409	19,8%
Berlin	67	3,3%
Brandenburg	72	3,5%
Bremen	12	0,6%
Hamburg	42	2,0%
Hessen	137	6,6%
Meckl.-Vorpommern	59	2,9%
Niedersachsen	204	9,9%
Nordrhein-Westfalen	351	17,0%
Rheinland-Pfalz	95	4,6%
Saarland	23	1,1%
Sachsen	109	5,3%
Sachsen-Anhalt	74	3,6%
Schleswig-Holstein	70	3,4%
Thüringen	68	3,3%
Gesamt N	2061	100,0%

- 2) Die Gruppe der Krankenkassen wurde wegen der inhaltlichen Ausgestaltung des Fragebogens, die auf Details des Leistungsgeschehens zielte, eingeschränkt auf Krankenkassen in den vier Bundesländern mit der größten Zahl von soziotherapeutischen Leistungserbringern pro Einwohner bzw. pro Hausarzt. Eigene Berechnungen auf Basis der Adressdatenbank aller anerkannter soziotherapeutischer Leistungsbringer zeigten, dass mit Abstand die Länder Rheinland Pfalz, Baden Württemberg, Bremen und

Berlin die größte Leistungserbringerdichte aufweisen (siehe nachstehende Grafik).

Abbildung 1 Anteil soziotherapeutischer Leistungserbringer pro 100T Einwohner bzw. 100 Hausärzte nach Bundesland



Die Gruppengrößen der übrigen drei Zielgruppen, die per Vollerhebung befragt wurden, zeigt nachstehende Tabelle 2.

Tabelle 2 Gruppengröße der Zielgruppen in Vollerhebung

Zielgruppe	N
Verordnungsberechtigte Nervenärzte / Psychiater	878
Soziotherapeutische Leistungserbringer und Einrichtungen	303
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	15

Am 21.12.2006 wurden die Zielgruppenauswahl und die Fragebögen vom Unterausschuss Soziotherapie im schriftlichen Verfahren konsentiert. Die Fragebögen sind im Anhang 10.1 im Detail dargestellt.

5.3 Durchführung der schriftlichen Befragung

Die Befragung der folgenden Gruppen erfolgte schriftlich auf dem Postweg.

- Fachärzte für Allgemeinmedizin / Hausärzte

- Verordnungsberechtigte Nervenärzte / Psychiater
- Soziotherapeutische Leistungserbringer
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Im Anschreiben wurden die Probanden über die Ziele der Befragung aufgeklärt, ihnen wurde Anonymität und Datenschutz zugesichert und die Rücksendung der ausgefüllten Bögen wurde innerhalb einer achtwöchigen Frist erbeten. Zur Rücksendung wurde jeder Aussendung ein frankierter Rückumschlag beigelegt, um die Hürde zur Rückmeldung möglichst niedrig zu gestalten und so eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen.

Die Befragung der Krankenkassen erfolgte per E-Mail über die Spitzenverbände der Krankenkassen, die als Verteiler zur Weiterleitung der Fragebögen an ihre Untergliederungen in dem jeweiligen Bundesland fungierten. Der Rücklauf erfolgte von den Kassen teilweise schriftlich, teilweise elektronisch.

5.4 Rücklauf

Nach Ablauf der im Anschreiben angegebenen Frist zur Rücksendung der Fragebögen lag die Rücklaufquote bei den Hausärzten bei ca. 25 %, bei den verordnungsberechtigten Psychiatern bei ca. 40 % und bei den Leistungserbringern bei ca. 50 %.

Daraufhin wurden als rücklaufstärkende Maßnahme alle bis dahin nicht antwortenden Personen erneut angeschrieben, mit der zusätzlichen Möglichkeit die ausgefüllten Bögen auch per Fax an die Geschäftsstelle zu senden.

Die Rücklaufquote ist in Tabelle 3 dargestellt, wobei die Krankenkassen in dieser Darstellung ausgenommen sind, da durch die indirekte Versendung und den teilweise indirekten Rücklauf kein absolutes N für Aussendung bzw. Rücklauf angegeben werden kann.

Tabelle 3 Rücklaufquote pro Zielgruppe ohne KK

Zielgruppe	Aussendung N	Rücklauf vor Erinnerungsschreiben N (%)	Rücklauf nach Erinnerungsschreiben N (%)
Hausärzte	2061	515 (25 %)	735 (36 %)
Verordnungsberechtigte Nervenärzte / Psychiater	878	351 (40 %)	436 (50 %)
Soziotherapeutische Leistungserbringer	303	151 (50 %)	252 (83 %)
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	15	14 (93 %)	14 (93 %)

Die hohe Rücklaufquote bei den Leistungserbringern erklärt sich teilweise dadurch, dass durch die Form der Adressdatenbank, die der Geschäftsstelle

zur Verfügung gestellt wurde, fast ausschließlich Verbände und Einrichtungen angeschrieben wurden, welche die Bögen vervielfältigt an die eigentlichen angestellten Personen, die Soziotherapie für diese Einrichtung erbringen weiterleiteten. Dennoch liegt selbst bei adjustierter Berechnung¹ der Rückläufe die Quote bei dieser Zielgruppe bei über 60 %.

5.5 Dateneingabe

Die Dateneingabe erfolgte sukzessive. Alle bis zum Stichtag 30. April 2007 bei der Geschäftsstelle eingegangenen Fragebögen wurden elektronisch erfasst (Gesamt N über alle Zielgruppen = 1437).

Zur Erfassung und Auswertung der Daten fiel die Wahl auf das Statistikprogramm SPSS für Windows in der Version 15.0.1. Für die Dateneingabe wurden in SPSS pro Zielgruppe den Fragebögenstrukturen entsprechende Erfassungsschemata (Templates) vorbereitet. Die Eingabe der handschriftlich ausgefüllten Fragebögen erfolgte durch eine trainierte Studienassistentin im Zeitraum von Februar bis April 2007.

5.6 Statistische Auswertungen und Aufbereitung der Ergebnisse

Für die einzelnen Antwortdimensionen wurden deskriptive Statistiken mittels SPSS erstellt, auffällige Teilaspekte gesondert ausgewertet und die qualitativen Daten in den Fragebögen extrahiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Als statistische Auswertungsmethoden kommen deskriptive Verfahren (absolute und relative Häufigkeiten sowie Verteilungsmaße) zur Anwendung.

5.7 Zeitlicher Verlauf des Evaluationsprojekts

Tabelle 4 Übersicht Projektverlauf

Gremium	Datum	Projektschritt
G-BA	16.05.2006	Evaluationsauftrag an UA Soziotherapie
UA	31.08.2006	Konkretisierung des Auftrags
AG	13.09.2006	Entwicklung von Fragebögen für die Zielgruppen Kassen, Hausärzte, verordnungsberechtigte Fachärzte, Leistungserbringer und MDK.
GF	05.12.2006	Beginn Aufbau Adressdatenbank
GF/UA Vorsitzende	11.12.2006	Abstimmung Anschreiben und Fristen
GF	13.12.2006	Pre-Test Fragebögen
UA	21.12.2006	Konsentierung der Fragebögen im schriftlichen Verfahren

¹ Berechnung des Rücklaufs unter Vernachlässigung der vervielfältigten Fragebögen

GF	04.01.2007	Beginn Postversand Fragebögen: Leistungserbringer, Psychiater und MDK
GF	09.01.2007	Abstimmung Rücklaufmodus mit SPiK: Verbände entscheiden individuell, ob die Bögen einzeln oder gebündelt an den G-BA zurückgeschickt werden.
GF	10.01.2007	E-Mail- Versand Fragebögen Krankenkassen
GF	16.01.2007	Stichprobenziehung aus Adressdatenbank „Hausärzte“ (5% Stichprobe, geschichtet nach Bundesland)
GF	23.01.2007	Beginn Postversand Fragebögen: Hausärzte
GF	05.02.2007	Programmierung Dateneingabemasken und SPSS Routine-Scripts
GF	12.02.2007	Beginn Dateneingabe
GF	bis 28.02.2007	Registrierung Rücklauf Kassen, verordnungsberechtigte Fachärzte, Leistungserbringer und MDK
GF	05.03.2007	Beginn rücklaufstärkende Maßnahmen Kassen, verordnungsberechtigte Fachärzte, Leistungserbringer und MDK
GF	bis 15.03.2007	Registrierung Rücklauf Hausärzte
GF	19.03.2007	Beginn rücklaufstärkende Maßnahmen Hausärzte
GF	bis 30.04.2007	Dateneingabe
GF	01.05.2007 bis 15.06.2007	Quantitative und qualitative Datenauswertung
GF	15.06.2007 bis 15.07.2007	Abfassen des Evaluationsberichts
UA	28.08.2007	Vorstellen des Evaluationsberichts und Beratung der Ergebnisse

6. Ergänzende Informationen zum Leistungsgeschehen Soziotherapie

6.1 Patienten

Für die Soziotherapie kommen Patienten in Betracht, die Hilfe benötigen, um ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Werden diese Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird häufig eine (erneute) Krankenhausbehandlung notwendig. Es handelt sich hierbei um Patienten der sog. „Drehtürpsychiatrie“. Von der Leistung Soziotherapie sollen vorrangig Patienten mit episodischem Krankheitsverlauf profitieren, die typischerweise auf Grund mangelnder Krankheitswahrnehmung relativ kurzzeitig nach einer stationären Behandlung ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen nicht mehr in Anspruch nehmen, z. B. auch die ärztlich verordnete Medikamenteneinnahme beenden.

Für die Indikation zur Verordnung einer Soziotherapie muss eine der folgenden Diagnosen (ICD 10) vorliegen:

Bereich des schizophrenen Formenkreises:

- Schizophrenie (F20.0 bis F20.6)
- schizotype Störung (F21)
- anhaltende wahnhaftige Störung (F22)
- induzierte wahnhaftige Störung (F24)
- schizoaffektive Störung (F25).

Bereich der affektiven Störungen:

- gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolar affektiven Störung (F31.5)
- schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3)
- gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.3).

Hinzu kommen bestimmte Fähigkeitsstörungen, der Wert 40 auf der Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala), der nicht überschritten werden darf, individuelle Therapieziele, die erreicht werden können müssen und eine Therapiefähigkeit, die gegeben sein muss sowie das Ziel der Vermeidung, Verkürzung oder des Ersatzes einer Krankenhausbehandlung.

Für die Leistungsgewährung müssen **alle** diese Indikationskriterien erfüllt werden.

6.2 Verordnungsberechtigte Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde

Soziotherapie kann von Fachärzten mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnet werden, die sich eine entsprechende Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung haben ausstellen lassen.

6.3 Hausärzte und andere niedergelassene Ärzte

Alle anderen niedergelassenen Ärzte können bis zu 3 Stunden Soziotherapie verordnen, wenn dadurch die Überprüfung der Indikation durch einen zur Verordnung von Soziotherapie befugten Psychiater oder Nervenarzt ermöglicht wird.

6.4 Leistungserbringer Soziotherapie

6.4.1 Berufsgruppen

Die beiden Berufsgruppen, die für die Erbringung von Soziotherapie in Frage kommen, sind Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagogen oder Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie.

6.4.2 Qualifikationsanforderungen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben Gemeinsame Empfehlungen gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie ausgesprochen. Auf Grundlage dieser Empfehlungen können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen Verträge mit geeigneten Personen oder Einrichtungen schließen. Der § 132 b Abs. 2 SGB V wurde mit In-Kraft-Treten des GKV-WSG aufgehoben.

6.4.3 Leistungen

Der soziotherapeutische Leistungserbringer erstellt in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten den individuellen soziotherapeutischen Behandlungsplan. Im Rahmen der Soziotherapie werden alle ärztlichen Behandlungen und ärztlich verordneten Leistungen koordiniert und die Motivation des Patienten zur Behandlung gefördert. Soziotherapie findet unter anderem auch im sozialen Umfeld des Patienten statt. Mit praktischen Übungen soll eine Verbesserung der Motivation, der Ausdauer und Belastbarkeit erreicht werden. Familienangehörige und Freunde werden einbezogen.

Eine fortlaufende Dokumentation zu Art und Umfang der Maßnahmen wird durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer erbracht. (Dies schließt die regelmäßige Berichterstattung an den verordnenden Arzt und die Krankenkasse ein.)

Der verordnende Arzt, der Patient und der soziotherapeutische Leistungserbringer stimmen sich mindestens zweimonatlich sowie vor und nach den

ersten fünf (Probe-)Stunden und ebenso vor jeder Folgeverordnung miteinander ab.

6.5 Krankenkassen

Jede Verordnung von Soziotherapie (mit Ausnahme einer Verordnung bis zu drei Stunden zur Überprüfung der Indikation durch jeden Vertragsarzt gemäß der Soziotherapie-Richtlinien) bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dazu ist neben der Verordnung ein soziotherapeutischer Behandlungsplan vorzulegen. Werden Probestunden verordnet, ist der soziotherapeutische Behandlungsplan mit der ggf. folgenden Verordnung einzureichen. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist in Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und dem verordnenden Facharzt auf seine Realisierbarkeit hin zu prüfen, ggf. ist der soziotherapeutische Behandlungsplan zu modifizieren oder, sofern die Realisierbarkeit der Therapieziele durch die Soziotherapie nicht gegeben zu sein scheint, die Soziotherapie zu beenden.

Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Verordnung der Leistung Soziotherapie beauftragen.

6.6 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Im Fall berechtigter Zweifel an der Notwendigkeit der Verordnung von Soziotherapie oder mangelnder Nachvollziehbarkeit bei Folgeverordnungen übermittelt die Krankenkasse neben dem Ordnungsformular und dem soziotherapeutischen Behandlungsplan auch ihr vorliegende ergänzende Unterlagen (z. B. Krankenhausentlassungsberichte, ältere fachärztliche Berichte, aktuelle Arztanfragen oder Versichertenanfragen) an den MDK.

Darüber hinaus ist der MDK berechtigt (Pkt. 26 der Soziotherapie-Richtlinien) ergänzende Unterlagen zum soziotherapeutischen Behandlungsplan (Anamnese, aktueller Befund etc.) beim verordnenden Arzt anzufordern.

Im Fall einer Folgeverordnung kann der MDK die soziotherapeutische Dokumentation entsprechend der „gemeinsamen Empfehlung gemäß § 132 b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie“ (Anhang 6) beim Leistungserbringer anfordern.

6.7 Abgrenzung zu anderen Leistungen

6.7.1 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)

Die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz sind ein komplexes Angebot, erbracht von einem interdisziplinären Therapeutenteam; sie sind durch eine im Vergleich zur ambulanten Behandlung durch niedergelassene Fachärzte höhere Therapiedichte gekennzeichnet. Leistungen der Anleitung und der Koordination, wie sie die Soziotherapie vorsieht, sind in dem komplexen Therapieangebot der psychiatrischen Institutsambulanzen enthalten

(fachärztliche Behandlung, ergotherapeutische Leistung, sozialpädagogische Leistung). Dabei wird die Institutsambulanz auch aufsuchend tätig, wenn der Patient krankheitsbedingt das komplexe Angebot der Institutsambulanz nicht selbständig in Anspruch nehmen kann. Die gleichzeitige Verordnung ambulanter Soziotherapie und Inanspruchnahme der Komplexleistung der Institutsambulanz gem. § 118 SGB V schließen sich aus. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in einer Institutsambulanz (zum überwiegenden Teil) Patientengruppen behandelt werden, die die Voraussetzungen zur Verordnung von ambulanter Soziotherapie nicht erfüllen. Außerdem besteht für die psychiatrische Institutsambulanz gegenüber der ambulanten Soziotherapie ein weitergehender Versorgungsauftrag.

6.7.2 Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind verordnungsfähig, wenn der Versicherte wegen einer Krankheit der ärztlichen Behandlung bedarf und die häusliche Krankenpflege Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplanes ist. Häusliche Krankenpflege ist dann eine Unterstützung der ärztlichen Behandlung mit dem Ziel, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu erlauben (Krankenhausvermeidungspflege) oder ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen und deren Ergebnis zu sichern (Sicherungspflege).

Spezifische Leistungen der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke sind mit der Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege vom 15. Februar 2005 bundeseinheitlich geregelt worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dabei anerkannt, dass eine Verzahnung der beiden Leistungsarten „Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke“ und „Soziotherapie“ in den Richtlinien unumgänglich ist:

Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege und Soziotherapie können - sofern die jeweiligen individuellen Verordnungsvoraussetzungen erfüllt sind - für nacheinander folgende Zeiträume verordnet werden. Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben inhaltlich gleichen Leistungen der Soziotherapie ausgeschlossen. Für denselben Zeitraum ist die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer jeweils spezifischen Zielsetzung ergänzen.

Sowohl im Behandlungsplan der psychiatrischen Krankenpflege als auch im soziotherapeutischen Betreuungsplan sind die Notwendigkeit, die Dauer sowie die Abgrenzung der Leistungen zueinander darzulegen. Die Verordnung inhaltsgleicher Leistungen ist nicht zulässig.

6.7.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie ist eine wichtige Maßnahme bei der ambulanten Behandlung schizophrener Patienten und dient der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten. Der Schwerpunkt der Ergotherapie als eigenständige Behandlungsform liegt in konzentrations-

fördernden, strukturierenden, übenden, beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen. Im Gegensatz dazu zielt die Soziotherapie unmittelbar auf die Motivierung zur Inanspruchnahme und auf das Hinführen zu ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen ab. Diese Aufgaben des soziotherapeutischen Leistungserbringers sind nicht mehr erforderlich, wenn die ärztliche und die ärztlich verordnete Leistung (Ergotherapie) selbständig in Anspruch genommen werden kann.

7. Ergebnisse

In den nachstehenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Befragung der einzelnen Zielgruppen dargestellt. Die Aufbereitung und Analyse der Daten beinhaltet sowohl statistische Verfahren, u.a. absolute und relative Häufigkeiten, Median und Verteilungsmaße, als auch qualitative Auswertungen der offen formulierten Fragen in den Fragebögen. Dazu kamen teils Auszählungen, teils qualitative Inhaltsanalysen zum Einsatz.

Erläuterungen zur Darstellung der Ergebnisse

Die Antworten auf die Fragen oder Ergänzungssätze sind nicht normalverteilt, weshalb die Angabe von Mittelwerten oder die Berechnung der Streuung der Werte im Folgenden nicht sinnvoll ist. Statt dessen werden die einzelnen (i.d.R. linksgipfligen/rechtsschiefen) Verteilungskurven durch Angabe von Median, Minimum, Maximum und der Perzentilwerte beschrieben.

Der Median ist der Wert, der die Verteilung einer „Variablen“ exakt in zwei Hälften teilt. Im Falle der hier ausgewerteten Fragebogenantworten bedeutet dies: 50 % der Antwortenden haben Angaben gemacht, die unter dem als Median angegebenen Wert liegen und von 50 % liegen die Angaben darüber.

Ein Beispiel:

Die Antworten der Hausärzte auf den Ergänzungssatz „*Schwer/chronisch psychisch Kranke betreue ich in der Regel in meiner Praxis in Zusammenarbeit mit.*“ (Mehrfachnennungen waren möglich) stellen sich auszugweise wie folgt dar:

Zusammenarbeit mit	Häufigkeiten in „ca. %“					
	Median	Min	Max	Perzentile 25 50 75		
Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde	50	0	100	33	50	73
Psychiatrische Institutsambulanz	5	0	100	0	5	15

Die 1. Zeile (Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde) liest sich wie folgt:

Median: Die Hälfte der Antwortenden hat angegeben, dass in etwa 0 bis 50 % der Fälle die Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie / Nervenheilkunde erfolgt.

Min – Max: Die Antworten liegen insgesamt in einem Range von 0 bis 100 %

Perzentile: Ein Viertel der Antwortenden liegt mit seinen Angaben unter 33 % (Perzentil 25) und ein Viertel liegt mit seinen Angaben über 73 % (Perzentil 75).

7.1 Hausärzte

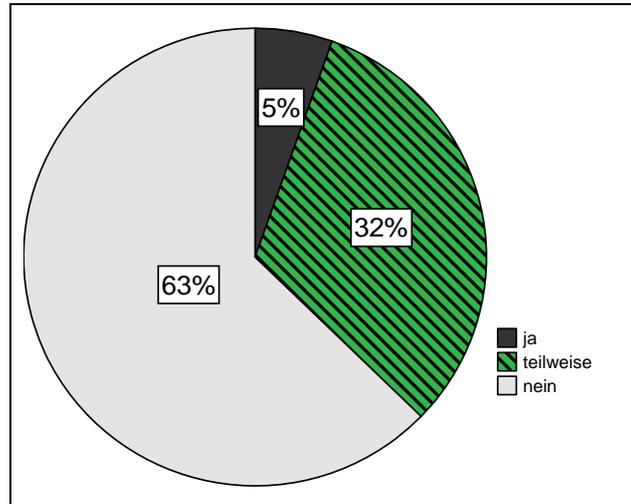
735 von 2061 angeschriebenen Hausärzten (dies entspricht 36 %) hatten Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt. Anhand der dreistelligen Postleitzahlencodes konnte das jeweilige Bundesland des Antwortenden ermittelt werden. Die Verteilung des Rücklaufs auf die Bundesländer unterscheidet sich nicht wesentlich von der Verteilung der Aussendung an die Zielgruppe, wie die nachstehende Tabelle zeigt.

Tabelle 5 Aussendung und Rücklauf Hausärzte nach Bundesland

Bundesland	% bezogen auf die Stichprobe	% bezogen auf den Rücklauf
Baden-Württemberg	13,1%	13,8%
Bayern	19,8%	18,6%
Berlin	3,3%	2,6%
Brandenburg	3,5%	2,5%
Bremen	0,6%	1,1%
Hamburg	2,0%	2,0%
Hessen	6,6%	7,0%
Meckl.-Vorpommern	2,9%	2,8%
Niedersachsen	9,9%	10,7%
Nordrhein-Westfalen	17,0%	19,4%
Rheinland-Pfalz	4,6%	4,3%
Saarland	1,1%	2,0%
Sachsen	5,3%	3,3%
Sachsen-Anhalt	3,6%	2,9%
Schleswig-Holstein	3,4%	3,4%
Thüringen	3,3%	3,6%
Gesamt	100,0%	100,0%

7.1.1 Kenntnis über Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen der Soziotherapie

N = 735



Auf die Frage „Seit dem 01.01.2000 ist Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 a SGB V) eingeführt worden. Kennen Sie die Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen?“ antworten über die Hälfte der Hausärzte mit „nein“.

7.1.2 Informationsquellen zu Soziotherapie

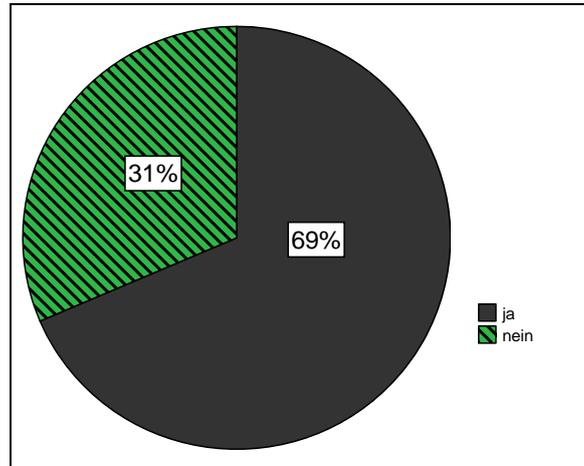
N = 706

Antwort	Absolute Häufigkeit n	Relative Häufigkeit in %
Ärzteblatt	176	24,9 %
KV	104	14,7 %
Fachgesellschaft	7	1,0 %
Qualitätszirkel	13	1,8 %
Andere	35	4,8 %
Keine Informationen	469	66,4 %

Zu der Aussage „Über die Indikationen, Ziele und Richtlinien der Soziotherapie wurde ich ausreichend informiert durch:“ waren Mehrfachantworten möglich. Am häufigsten wählen die hier antwortenden Ärzte „keine Information“.

7.1.3 Betreuung schwer psychisch Kranker, für die Soziotherapie in Frage kommt

N = 735



Trotz der obigen Antworten, dass vielfach die Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen zur Soziotherapie nicht bekannt sind, melden bei dieser Frage knapp 70 % der Hausärzte zurück, sie betreuten in ihrer Praxis schwer psychisch Kranke, für die Soziotherapie in Frage kommt.

7.1.4 Nachfrage der Verordnung von Soziotherapie in den letzten 12 Monaten

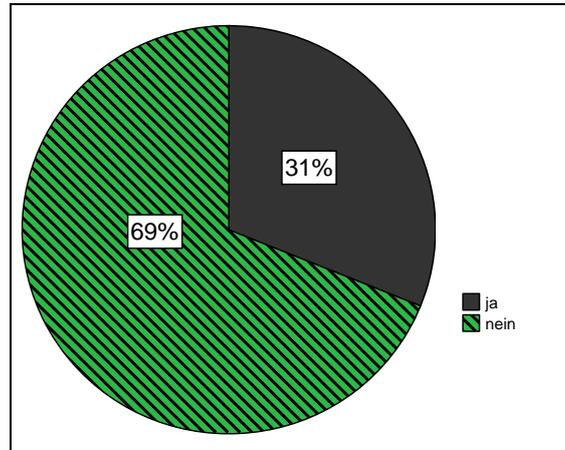
N = 676

Nachfrage durch	Häufigkeit in %			
	0 mal	1 bis 5 mal	6 bis 10 mal	> 10 mal
Patienten	92,3 %	7,1 %	0,4 %	0,1 %
Angehörige/Betreuer	88,1 %	10,9 %	1,0 %	0 %
soziotherapeutische Leistungserbringer	95,6 %	4,1 %	0,3 %	0 %
Krankenkassen	98,6 %	1,4 %	0 %	0 %
andere	86,9 %	1,9 %	0 %	0 %

Die Frage „Durch wen wurde die Verordnung von Soziotherapie in Ihrer Praxis in den letzten 12 Monaten nachgefragt?“ (Mehrfachnennungen waren möglich), zeigt, dass bei den hier antwortenden Ärzten in den letzten 12 Monaten Soziotherapie sehr wenig nachgefragt wurde.

7.1.5 Verordnungsberechtigte Fachärzte, die Soziotherapie für eigene Patienten verordnen können, bekannt?

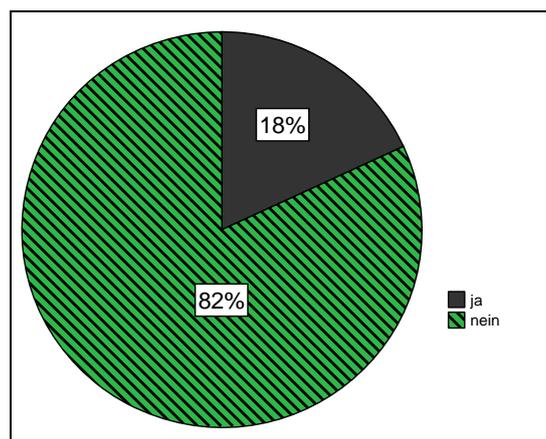
N = 698



Die Soziotherapie-Richtlinien sehen vor, dass neben den Fachärzten für Psychiatrie/ Nervenheilkunde andere Vertragsärzte „zu einem gemäß Nr. 15. qualifizierten Arzt überweisen [dürfen], wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine der in Abschnitt II beschriebenen Indikationen vorliegt und er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden werden kann“. Von den hier befragten Hausärzten kennt aber nur knapp ein Drittel einen verordnungsberechtigten Facharzt, an den ein Patient überwiesen werden könnte.

7.1.6 Anerkannte Leistungserbringer zur soziotherapeutischen Betreuung eigener Patienten bekannt?

N = 702



Jeder Vertragsarzt kann einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen, wenn er aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung kommt, dass der Patient nicht in der Lage ist, diese o. g. Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen. Die hier antwortenden

Hausärzte kennen zu über 80 % keinen soziotherapeutischen Leistungserbringer, der in einem solchen Fall hinzuzuziehen wäre.

7.1.7 Häufigkeit der Verordnung zur Indikationsstellung von Sozialtherapie mit Muster 28 in den letzten 12 Monaten

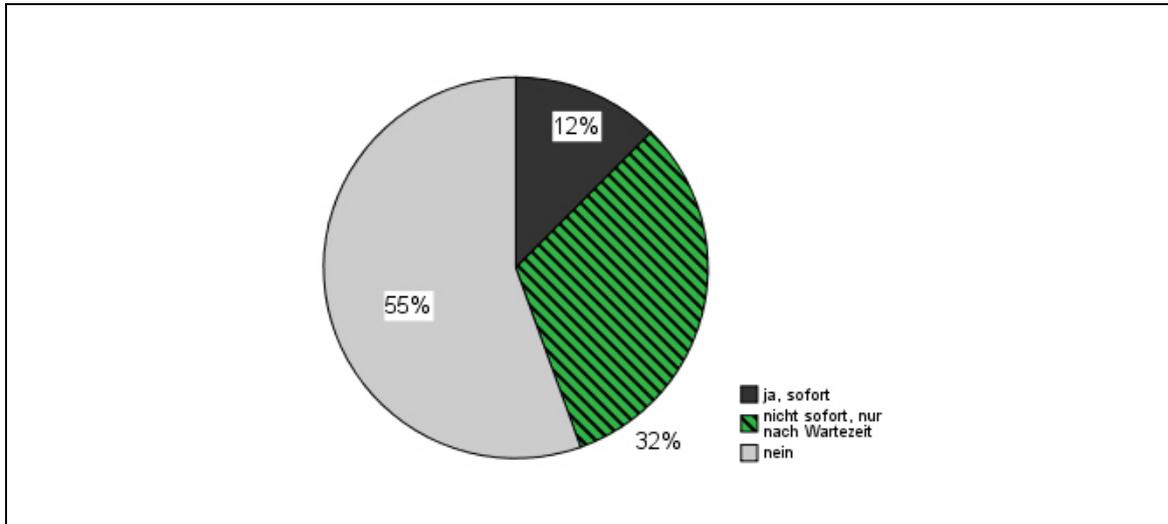
N = 529

Nennung	Häufigkeit n	Kumulierte Prozente	N Verordnungen
0 mal	514	97,2 %	0
1 mal	5	98,1 %	5
2 mal	4	98,9 %	8
3 mal	1	99,1 %	3
4 mal	1	99,2 %	4
5 mal	2	99,6 %	10
10 mal	1	99,8 %	10
11 mal	1	100,0 %	11
Gesamt	529		51

Wie aus den vorausgegangenen Ergebnissen nicht anders zu erwarten, melden die Hausärzte in der Befragung zurück, dass in den letzten 12 Monaten die Verordnung zur Indikationsstellung von Sozialtherapie so gut wie gar nicht erfolgte.

7.1.8 Wenn Soziotherapie verordnet wird, stehen soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?

N = 137



Auf die Frage „Wenn Sie Soziotherapie mit dem Muster 28 („Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“) verordnen, stehen hierfür soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?“ antwortet im Vergleich zur vorangegangenen Frage nur ein Viertel der Ärzte, denn die Fragebogenkonstruktion führt Antwortende mit „keinmal“ bei Frage 7 (Häufigkeit der Verordnung) direkt weiter zu Frage 11. 55 % der Antwortenden geben an, es stehe kein soziotherapeutischer Leistungserbringer zur Verfügung.

Diese Angaben variieren von Bundesland zu Bundesland (s.u.), wobei das N bei dieser Differenzierung häufig zu klein für eine aussagekräftige Interpretation wird.

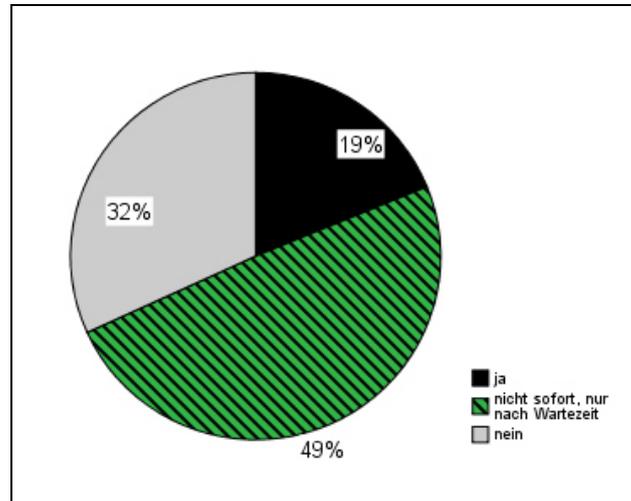
		Stehen soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?			Gesamt	
		ja, sofort	nicht sofort, nur nach Wartezeit	nein		
Bundesland	_Keine Angaben	Anzahl	3	7	7	17
		% von Bundesland	17,6%	41,2%	41,2%	100,0%
Baden-Württemberg		Anzahl	3	7	8	18
		% von Bundesland	16,7%	38,9%	44,4%	100,0%
Bayern		Anzahl	5	7	14	26
		% von Bundesland	19,2%	26,9%	53,8%	100,0%
Berlin		Anzahl	0	0	4	4
		% von Bundesland	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Brandenburg		Anzahl	0	0	2	2
		% von Bundesland	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Bremen		Anzahl	0	0	1	1

7. Ergebnisse
Hausärzte

	% von Bundesland	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Hamburg	Anzahl	1	2	1	4
	% von Bundesland	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
Hessen	Anzahl	1	4	6	11
	% von Bundesland	9,1%	36,4%	54,5%	100,0%
Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl	1	0	2	3
	% von Bundesland	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
Niedersachsen	Anzahl	0	4	6	10
	% von Bundesland	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Nordrhein-Westfalen	Anzahl	1	6	12	19
	% von Bundesland	5,3%	31,6%	63,2%	100,0%
Rheinland-Pfalz	Anzahl	0	2	2	4
	% von Bundesland	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Saarland	Anzahl	1	0	0	1
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Sachsen	Anzahl	0	0	1	1
	% von Bundesland	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Sachsen-Anhalt	Anzahl	0	0	4	4
	% von Bundesland	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Schleswig-Holstein	Anzahl	0	2	3	5
	% von Bundesland	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Thüringen	Anzahl	1	3	3	7
	% von Bundesland	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
Gesamt	Anzahl	17	44	76	137
	% von Bundesland	12,4%	32,1%	55,5%	100,0%

7.1.9 Wenn Soziotherapie verordnet wird, und eine Weiterführung der Maßnahme erforderlich ist, stehen verordnungsberechtigte Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde zur Verfügung?

N = 154



Die Frage nach der Verfügbarkeit verordnungsberechtigter Fachärzte, die notwendig sind, um für den Patienten gemäß den Soziotherapie-Richtlinien einen soziotherapeutischen Behandlungsplan zu erstellen, wird nur von einer Teilgruppe der antwortenden Ärzte beantwortet, denn die Fragebogenkonstruktion führt Antwortende mit „keinmal“ bei Frage 7 (Häufigkeit der Verordnung) direkt weiter zu Frage 11. Etwa ein Drittel der Antwortenden meldet zurück, dass keine verordnungsberechtigten Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde zur Verfügung stehen.

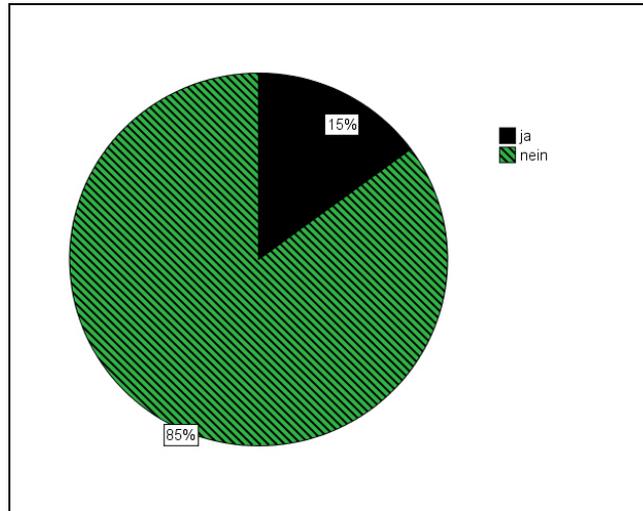
Diese Angaben variieren von Bundesland zu Bundesland (s.u.), wobei das N bei dieser Differenzierung häufig zu klein für eine aussagekräftige Interpretation wird.

			Stehen verordnungsberechtigte Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde zur Verfügung?			Gesamt
			ja	nicht sofort, nur nach Wartezeit	nein	
Bundesland	_Keine Angaben	Anzahl	7	5	9	21
		% von Bundesland	33,3%	23,8%	42,9%	100,0%
Baden-Württemberg		Anzahl	7	10	3	20
		% von Bundesland	35,0%	50,0%	15,0%	100,0%
Bayern		Anzahl	5	11	10	26
		% von Bundesland	19,2%	42,3%	38,5%	100,0%
Berlin		Anzahl	0	3	1	4
		% von Bundesland	,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Brandenburg		Anzahl	0	1	0	1

	% von Bundesland	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Bremen	Anzahl	0	0	1	1
	% von Bundesland	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Hamburg	Anzahl	1	2	1	4
	% von Bundesland	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
Hessen	Anzahl	1	7	4	12
	% von Bundesland	8,3%	58,3%	33,3%	100,0%
Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl	0	4	1	5
	% von Bundesland	,0%	80,0%	20,0%	100,0%
Niedersachsen	Anzahl	0	7	5	12
	% von Bundesland	,0%	58,3%	41,7%	100,0%
Nordrhein-Westfalen	Anzahl	5	12	5	22
	% von Bundesland	22,7%	54,5%	22,7%	100,0%
Rheinland-Pfalz	Anzahl	0	4	0	4
	% von Bundesland	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Saarland	Anzahl	2	0	0	2
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Sachsen	Anzahl	0	1	0	1
	% von Bundesland	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Sachsen-Anhalt	Anzahl	0	4	2	6
	% von Bundesland	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Schleswig-Holstein	Anzahl	0	2	3	5
	% von Bundesland	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Thüringen	Anzahl	1	3	4	8
	% von Bundesland	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	29	76	49	154
	% von Bundesland	18,8%	49,4%	31,8%	100,0%

7.1.10 Wird verordnete Soziotherapie von Patienten in Anspruch genommen?

N = 161



85 % der hier antwortenden Ärzte geben an, dass die von ihnen mit dem Muster 28 verordnete Soziotherapie („Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“) von den Patienten nicht in Anspruch genommen wird. Zieht man als Zusatzinformation jedoch hinzu, wie häufig die Ärzte in den letzten 12 Monaten überhaupt diese Verordnung vorgenommen hatten, so zeigt sich, dass 116 von 117 Ärzten, die hier „nein“ angekreuzt haben, in den letzten 12 Monaten gar keine „Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“ vornahmen. Die Antworten von Ärzten, die einmal oder mehrmals mit Muster 28 Soziotherpaie verordneten (N = 13) stellen alle bis auf einen fest, dass die Verordnung durch den Patienten angenommen wurde.

Ergänzende Analyse: Kreuztabelle Frage 7 x Frage 10

		Verordnung von Soziotherapie i.d. letzten 12 Monaten			
		0 mal	1 bis 3 mal	4 bis 5 mal	Gesamt
Annahme der Verordnung durch Patienten	ja	10	9	3	22
	nein	116	1	0	117
Gesamt		126	10	3	139

7.1.11 Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...

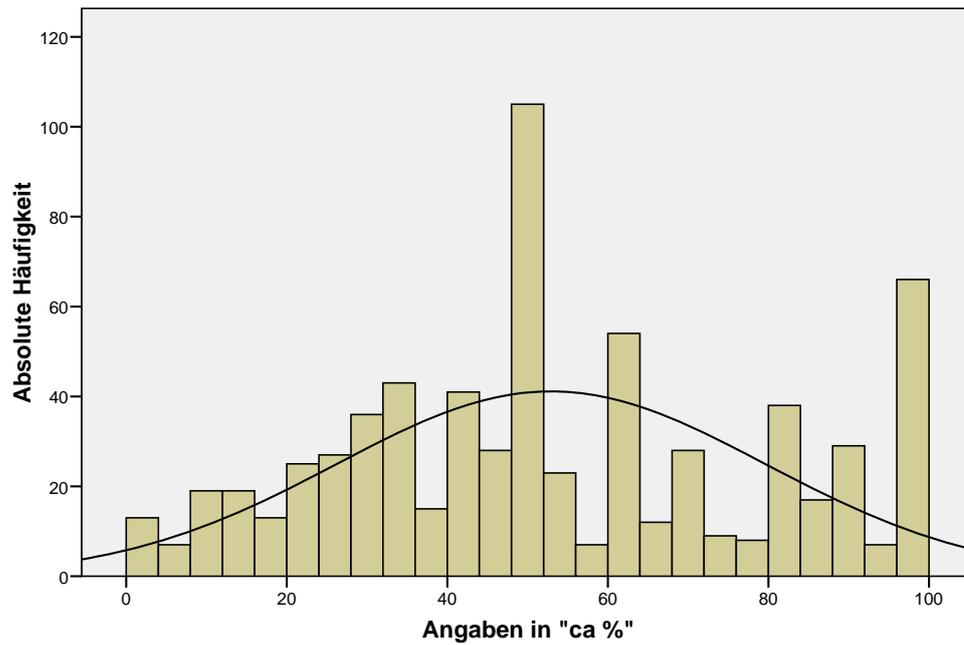
N = 689

Antworten auf den Ergänzungssatz „Schwer/chronisch psychisch Kranke betreue ich in der Regel in meiner Praxis in Zusammenarbeit mit.“
(Mehrfachnennungen waren möglich)

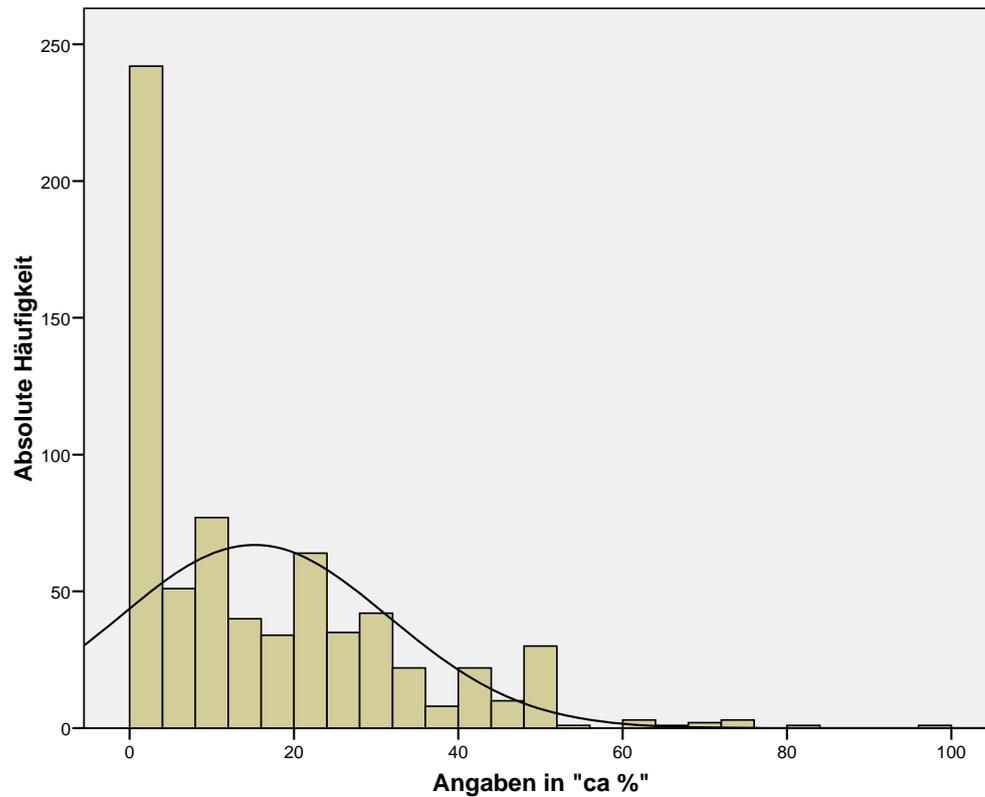
Zusammenarbeit mit	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde	1	12	23	33	14	18
Psychiatrische Institutsambulanz	37	46	12	4	0	0
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	32	40	21	7	1	0
Soziotherapeutischer Leistungserbringer	94	5	0	0	0	0
Ergotherapeut	65	32	3	0	0	0
Leistungserbringer für Häusliche Krankenpflege	53	33	11	3	0	0
Anbieter im komplementären Versorgungsbereich (z.B. Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, Sozialarbeiter, sozialpsychiatrische Dienste)	52	36	8	2	1	0
Andere	97	2	0	0	0	0

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei „Favoriten“ der Hausärzte sichtbar, wenn es um die Zusammenarbeit bei der Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker geht: Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde und Ärztliche/Psychologische Psychotherapeuten, deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde



- Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut



7.1.12 Anmerkungen

Kategorienbildung durch qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	Anzahl Nennungen	Beispiel
Fehlende Informationen über Soziotherapie	31	„Bisher keine Informationen zu Soziotherapie erhalten“
Zu viel Bürokratie	9	„Soziotherapie scheint bürokratisches Monster zu sein, dass Zeit für Patienten-Betreuung raubt“
Verordnen / Vorzug alternativer Maßnahmen	8	„Soziotherapie gehört in Klinikhände“
Problem Wartezeiten	5	„Monatelange Wartezeit für GKV-Versicherte“
Nutzen der Soziotherapie wird nicht gesehen	4	„Es bringt nichts das Leistungsangebot zu erweitern und gleichzeitig das medizinische Kerngeschäft auszudünnen; Soziotherapie = Ergotherapie und sehr hoch bezahlt“
Keine Kostendeckung	3	„Soziotherapie kann sich aus betriebswirtschaftl. Gründen nicht etablieren; lt. EBM 2000plus: 180 Punkte- kein großer Anreiz“
Soziotherapie ist sinnvolles Angebot	3	„Halte Soziotherapie in bestimmten Fällen für hilfreich“
Rest	10	

7.1.13 Zusammenfassung

Herausstechendes Ergebnis bzgl. der Zielgruppe Hausärzte ist, dass die Leistung Soziotherapie und deren Verordnungsfähigkeit größtenteils unbekannt ist. Dementsprechend selten wurde in dieser Stichprobe die Leistung in den letzten 12 Monaten verordnet. Selbst wenn Hausärzte Soziotherapie verordnen wollten, so fehlt doch mehrheitlich das Wissen, welche verordnungsberechtigten Fachärzte und welche Leitungserbringer anzusprechen wären. Dennoch besteht offenbar eine gute Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie/Nervenheilkunde. Letztere nehmen den Spitzenplatz ein, wenn es um die Zusammenarbeit bei der Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker geht, gefolgt von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten.

7.2 Verordnungsberechtigte Fachärzte (Nervenärzte, Psychiater)

436 der 878 angeschriebenen ordnungsberechtigten Psychiater/Nervenärzte (das entspricht 50 %) hatten Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt.

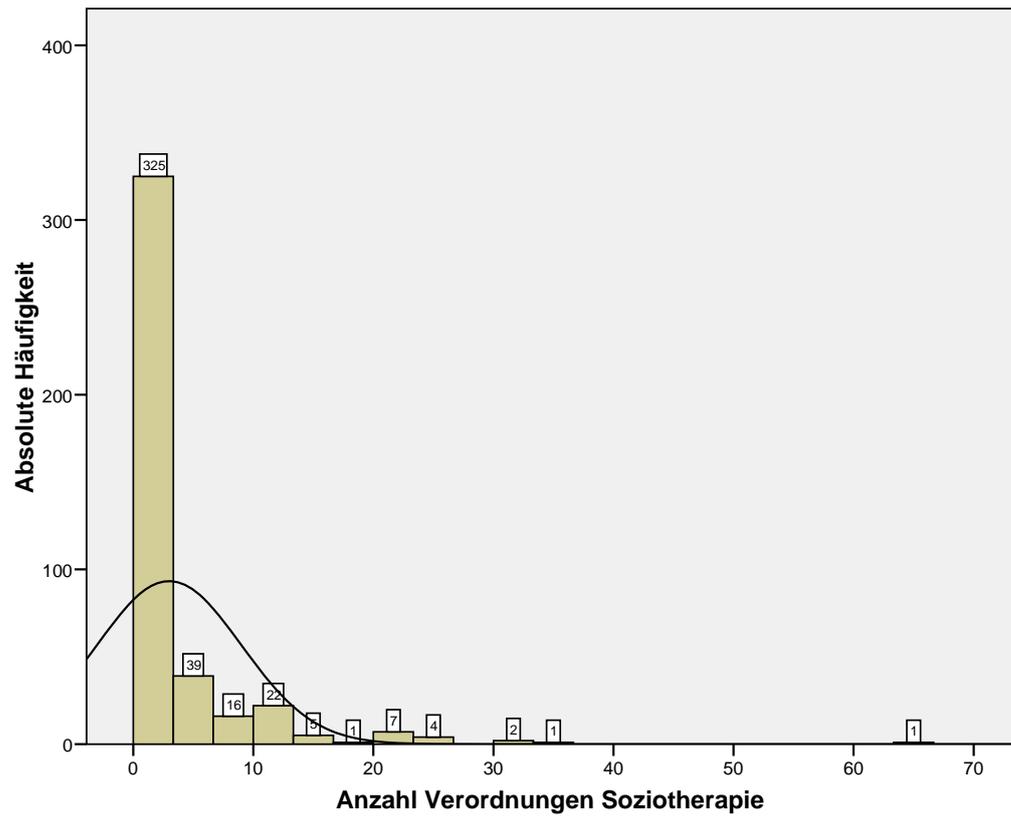
7.2.1 Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 in den letzten 12 Monaten

Antworten auf die Frage „Wie häufig wurde in den letzten 12 Monaten von Ihnen Soziotherapie mit Muster 26 verordnet?“

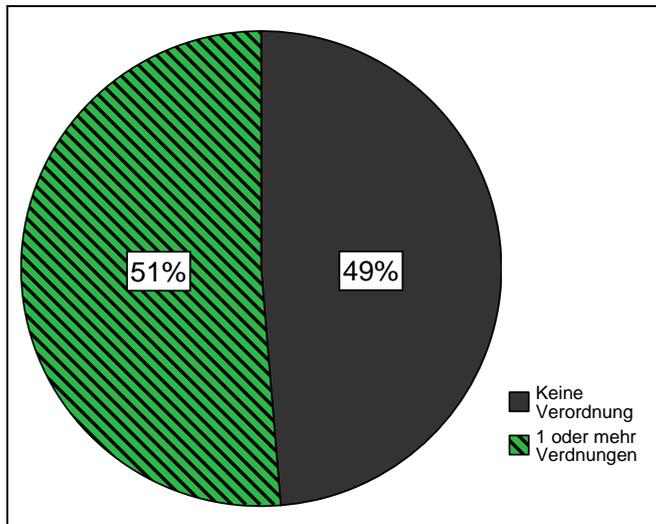
Häufigkeit der Verordnung (klassiert)	Nennungen N	Relative Häufigkeit
0	207	49 %
1 - 5	149	35 %
6 - 10	37	9 %
11 - 15	14	3 %
16+	16	4 %
Gesamt	423	100 %

Man erkennt am Median und auch an der nachfolgenden Grafik, dass 50 % der 425 antwortenden Ärzte hier „keine“ oder „eine“ Verordnung zurückgemeldet haben. Verordnungshäufigkeiten im zweistelligen Bereich werden relativ selten angegeben.

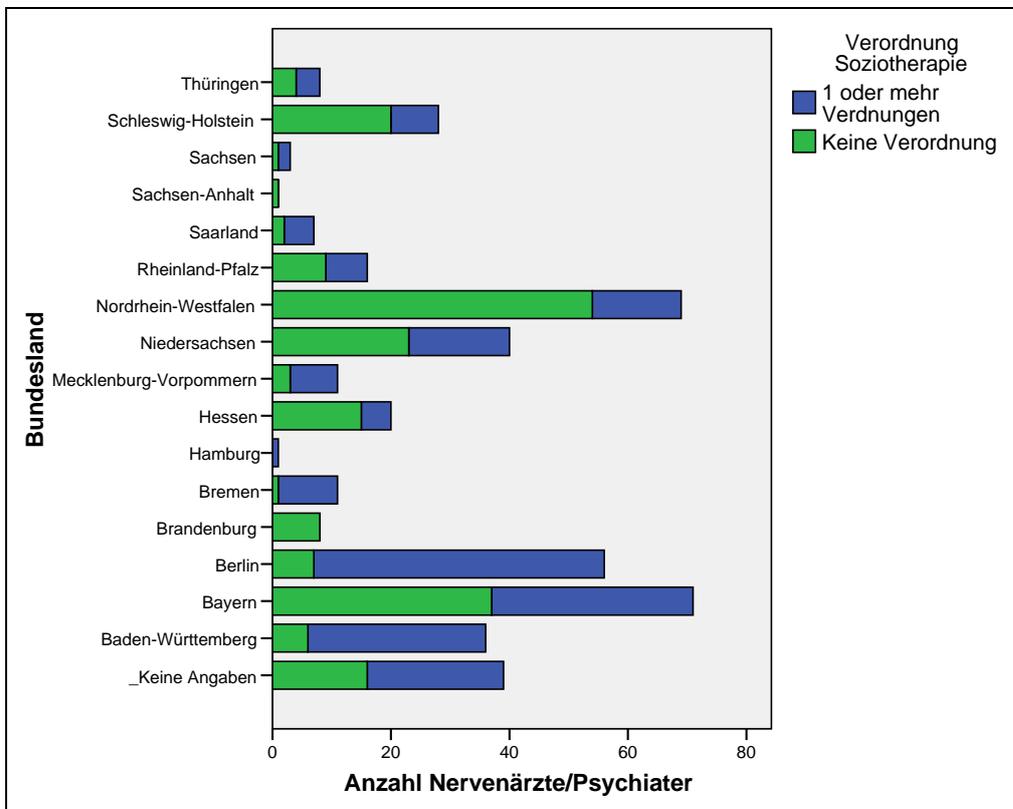
	Median	Min	Max	Perzentile 25 50 75		
Anzahl Verordnungen Soziotherapie	1	0	65	0	1	3



Klassifiziert man die Angaben in zwei Ausprägungen „Keine Verordnung“ und „eine oder mehr Verordnungen“ dann ergibt sich folgendes Bild:



Diese gleichgewichtige Zweiteilung der Ärztegruppe in Ärzte, die nicht (mehr) verordnen und solche, die zumindest einmal in den letzten 12 Monaten einen Patienten an einen soziotherapeutischen Leistungserbringer übermittelten, verschiebt sich in der differenzierten Darstellung nach Bundesländern:



7.2.2 Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 bei entsprechenden Diagnosen in den letzten 12 Monaten

N = 217

Antworten auf die Frage „Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Soziotherapie mit Muster 26 bei den folgenden Diagnosen verordnet?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Diagnose	Summe Anzahl Verordnungen N	Mittlere Arztindividuelle Verordnungshäufigkeit
Schizophrenie (F20.0 – F20.6)	974	62%
Schizotype Störung (F21)	87	6%
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	80	5%
Induzierte wahnhaftige Störung (F24)	13	1%
Schizoaffektive Störungen (F25)	153	10%
Bipolare affektive Störung (F31.5)	81	5%
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3)	50	3%
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)	77	5%
Andere Diagnosen	53	3%
Gesamt	1568	100%

Summiert man die Anzahl aller Verordnungen der hier antwortenden Nervenärzte und ordnet die Summen den jeweiligen Diagnosen zu, dann zeigt sich, dass die Diagnose „Schizophrenie“ die Liste anführt – mit weitem Abstand vor „Schizoaffektive Störungen“ auf Platz 2. Arztindividuelle Verordnungshäufigkeit bezeichnet die gemittelte relative Häufigkeit einer diagnostischen Kategorie über alle Fachärzte hinweg.

Die einzelnen Antworten lassen sich wie folgt darstellen:

Diagnose	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Schizophrenie (F20.0 – F20.6)	15	82	2	0	0	0
Schizotype Störung (F21)	82	17	0	0	0	0
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	82	17	0	0	0	0

Induzierte wahnhafte Störung (F24)	97	3	0	0	0	0
Schizoaffektive Störungen (F25)	65	35	0	0	0	0
Bipolare affektive Störung (F31.5)	80	20	0	0	0	0
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3)	88	13	0	0	0	0
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)	80	19	0	0	0	0
Andere Diagnosen	92	8	0	0	0	0

Nur die Diagnose Schizophrenie war in einer nennenswerten Anzahl für die hier antwortenden Fachärzte der Verordnungsgrund für Soziotherapie.

7.2.3 Gründe für das Nichtverordnen von Soziotherapie

N = 267

Gründe für Nichtverordnen	Absolute Häufigkeiten
Keine soziotherapeutischen Leistungserbringer vor Ort	135
Vergütung dem Aufwand nicht angemessen	104
Verordnung zu aufwändig	91
Andere Gründe	87
(Zeit-)Aufwand für Koordination mit dem Leistungserbringer zu hoch	82
(Zeit-)Aufwand für Motivationsarbeit zu hoch	44
Andere Maßnahmen nötig	23
Für Patienten nicht erforderlich	17
Indikationen, Ziele, Richtlinien der ambulanten Soziotherapie unbekannt	10

Qualitative Auswertung der Angaben unter „Andere Gründe“ (Beispiele)

„Anträge wurden abgelehnt“; „Leistungen werden selbst durch viele Kontakte erbracht“; „Kostenträger übernehmen Kosten nicht“; „die meisten hilfebedürftigen Patienten haben Einzelfallhelfer“

7.2.4 Regelmäßige Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie

N = 228

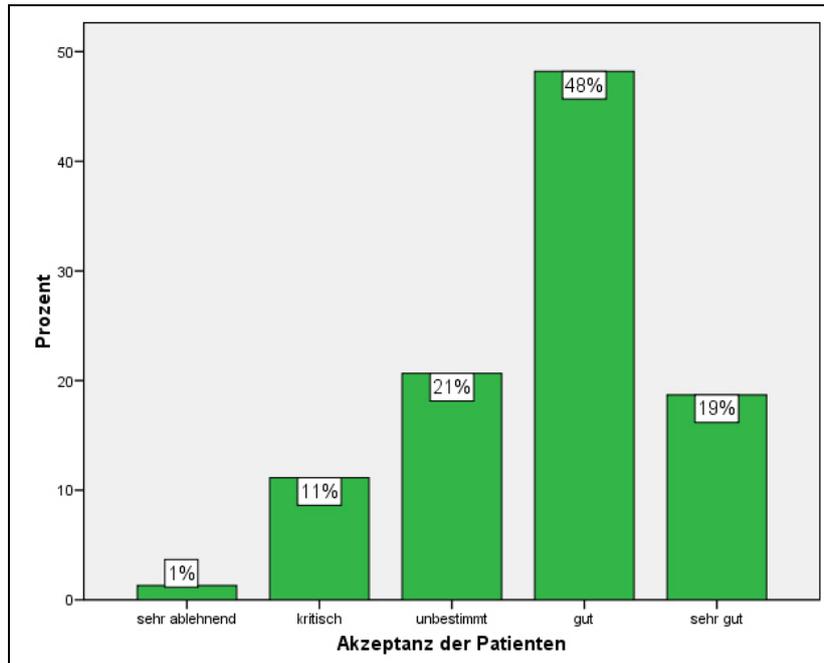
Antworten auf die Frage „Nehmen Ihre Patienten, bei denen Sie Soziotherapie mit Muster 26 verordnet haben, im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung, noch andere Leistungen regelmäßig in Anspruch?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Leistungen	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Keine weiteren Leistungen	96	1	1	1	0	1
Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)	9	1	8	21	12	49
Ambulante Psychotherapie	72	16	8	3	0	1
Ergotherapie	72	14	10	3	0	1
Häuslich psychiatrische Krankenpflege	78	11	7	3	0	3
Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz	88	6	5	1		
Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs (Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste)	50	11	18	11	4	6
Andere Leistungen	95	0	1	2	0	1

Herausstechend, aber kaum überraschend ist die Angabe „Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)“ als häufigste in Anspruch genommene GKV-Leistung. Ein weiteres Item, dem die Ärzte eine Gewichtung beigemessen haben, ist „Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs“ mit einem Median von 2,75 %.

7.2.5 Akzeptanz der Patienten für soziotherapeutische Leistungen

N = 305



Die hier antwortenden Ärzte bezeichnen die Akzeptanz der Patienten für soziotherapeutische Leistungen mehrheitlich als „gut“ bis „sehr gut“.

7.2.6 Gründe dafür, dass Soziotherapie nach Verordnung nicht zustande kam

N = 214

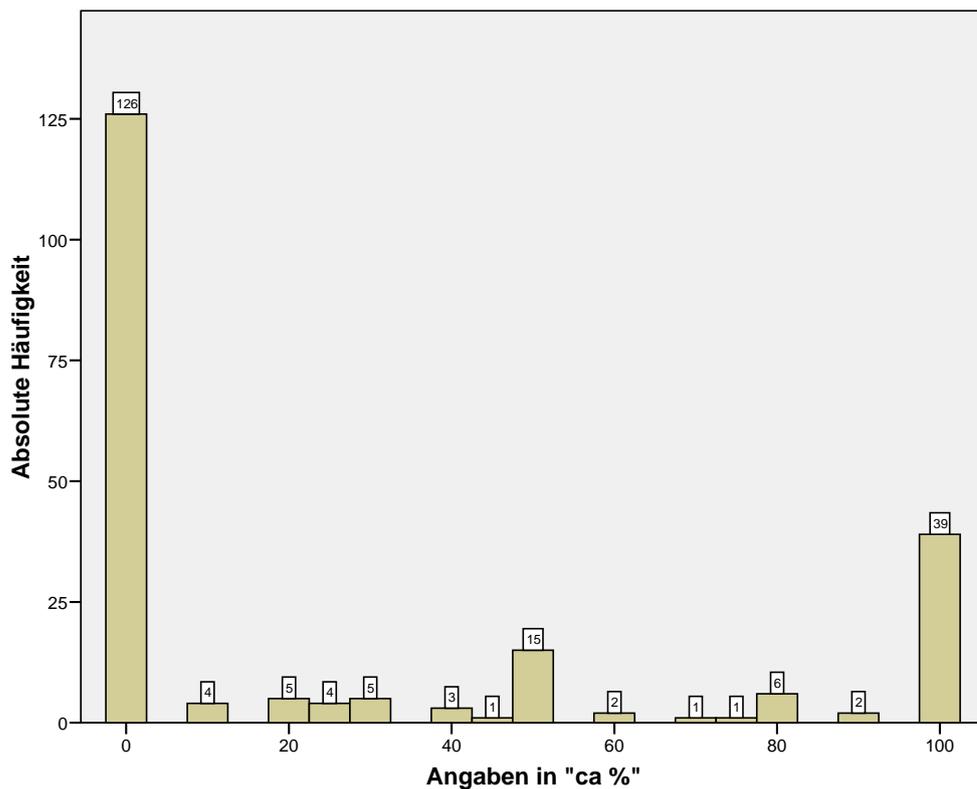
Antworten auf die Bitte „Nennen Sie bitte die Gründe, warum Soziotherapie nach Verordnung nicht zustande kam.“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Gründe für Nichtzustandekommen	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse	59	4	6	8	4	19
Abbruch durch den Patienten	71	7	6	6	2	8
Abbruch durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer	98	1	0	1	0	0
Kein Leistungserbringer vorhanden	64	0	2	3	0	29

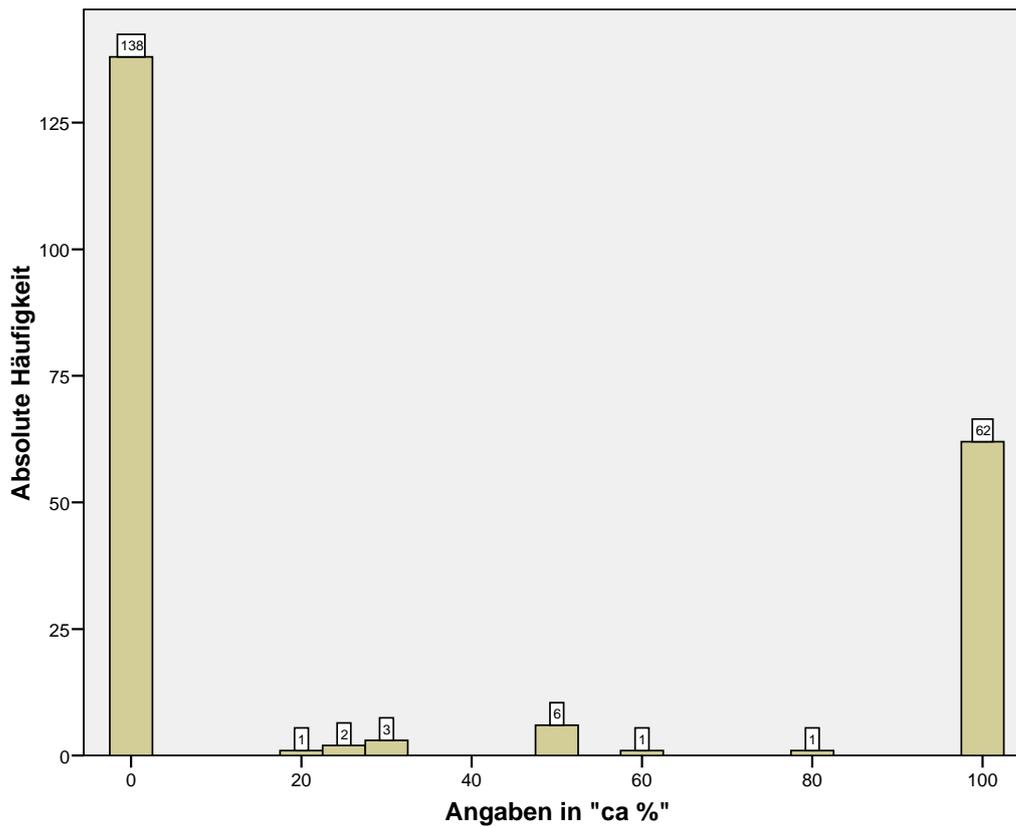
Wartezeit auf Leistungserbringer ist zu lang	92	2	1	3	1	1
Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung	95	1	0	3	0	1
Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung	90	4	2	3	0	2
Andere Gründe	88	1	0	1	0	9

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei Hauptgründe aus Sicht der Nervenärzte/Psychiater sichtbar: „Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse“ und „kein Leistungserbringer vorhanden“, deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse



- Kein Leistungserbringer vorhanden



7.2.7 Gründe für eine erfolgte Ablehnung verordneter Soziotherapie durch die Krankenkassen

N = 105

Antworten auf die Bitte „Nennen Sie bitte die Gründe für eine erfolgte Ablehnung der von Ihnen verordneten Soziotherapie durch die Krankenkasse des Patienten.“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Gründe für Ablehnung	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt	74	4	4	5	0	14
Unvollständige Antragsunterlagen	90	5	1	1	0	3
Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL	71	6	5	9	0	10
Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-RL	88	4	6	1	0	2

GAF-Wert über 40	88	3	4	4	0	2
Maximales Gesamtkontingent überschritten (120 Stunden)	85	3	5	5	0	3
Soziotherapie zielt nicht auf die Erreichung der selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen	88	4	3	1	0	5
Die Mitwirkungsfähigkeit des Patienten wurde als zu gering eingeschätzt	90	6	1	0	0	4
Versicherter nimmt z Zt. selbständig Leistungen zur Besserung seines psych. Krankheitsbildes in Anspruch	92	1	2	3	0	2
Ziel der Vermeidung von stationärem Aufenthalt ist aus dem Antrag nicht ersichtlich	85	2	7	1	1	5
Diskrepanz zwischen Antrag und weiteren Versicherteninformationen	93	3	2	1	0	1
Andere Gründe	79	2	1	4	0	14

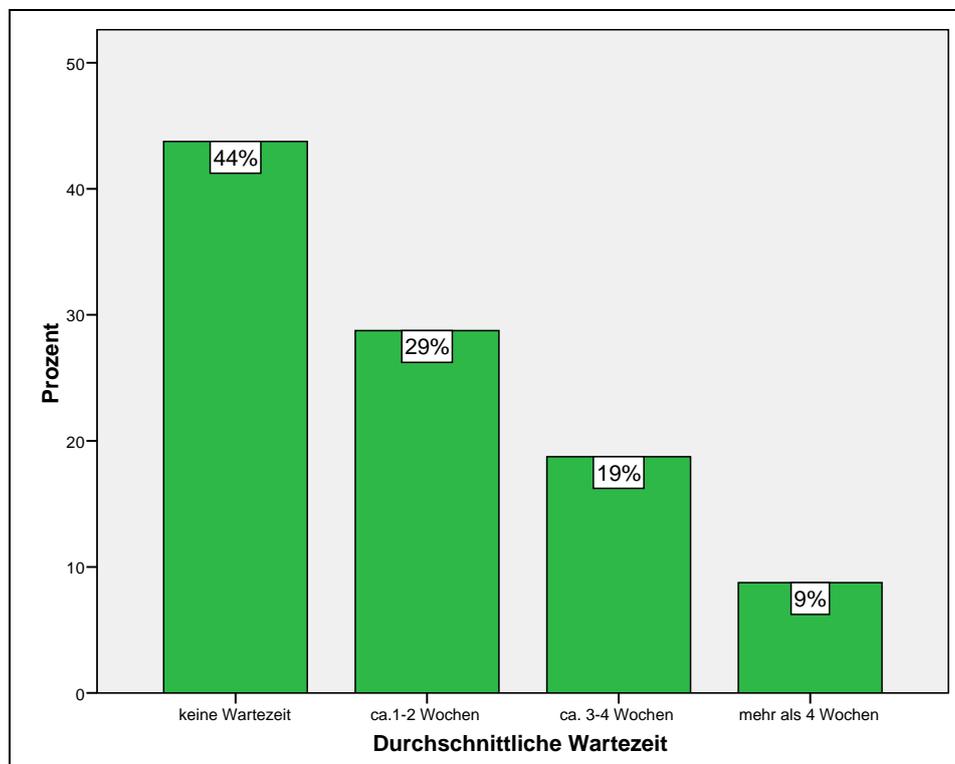
Mit Blick auf die Zahlen werden folgende zwei Hauptgründe sichtbar, die vorliegen, wenn eine Verordnung von Soziotherapie von der Krankenkasse des Patienten abgelehnt wurde: „Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-Richtlinien“ und „soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt“.

Qualitative Auswertung der Angaben unter „Andere Gründe“ (Beispiele)

„Krankenkassen verhindern willkürlich die Etablierung von Soziotherapie“;
 „Ablehnung durch MDK (Zitat: „Wir müssen alle Anträge zunächst ablehnen. Erst, wenn der behandelnde Arzt Widerspruch einlegt, können wir den Auftrag genehmigen.“)“; „Krankenkassen (meist AOK) teilen den Patienten mit, dass es sich bei der verordneten Soziotherapie nicht um Soziotherapie handelt und deshalb abgelehnt wird. Manchmal konnte durch Widerspruch die Ablehnung zurückgenommen werden.“

7.2.8 Dauer der Wartezeit bei der Vermittlung zu einem soziotherapeutischen Leistungserbringer

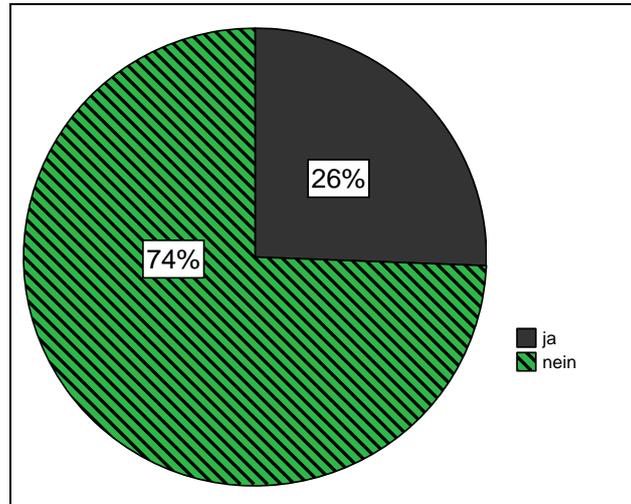
N = 240



Die hier antwortenden Ärzte geben zu 44 % an, dass sie keine Wartezeiten bei der Vermittlung zu einem soziotherapeutischen Leistungserbringer erleben.

7.2.9 Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ohne Vertrag mit Krankenkassen (z.B. nach Übergangsbestimmungen)

N = 332



Ein Viertel der hier antwortenden Fachärzte hat auf die Frage „Arbeiten Sie mit Leistungserbringern zusammen, die keinen Vertrag mit den Krankenkassen oder Verbänden haben (z. B. nach Übergangsbestimmungen, IV-Vertrag)?“ mit „ja“ geantwortet. In der Anschlussfrage „Wenn ja, welche berufliche Qualifikation besitzen diese?“ waren Mehrfachantworten möglich:

Qualifikation	Absolute Häufigkeiten
Dipl.-Sozialarbeiter	66
Dipl.-Sozialpädagoge	59
Fachkrankenschwester/-pfleger	41
Andere Qualifikation	14

7.2.10 Betreuung schwer / chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...

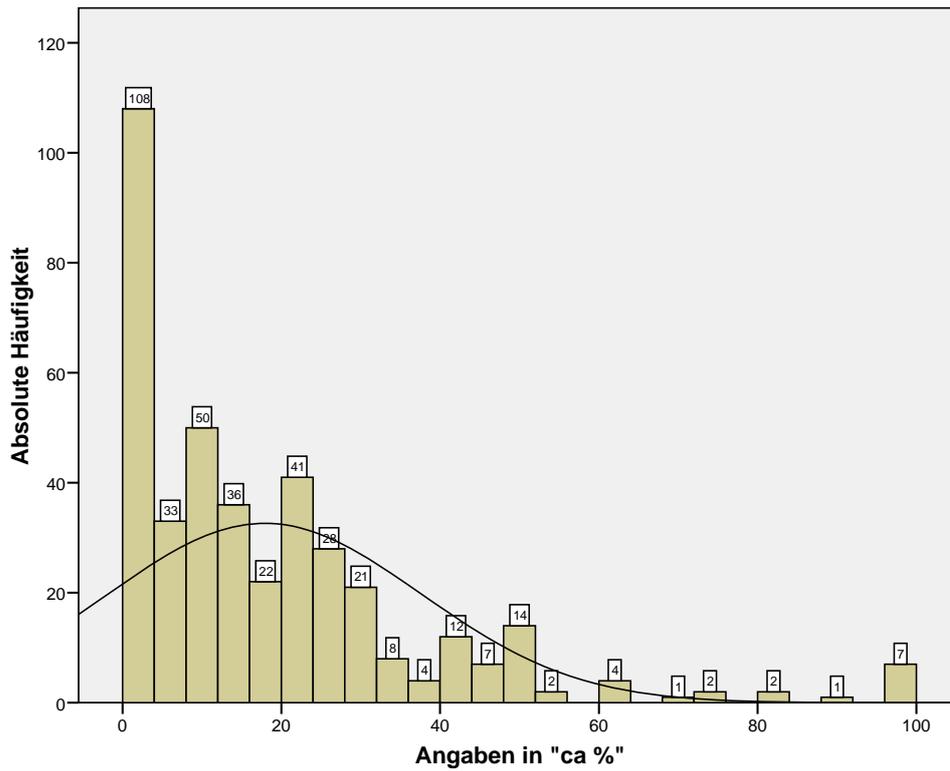
N = 403

Antworten auf den Ergänzungssatz „Schwer/chronisch psychisch Kranke behandle ich in meiner Praxis in Zusammenarbeit mit:“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

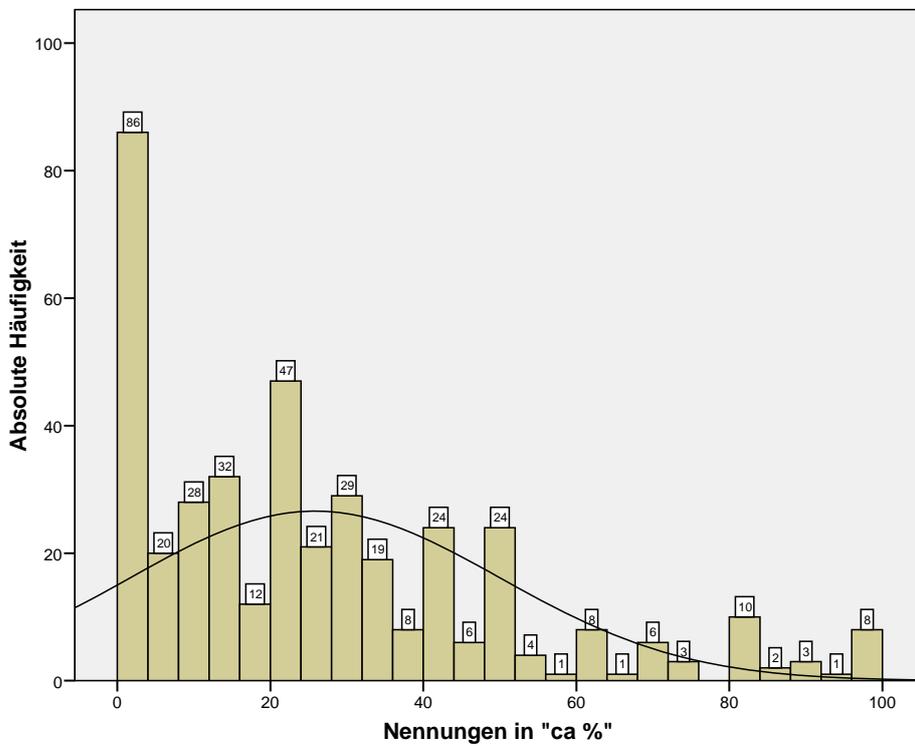
Zusammenarbeit mit	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Psychiatrische Tagesklinik	27	62	8	1	0	1
Psychiatrische Klinik	23	47	20	7	1	2
Psychiatrische Institutsambulanz	49	42	8	0	0	0
Häuslich psychiatrische Krankenpflege	50	40	5	3	1	0
Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut	29	45	19	6	1	0
Soziotherapeutischer Leistungserbringer	55	36	5	2	1	2
Ergotherapeut	42	51	6	1	0	0
Anbieter in komplementären Versorgungsbereichen (z.B. Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste)	20	34	26	11	5	3
Andere Kooperationen	89	5	2	3	0	1

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei „Favoriten“ der Nervenärzte/Psychiater sichtbar, wenn es um die Zusammenarbeit bei Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker geht: Psychiatrische Kliniken und Anbieter in komplementären Versorgungsbereichen, deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Psychiatrische Klinik



- Anbieter in komplementären Versorgungsbereichen



7.2.11 Vorschläge für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern

N = 102

Qualitative Auswertung

Gruppen		Häufigkeiten	hauptsächlich genannt
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	28	F 04, F 06
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	23	F 10.x
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	30	F 20.x
F30-F39	Affektive Störungen	43	F 32.2; F 33.2
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	29	F 41.1, F 42
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4	F 50, F 51
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	46	F 60.x, F 60.31
F70-F79	Intelligenzstörung	1	./.
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0	./.
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1	./.
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0	./.

Die hier antwortenden Ärzte nennen am häufigsten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, wenn danach gefragt wird, bei welchen anderen Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 aus deren Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich wäre.

7.2.12 Weitere Fähigkeitsstörungen, für die Soziotherapie erforderlich wäre

N = 139

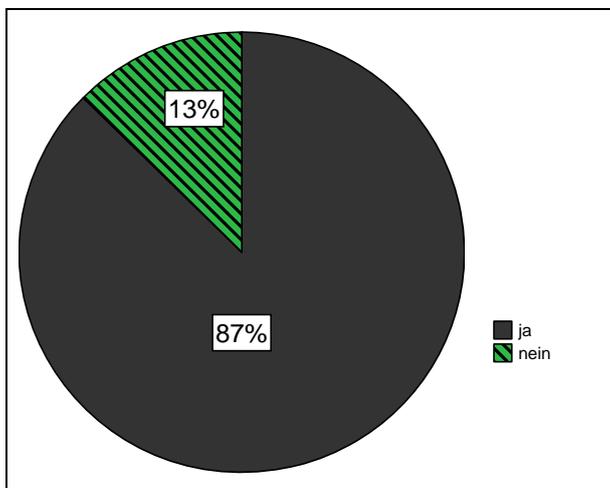
Qualitative Auswertung

Nennungen	Häufigkeit N
Angst	32
Borderline	26
Persönlichkeitsstörungen	25
Sucht	24

Obwohl nach Fähigkeitsstörungen gefragt, werden von den hier antwortenden Ärzten Diagnosen oder diagnostische Kategorien genannt, für die aus deren Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich wäre, an erster Stelle Angststörungen.

7.2.13 Verbesserung der Patientenversorgung durch Möglichkeit Soziotherapie zu verordnen

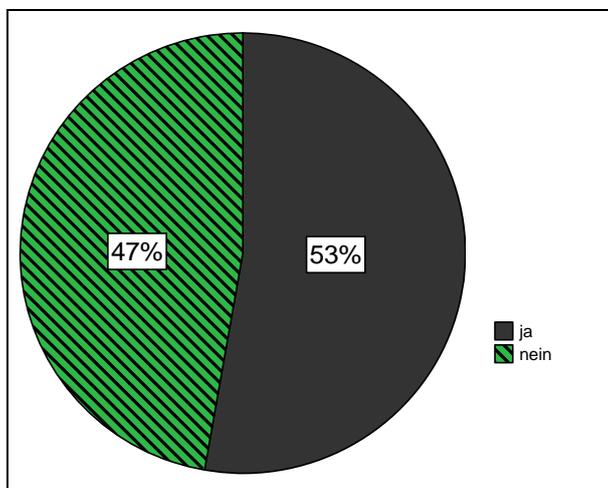
N = 396



Auf die Frage „Verbessert Ihrer Meinung nach die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen, die Versorgung Ihrer Patienten?“ antworten 87 % der 396 Ärzte mit „ja“.

7.2.14 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit soziotherapeutischen Leistungserbringern

N = 364

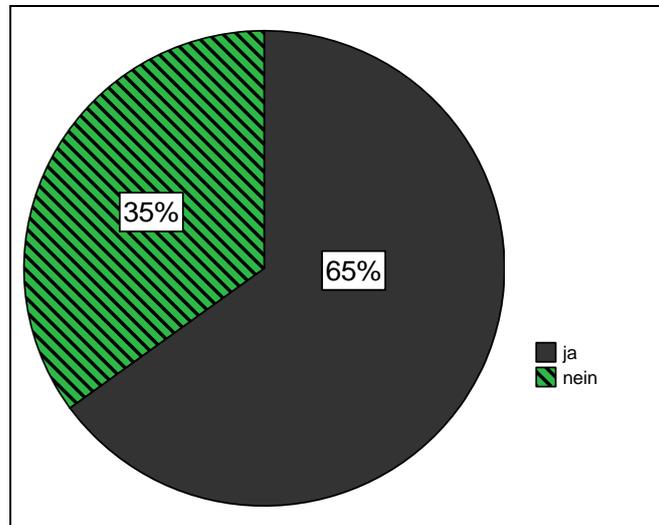


Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Mehr Anbieter“; „regelmäßige Besprechungen“; „Liste mit sämtlichen soziotherapeutischen Leistungserbringern“

7.2.15 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit psychiatrischen Kliniken oder anderen Einrichtungen

N = 400

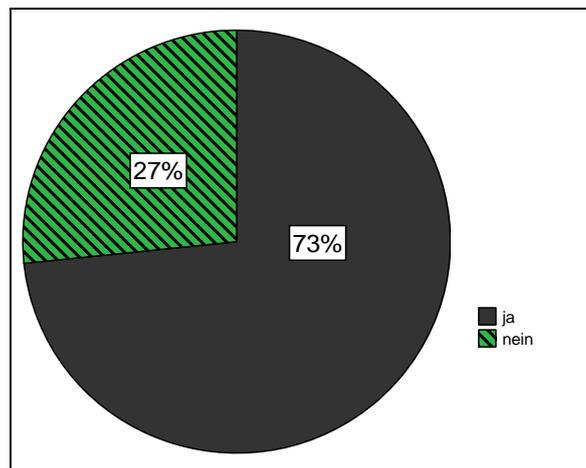


Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Ausführliche Arztbriefe“; „Fallkonferenzen“; „bessere Kommunikation“; „kein Konkurrenzdenken“

7.2.16 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit Krankenkassen

N = 394

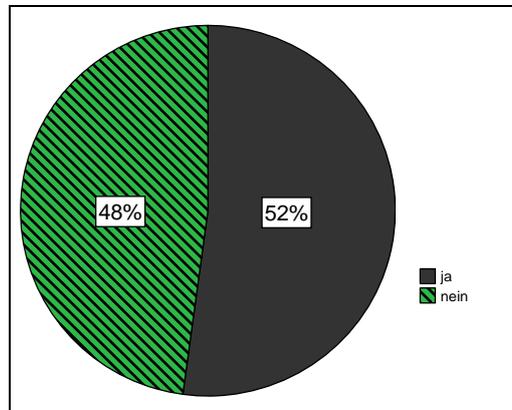


Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Schnellere Bearbeitung“; „weniger Bürokratie“; „Transparenz“; „Liste mit sämtlichen soziotherapeutischen Leistungserbringern“

7.2.17 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen

N = 374



Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Telefonische Rücksprachen“; „mehr Rücksprachen“; „persönliche Kontaktaufnahme“; „schnellere Reaktion“

7.2.18 Anmerkungen

Kategorienbildung durch qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	Anzahl Nennungen	Beispiel
Vergütungs- / Finanzierungsprobleme	40	„Geringe Vergütung behindert Verordnung von Soziotherapie, da kein Anreiz“
Soziotherapie sinnvolles Angebot	23	„Soziotherapie ist gutes Instrument“
Kritik an Krankenkassen	19	„Krankenkassen behindern Verordnung Soziotherapie“
Zu viel Bürokratie	17	„Formularflut eindämmen, da Bearbeitungszeit zu lange“
Ausweichen auf alternative Maßnahmen	17	„z.Z. Ergotherapie Ersatz für Soziotherapie“
Indikationen zu eng gefasst	12	"Gesetz ist Farce wegen spitzfindiger Auslegung und begrenzter Indikationen"
Versorgungssituation psychisch Kranker wird beklagt	9	„Unbefriedigende Versorgungslage psych. Kranker“
Kritik an Kontingenten	4	„Zeitliche Begrenzung unsinnig; langfristige Kontakte notwendig“
Rest	16	

7.2.19 Zusammenfassung

Bei den Fachärzten, die eine Verordnungsberechtigung für Soziotherapie erlangt haben, finden wir eine 50/50 Situation vor: Die eine Hälfte ist aktiv mit Soziotherapie befasst, die andere Hälfte hat in den letzten 12 Monaten die Leistung nicht (mehr) verordnet.

Wenn Soziotherapie verordnet wird, dann fast nur für Patienten mit einer Schizophrenie. Die Akzeptanz wird von den verordnenden Ärzten als gut bis sehr gut eingeschätzt. Wartezeiten bestehen kaum und die große Mehrheit der verordnenden Fachärzte sieht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ihrer Patienten durch die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen.

Wenn Soziotherapie *nicht* verordnet wird oder nicht zustande kommt, ist dies zum größten Teil mangels Leistungserbringer vor Ort der Fall. Dementsprechend wird häufig eine „Liste mit sämtlichen soziotherapeutischen Leistungserbringern“ als Verbesserungsvorschlag für die Zusammenarbeit mit Kassen oder Leistungserbringern genannt.

Als besonders verbesserungswürdig schätzen die Ärzte die Zusammenarbeit mit dem MDK und mit den Leistungserbringern ein.

Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden sehr häufig genannt, wenn gefragt wird, für welche weiteren Patientengruppen die Psychiater die Verordnung von Soziotherapie für sinnvoll halten.

In der Frage der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der sozialpsychiatrischen Versorgung stehen die Anbieter im komplementären Versorgungsbereich anteilmäßig bei den Psychiatern ganz oben auf der Liste, gefolgt von den psychiatrischen Kliniken und den ärztlichen/psychologischen Psychotherapeuten.

Die aus Sicht der befragten Ärzte zu geringe Vergütung bei der Verordnung von Soziotherapie problematisieren diese häufig: sowohl bei der Frage nach den Gründen für das Nichtverordnen von Soziotherapie (Rang Nr. 2), als auch bei den freien Anmerkungen am Ende des Fragebogens (Rang Nr. 1).

7.3 Leistungserbringer (Soziotherapeuten)

303 soziotherapeutische Leistungserbringer wurden individuell oder über die Adressen der Träger bzw. der als Arbeitgeber fungierenden Organisationen angeschrieben. In manchen Fällen wurden die Bögen intern kopiert und an mehrere Mitarbeiter, die Soziotherapie erbringen, verteilt. 252 Fragebögen wurden ausgefüllt zurückgesandt, was rechnerisch² einem Rücklauf von 83 % entspricht. Die Verteilung der Antwortenden auf die einzelnen Bundesländer zeigt die nachstehende Tabelle.

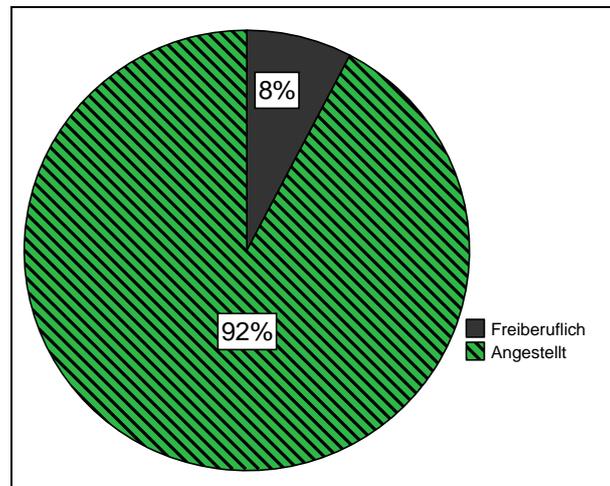
Tabelle 6 Antwortende Leistungserbringer nach Bundesland

Bundesland	N	Prozent
Baden-Württemberg	119	47,2 %
Bayern	31	12,3 %
Berlin	21	8,3 %
Brandenburg	1	0,4 %
Bremen	3	1,2 %
Hessen	3	1,2 %
Meckl.-Vorpommern	2	0,8 %
Niedersachsen	12	4,8 %
Nordrhein-Westfalen	11	4,4 %
Rheinland-Pfalz	40	15,9 %
Saarland	1	0,4 %
Schleswig-Holstein	1	0,4 %
Thüringen	2	0,8 %
Gesamt	252	100,0 %

² Rücklauf unter Vernachlässigung der vervielfältigten Bögen: ca. 60 %

7.3.1 Status als anerkannter Leistungserbringer für Soziotherapie

N = 248



Die hier antwortenden Leistungserbringer für Soziotherapie sind fast ausschließlich angestellt tätig.

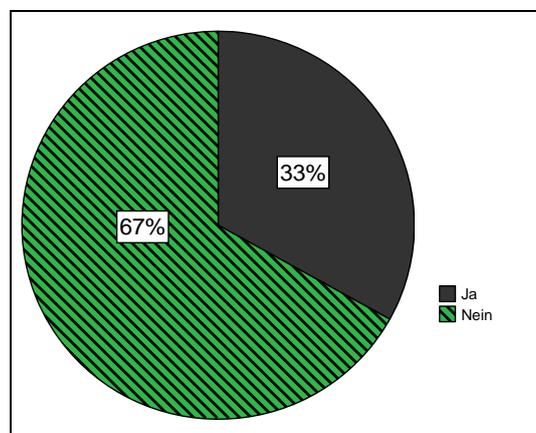
Diese Angaben variieren von Bundesland zu Bundesland (s.u.), wobei das N bei dieser Differenzierung häufig zu klein für eine aussagekräftige Interpretation wird.

			Status		Gesamt
			Freiberuflich	Angestellt	
Bundesland	_Keine Angaben	Anzahl	0	5	5
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
	Baden-Württemberg	Anzahl	2	117	119
		% von Bundesland	1,7%	98,3%	100,0%
	Bayern	Anzahl	5	26	31
		% von Bundesland	16,1%	83,9%	100,0%
	Berlin	Anzahl	1	19	20
		% von Bundesland	5,0%	95,0%	100,0%
	Brandenburg	Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
	Bremen	Anzahl	1	2	3
		% von Bundesland	33,3%	66,7%	100,0%
	Hessen	Anzahl	1	2	3
		% von Bundesland	33,3%	66,7%	100,0%
	Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl	0	2	2
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
	Niedersachsen	Anzahl	4	8	12
		% von Bundesland	33,3%	66,7%	100,0%
	Nordrhein-Westfalen	Anzahl	4	7	11
		% von Bundesland	36,4%	63,6%	100,0%
Rheinland-Pfalz	Anzahl	1	36	37	
	% von Bundesland	2,7%	97,3%	100,0%	

	Saarland	Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
	Schleswig-Holstein	Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
	Thüringen	Anzahl	0	2	2
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	19	229	248	
	% von Bundesland	7,7%	92,3%	100,0%	

7.3.2 Schwierigkeiten einen Vertrag mit den Krankenkassen zu bekommen

N = 233



Ein Drittel der hier antwortenden Leistungserbringer für Soziotherapie antwortet auf die Frage „Hatten Sie Schwierigkeiten, einen Vertrag mit den Krankenkassen oder Verbänden der Krankenkassen zu bekommen?“ mit „ja“.

Diese Angaben variieren von Bundesland zu Bundesland (s.u.), wobei das N bei dieser Differenzierung häufig zu klein für eine aussagekräftige Interpretation wird.

			Schwierigkeiten Vertrag		Gesamt
			Ja	Nein	
Bundesland	_Keine Angaben	Anzahl	4	0	4
		% von Bundesland	100,0%	,0%	100,0%
	Baden-Württemberg	Anzahl	18	91	109
		% von Bundesland	16,5%	83,5%	100,0%
	Bayern	Anzahl	12	16	28
		% von Bundesland	42,9%	57,1%	100,0%
	Berlin	Anzahl	14	7	21
		% von Bundesland	66,7%	33,3%	100,0%
	Brandenburg	Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%

7. Ergebnisse
Leistungserbringer (Soziotherapeuten)

Bremen	Anzahl	3	0	3
	% von Bundesland	100,0%	,0%	100,0%
Hessen	Anzahl	2	1	3
	% von Bundesland	66,7%	33,3%	100,0%
Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl	2	0	2
	% von Bundesland	100,0%	,0%	100,0%
Niedersachsen	Anzahl	8	4	12
	% von Bundesland	66,7%	33,3%	100,0%
Nordrhein-Westfalen	Anzahl	7	3	10
	% von Bundesland	70,0%	30,0%	100,0%
Rheinland-Pfalz	Anzahl	6	30	36
	% von Bundesland	16,7%	83,3%	100,0%
Saarland	Anzahl	0	1	1
	% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Schleswig-Holstein	Anzahl	1	0	1
	% von Bundesland	100,0%	,0%	100,0%
Thüringen	Anzahl	0	2	2
	% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	77	156	233
	% von Bundesland	33,0%	67,0%	100,0%

7.3.3 Vertragsabschlüsse mit den Landesverbänden / -vertretungen der Krankenkassen

Die Antworten lauten hier durchgängig „mit allen“ bzw. werden aufgelistet „AOK, VdAK, BKK, IKK, AEV, Landwirtsch. KK“.

7.3.4 Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen

Die Antworten lauten hier durchgängig „alle gesetzlichen KK“ bzw. werden aufgelistet „AOK, BKK, IKK, VdAK,AEV“.

7.3.5 Anzahl der Patienten, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde

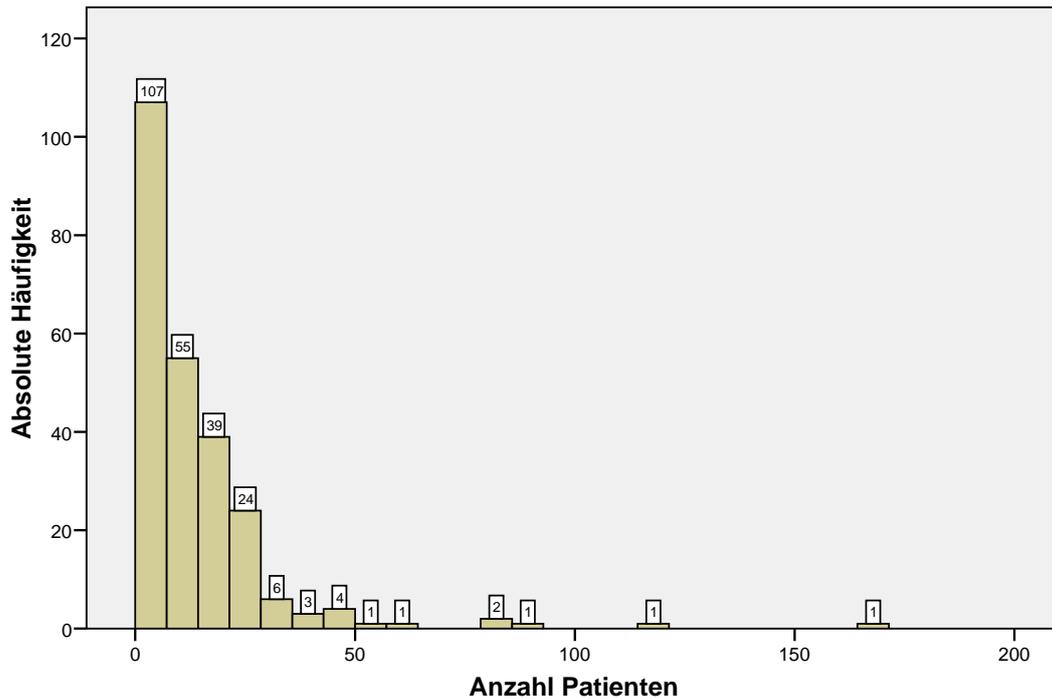
N = 245

Antworten auf die Frage „Bei wie vielen Patienten führten Sie in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durch?“

Anzahl Patienten (klassiert)	Nennungen N	Relative Häufigkeit
0	31	13 %
1 - 10	97	40 %
11 - 20	65	27 %
21 - 30	34	14 %
31 - 40	7	3 %
41 - 50	4	2 %
über 50	7	3 %
Gesamt	245	100 %

	Median	Min	Max	Perzentile 25 50 75		
Anzahl Verordnungen Soziotherapie	10	0	166	3	10	18,5

Man erkennt am Median und auch an der Grafik unten, dass 50 % der 245 antwortenden Leistungserbringer hier die Betreuung von null bis zehn Patienten zurückgemeldet haben.



7.3.6 Diagnosen, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde

N = 211

Antworten auf die Frage „Bei welchen Diagnosen haben Sie in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Diagnose	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	80 - 100 %
Schizophrenie (F20.0 – F20.6)	6	85	6	2	1	0
Schizotype Störung (F21)	73	27	0	0	0	0
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	75	25	0	0	0	0
Induzierte wahnhaftige Störung (F24)	95	5	0	0	0	0
Schizoaffektive Störungen (F25)	33	66	1	0	0	0
Bipolare affektive Störung (F31.5)	65	34	0	0	0	0
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3)	60	40	0	0	0	0

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)	58	41	0	0	0	0
Andere Diagnosen	77	23	0	0	0	0

Die Zahlen machen deutlich, dass die Patienten, welche die hier antwortenden Leistungserbringer betreuen – vor allem die Diagnose Schizophrenie erhalten haben. Dies deckt sich mit den oben dargestellten Angaben der Nervenärzte/Psychiater.

7.3.7 Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie im Rahmen der psychischen Erkrankung des Patienten

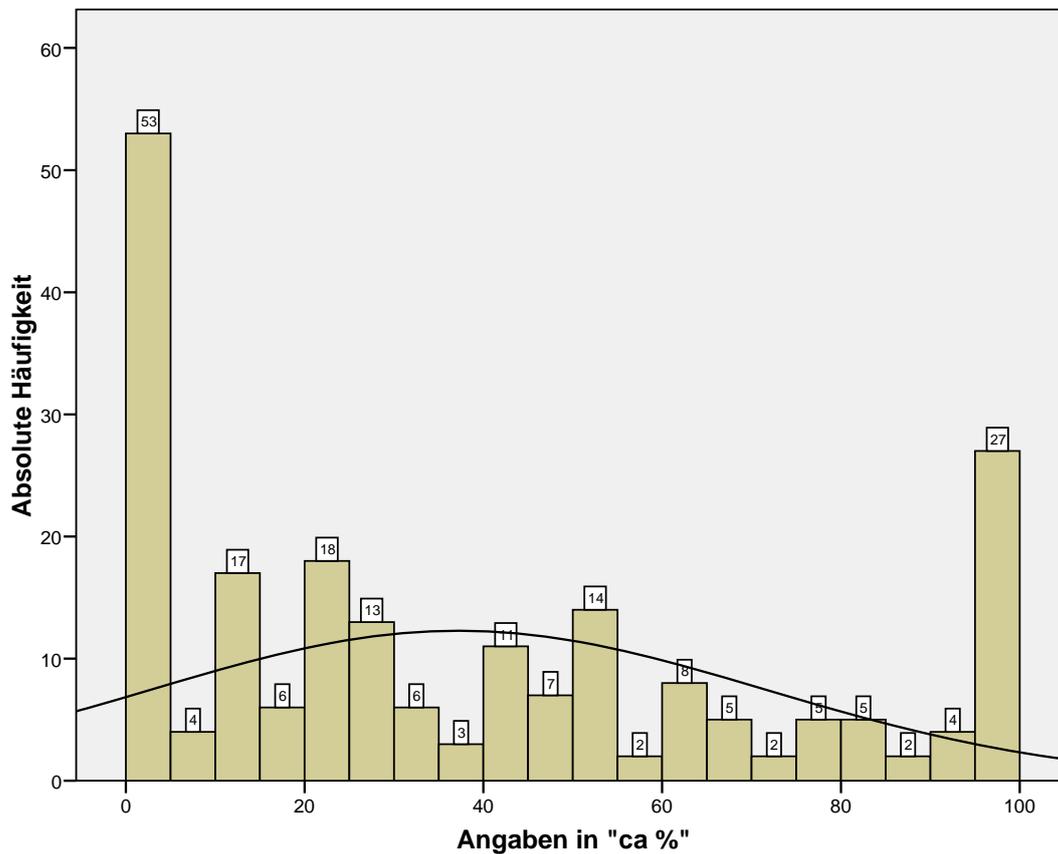
N = 212

Antworten auf die Frage „Nehmen die Patienten, die Sie soziotherapeutisch betreuen, im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung, noch andere Leistungen regelmäßig in Anspruch?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

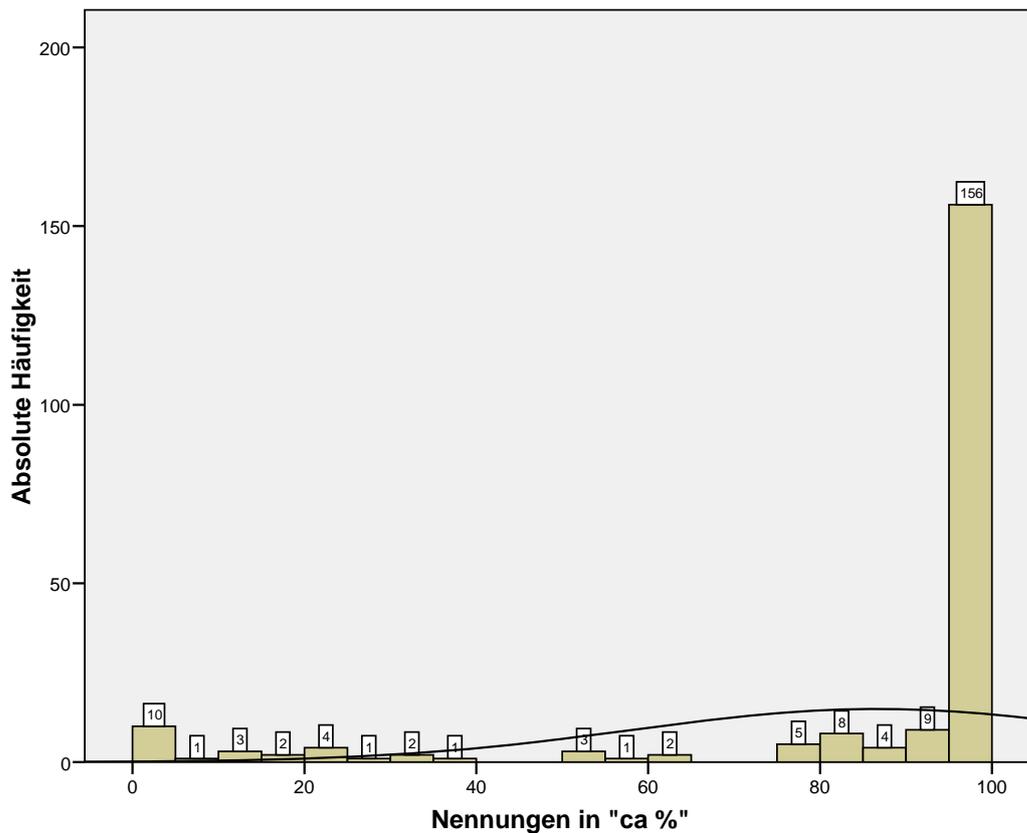
Leistungen	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	80 - 100 %
Keine weiteren Leistungen	92	3	3	0	0	1
Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)	2	7	2	2	4	82
Ambulante Psychotherapie	62	32	5	0	0	0
Ergotherapie	69	22	5	2	0	0
Häuslich psychiatrische Krankenpflege	74	19	5	1	0	0
Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz	61	31	6	1	1	0
Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs (Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste)	20	25	16	16	8	16
Andere Leistungen	68	23	4	4	0	0

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei hauptsächliche Leistungen der GKV sichtbar, welche die Patienten der hier antwortenden Leistungserbringer regelmäßig in Anspruch nehmen: Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs und Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater), deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs



- Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)



7.3.8 Gründe dafür, dass Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam

N = 151

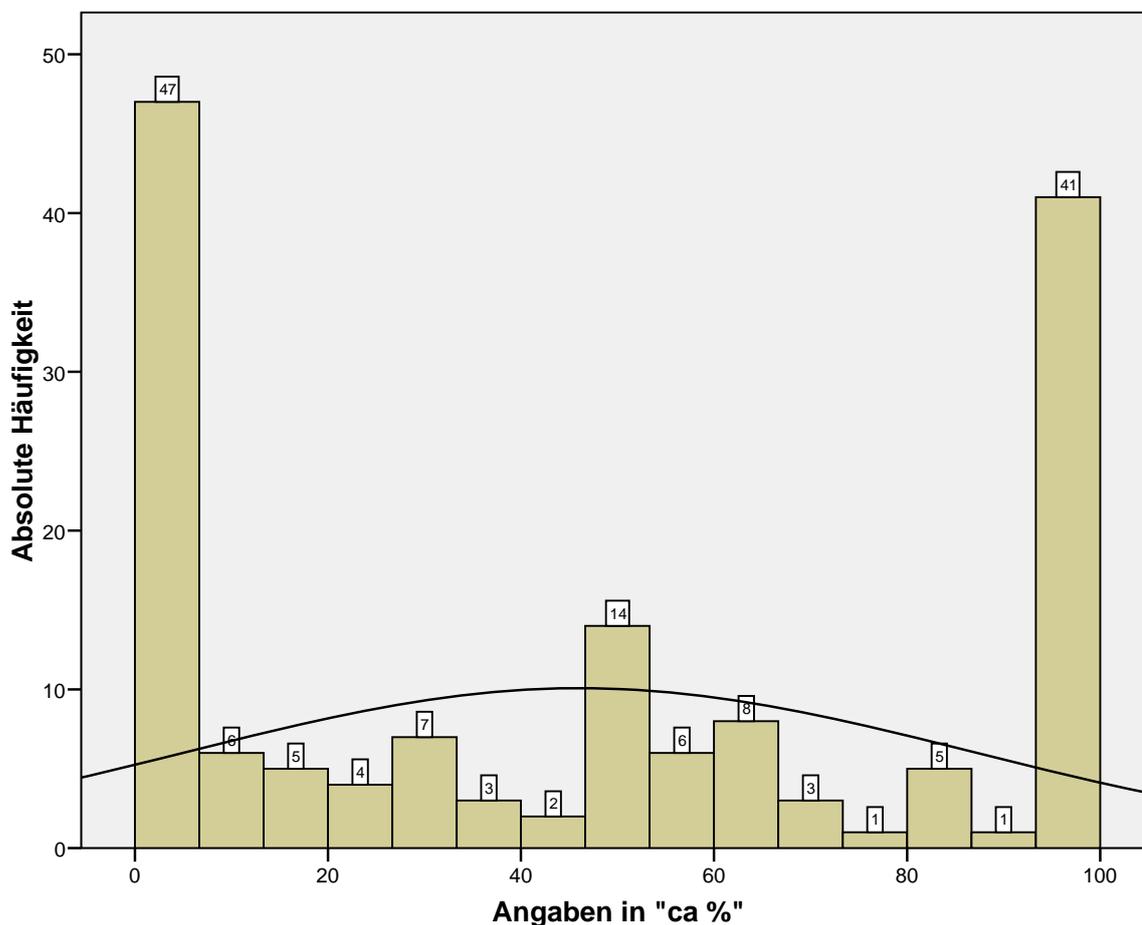
Antworten auf die Bitte „Nennen Sie bitte die Gründe, warum Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Gründe für Nichtzustandekommen	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	80 - 100 %
Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse	29	10	8	16	7	29
Abbruch durch den Patienten	45	13	15	13	5	9
Abbruch durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer	92	7	1	0	0	0
Abbruch durch den ärztlichen Verordner	96	1	0	1	1	1

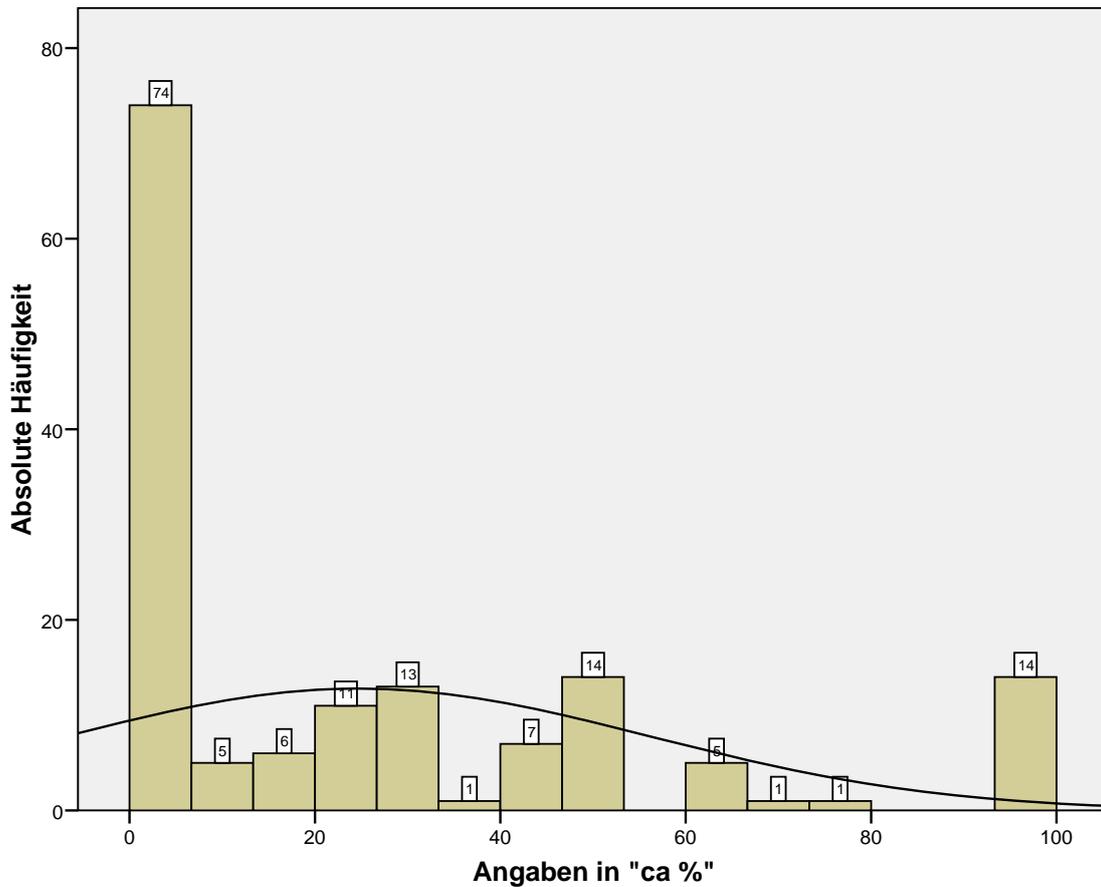
Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung	83	5	5	5	2	1
Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung	85	6	5	1	0	3
Andere Gründe	76	3	9	4	1	7

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei hauptsächliche Gründe sichtbar, warum Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam: „Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse“ und „Abbruch durch den Patienten“, deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse



- Abbruch durch den Patienten

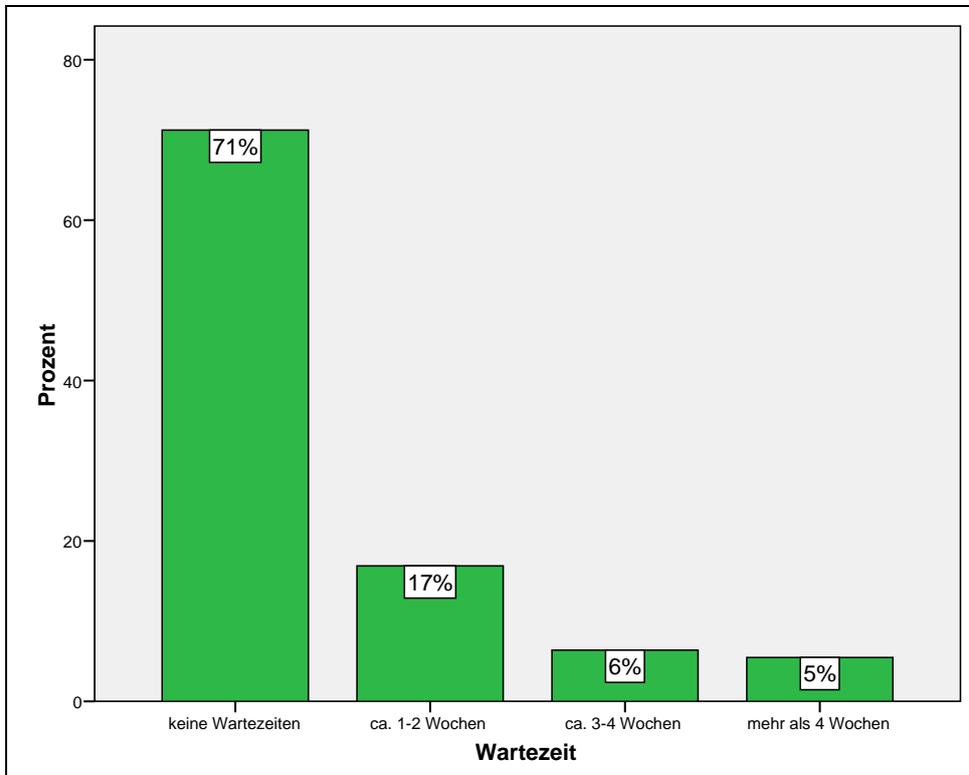


Qualitative Auswertung der Angaben unter „Andere Gründe“ (Beispiele)

„Ablehnung der Krankenkassen aufgrund der 3-Jahres-Frist“; „Vermittlung ins Betreute Wohnen nach § 53 SGB XII“; „Verweis auf Anbindung an Institutsambulanz führte erstmal zur Ablehnung, wurde dann aber nach Widerspruch doch anerkannt“

7.3.9 Dauer der Wartezeit für Patienten bis zum Beginn der Soziotherapie

N = 219



71 % der hier antwortenden Leistungserbringer geben an, dass es für Patienten, deren soziotherapeutische Betreuung diese übernommen haben, keine Wartezeit bis zum Beginn der Soziotherapie besteht.

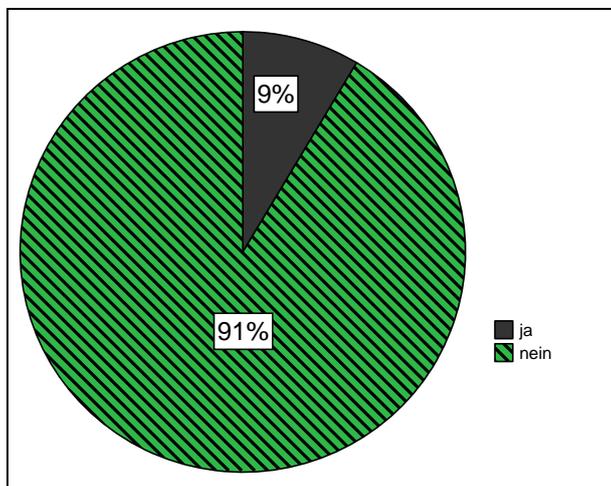
Diese Angaben variieren von Bundesland zu Bundesland (s.u.), wobei das N bei dieser Differenzierung häufig zu klein für eine aussagekräftige Interpretation wird.

			Wartezeit				Gesamt
			keine Wartezeiten	ca. 1-2 Wochen	ca. 3-4 Wochen	mehr als 4 Wochen	
Bundesland	_Keine Angaben	Anzahl	3	0	1	1	5
		% von Bundesland	60,0%	,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Baden-Württemberg		Anzahl	78	29	6	2	115
		% von Bundesland	67,8%	25,2%	5,2%	1,7%	100,0%
Bayern		Anzahl	15	2	3	4	24
		% von Bundesland	62,5%	8,3%	12,5%	16,7%	100,0%
Berlin		Anzahl	16	2	0	1	19
		% von	84,2%	10,5%	0%	5,3%	100,0%

	Bundesland					
Brandenburg	Anzahl	0	1	0	0	1
	% von Bundesland	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Bremen	Anzahl	2	0	0	0	2
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Hessen	Anzahl	1	1	0	0	2
	% von Bundesland	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
Mecklenburg-Vorpommern	Anzahl	1	1	0	0	2
	% von Bundesland	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
Niedersachsen	Anzahl	7	1	0	1	9
	% von Bundesland	77,8%	11,1%	,0%	11,1%	100,0%
Nordrhein-Westfalen	Anzahl	8	0	0	0	8
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Rheinland-Pfalz	Anzahl	21	0	4	3	28
	% von Bundesland	75,0%	,0%	14,3%	10,7%	100,0%
Saarland	Anzahl	1	0	0	0	1
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Schleswig-Holstein	Anzahl	1	0	0	0	1
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Thüringen	Anzahl	2	0	0	0	2
	% von Bundesland	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	156	37	14	12	219
	% von Bundesland	71,2%	16,9%	6,4%	5,5%	100,0%

7.3.10 Ablehnung von Patienten wegen fehlender Kapazitäten

N = 234



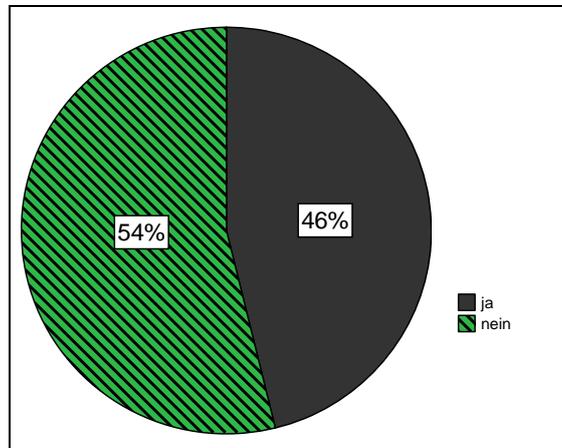
Auf die Frage „Müssen Sie Patienten wegen fehlender Kapazitäten ablehnen?“ antworten 91 % der Leistungserbringer mit „nein“.

Diese Angaben variieren von Bundesland zu Bundesland (s.u.), wobei das N bei dieser Differenzierung häufig zu klein für eine aussagekräftige Interpretation wird.

			Patienten wegen fehlender Kapazitäten ablehnen?		Gesamt
			ja	nein	
Bundesland	_Keine Angaben	Anzahl	0	5	5
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Baden-Württemberg		Anzahl	4	113	117
		% von Bundesland	3,4%	96,6%	100,0%
Bayern		Anzahl	6	21	27
		% von Bundesland	22,2%	77,8%	100,0%
Berlin		Anzahl	5	15	20
		% von Bundesland	25,0%	75,0%	100,0%
Brandenburg		Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Bremen		Anzahl	0	2	2
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Hessen		Anzahl	1	2	3
		% von Bundesland	33,3%	66,7%	100,0%
Mecklenburg-Vorpommern		Anzahl	0	2	2
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Niedersachsen		Anzahl	1	8	9
		% von Bundesland	11,1%	88,9%	100,0%
Nordrhein-Westfalen		Anzahl	0	10	10
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Rheinland-Pfalz		Anzahl	3	31	34
		% von Bundesland	8,8%	91,2%	100,0%
Saarland		Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Schleswig-Holstein		Anzahl	0	1	1
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Thüringen		Anzahl	0	2	2
		% von Bundesland	,0%	100,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	20	214	234
		% von Bundesland	8,5%	91,5%	100,0%

7.3.11 Möglichkeit der Überweisung von Patienten an andere Leistungserbringer bei Ablehnung

N = 130



Auf die Frage „Haben Sie bei Ablehnung die Möglichkeit, diese Patienten an andere anerkannte soziotherapeutische Leistungserbringer zu verweisen?“ antwortet etwa die Hälfte der Leistungserbringer mit „ja“ und die Hälfte mit „nein“.

7.3.12 Vorschläge für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern

N = 135

Qualitative Auswertung

Gruppen		Häufigkeiten	hauptsächlich genannt
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	17	F 04, F 06
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3	F 10.x
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	32	F 20.8; F23
F30-F39	Affektive Störungen	77	F 31.2; F 32.2
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	52	F 40.x, F 42
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3	F 50
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	78	F 60.x, F 60.31

F70-F79	Intelligenzstörung	1	./.
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0	./.
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0	./.
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	./.

Die hier antwortenden Leistungserbringer nennen – ebenso wie die oben dargestellten Nervenärzte/Psychiater – am häufigsten Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, wenn danach gefragt wird, bei welchen anderen Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 aus deren Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich wäre.

7.3.13 Fähigkeitsstörungen, für die Soziotherapie erforderlich wäre

N = 108

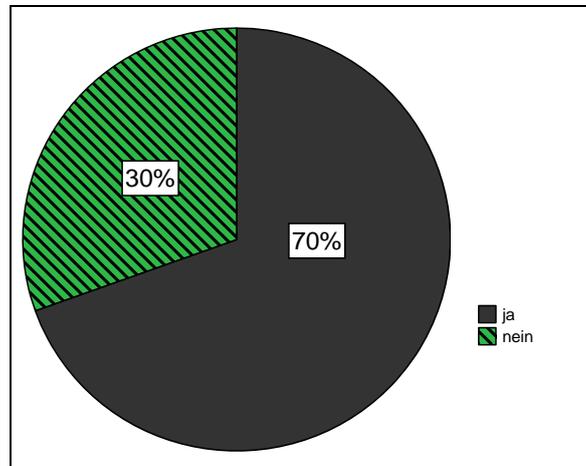
Qualitative Auswertung

Nennungen	Häufigkeit N
Depression	39
Persönlichkeitsstörungen	38
Borderline	26
Angst	14
Sucht	10

Obwohl nach Fähigkeitsstörungen gefragt, werden von den hier antwortenden Leistungserbringern Diagnosen oder diagnostische Kategorien genannt, für die aus deren Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich wäre, an erster Stelle depressive Störungen.

7.3.14 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit verordnungsberechtigten Fachärzten

N =233

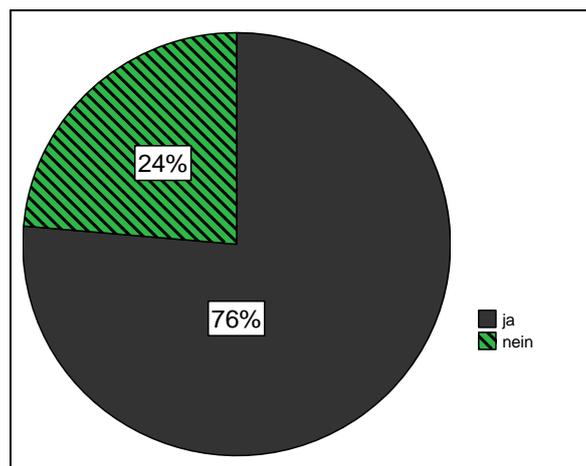


Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Mehr Information“; „bessere Kenntnis über Soziotherapie bei Ärzten“; „mehr verordnungsberechtigte Nervenärzte“; „Hausärzte und Psychiater sollten mehr von sich aus Soziotherapie-Patienten vorschlagen, vorrangig geschieht dies bisher auf Initiative des Sozialpsychiatrischen Dienstes“

7.3.15 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

N =220



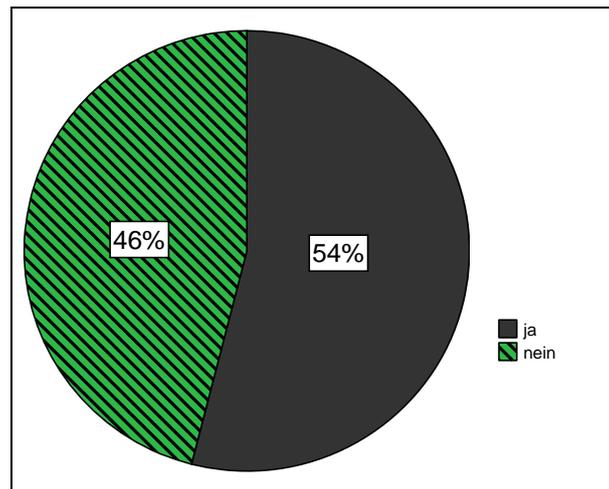
Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Schnellere Bearbeitung; Transparenz; einheitlicher Umgang mit Formularen“; „Keine restriktive Bewilligungspraxis zu Lasten d. Versicherten“; „konkreter An-

sprechpartner; „besserer Informationstransfer“; „Gleichbehandlung der Soziotherapie mit anderen GKV-Leistungen“; „keine standardmäßige MDK-Schaltung“

7.3.16 Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

N =200



Verbesserungsvorschläge (Beispiele)

„Bei Unstimmigkeiten direkte Nachfrage bei Arzt oder Leistungserbringer“;
„Rücksprachen, keine Entscheidung nach Aktenlage“; „direkter Kontakt“

7.3.17 Anmerkungen

Kategorienbildung durch qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	Anzahl Nennungen	Beispiel
Vergütungs- / Finanzierungsprobleme	37	„Zu geringer Stundensatz; keine Wegezeiten“
Kritik an Kontingenten	18	„Befristung von 3 Jahren / 120 Std. nicht nachvollziehbar“
Zu viel Bürokratie	16	„Aufwendiges Antragsverfahren“
Zu hohe Qualifikationsanforderungen	15	„Anforderungen an Leistungserbringer zu hoch, um frei werdende Stellen zu besetzen“
Soziotherapie sinnvolles Angebot	14	„Soziotherapie ist Erfolgsmodell und führt zu weniger Krankenhausaufenthalt und Stärkung der ambulanten Versorgung“
Indikationen zu eng gefasst	11	„Zu eingeschränkte Diagnosen; GAF-Skala >40 als Ausschlussgrund für Soziotherapie nicht gerecht“

Rest	16	
------	----	--

7.3.18 Zusammenfassung

Die soziotherapeutischen Leistungserbringer arbeiten fast ausschließlich als Angestellte und betreuen im Jahresdurchschnitt 13,5 Patienten - hauptsächlich mit einer Diagnose „Schizophrenie“. Wartezeiten oder Ablehnung wegen fehlender Kapazitäten sind keine relevanten Größen.

Die Soziotherapeuten schlagen in erster Linie die diagnostischen Kategorien „Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ und „Persönlichkeitsstörungen“ als weitere geeignete Diagnosen für Soziotherapie vor.

Verbesserungsbedarf wird vor allem in der Zusammenarbeit mit den Nervenärzten/Psychiatern sowie den Krankenkassen gesehen.

Wenn nach der Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie im Rahmen der psychischen Erkrankung des Patienten gefragt wird, dann stehen bei den Nennungen mit großem Abstand zu anderen Akteuren an erster Stelle der (unabdingbare) Nervenarzt/Psychiater und die Anbieter im komplementären Versorgungsbereich.

Die Möglichkeit für freie Anmerkungen am Ende des Fragebogens nutzen die befragten Leistungserbringer v.a. um die aus ihrer Sicht zu geringe Vergütung anzusprechen.

7.4 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Bis auf einen haben alle MDK einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt (14 von 15 entspricht 93 %). Zumindest teilweise ist davon auszugehen, dass es sich bei den Angaben um vorab aggregierte Daten handelt, da die Bögen intern vervielfältigt wurden, die Rückmeldung aber gesammelt auf einem Bogen erfolgte.

7.4.1 Anzahl der in den letzten 12 Monaten befürworteten bzw. nicht befürworteten Anträge auf Soziotherapie

N = 14

Antworten auf die Frage „Wie viele von Ihnen begutachtete Anträge auf Soziotherapie haben Sie in den letzten 12 Monaten befürwortet bzw. nicht befürwortet?“

MDK	Anzahl Anträge N	Befürwortet	Nicht befürwortet
MDK 1	600	67%	33%
MDK 2	208	62%	38%
MDK 3	207	92%	8%
MDK 4	6	67%	33%
MDK 5	217	91%	9%
MDK 6	21	95%	5%
MDK 7	7	86%	14%
MDK 8	50	50%	50%
MDK 9	72	63%	38%
MDK 10	20	100%	0%
MDK 11	38	87%	13%
MDK 12	0	--	--
MDK 13	9	89%	11%
MDK 14	0	--	--
Insgesamt	1455	74%	26%

7.4.2 Gründe für die Nicht-Befürwortung

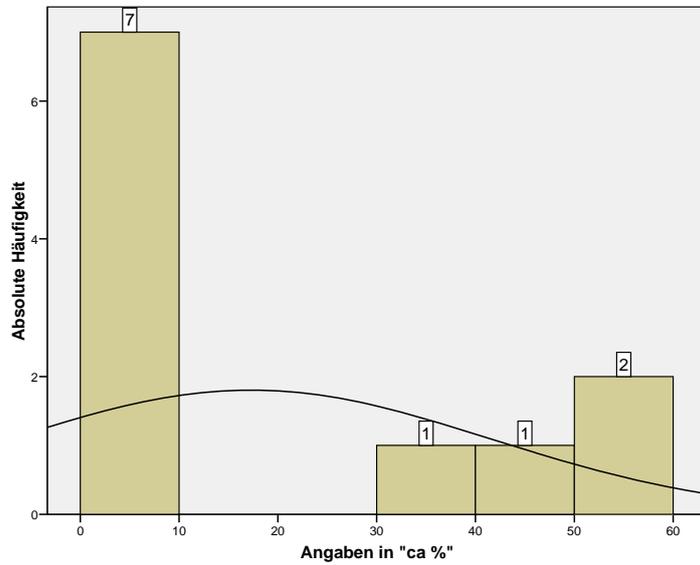
N = 11

Antworten auf die Bitte „Nennen Sie bitte die Gründe für die Nicht-Befürwortung.“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

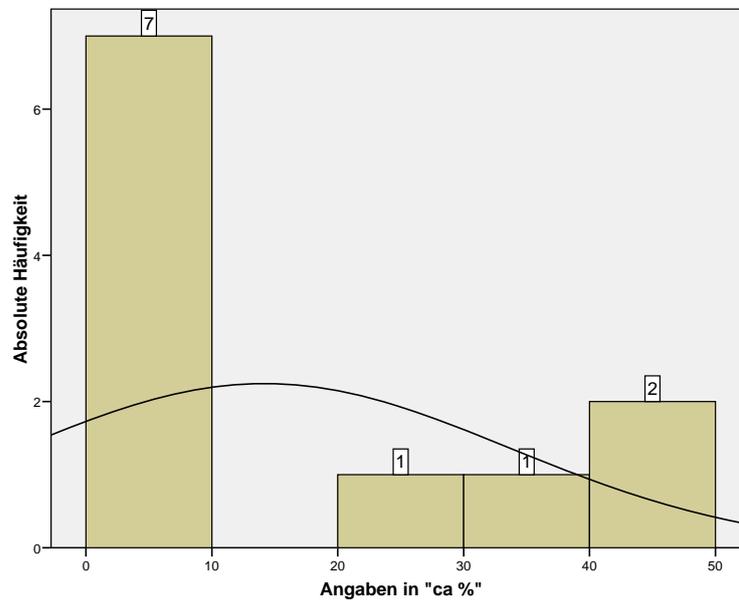
Gründe für Ablehnung	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Verordner nicht zugelassen	82	18	0	0	0	0
soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt	82	0	9	0	0	9
Unvollständige Antragsunterlagen	64	27	0	0	0	9
Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL	55	9	9	27	0	0
Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-RL	45	27	9	18	0	0
GAF-Wert über 40	73	18	0	9	0	0
Maximales Gesamtkontingent überschritten (120 Stunden)	82	18	0	0	0	0
Soziotherapie zielt nicht auf die Erreichung der selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen	55	36	9	0	0	0
Die Mitwirkungsfähigkeit des Patienten wurde als zu gering eingeschätzt	91	9	0	0	0	0
Versicherter nimmt z Zt. selbständig Leistungen zur Besserung seines psych. Krankheitsbildes in Anspruch	64	27	9	0	0	0
Ziel der Vermeidung von stationärem Aufenthalt ist aus dem Antrag nicht ersichtlich	64	27	9	0	0	0
Diskrepanz zwischen Antrag und weiteren Versicherteninformationen	82	9	0	0	0	9
Andere Gründe	70	20	10	0	0	0

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei Hauptgründe aus Sicht des MDK deutlich: „Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL“ und „keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-Richtlinien“, deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Keine Diagnose gemäß Soziotherapie- Richtlinien



- Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie- Richtlinien



7.4.3 Anzahl der Anfragen zum Thema Soziotherapie in den letzten 12 Monaten

N = 14

	Anfragen von		
	Versicherten	Hausärzten	verordnungs- Fachärzten
Mittelwert	2,39	0,39	10,71
Standardabweichung	7,976	0,738	22,591

Der MDK erhielt in den letzten 12 Monaten nach eigenen Angaben am häufigsten von verordnungsberechtigten Fachärzten Anfragen zum Thema Soziotherapie.

7.4.4 Ausreichende Information der Mitarbeiter über die Verordnung von Soziotherapie

N = 14

100 % antworteten mit „ja“

7.4.5 Anmerkungen

Kategorienbildung durch qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	Anzahl Nennungen	Beispiel
Mangel an Leistungserbringern	3	„es existieren keine aktiven Anbieter“
Generelle Bewertung (Meta-Ebene)	3	„Wissen über Soziotherapie nicht weit verbreitet; bekannt, dass Soziotherapie -Beantragung sehr aufwendig ist und Vergütung sehr gering; schlechte Vernetzung, somit keine ausreichende Versorgung; Implementierung neuer Behandlungsbausteine alleine macht Behandlung nicht wirtschaftlicher; Vergütung muss Zeitaufwand entsprechen“
Rest	2	

Es wird auf die ergänzenden Hinweise im Anhang unter 10.2.17 und 10.2.18 verwiesen.

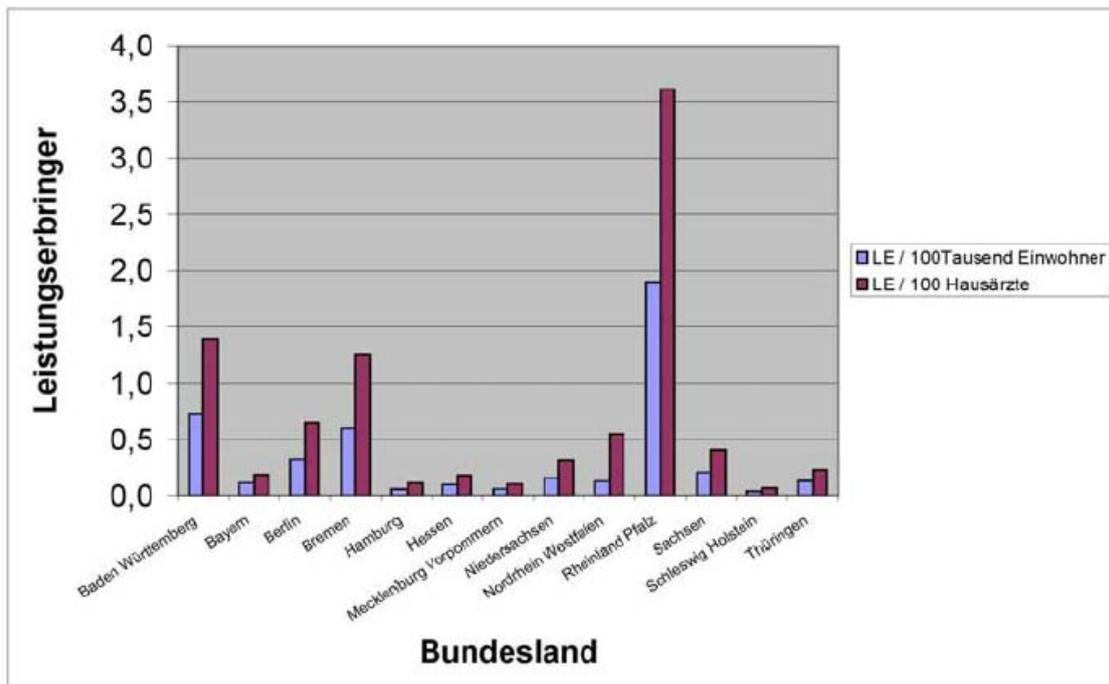
7.4.6 Zusammenfassung

Die Zahl der befürworteten Anträge auf Soziotherapie überwiegt laut MDK-Angaben die der nicht befürworteten Anträge. Die beiden häufigsten Gründe für eine Nicht-Befürwortung sind. Verordnungen bei einer Diagnose bzw. einer Fähigkeitsstörung, die nicht den Soziotherapie-Richtlinien entspricht.

7.5 Krankenkassen

Die Gruppe der Krankenkassen wurde eingeschränkt auf Krankenkassen in den vier Bundesländern mit der größten Zahl von soziotherapeutischen Leistungserbringern pro Einwohner bzw. pro Hausarzt, das sind Rheinland Pfalz, Baden Württemberg, Bremen und Berlin (siehe Abbildung 2). Diese Zielgruppenauswahl wurde am 21.12.2006 vom Unterausschuss Soziotherapie im schriftlichen Verfahren konsentiert.

Abbildung 2 Anteil soziotherapeutischer Leistungserbringer pro 100T Einwohner bzw. 100 Hausärzte nach Bundesland



Die Befragung der Krankenkassen erfolgte über die Spitzenverbände der Krankenkassen, die als Verteiler zur Weiterleitung der Fragebögen an ihre Untergliederungen in dem jeweiligen Bundesland fungierten. Der Rücklauf erfolgte teils in Form aggregierter Mittelwerts-Daten über den jeweiligen Spitzenverband, teils per Einzelfragebogen, der direkt an die Geschäftsstelle gesandt wurde. Darin begründet sich auch die große Streuung der nachfolgend dargestellten Daten. Aufgrund dieser methodischen Schwierigkeiten sind die Ergebnisse nur begrenzt generalisierbar.

7.5.1 Anzahl der Verträge mit soziotherapeutischen Leistungserbringern

N = 47

Antworten auf die Frage „Wie viele eigene Verträge hat Ihre Krankenkasse mit soziotherapeutischen Leistungserbringern?“

	Median	Min	Max	Perzentile 25 50 75		
Anzahl Verträge	4	0	83	1	4	16

Man erkennt am Median, dass 50 % der 47 antwortenden Krankenkassen zwischen null und vier Verträge mit soziotherapeutischen Leistungserbringern abgeschlossen haben.

7.5.2 Anzahl der Verordnungen / Anträge auf Soziotherapie in den letzten 12 Monaten

N = 41

Antworten auf die Frage „Wie viele Verordnungen / Anträge auf Soziotherapie erhielt Ihre Krankenkasse in den letzten 12 Monaten?“

	Median	Min	Max	Perzentile 25 50 75		
Anzahl Verordnungen / Anträge	2	0	413	0	2	12,5

Man erkennt am Median, dass 50 % der 41 antwortenden Krankenkassen zwischen null und zwei Verordnungen im letzten Jahr erhielten.

7.5.3 Diagnosen bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie verordnet wurde

N = 27

Antworten auf die Frage „Bei welchen Diagnosen wurde Soziotherapie in den letzten 12 Monaten verordnet?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Diagnose	Summe Anzahl Verordnungen N	Mittlere Kassenindividuelle Verordnungshäufigkeit
Schizophrenie (F20.0 – F20.6)	254	44%
Schizotype Störung (F21)	36	6%
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	27	5%
Induzierte wahnhaftige Störung	1	0%

(F24)		
Schizoaffektive Störungen (F25)	107	19%
Bipolare affektive Störung (F31.5)	23	4%
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3)	37	6%
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)	60	11%
Andere Diagnosen	26	5%
Gesamt	571	100%

Summiert man die Anzahl aller Verordnungen, die bei den hier antwortenden Kassen eingegangen sind, und ordnet die Summen den jeweiligen Diagnosen zu, dann zeigt sich, dass die Diagnose „Schizophrenie“ die Liste anführt, gefolgt von „Schizoaffektive Störungen“ auf Platz 2. Kassenindividuelle Verordnungshäufigkeit bezeichnet die gemittelte relative Häufigkeit einer diagnostischen Kategorie über alle Krankenkassen hinweg.

Die einzelnen Antworten lassen sich wie folgt darstellen:

Diagnose	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Schizophrenie (F20.0 – F20.6)	7	74	15	0	4	0
Schizotype Störung (F21)	67	33	0	0	0	0
Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)	70	30	0	0	0	0
Induzierte wahnhaftige Störung (F24)	96	4	0	0	0	0
Schizoaffektive Störungen (F25)	56	41	0	4	0	0
Bipolare affektive Störung (F31.5)	70	30	0	0	0	0
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3)	63	37	0	0	0	0

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)	56	44	0	0	0	0
Andere Diagnosen	59	41	0	0	0	0

Mit Blick auf die Zahlen wird deutlich, dass Soziotherapie vor allem bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie verordnet wurde, was sich mit den oben dargestellten Angaben von Nervenärzten/Psychiatern und Leistungserbringern deckt.

7.5.4 Anzahl der an den MDK zur Begutachtung weitergeleiteten Verordnungen und Anzahl der genehmigten bzw. abgelehnten Verordnungen

Antworten auf die Frage „Wie viele Verordnungen/Anträge auf Soziotherapie wurden von Ihrer Krankenkasse in den letzten 12 Monaten zur Begutachtung an den Medizinischen Dienst weitergeleitet?“

und

Antworten auf die Frage „Wie viele Verordnungen/Anträge auf Soziotherapie wurden von Ihrer Krankenkasse in den letzten 12 Monaten genehmigt bzw. abgelehnt?“

Krankenkasse	Anzahl Verordnungen / Anträge gesamt N	Weitergeleitete Verordnungen / Anträge (anteilig)	Genehmigte Verordnungen / Anträge (anteilig)	Nicht genehmigte Verordnungen / Anträge (anteilig)
KK1	4	0%	100%	0%
KK2	27	100%	100%	0%
KK3	1	0%	100%	0%
KK4	3	0%	100%	0%
KK5	3	100%	100%	0%
KK6	11	100%	100%	0%
KK7	14	100%	100%	0%
KK8	9	67%	100%	0%
KK9	6	33%	100%	0%
KK10	0	--	--	--
KK11	2	50%	50%	50%
KK12	0	--	--	--
KK13	2	100%	100%	0%

KK14	31	10%	100%	0%
KK15	4	100%	100%	0%
KK16	4	--	100%	0%
KK17	67	70%	78%	22%
KK18	33	0%	100%	0%
KK19	2	50%	50%	50%
KK20	1	0%	100%	0%
KK21	5	100%	100%	0%
KK22	3	33%	100%	0%
KK23	1	100%	100%	0%
KK24	2	100%	100%	0%
KK25	382	40%	87%	13%
KK26	74	41%	93%	7%
KK27	42	45%	90%	10%
KK28	54	57%	91%	9%
KK29	38	100%	100%	0%
KK30	35	100%	100%	0%
Insgesamt	860	51%	90%	10%

Aus der Einzeldarstellung wird deutlich, dass ca. die Hälfte der eingehenden Anträge/Verordnungen von den hier antwortenden Kassen an den MDK weitergeleitet wird. Im Ergebnis werden 90 % der Anträge/Verordnungen genehmigt.

7.5.5 Gründe für die Ablehnungen

N = 7

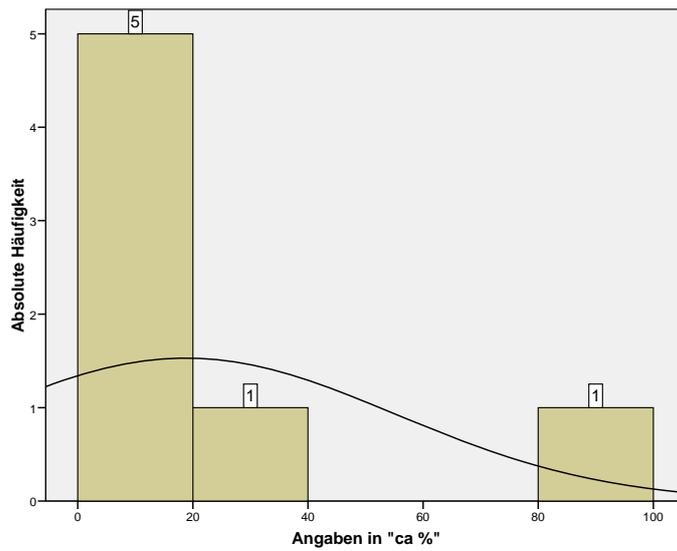
Antworten auf die Bitte „Nennen Sie bitte die Gründe für die Ablehnungen“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Gründe für Ablehnung	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Verordner nicht zugelassen	86	14	0	0	0	0
soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt	86	0	0	14	0	0
Unvollständige Antragsunterlagen	57	0	29	0	0	14

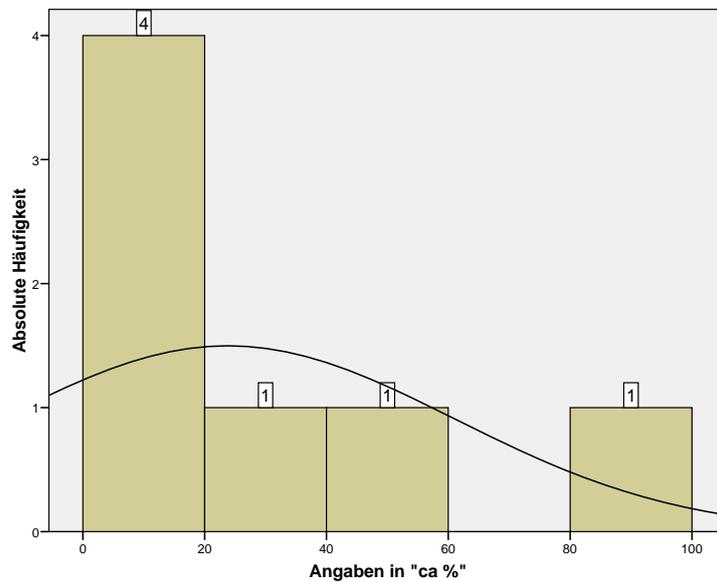
Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL	43	43	0	0	0	14
Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-RL	57	43	0	0	0	0
GAF-Wert über 40	71	29	0	0	0	0
Maximales Gesamtkontingent überschritten (120 Stunden)	71	14	0	14	0	0
Soziotherapie zielt nicht auf die Erreichung der selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen	71	0	29	0	0	0
Die Mitwirkungsfähigkeit des Patienten wurde als zu gering eingeschätzt	100	0	0	0	0	0
Versicherter nimmt z. Zt. selbständig Leistungen zur Besserung seines psych. Krankheitsbildes in Anspruch	86	14	0	0	0	0
Ziel der Vermeidung von stationärem Aufenthalt ist aus dem Antrag nicht ersichtlich	86	14	0	0	0	0
Diskrepanz zwischen Antrag und weiteren Versicherteninformationen	100	0	0	0	0	0
Andere Gründe	71	14	0	0	0	14

Mit Blick auf die Zahlen werden zwei hauptsächliche Gründe sichtbar, warum ein Antrag auf Soziotherapie abgelehnt wurde: „Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-Richtlinien“ und „Unvollständige Antragsunterlagen“, deren Verteilung nachstehend im Detail dargestellt ist.

- Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-Richtlinien



- Unvollständige Antragsunterlagen

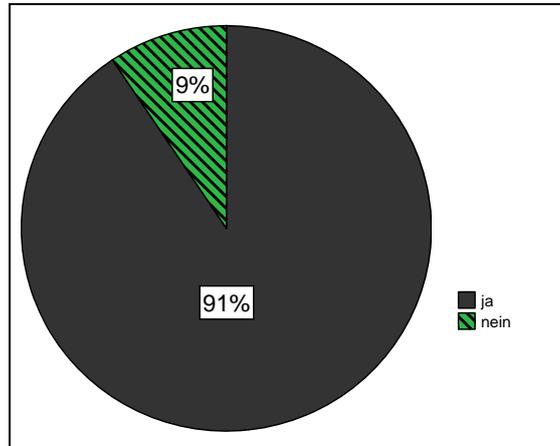


7.5.6 Wer wurde über die Ablehnung des Antrages unterrichtet und wer erhielt ergänzende Anfragen zu diesem Antrag?

Keine Statistik möglich. Bei 46 von 47 Antworten fehlen die Angaben.

7.5.7 Mitarbeiter ausreichend über Verordnung von Sozialtherapie unterrichtet?

N = 47



91 % der hier antwortenden Krankenkassen sind der Auffassung, dass die zuständigen Mitarbeiter ausreichend über die Verordnung von Sozialtherapie unterrichtet sind.

7.5.8 Anmerkungen

Kategorienbildung durch qualitative Inhaltsanalyse

Kategorie	Anzahl Nennungen	Beispiel
Wenig Leistungsgeschehen	6	„Es gehen kaum Anträge auf Sozialtherapie ein“
Rest	4	

Es wird auf die ergänzenden Hinweise in Anhang 10.2.19 verwiesen.

7.5.9 Zusammenfassung

Nach den Angaben der Krankenkassen wurden mehr Anträge auf Sozialtherapie genehmigt als abgelehnt. Insgesamt deuten die Zahlen jedoch auf ein geringes Leistungsgeschehen hin. Die beiden häufigsten Gründe für eine Ablehnung sind Verordnungen bei einer Diagnose, die nicht den Sozialtherapie-Richtlinien entspricht und „unvollständige Antragsunterlagen“.

8. Ergänzende Analysen auf Ebene der Bundesländer

Die obigen Darstellungen haben mehrfach gezeigt, dass es unter den Bundesländern hinsichtlich der Dichte des Leistungsgeschehens deutliche Unterschiede gibt. Ziel der folgenden Auswertungen ist eine Gegenüberstellung der Daten von Bundesländern mit einer größeren Zahl an soziotherapeutischen Leistungserbringern gegenüber den Daten von Ländern mit wenig oder gar keinen soziotherapeutischen Leistungserbringern in Relation zur Bevölkerungsgröße.

Zur ersten Gruppe werden (wie im Fall der Krankenkassen bereits vorab geschehen) zusammengefasst:

Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bremen und Berlin

= Ländergruppe „Hohe LE-Dichte“

Zur zweiten Gruppe werden alle anderen Bundesländer zusammengefasst

= Ländergruppe „Niedrige LE-Dichte“

8.1 Hausärzte im Ländervergleich

8.1.1 Kenntnis über Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen der Soziotherapie

Ergebnis der bundesweiten Auswertung der Antworten hierzu war, dass ein Großteil der Hausärzte Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen der Soziotherapie nicht kennt. In der ländergruppenspezifischen Analyse verändert sich dieses Bild nicht.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Kenntnis über Soziotherapie	ja	Anzahl	30	9	39
		% von Ländergruppen	5,1%	6,5%	5,4%
	teilweise	Anzahl	181	49	230
		% von Ländergruppen	31,0%	35,3%	31,9%
	nein	Anzahl	372	81	453
		% von Ländergruppen	63,8%	58,3%	62,7%
Gesamt		Anzahl	583	139	722
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.2 Betreuung schwer psychisch Kranker, für die Soziotherapie in Frage kommt

Die Antworten auf die Frage, ob die Hausärzte in ihrer Praxis schwer psychisch Kranke, für die Soziotherapie in Frage kommt, betreuen, ist nicht davon abhängig, ob in dem Bundesland des antwortenden Arztes mehr oder weniger Leistungserbringer zur Verfügung stehen.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Betreuung schwer psychisch Kranker, für die Soziotherapie in Frage kommt	ja	Anzahl	392	90	482
		% von Ländergruppen	68,9%	67,2%	68,6%
	nein	Anzahl	177	44	221
		% von Ländergruppen	31,1%	32,8%	31,4%
Gesamt		Anzahl	569	134	703
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.3 Verordnungsberechtigte Fachärzte, die Soziotherapie für eigene Patienten verordnen können, bekannt?

Von den hier befragten Hausärzten kennt nur knapp ein Drittel einen verordnungsberechtigten Facharzt, an den ein Patient überwiesen werden könnte – unabhängig vom Bundesland, in dem er praktiziert.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Fachärzte die ST verordnen können bekannt	ja	Anzahl	171	46	217
		% von Ländergruppen	30,5%	33,6%	31,1%
	nein	Anzahl	390	91	481
		% von Ländergruppen	69,5%	66,4%	68,9%
Gesamt		Anzahl	561	137	698
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.4 Anerkannte Leistungserbringer zur soziotherapeutischen Betreuung eigener Patienten bekannt?

Die Tatsache, dass in dem eigenen Bundesland relativ mehr Leistungserbringer zur Verfügung stehen, verschiebt den Bekanntheitsgrad dieser bei den Hausärzten in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bremen und Berlin im Vergleich zu den anderen Ländern leicht nach oben.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Anerkannte Leistungserbringer bekannt	ja	Anzahl	99	28	127
		% von Ländergruppen	17,5%	20,4%	18,1%
	nein	Anzahl	466	109	575
		% von Ländergruppen	82,5%	79,6%	81,9%
Gesamt		Anzahl	565	137	702
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.5 Häufigkeit der Verordnung zur Indikationsstellung von Soziotherapie mit Muster 28 in den letzten 12 Monaten

Die Häufigkeit der Verordnung zur Indikationsstellung von Soziotherapie durch Hausärzte ist in beiden Ländergruppen nahezu gleich.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Verordnung Soziotherapie mit Muster 28 (Klassiert)	0	Anzahl	408	106	514
		% von Ländergruppen	96,7%	99,1%	97,2%
	1 - 5	Anzahl	12	1	13
		% von Ländergruppen	2,8%	,9%	2,5%
	6+	Anzahl	2	0	2
		% von Ländergruppen	,5%	,0%	,4%
Gesamt		Anzahl	422	107	529
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.6 Wenn Soziotherapie verordnet wird, stehen soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?

Für die Hausärzte macht es keinen Unterschied, ob in ihrem Bundesland relativ viel oder relativ wenig Leistungserbringer zur Verfügung stehen: In beiden Ländergruppen geben 55 % an, dass nach Verordnung für die eigenen Patienten kein Leistungserbringer verfügbar sei.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Stehen soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?	ja, sofort	Anzahl	14	3	17
		% von Ländergruppen	12,7%	11,1%	12,4%
	nicht sofort, nur nach Wartezeit	Anzahl	35	9	44
		% von Ländergruppen	31,8%	33,3%	32,1%
	nein	Anzahl	61	15	76
		% von Ländergruppen	55,5%	55,6%	55,5%
Gesamt		Anzahl	110	27	137
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.1.7 Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...

In der bundesweiten Auswertung wurden zwei „Favoriten“ der Hausärzte sichtbar, wenn es um die Zusammenarbeit bei der Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker geht: Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde und Ärztliche/Psychologische Psychotherapeuten. Im Ländervergleich unterscheiden sich die Angaben hierzu wenig. Leichte Unterschiede sind bei den Anbietern im komplementären Versorgungsbereich sichtbar, mit denen Ärzte in

den Ländern mit „hoher LE-Dichte“ häufiger zusammenarbeiten als ihre Kollegen in den Ländern mit „niedriger LE-Dichte“.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
FA für Psychiatrie (Klassiert)	0 %	Anzahl	7	2	9	
		% von Ländergruppen	1,3%	1,5%	1,3%	
	1 - 20 %	Anzahl	59	23	82	
		% von Ländergruppen	10,6%	17,6%	11,9%	
	21 - 40 %	Anzahl	125	32	157	
		% von Ländergruppen	22,4%	24,4%	22,8%	
	41 - 60 %	Anzahl	190	35	225	
		% von Ländergruppen	34,1%	26,7%	32,7%	
	61 - 80 %	Anzahl	76	18	94	
		% von Ländergruppen	13,6%	13,7%	13,6%	
	80 - 100 %	Anzahl	101	21	122	
		% von Ländergruppen	18,1%	16,0%	17,7%	
	Gesamt		Anzahl	558	131	689
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
ärztl./psycholog. Psychotherapeut (Klassiert)	0 %	Anzahl	178	39	217	
		% von Ländergruppen	31,9%	29,8%	31,5%	
	1 - 20 %	Anzahl	227	48	275	
		% von Ländergruppen	40,7%	36,6%	39,9%	
	21 - 40 %	Anzahl	110	31	141	
		% von Ländergruppen	19,7%	23,7%	20,5%	
	41 - 60 %	Anzahl	37	11	48	
		% von Ländergruppen	6,6%	8,4%	7,0%	
	61 - 80 %	Anzahl	6	1	7	
		% von Ländergruppen	1,1%	,8%	1,0%	
	80 - 100 %	Anzahl	0	1	1	
		% von Ländergruppen	,0%	,8%	,1%	
	Gesamt		Anzahl	558	131	689
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Komplementäre Anbieter (Klassiert)	0 %	Anzahl	305	54	359	
		% von Ländergruppen	54,6%	41,2%	52,0%	
	1 - 20 %	Anzahl	200	50	250	
		% von Ländergruppen	35,8%	38,2%	36,2%	
	21 - 40 %	Anzahl	38	19	57	
		% von Ländergruppen	6,8%	14,5%	8,3%	
	41 - 60 %	Anzahl	11	6	17	
		% von Ländergruppen	2,0%	4,6%	2,5%	
	61 - 80 %	Anzahl	2	2	4	
		% von Ländergruppen	,4%	1,5%	,6%	
	80 - 100 %	Anzahl	3	0	3	
		% von Ländergruppen	,5%	,0%	,4%	
	Gesamt		Anzahl	559	131	690
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2 Nervenärzte / Psychiater im Ländervergleich

8.2.1 Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 in den letzten 12 Monaten

Die Antworten auf die Frage „Wie häufig wurde in den letzten 12 Monaten von Ihnen Soziotherapie mit Muster 26 verordnet?“ variieren deutlich zwischen den Ländergruppen. In Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bremen und Berlin wird im Vergleich zu den anderen Ländern Soziotherapie weitaus häufiger verordnet, dennoch finden sich auch hier selten mehr als 10 Verordnungen pro Arzt pro Jahr.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Soziotherapie mit Muster 26 verordnet (Klassiert)	<= 0	Anzahl	184	23	207	
		% von Ländergruppen	60,5%	19,3%	48,9%	
	1 - 5	Anzahl	88	61	149	
		% von Ländergruppen	28,9%	51,3%	35,2%	
	6 - 10	Anzahl	12	25	37	
		% von Ländergruppen	3,9%	21,0%	8,7%	
	11 - 15	Anzahl	6	8	14	
		% von Ländergruppen	2,0%	6,7%	3,3%	
	16+	Anzahl	14	2	16	
		% von Ländergruppen	4,6%	1,7%	3,8%	
	Gesamt		Anzahl	304	119	423
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.2 Häufigkeit der Verordnung von Soziotherapie mit Muster 26 bei entsprechenden Diagnosen in den letzten 12 Monaten

In der bundesweiten Auswertung war nur die Diagnose Schizophrenie in einer nennenswerten Anzahl für die hier antwortenden Fachärzte der Verordnungsgrund für Soziotherapie, was sich im Ländervergleich erneut bestätigt.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Schizophrenie (Klassiert)	0 %	Anzahl	21	12	33	
		% von Ländergruppen	17,4%	12,5%	15,2%	
	1 - 20 %	Anzahl	94	84	178	
		% von Ländergruppen	77,7%	87,5%	82,0%	
	21 - 40 %	Anzahl	4	0	4	
		% von Ländergruppen	3,3%	,0%	1,8%	
	41 - 60 %	Anzahl	1	0	1	
		% von Ländergruppen	,8%	,0%	,5%	
	80 - 100 %	Anzahl	1	0	1	
		% von Ländergruppen	,8%	,0%	,5%	
	Gesamt		Anzahl	121	96	217
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.3 Gründe für das Nichtverordnen von Soziotherapie

Die häufigsten Gründe für das Nichtverordnen von Soziotherapie waren gemäß bundesweiter Auswertung „Keine soziotherapeutischen Leistungserbringer vor Ort“ und „Vergütung dem Aufwand nicht angemessen“. Ersteres Argument wird von 82 % der Nervenärzte in den Ländern mit relativ mehr Leistungserbringern nicht geteilt, beim zweiten Argument, der Vergütungsfrage, sind sich die Ärzte in beiden Ländergruppen wieder einig.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Keine soziotherapeutischen Leistungserbringer vor Ort	nicht genannt	Anzahl	96	37	133
		% von Ländergruppen	43,0%	82,2%	49,6%
	genannt	Anzahl	127	8	135
		% von Ländergruppen	57,0%	17,8%	50,4%
Gesamt		Anzahl	223	45	268
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Vergütung dem Aufwand nicht angemessen	nicht genannt	Anzahl	138	25	163
		% von Ländergruppen	62,2%	55,6%	61,0%
	genannt	Anzahl	84	20	104
		% von Ländergruppen	37,8%	44,4%	39,0%
Gesamt		Anzahl	222	45	267
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.4 Regelmäßige Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie

Bei der länderübergreifenden Auswertung war die Angabe „Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)“ als häufigste in Anspruch genommene GKV-Leistung herausstechend. Ein weiteres Item, dem die Ärzte eine Gewichtung beigemessen haben, ist „Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs“.

Ländergruppenspezifisch betrachtet gibt es bei der Antwort „Fachärztliche Behandlung“ wieder Übereinstimmung. Die Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs werden tendenziell von Patienten in den Bundesländern mit mehr soziotherapeutischen Leistungserbringern häufiger in Anspruch genommen.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Fachärztliche Behandlung (Klassiert)	0 %	Anzahl	11	10	21	
		% von Ländergruppen	8,3%	10,5%	9,2%	
	1 - 20 %	Anzahl	2	1	3	
		% von Ländergruppen	1,5%	1,1%	1,3%	
	21 - 40 %	Anzahl	13	6	19	
		% von Ländergruppen	9,8%	6,3%	8,3%	
	41 - 60 %	Anzahl	27	20	47	
		% von Ländergruppen	20,3%	21,1%	20,6%	
	61 - 80 %	Anzahl	17	10	27	
		% von Ländergruppen	12,8%	10,5%	11,8%	
	80 - 100 %	Anzahl	63	48	111	
		% von Ländergruppen	47,4%	50,5%	48,7%	
	Gesamt		Anzahl	133	95	228
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Leistungen komplett. Versorgungsbereich (Klassiert)	0 %	Anzahl	72	41	113	
		% von Ländergruppen	54,1%	43,2%	49,6%	
	1 - 20 %	Anzahl	15	10	25	
		% von Ländergruppen	11,3%	10,5%	11,0%	
	21 - 40 %	Anzahl	25	17	42	
		% von Ländergruppen	18,8%	17,9%	18,4%	
	41 - 60 %	Anzahl	12	13	25	
		% von Ländergruppen	9,0%	13,7%	11,0%	
	61 - 80 %	Anzahl	5	4	9	
		% von Ländergruppen	3,8%	4,2%	3,9%	
	80 - 100 %	Anzahl	4	10	14	
		% von Ländergruppen	3,0%	10,5%	6,1%	
	Gesamt		Anzahl	133	95	228
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.5 Gründe dafür, dass Psychotherapie nach Verordnung nicht zustande kam

Zwei Hauptgründe aus Sicht der Nervenärzte/Psychiater wurden bei der bundesweiten Auswertung sichtbar: „Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse“ und „kein Leistungserbringer vorhanden“. Die Ärzte aus Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bremen und Berlin machen den Mangel an Leistungserbringern deutlich seltener für sich geltend, erleben eine Ablehnung durch die Krankenkasse aber tendenziell öfter als ihre Kollegen in den übrigen Bundesländern.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Kein LE vorhanden (Klassiert)	0 %	Anzahl	82	56	138	
		% von Ländergruppen	55,8%	83,6%	64,5%	
	1 - 20 %	Anzahl	1	0	1	
		% von Ländergruppen	,7%	,0%	,5%	
	21 - 40 %	Anzahl	3	2	5	
		% von Ländergruppen	2,0%	3,0%	2,3%	
	41 - 60 %	Anzahl	3	4	7	
		% von Ländergruppen	2,0%	6,0%	3,3%	
	61 - 80 %	Anzahl	0	1	1	
		% von Ländergruppen	,0%	1,5%	,5%	
	80 - 100 %	Anzahl	58	4	62	
		% von Ländergruppen	39,5%	6,0%	29,0%	
	Gesamt		Anzahl	147	67	214
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Ablehnung durch KK (Klassiert)	0 %	Anzahl	92	34	126	
		% von Ländergruppen	62,6%	50,7%	58,9%	
	1 - 20 %	Anzahl	5	4	9	
		% von Ländergruppen	3,4%	6,0%	4,2%	
	21 - 40 %	Anzahl	7	5	12	
		% von Ländergruppen	4,8%	7,5%	5,6%	
	41 - 60 %	Anzahl	10	8	18	
		% von Ländergruppen	6,8%	11,9%	8,4%	
	61 - 80 %	Anzahl	4	4	8	
		% von Ländergruppen	2,7%	6,0%	3,7%	
	80 - 100 %	Anzahl	29	12	41	
		% von Ländergruppen	19,7%	17,9%	19,2%	
	Gesamt		Anzahl	147	67	214
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.6 Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit ...

Im bundesweiten Survey wurden zwei „Favoriten“ der Nervenärzte/Psychiater sichtbar, wenn es um die Zusammenarbeit bei Betreuung schwer/chronisch psychisch Kranker geht: Psychiatrische Kliniken und Anbieter in komplementären Versorgungsbereichen. Im Ländergruppenvergleich ziehen die Ärzte, die auf eine hohe „Leistungserbringer-Dichte“ zugreifen können die Psychiatrische Klinik tendenziell seltener unter. Bei der Zusammenarbeit mit Anbietern in komplementären Versorgungsbereichen gibt es keine Unterschiede.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Psychiatr. Klinik (Klassiert)	0 %	Anzahl	54	39	93	
		% von Ländergruppen	18,7%	34,2%	23,1%	
	1 - 20 %	Anzahl	148	40	188	
		% von Ländergruppen	51,2%	35,1%	46,7%	
	21 - 40 %	Anzahl	61	20	81	
		% von Ländergruppen	21,1%	17,5%	20,1%	
	41 - 60 %	Anzahl	17	11	28	
		% von Ländergruppen	5,9%	9,6%	6,9%	
	61 - 80 %	Anzahl	5	0	5	
		% von Ländergruppen	1,7%	,0%	1,2%	
	80 - 100 %	Anzahl	4	4	8	
		% von Ländergruppen	1,4%	3,5%	2,0%	
	Gesamt		Anzahl	289	114	403
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
komplementäre Anbieter (Klassiert)	0 %	Anzahl	55	24	79	
		% von Ländergruppen	19,0%	21,1%	19,6%	
	1 - 20 %	Anzahl	103	35	138	
		% von Ländergruppen	35,6%	30,7%	34,2%	
	21 - 40 %	Anzahl	77	29	106	
		% von Ländergruppen	26,6%	25,4%	26,3%	
	41 - 60 %	Anzahl	32	13	45	
		% von Ländergruppen	11,1%	11,4%	11,2%	
	61 - 80 %	Anzahl	13	8	21	
		% von Ländergruppen	4,5%	7,0%	5,2%	
	80 - 100 %	Anzahl	9	5	14	
		% von Ländergruppen	3,1%	4,4%	3,5%	
	Gesamt		Anzahl	289	114	403
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.7 Verbesserung der Patientenversorgung durch Möglichkeit Soziotherapie zu verordnen

Auf die Frage „Verbessert Ihrer Meinung nach die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen, die Versorgung Ihrer Patienten?“ antworten insgesamt 87 % der Ärzte mit „ja“, in den Ländern mit mehr Leistungserbringern pro Einwohner sind es sogar 93 % der Ärzte.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
verbesserte Versorgung durch ST	ja	Anzahl	237	109	346
		% von Ländergruppen	84,9%	93,2%	87,4%
	nein	Anzahl	42	8	50
		% von Ländergruppen	15,1%	6,8%	12,6%
Gesamt		Anzahl	279	117	396
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3 Leistungserbringer (Soziotherapeuten) im Ländervergleich

8.3.1 Schwierigkeiten einen Vertrag mit den Krankenkassen zu bekommen

Die Schwierigkeit, einen Vertrag mit den Krankenkassen zu bekommen, ist in den Ländergruppen ungleich verteilt. Während in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bremen und Berlin die Leistungserbringer zu 3/4 keine Probleme berichten, sind es in den übrigen Ländern über die Hälfte, die angeben, sie hätten Schwierigkeiten gehabt.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Schwierigkeiten Vertrag mit den Krankenkassen zu bekommen	Ja	Anzahl	36	41	77
		% von Ländergruppen	56,3%	24,3%	33,0%
	Nein	Anzahl	28	128	156
		% von Ländergruppen	43,8%	75,7%	67,0%
Gesamt		Anzahl	64	169	233
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3.2 Anzahl der Patienten, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde

Bundesweit liegt der Median bei 10 Patienten, die ein Soziotherapeut pro Jahr betreut. Im Ländervergleich wird deutlich, dass die Betreuungszahl der Leistungserbringer in den Ländern, in denen es relativ mehr von ihnen gibt, deutlich im zweistelligen Bereich pro Jahr liegt. Demgegenüber stehen Leistungserbringer in den anderen Ländern, die zu 66 % nur null bis zehn Patienten in den letzten 12 Monaten betreuten.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Anzahl Patienten (Klassiert)	0	Anzahl	14	17	31	
		% von Ländergruppen	21,2%	9,5%	12,7%	
	1 - 10	Anzahl	30	67	97	
		% von Ländergruppen	45,5%	37,4%	39,6%	
	11 - 20	Anzahl	12	53	65	
		% von Ländergruppen	18,2%	29,6%	26,5%	
	21 - 30	Anzahl	7	27	34	
		% von Ländergruppen	10,6%	15,1%	13,9%	
	31 - 40	Anzahl	2	5	7	
		% von Ländergruppen	3,0%	2,8%	2,9%	
	41 - 50	Anzahl	1	3	4	
		% von Ländergruppen	1,5%	1,7%	1,6%	
	über 50	Anzahl	0	7	7	
		% von Ländergruppen	,0%	3,9%	2,9%	
	Gesamt		Anzahl	66	179	245
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3.3 Diagnosen, bei denen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt wurde

Die länderübergreifenden Zahlen machten deutlich, dass die Patienten, welche die hier antwortenden Leistungserbringer betreuen, vor allem die Diagnose Schizophrenie aufweisen. Im Ländervergleich ergibt sich kein anderes Bild.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Schizophrenie (Klassiert)	0 %	Anzahl	9	4	13	
		% von Ländergruppen	18,4%	2,5%	6,2%	
	1 - 20 %	Anzahl	35	143	178	
		% von Ländergruppen	71,4%	88,8%	84,8%	
	21 - 40 %	Anzahl	4	8	12	
		% von Ländergruppen	8,2%	5,0%	5,7%	
	41 - 60 %	Anzahl	1	3	4	
		% von Ländergruppen	2,0%	1,9%	1,9%	
	61 - 80 %	Anzahl	0	2	2	
		% von Ländergruppen	,0%	1,2%	1,0%	
	80 - 100 %	Anzahl	0	1	1	
		% von Ländergruppen	,0%	,6%	,5%	
	Gesamt		Anzahl	49	161	210
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3.4 Inanspruchnahme von weiteren Leistungen neben Soziotherapie im Rahmen der psychischen Erkrankung des Patienten

Im bundesweiten Survey wurden zwei hauptsächliche Leistungen der GKV sichtbar, welche die Patienten der hier antwortenden Leistungserbringer regelmäßig in Anspruch nehmen: Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs und Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater). Im Ländervergleich gibt es im Punkt „Fachärztliche Behandlung“ keine Unterschiede. Bei den Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs ist eine Tendenz erkennbar, dass in den Ländern mit hoher Leistungserbringerdichte mehr Patienten in diesem Sektor eingebunden sind als in den anderen Ländern. Bei den Institutsambulanzen verstärkt sich dieser Trend noch und wird zum deutlichen Unterschied zwischen den Ländergruppen.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Fachärztliche Behandlung (Klassiert)	0 %	Anzahl	2	2	4
		% von Ländergruppen	4,0%	1,2%	1,9%
	1 - 20 %	Anzahl	5	10	15
		% von Ländergruppen	10,0%	6,2%	7,1%
	21 - 40 %	Anzahl	1	4	5

		% von Ländergruppen	2,0%	2,5%	2,4%
	41 - 60 %	Anzahl	1	4	5
		% von Ländergruppen	2,0%	2,5%	2,4%
	61 - 80 %	Anzahl	1	8	9
		% von Ländergruppen	2,0%	4,9%	4,2%
	80 - 100 %	Anzahl	40	134	174
		% von Ländergruppen	80,0%	82,7%	82,1%
Gesamt		Anzahl	50	162	212
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

		Ländergruppen		Gesamt		
		Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte			
Komplettärer Versorgungsbereich (Klassiert)	0 %	Anzahl	17	26	43	
		% von Ländergruppen	34,0%	16,0%	20,3%	
	1 - 20 %	Anzahl	14	38	52	
		% von Ländergruppen	28,0%	23,5%	24,5%	
	21 - 40 %	Anzahl	6	28	34	
		% von Ländergruppen	12,0%	17,3%	16,0%	
	41 - 60 %	Anzahl	4	29	33	
		% von Ländergruppen	8,0%	17,9%	15,6%	
	61 - 80 %	Anzahl	3	13	16	
		% von Ländergruppen	6,0%	8,0%	7,5%	
	80 - 100 %	Anzahl	6	28	34	
		% von Ländergruppen	12,0%	17,3%	16,0%	
	Gesamt		Anzahl	50	162	212
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

		Ländergruppen		Gesamt		
		Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte			
Institutsambulanz (Klassiert)	0 %	Anzahl	41	89	130	
		% von Ländergruppen	82,0%	54,9%	61,3%	
	1 - 20 %	Anzahl	8	57	65	
		% von Ländergruppen	16,0%	35,2%	30,7%	
	21 - 40 %	Anzahl	0	12	12	
		% von Ländergruppen	,0%	7,4%	5,7%	
	41 - 60 %	Anzahl	0	2	2	
		% von Ländergruppen	,0%	1,2%	,9%	
	61 - 80 %	Anzahl	1	2	3	
		% von Ländergruppen	2,0%	1,2%	1,4%	
	Gesamt		Anzahl	50	162	212
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3.5 Gründe dafür, dass Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam

Im bundesweiten Survey wurden zwei hauptsächliche Gründe sichtbar, warum Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam: „Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse“ und „Abbruch durch den Patienten“. Im Ländervergleich zeigt sich, dass die Leistungserbringer in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bremen und Berlin tendenziell häufiger von einer Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse berichten.

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Ablehnung durch KK (Klassiert)	0 %	Anzahl	13	32	45	
		% von Ländergruppen	36,1%	27,4%	29,4%	
	1 - 20 %	Anzahl	5	11	16	
		% von Ländergruppen	13,9%	9,4%	10,5%	
	21 - 40 %	Anzahl	2	11	13	
		% von Ländergruppen	5,6%	9,4%	8,5%	
	41 - 60 %	Anzahl	3	21	24	
		% von Ländergruppen	8,3%	17,9%	15,7%	
	61 - 80 %	Anzahl	4	7	11	
		% von Ländergruppen	11,1%	6,0%	7,2%	
	80 - 100 %	Anzahl	9	35	44	
		% von Ländergruppen	25,0%	29,9%	28,8%	
	Gesamt		Anzahl	36	117	153
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

			Ländergruppen		Gesamt	
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte		
Abbruch durch Patient (Klassiert)	0 %	Anzahl	19	50	69	
		% von Ländergruppen	54,3%	42,7%	45,4%	
	1 - 20 %	Anzahl	6	14	20	
		% von Ländergruppen	17,1%	12,0%	13,2%	
	21 - 40 %	Anzahl	2	21	23	
		% von Ländergruppen	5,7%	17,9%	15,1%	
	41 - 60 %	Anzahl	4	15	19	
		% von Ländergruppen	11,4%	12,8%	12,5%	
	61 - 80 %	Anzahl	1	6	7	
		% von Ländergruppen	2,9%	5,1%	4,6%	
	80 - 100 %	Anzahl	3	11	14	
		% von Ländergruppen	8,6%	9,4%	9,2%	
	Gesamt		Anzahl	35	117	152
			% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3.6 Dauer der Wartezeit für Patienten bis zum Beginn der Soziotherapie

Die Wartezeiten unterscheiden sich in den verglichenen Ländergruppen nicht.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Wartezeit	keine Wartezeiten	Anzahl	39	117	156
		% von Ländergruppen	70,9%	71,3%	71,2%
	ca. 1-2 Wochen	Anzahl	6	31	37
		% von Ländergruppen	10,9%	18,9%	16,9%
	ca. 3-4 Wochen	Anzahl	4	10	14
		% von Ländergruppen	7,3%	6,1%	6,4%
	mehr als 4 Wochen	Anzahl	6	6	12
		% von Ländergruppen	10,9%	3,7%	5,5%
Gesamt		Anzahl	55	164	219
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

8.3.7 Ablehnung von Patienten wegen fehlender Kapazitäten

Die Ablehnung von Patienten wegen fehlender Kapazitäten erfolgt im Ländervergleich tendenziell noch seltener als im Rest der Bundesrepublik.

			Ländergruppen		Gesamt
			Niedrige LE-Dichte	Hohe LE-Dichte	
Fehlende Kapazitäten	ja	Anzahl	8	12	20
		% von Ländergruppen	13,1%	6,9%	8,5%
	nein	Anzahl	53	161	214
		% von Ländergruppen	86,9%	93,1%	91,5%
Gesamt		Anzahl	61	173	234
		% von Ländergruppen	100,0%	100,0%	100,0%

9. Schlussfolgerungen mit Bezug auf die Kernthesen der Evaluation

I. Einleitung

In der Sitzung des G-BA nach § 91 Abs. 5 SGB V am 16.05.2006 wurde der Auftrag an den UA Soziotherapie formuliert, eine Befragung hinsichtlich der Versorgungssituation vorzubereiten und durchzuführen. Mit dieser Befragung sollen die Gründe für die Schwierigkeiten, Soziotherapie in der GKV anzubieten, aufgedeckt werden. Die Ergebnisse der Befragung sollen dem G-BA ggf. verbunden mit einer Beschlussempfehlung vorgestellt werden.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Beratungen dieser Evaluation. Der vollständige Evaluationsbericht ist im Anhang beigefügt.

II. Hypothesen des UA Soziotherapie

Der Unterausschuss Soziotherapie hat den Auftrag des G-BA konkretisiert, indem er sieben Kernthesen formuliert hat, welche in Form von Fragebogenitems operationalisiert wurden.

Auftrag des G-BA

Es sollen die Ursachen der Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie evaluiert werden.

Kernthesen:

- 1) Die Leistung Soziotherapie ist im Bereich der hausärztlichen Versorgung nicht bekannt.
- 2) Soziotherapeutische Leistungserbringer stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung.
- 3) Die Indikationen der Richtlinie erfassen nicht alle schwer psychisch Kranken im Sinne des Gesetzes.
- 4) Soziotherapeutische Verordner stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung.
- 5) Anstatt der Soziotherapie werden andere Leistungen erbracht/verordnet.
- 6) Der MDK legt bei seinen Entscheidungen nicht die Richtlinien zu Grunde.
- 7) Mit Soziotherapie wird die Versorgung schwer psychisch Kranker nicht verbessert.

III. Ergebnisse der Evaluation und Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

These 1:

Die Leistung Soziotherapie ist im Bereich der hausärztlichen Versorgung nicht bekannt.

Ergebnis der Evaluation

735 von 2061 angeschriebenen Hausärzten (dies entspricht 36 %) hatten Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt. Auf die Frage „*Seit dem 01.01.2000 ist Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 a SGB V) eingeführt worden. Kennen Sie die Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen?*“ antworteten 63 % der Hausärzte mit „nein, 32 % mit „teilweise“ und 5 % mit „ja“.

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

- Die hausärztliche Versorgungsebene soll durch die KBV und ihre Untergliederungen über die Soziotherapie-Richtlinien informiert werden.
- Listen der zugelassenen Leistungserbringer sollen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Ziel: Soziotherapeutische Ansprechpartner sollen den Hausärzten bekannt gemacht werden.

Votum der KBV

Auch die Fachärzte mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde sollen durch die KBV und ihre Untergliederungen über die Soziotherapie-Richtlinien informiert werden.

These 2:

Soziotherapeutische Leistungserbringer stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung.Ergebnis der Evaluation

Es wurden Fragebögen an 303 Adressen von Leistungserbringern versandt. Diese Adressen verteilen sich auf die einzelnen Bundesländer wie folgt:

Bundesland	N	Prozent
Baden Württemberg	78	25,74%
Bayern	76	25,08%
Berlin	11	3,63%
Brandenburg	0	0,00%
Bremen	4	1,32%
Hamburg	1	0,33%
Hessen	6	1,98%
Mecklenburg Vorpommern	1	0,33%
Niedersachsen	13	4,29%
Nordrhein Westfalen	23	7,59%
Rheinland Pfalz	77	25,41%
Saarland	0	0,00%
Sachsen	9	2,97%
Sachsen-Anhalt	0	0,00%
Schleswig Holstein	1	0,33%
Thüringen	3	0,99%
Gesamt	303	100,00%

Fazit: Die Erkenntnisse sprechen dafür, dass nicht genügend Leistungserbringer zur Verfügung stehen, wobei Unterschiede in den einzelnen Bundesländern vorhanden sind. Es gibt Bundesländer, die keine Leistungserbringer als Ansprechpartner haben. Möglicherweise sind u. a. damit regionale Versorgungsunterschiede verbunden.

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

Mechanismus zur Herstellung regionaler Transparenz über Bedarf an soziotherapeutischen Leistungserbringern: Sowohl Ärzte melden bei fehlenden Leistungserbringern Bedarf an, als auch Spitzenverbände der Kassen werden Information über Unterschiede in den einzelnen Bundesländern intern weiterleiten.

Votum der Patientenvertreter

Zusätzlich relevant sind Fragen der Strukturqualität (Qualifikationsanforderungen der Krankenkassen) und Fragen der Vergütung.

These 3:

Die Indikationen der Richtlinie erfassen nicht alle schwer psychisch Kranken im Sinne des Gesetzes.

Ergebnis der Evaluation

Von 878 angeschriebenen Nervenärzten/Psychiatern haben 436 geantwortet. Von diesen 436 haben 102 auf die Frage nach Vorschlägen für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern, geantwortet.

Die antwortenden Nervenärzte weisen darauf hin, dass auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (N = 46), z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, und Patienten mit schweren Depressionen (N = 43) von Soziotherapie profitieren können.

303 soziotherapeutische Leistungserbringer wurden angeschrieben, 252 haben geantwortet. Von diesen 252 haben 135 auf die Frage nach Vorschlägen für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern, geantwortet.

Die antwortenden Leistungserbringer weisen darauf hin, dass auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (N = 78), z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, und Patienten mit schweren Depressionen (N = 77) von Soziotherapie profitieren können.

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

Der Unterausschuss Soziotherapie prüft die Ergebnisse ausführlich und berät, ggf. auf Basis ergänzender Unterlagen, in seinen nächsten Sitzungen die Frage, ob die Soziotherapie-Richtlinien in Abschnitt II 9. geändert werden sollen.

Votum der Patientenvertreter

Beratung des Indikationskataloges soll im Gesamtkontext, insbesondere im Zusammenhang mit der PsychHKP beraten werden.

These 4:

Soziotherapeutische Verordner stehen nicht in bedarfsgerechter Menge zur Verfügung.Ergebnis der Evaluation

Es wurden Fragebögen an 878 Adressen von soziotherapeutischen Verordnern versandt. Diese Adressen verteilen sich auf die einzelnen Bundesländer wie folgt:

Bundesland	N	Prozent
Baden Württemberg	101	11,50%
Bayern	188	21,41%
Berlin	101	11,50%
Bremen	36	4,10%
Brandenburg	10	1,14%
Hamburg	3	0,34%
Hessen	41	4,67%
Mecklenburg Vorpommern	27	3,08%
Niedersachsen	64	7,29%
Nordrhein Westfalen	151	17,20%
Rheinland Pfalz	30	3,42%
Saarland	30	3,42%
Sachsen	20	2,28%
Sachsen-Anhalt	3	0,34%
Schleswig Holstein	60	6,83%
Thüringen	14	1,59%
Gesamt	878	100,00%

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

- Der Unterausschuss geht davon aus, dass die Handlungsempfehlungen aus These 1 (Information über Soziotherapie) sich auch positiv in Bezug auf These 4 auswirken werden.
- Eine Liste mit den vorhandenen verordnungsberechtigten Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde soll innerhalb der jeweiligen KV den Hausärzten zur Verfügung gestellt werden.

These 5:

Anstatt der Soziotherapie werden andere Leistungen erbracht/verordnet.Ergebnis der Evaluation

Die Fragen zu dieser These ergaben Antworten zu Leistungen, die neben Soziotherapie verordnet worden sind:

Verordnungsberechtigte Nervenärzte/Psychiater, N = 228: Antworten auf die Frage „Nehmen Ihre Patienten, bei denen Sie Soziotherapie mit Muster 26 verordnet haben, im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung, noch andere Leistungen regelmäßig in Anspruch?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Leistungen	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	81 - 100 %
Keine weiteren Leistungen	96	1	1	1	0	1
Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)	9	1	8	21	12	49
Ambulante Psychotherapie	72	16	8	3	0	1
Ergotherapie	72	14	10	3	0	1
Häuslich psychiatrische Krankenpflege	78	11	7	3	0	3
Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz	88	6	5	1		
Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs (Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste)	50	11	18	11	4	6
Andere Leistungen	95	0	1	2	0	1

Leistungserbringer, N = 212: Antworten auf die Frage „Nehmen die Patienten, die Sie soziotherapeutisch betreuen, im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung, noch andere Leistungen regelmäßig in Anspruch?“ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Leistungen	Relative Häufigkeiten in % (klassiert)					
	0 %	1 - 20 %	21 - 40 %	41 - 60 %	61 - 80 %	80 - 100 %
Keine weiteren Leistungen	92	3	3	0	0	1
Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater)	2	7	2	2	4	82
Ambulante Psychotherapie	62	32	5	0	0	0
Ergotherapie	69	22	5	2	0	0
Häuslich psychiatrische Krankenpflege	74	19	5	1	0	0
Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz	61	31	6	1	1	0
Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs (Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste)	20	25	16	16	8	16
Andere Leistungen	68	23	4	4	0	0

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

Keine weitere Handlungsempfehlung.

These 6:

Der MDK legt bei seinen Entscheidungen nicht die Richtlinien zu Grunde.

Ergebnis der Evaluation

Die Frage, ob der MDK bei seinen Entscheidungen die Richtlinien zugrunde legt oder nicht, kann anhand der Evaluation nicht beantwortet werden. Diese Frage ist gar nicht gestellt worden. Es ist zu schlussfolgern, dass der MDK die Richtlinien zugrundelegt, da Hauptgründe zur Nichtbefürwortung der Leistung Soziotherapie Gründe sind, die sich direkt auf die Soziotherapie-Richtlinien beziehen.

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

Keine weitere Handlungsempfehlung.

These 7:

Mit Soziotherapie wird die Versorgung schwer psychisch Kranker nicht verbessert.

Ergebnis der Evaluation

436 der 878 angeschriebenen verordnungsberechtigten Psychiater/Nervenärzte (das entspricht 50 %) hatten Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt. Von diesen 436 haben 396 auf die Frage nach der Verbesserung der Versorgung geantwortet. Auf die Frage „*Verbessert Ihrer Meinung nach die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen, die Versorgung Ihrer Patienten?*“ antworten 87 % der 396 Ärzte mit „ja“.

Fazit: Im Gesamtzusammenhang der als Hypothesen formulierten möglichen Gründe für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie war eine mögliche Erklärung, dass Soziotherapie keine Verbesserung für die Versorgung schwer psychisch Kranker bringt. Die Aussagen der Psychiater/Nervenärzte liefern Hinweise, dass diese Hypothese nicht aufrechterhalten werden kann.

Handlungsempfehlungen des UA Soziotherapie

Keine weitere Handlungsempfehlung.

10. Anhang

10.1 Fragebögen

10.1.1 Fragebogen Hausärzte / andere niedergelassene Fachärzte

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen für Hausärzte / andere niedergelassene Fachärzte

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn bis 31.03.2007 zurück an folgende

Adresse: **Gemeinsamer Bundesausschuss**
Stichwort Soziotherapie
Postfach 1763
53707 Siegburg

Bitte tragen Sie hier die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl ein:

1. Seit dem 01.01.2000 ist Soziotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37a SGB V) eingeführt worden. Kennen Sie die Leistungsinhalte und Verordnungsbedingungen?

Ja Teilweise Nein

2. Über die Indikationen, Ziele und Richtlinien der Soziotherapie wurde ich ausreichend informiert durch:
(Mehrfachnennungen möglich)

- Ärzteblatt
 KV
 Fachgesellschaft
 Qualitätszirkel
 Andere: _____
 Mir liegen keine Informationen vor

3. Betreuen Sie in Ihrer Praxis schwer psychisch Kranke, für die Soziotherapie in Frage kommt?

Ja Nein

4. Durch wen wurde die Verordnung von Soziotherapie in Ihrer Praxis in den letzten 12 Monaten nachgefragt?
(Mehrfachnennungen möglich)

		0 mal	1 bis 5 mal	6 bis 10 mal	> 10 mal
a)	Nachfrage durch Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Nachfrage durch Angehörige/Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Nachfrage durch soziotherapeutische Leistungserbringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Nachfrage durch Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Nachfrage durch andere (bitte angeben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **Kennen Sie verordnungsberechtigte Fachärzte, die Soziotherapie für Ihre Patienten verordnen könnten?**

Ja

Nein

6. **Kennen Sie anerkannte Leistungserbringer, die Ihre Patienten soziotherapeutisch betreuen könnten?**

Ja

Nein

7. **Wie häufig wurde von Ihnen in den letzten 12 Monaten Soziotherapie mit dem Muster 28 („Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“) verordnet?**

| _____ | (ca. Anzahl, keinmal = 0)

Wenn keinmal, weiter mit Frage 11.

8. **Wenn Sie Soziotherapie mit dem Muster 28 („Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“) verordnen, stehen hierfür soziotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung?**

Ja, sofort

Nicht sofort, nur nach Wartezeit

Nein

9. **Wenn Sie Soziotherapie mit dem Muster 28 („Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“) verordnen und eine Weiterführung der Maßnahme erforderlich ist, stehen hierfür verordnungsberechtigte Fachärzte für Psychiatrie/Nervenheilkunde zur Verfügung?**

Ja, sofort

Nicht sofort, nur nach Wartezeit

Nein

10. **Wird die von Ihnen verordnete Soziotherapie mit dem Muster 28 („Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie“) von den Patienten in Anspruch genommen?**

Ja

Nein

Wenn nein, warum nicht?

11. Schwer / chronisch psychisch Kranke betreue ich in der Regel in meiner Praxis in Zusammenarbeit mit:

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|-----------------|
| a) Facharzt für Psychiatrie/Nervenheilkunde | ca. _____ % |
| b) Psychiatrische Institutsambulanz | ca. _____ % |
| c) Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut | ca. _____ % |
| d) Soziotherapeutischer Leistungserbringer | ca. _____ % |
| e) Ergotherapeut | ca. _____ % |
| f) Leistungserbringer für Häusliche Krankenpflege | ca. _____ % |
| g) Anbieter im komplementären Versorgungsbereich
(z.B. Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für
psychisch Kranke, Sozialarbeiter,
sozialpsychiatrische Dienste) | ca. _____ % |
| h) Andere: _____
_____ | ca. _____ % |

12. Weitere Anmerkungen:

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie nach Abschluss des Projektes informieren.

10.1.2 Fragebogen Nervenärzte / Psychiater

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen Nervenärzte / Psychiater

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen für Nervenärzte / Psychiater

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn bis 15.03.2007 zurück an folgende

Adresse: **Gemeinsamer Bundesausschuss**
Stichwort Soziotherapie
Postfach 1763
53707 Siegburg

Bitte tragen Sie hier die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl ein:

1. **Wie häufig wurde in den letzten 12 Monaten von Ihnen Soziotherapie mit Muster 26 verordnet?**

| _____ | (ca. Anzahl; keinmal =0)

2. **Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Soziotherapie mit Muster 26 bei den folgenden Diagnosen verordnet?**

(Mehrfachnennungen möglich)

a) Schizophrenie (F20.0 – F20.6): | _____ | (ca. Anzahl)

b) Schizotype Störung (F21): | _____ | (ca. Anzahl)

c) Anhaltende wahnhafte Störungen (F22): | _____ | (ca. Anzahl)

d) Induzierte wahnhafte Störung (F24): | _____ | (ca. Anzahl)

e) Schizoaffektive Störungen (F25): | _____ | (ca. Anzahl)

f) Bipolare affektive Störung (F31.5): | _____ | (ca. Anzahl)

g) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3): | _____ | (ca. Anzahl)

h) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3): | _____ | (ca. Anzahl)

i) Andere Diagnosen:

ICD-10: _____ | _____ | (ca. Anzahl)

ICD-10: _____ | _____ | (ca. Anzahl)

ICD-10: _____ | _____ | (ca. Anzahl)

3. Ich verordne keine Soziotherapie, weil
(Mehrfachnennungen möglich)

- mir die Indikationen, Ziele, Richtlinien der ambulanten Soziotherapie unbekannt sind.
- keine soziotherapeutischen Leistungserbringer vor Ort sind.
- sie für meine Patienten nicht erforderlich ist.
- andere Maßnahmen nötig sind, z.B. _____
- der (Zeit-)Aufwand für Motivationsarbeit zu hoch ist.
- die Verordnung zu aufwändig ist.
- der (Zeit-)Aufwand für Koordination mit dem Leistungserbringer zu hoch ist.
- die Vergütung dem Aufwand nicht angemessen ist.
- andere Gründe vorliegen, z.B. _____

4. Nehmen Ihre Patienten, bei denen Sie Soziotherapie mit Muster 26 verordnet haben, im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung, noch andere Leistungen regelmäßig in Anspruch?
(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Keine weiteren Leistungen ca. | _____ | %
- b) Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater) ca. | _____ | %
- c) Ambulante Psychotherapie ca. | _____ | %
- d) Ergotherapie ca. | _____ | %
- e) Häuslich psychiatrische Krankenpflege ca. | _____ | %
- f) Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz ca. | _____ | %
- g) Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs
(Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste) ca. | _____ | %
- h) Andere: _____
_____ ca. | _____ | %

5. Wie beurteilen Sie die Akzeptanz Ihrer Patienten für soziotherapeutische Leistungen?

- sehr ablehnend kritisch unbestimmt gut sehr gut

6. Nennen Sie bitte die Gründe, warum Soziotherapie nach Verordnung nicht zustande kam.

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse ca. | _____ | %
- b) Abbruch durch den Patienten ca. | _____ | %
- c) Abbruch durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer ca. | _____ | %
- d) Kein Leistungserbringer vorhanden ca. | _____ | %
- e) Wartezeit auf Leistungserbringer ist zu lang ca. | _____ | %
- f) Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung ca. | _____ | %
- g) Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung ca. | _____ | %
- h) Andere: _____
_____ ca. | _____ | %

7. Nennen Sie bitte die Gründe für eine ggf. erfolgte Ablehnung der von Ihnen verordneten Soziotherapie durch die Krankenkasse des Patienten.

(Mehrfachnennungen möglich)

Wenn keine Ablehnung, weiter mit Frage 8.

- a) Soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt ca. | _____ | %
- b) Unvollständige Antragsunterlagen ca. | _____ | %
- c) Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL ca. | _____ | %
- d) Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-RL ca. | _____ | %
- e) GAF-Wert über 40 ca. | _____ | %
- f) Maximales Gesamtkontingent überschritten (120 Stunden) ca. | _____ | %
- g) Soziotherapie zielt nicht auf die Erreichung der selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen ca. | _____ | %
- h) Die Mitwirkungsfähigkeit des Patienten wurde als zu gering eingeschätzt ca. | _____ | %
- i) Versicherter nimmt z. Zt. selbständig Leistungen zur Besserung seines psych. Krankheitsbildes in Anspruch ca. | _____ | %
- j) Ziel der Vermeidung von stationärem Aufenthalt ist aus dem Antrag nicht ersichtlich ca. | _____ | %
- k) Diskrepanz zwischen Antrag und weiteren Versicherteninformationen ca. | _____ | %
- l) Andere: _____
_____ ca. | _____ | %

8. Wie lange ist die durchschnittliche Wartezeit bei der Vermittlung zu den soziotherapeutischen Leistungserbringern, mit denen Sie zusammenarbeiten?

- keine Wartezeit
- ca. 1-2 Wochen
- ca. 3-4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

9. Arbeiten Sie mit Leistungserbringern zusammen, die keinen Vertrag mit den Krankenkassen oder Verbänden haben (z.B. nach Übergangsbestimmungen, IV-Vertrag)?

Ja Nein

Wenn ja, welche berufliche Qualifikation besitzen diese?

- Fachkrankenschwester/-pfleger
- Dipl.-Sozialpädagoge
- Dipl.-Sozialarbeiter
- Andere: _____

10. Schwer/chronisch psychisch Kranke behandle ich in meiner Praxis in Zusammenarbeit mit:

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|-----------------|
| a) Psychiatrische Tagesklinik | ca. _____ % |
| b) Psychiatrische Klinik | ca. _____ % |
| c) Psychiatrische Institutsambulanz | ca. _____ % |
| d) Häuslich psychiatrische Krankenpflege | ca. _____ % |
| e) Ärztlicher/Psychologischer Psychotherapeut | ca. _____ % |
| f) Soziotherapeutischer Leistungserbringer | ca. _____ % |
| g) Ergotherapeut | ca. _____ % |
| h) Anbieter in komplementären Versorgungsbereichen
(z.B. Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für
psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste) | ca. _____ % |
| i) Andere _____ | ca. _____ % |

11. Bei welchen anderen Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 wäre aus Ihrer Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich?

12. Bei welchen Fähigkeitsstörungen (über die in den Richtlinien genannten hinaus) wäre aus Ihrer Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich?

13. Verbessert Ihrer Meinung nach die Möglichkeit, Soziotherapie zu verordnen, die Versorgung Ihrer Patienten?

Ja Nein

14. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den soziotherapeutischen Leistungserbringern?

Ja Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit den soziotherapeutischen Leistungserbringern zu verbessern?

15. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken oder anderen Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker?

Ja Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken oder anderen Einrichtungen zur Versorgung psychisch Kranker zu verbessern?

16. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

Ja Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu verbessern?

17. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu verbessern?

18. Weitere Anmerkungen:

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie nach Abschluss des Projektes informieren.

10.1.3 Fragebogen Leistungserbringer

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen Leistungserbringer

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen für Leistungserbringer

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn bis 15.03.2007 zurück an folgende

Adresse: **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Stichwort Soziotherapie

Postfach 1763

53707 Siegburg

Bitte tragen Sie hier die ersten drei Ziffern Ihrer Postleitzahl ein:

1. **Als anerkannter Leistungserbringer für Soziotherapie haben Sie folgenden Status:**

Freiberuflich

Angestellt

2. **Hatten Sie Schwierigkeiten, einen Vertrag mit den Krankenkassen oder Verbänden der Krankenkassen zu bekommen?**

Ja

Nein

Wenn ja, worin bestanden diese Schwierigkeiten?

3. **Mit welchen Landesverbänden / -vertretungen der Krankenkassen haben Sie Verträge abgeschlossen?**

4. **Mit welchen Krankenkassen haben Sie Verträge abgeschlossen?**

5. **Bei wie vielen Patienten führten Sie in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durch?**

| _____ | (ca. Anzahl; bei keinem 0)

6. Bei welchen Diagnosen haben Sie in den letzten 12 Monaten Soziotherapie durchgeführt?
(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Schizophrenie (F20.0 – F20.6): | _____ | (ca. Anzahl)
- b) Schizotype Störung (F21): | _____ | (ca. Anzahl)
- c) Anhaltende wahnhafte Störungen (F22): | _____ | (ca. Anzahl)
- d) Induzierte wahnhafte Störung (F24): | _____ | (ca. Anzahl)
- e) Schizoaffektive Störungen (F25): | _____ | (ca. Anzahl)
- f) Bipolare affektive Störung (F31.5): | _____ | (ca. Anzahl)
- g) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3): | _____ | (ca. Anzahl)
- h) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3): | _____ | (ca. Anzahl)
- i) Andere Diagnosen:
- ICD-10: _____ | _____ | (ca. Anzahl)
- ICD-10: _____ | _____ | (ca. Anzahl)
- ICD-10: _____ | _____ | (ca. Anzahl)

7. Nehmen die Patienten, die Sie soziotherapeutisch betreuen, im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung, noch andere Leistungen regelmäßig in Anspruch?
(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Keine weiteren Leistungen ca. | _____ | %
- b) Fachärztliche Behandlung (Nervenarzt, Psychiater) ca. | _____ | %
- c) Ambulante Psychotherapie ca. | _____ | %
- d) Ergotherapie ca. | _____ | %
- e) Häusliche psychiatrische Krankenpflege ca. | _____ | %
- f) Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz ca. | _____ | %
- g) Leistungen des komplementären Versorgungsbereichs (Tagesstätte, Wohnheime, Beratungsstellen für psychisch Kranke, sozialpsychiatrische Dienste) ca. | _____ | %
- h) Andere _____ ca. | _____ | %
- _____ ca. | _____ | %

8. **Nennen Sie bitte die Gründe, warum Soziotherapie nach einer Verordnung nicht zustande kam:**

(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Ablehnung des Antrages durch die Krankenkasse ca. | _____ | %
b) Abbruch durch den Patienten ca. | _____ | %
c) Abbruch durch den soziotherapeutischen Leistungserbringer ca. | _____ | %
d) Abbruch durch den ärztlichen Verordner ca. | _____ | %
e) Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung ca. | _____ | %
f) Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Antragstellung ca. | _____ | %
g) Andere: _____ ca. | _____ | %

9. **Gibt es für Patienten, deren soziotherapeutische Betreuung Sie übernommen haben, Wartezeit bis zum Beginn der Soziotherapie?**

- keine Wartezeiten
 ca. 1-2 Wochen
 ca. 3-4 Wochen
 mehr als 4 Wochen

10. **Müssen Sie Patienten wegen fehlender Kapazitäten ablehnen?**
Wenn nein, weiter mit Frage 12.

Ja Nein

11. **Haben Sie bei Ablehnung die Möglichkeit, diese Patienten an andere anerkannte soziotherapeutische Leistungserbringer zu verweisen?**

Ja Nein

12. **Bei welchen anderen Diagnosen des Kapitels F der ICD-10 wäre aus Ihrer Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich?**

13. Bei welchen Fähigkeitsstörungen (über die in den Richtlinien genannten hinaus) wäre aus Ihrer Sicht Soziotherapie zur Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Aufenthalten erforderlich?

14. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den verordnungsberechtigten Ärzten?

Ja Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit den verordnungsberechtigten Ärzten zu verbessern?

15. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen?

Ja Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen zu verbessern?

16. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen?

Ja Nein

Wenn ja, welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu verbessern?

17. Weitere Anmerkungen:

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie nach Abschluss des Projektes informieren.

10.1.4 Fragebogen Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn bis 28.02.2007 zurück an folgende

Adresse: **Gemeinsamer Bundesausschuss**
Stichwort Soziotherapie
Postfach 1763
53707 Siegburg

Bitte tragen Sie hier Ihr Bundesland ein: _____

1. Wie viele von Ihnen begutachtete Anträge auf Soziotherapie haben Sie in den letzten 12 Monaten befürwortet bzw. nicht befürwortet?

a) befürwortet? _____ | (ca. Anzahl; keine = 0)

b) nicht befürwortet? _____ | (ca. Anzahl; keine = 0)

Wenn alle Anträge befürwortet wurden, weiter bei Frage 3.

2. Nennen Sie bitte die Gründe für die Nicht-Befürwortung:
(Mehrfachnennungen möglich)

Wenn keine Nicht- Befürwortung, weiter mit Frage 3.

- | | |
|--|-----------------|
| a) Verordner nicht zugelassen | ca. _____ % |
| b) soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt | ca. _____ % |
| c) Unvollständige Antragsunterlagen | ca. _____ % |
| d) Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL | ca. _____ % |
| e) Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-RL | ca. _____ % |
| f) GAF-Wert über 40 | ca. _____ % |
| g) Maximales Gesamtkontingent überschritten (120 Stunden) | ca. _____ % |
| h) Soziotherapie zielt nicht auf die Erreichung der selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen | ca. _____ % |
| i) Die Mitwirkungsfähigkeit des Patienten wurde als zu gering eingeschätzt | ca. _____ % |
| j) Versicherter nimmt z.Zt. selbständig Leistungen zur Besserung seines psych. Krankheitsbildes in Anspruch | ca. _____ % |
| k) Ziel der Vermeidung von stationärem Aufenthalt ist aus dem Antrag nicht ersichtlich | ca. _____ % |
| l) Diskrepanz zwischen Antrag und weiteren Versicherteninformationen | ca. _____ % |
| m) Andere: _____ | |

_____ ca. | _____ | %

3. Wie viele Anfragen haben Sie von den folgenden Gruppen in den letzten 12 Monaten zum Thema Soziotherapie erhalten?
(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Anfragen von Versicherten oder deren Angehörigen | _____ | (ca. Anzahl)
- b) Anfragen von Hausärzten und sonstigen niedergelassenen Fachärzten | _____ | (ca. Anzahl)
- c) Anfragen von verordnungsberechtigten Fachärzten | _____ | (ca. Anzahl)

4. Wurden Sie bzw. Ihre zuständigen Mitarbeiter ausreichend über die Verordnung von Soziotherapie unterrichtet?

Ja Nein

5. Weitere Anmerkungen:

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie nach Abschluss des Projektes informieren.

10.1.5 Fragebogen Krankenkassen

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen Krankenkassen

Gemeinsamer Bundesausschuss - Unterausschuss Soziotherapie

Fragebogen für Krankenkassen

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn bis 28.02.2007 zurück an folgende

Adresse: **Gemeinsamer Bundesausschuss**
Stichwort Soziotherapie
Postfach 1763
53707 Siegburg

1. **Wie viele eigene Verträge hat Ihre Krankenkasse mit soziotherapeutischen Leistungserbringern?** (ca. Anzahl; keine = 0)
Wenn keine, weiter bei Frage 9.
2. **Wie viele Verordnungen / Anträge auf Soziotherapie erhielt Ihre Krankenkasse in den letzten 12 Monaten?** (ca. Anzahl; keine = 0)
Wenn keine, weiter bei Frage 9.
3. **Bei welchen Diagnosen wurde Soziotherapie in den letzten 12 Monaten verordnet?**
(Mehrfachnennungen möglich)
 - a) Schizophrenie (F20.0 – F20.6): (ca. Anzahl)
 - b) Schizotype Störung (F21): (ca. Anzahl)
 - c) Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22): (ca. Anzahl)
 - d) Induzierte wahnhaftige Störung (F24): (ca. Anzahl)
 - e) Schizoaffektive Störungen (F25): (ca. Anzahl)
 - f) Bipolare affektive Störung (F31.5): (ca. Anzahl)
 - g) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.3): (ca. Anzahl)
 - h) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3): (ca. Anzahl)
 - i) Andere Diagnosen:
ICD-10: (ca. Anzahl)
ICD-10: (ca. Anzahl)
ICD-10: (ca. Anzahl)
4. **Wie viele Verordnungen / Anträge auf Soziotherapie wurden von Ihrer Krankenkasse in den letzten 12 Monaten zur Begutachtung an den Medizinischen Dienst weitergeleitet?** (ca. Anzahl; keine = 0)

5. Wie viele Verordnungen / Anträge auf Soziotherapie wurden von Ihrer Krankenkasse in den letzten 12 Monaten genehmigt bzw. abgelehnt?

- a) genehmigt (ca. Anzahl; keine = 0)
- b) abgelehnt (ca. Anzahl; keine = 0)

Wenn keine Ablehnungen, weiter mit Frage 8.

6. Nennen Sie bitte die Gründe für die Ablehnungen:
(Mehrfachnennungen möglich)

- a) Verordner nicht zugelassen ca. %
- b) soziotherapeutischer Leistungserbringer nicht anerkannt ca. %
- c) Unvollständige Antragsunterlagen ca. %
- d) Keine Diagnose gemäß Soziotherapie-RL ca. %
- e) Keine Fähigkeitsstörungen gemäß Soziotherapie-RL ca. %
- f) GAF-Wert über 40 ca. %
- g) Maximales Gesamtkontingent überschritten (120 Stunden) ca. %
- h) Soziotherapie zielt nicht auf die Erreichung der selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich veranlasster Leistungen ca. %
- i) Die Mitwirkungsfähigkeit des Patienten wurde als zu gering eingeschätzt. ca. %
- j) Versicherter nimmt z. Zt. selbständig Leistungen zur Besserung seines psych. Krankheitsbildes in Anspruch ca. %
- k) Ziel der Vermeidung von stationärem Aufenthalt ist aus dem Antrag nicht ersichtlich ca. %
- l) Diskrepanz zwischen Antrag und weiteren Versicherteninformationen ca. %
- m) Sonstige _____ ca. %
- _____ ca. %

7. Wer wurde über die Ablehnung des Antrages unterrichtet und wer erhielt ergänzende Anfragen zu diesem Antrag?
(Mehrfachnennungen möglich)

- Der Patient
- Der verordnende Arzt

8. Wurden Sie bzw. Ihre zuständigen Mitarbeiter ausreichend über die Verordnung von Soziotherapie unterrichtet?

Ja Nein

9. Weitere Anmerkungen:

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie nach Abschluss des Projektes informieren.

10.2 Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen / Ergänzende Hinweise

10.2.1 Liste der Stellungnehmenden

Nr.	Institution	Datum	Absender
1	Verein zur Förderung psychosozialer Arbeit	18. Januar 2007	L. Rumppl-Heisig
2	SIDA Hannover	29. Januar 2007	Elmar Straube
3	Märkischer Kreis, Sozialpsychiatr. Dienst	17. Januar 2007	Lothar Buddinger
4	Privat	11. Januar 2007	Petra Schmidt-Böhme
5	Giessener Soziotherapie	8. Januar 2007	Wolfgang Pilz
6	Privat	31. Januar 2007	Siegfried Mayer
7	Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim	31. Januar 2007	S. Bernatek
8	LIGA d. freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.	22. Februar 2007	Johannes Stockmeier
9	INTEGRA 2000 e.V.	16. Februar 2007	Frieder Böhme
10	Privat	29. August 2006	Dagmar Ebert
11	Privat	22. Februar 2007	Benno Kiehl
12	Caritasverband Bruchsal	17. Januar 2007	Doris Werner-Ignesi
13	Privat	11. Januar 2007	Thilo Bulling
14	Privat	7. April 2007	Andrea Bernzen
15	Privat	22. Mai 2007	Gerold Moser
16	MDK Baden-Württemberg	14. Februar 2007	Matthias Mohrmann
17	MDK Rheinland	14. Februar 2007	Gerlinde Piepenhagen
18	VdAK- AEV	1. März 2007	Andrea Albert

10.2.2 Verein zur Förderung der sozialen Arbeit Niehnhof

Wiesner, Christof

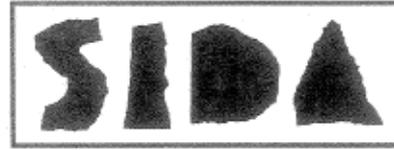
Von: ptz [ptz@nienhof.de]
Gesendet: Donnerstag, 18. Januar 2007 10:39
An: Wiesner, Christof
Betreff: Evaluation Soziotherapie

Sehr geehrter Herr Wiesner,
leider können wir den von Ihnen an unseren "Nienhof - Verein zur Förderung psychosozialer Arbeit" / Dachverband "Der Paritätische" in Gelsenkirchen geschickten Evaluationsfragebogen (Soziotherapie) nicht zurücksenden, da wir als Träger zwar die Möglichkeit gehabt hätten, mit z.B. der Barmer abzurechnen, dies aber wegen der minimalen Vergütung (meinem Kenntnisstand nach 30 Euro pro Std.) nicht getan haben. Mit diesem niedrigen Std.-satz ist keine Stelle - zumal mit den genannten Anforderungen - zu finanzieren und wäre für uns ein "Zuschussgeschäft" gewesen, das sich ein relativ kleiner Träger wie wir nicht leisten kann. So begrüßenswert es ist, dass die Krankenkassen auch ambulante psychiatrische Betreuungs- und Hilfeangebote finanzieren können, so bedauerlich sind die Ausführungsbedingungen, die die Umsetzung verhindern oder erschweren.

Mit freundlichen Grüßen
L. Rumpl-Heisig
Geschäftsführung/Außenvertretung

10.2.3 SIDA Hannover

30. Jan. 2007



SIDA e.V., Rundestr. 10, 30161 Hannover

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 1763

53707 Siegburg

Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I							
Eingang:		30. Jan. 2007					
Original:	<i>H. Wenzel</i>						
Kopie:							
Vorsitzman:	GF	StSt Recht	StSt Methodik	P/O	Verw.	Abt. II	

Soforthilfe und Information
Durch Ambulante Versorgung e.V.

Rundestr. 10
30161 Hannover
Tel.: 0511/66 46 30
Fax: 0511/62 39 44
E-Mail: sida-e.v.hannover@t-online.de
Homepage: www.sida-hannover.de

29.01.2007
Dr.Str./Kü.

Betr.: Evaluation der Schwierigkeiten für die Bereitstellung Soziotherapie.

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Ihr Anschreiben sehr. Wir leiden ganz außerordentlich darunter, dass wir trotz einer fest angestellten Sozialarbeiterin die Soziotherapie immer noch nicht bewilligt bekommen haben. Bei uns scheidet das Vorhaben daran, dass die Krankenkassen sich an Formalismen festhalten und z.B. die Arbeit unserer Sozialarbeiterin, die lange Zeit in der Psychiatrie, dort aber als Krankenschwester und nicht Sozialarbeiterin arbeitete, ihre Zeiten nicht erfüllt. Dies wurde von einer Krankenkasse (der AOK) ohne weiteres akzeptiert, jetzt ist die Vergabe im entscheidenden Augenblick unter den Krankenkassen aufgeteilt worden und an die IKK gegangen. Die IKK ist ein erklärter Gegner eines integrierten Versorgungsvertrages, den sie nicht erfüllen möchte und infolge dessen wird auch unsere Sozialarbeiterin in der Versorgung der Patienten behindert. So abwegig und skurril diese Gedankengänge klingen, es handelt sich hier um die tatsächlichen Schwierigkeiten vor Ort, die die Versorgung der Patienten nachhaltig behindern. Von anderen psychiatrischen Kollegen ist mir bekannt, dass in ähnlicher Weise auf der untersten Ebene ständig Vorbehalte angekündigt werden, die mit Formalismen begründet werden. Letztendlich verbirgt sich hier hinter eine sachlich nicht nachvollziehbare Haltung einzelner Sachbearbeiter. Wir sind eine Institution, die vornehmlich chronisch Kranke und vor allem HIV Patienten mit hirnganischem Psychosyndrom behandelt. Dies geschieht im Rahmen eines von allen Primärkassen und den wesentlichen VdAK Kassen befolgten IV Vertrages. Unsere Sozialarbeiterin ist ausgezeichnet qualifiziert, verfügt über umfangreiche Erfahrungen, letztendlich scheitert die Durchführung der Soziotherapie daran, dass aufgrund der enorm umfangreichen Hürden, die ggf. „benutzt“ werden können, eine solche exzellente Therapieform in der Praxis „nicht ankommt“.

Falls Ihrerseits zu diesem sehr wichtigem Aspekt weitere Fragen bestehen, stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[Handwritten signature]
Dr. med. Elmar Straube
Vorstand SIDA e.V.

hr LE 093

10.2.4 Märkischer Kreis Sozialpsychiatrischer Dienst



Märkischer Kreis · Heedfelder Str. 45 · 58509 Lüdenscheid

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Stichwort: „Soziotherapie“
Postfach 1763

53707 Siegburg

Sozialpsychiatrischer Dienst
Werdohler Straße 30
58511 Lüdenscheid

Herr Buddinger
Zimmer E 02
Durchwahl: (02351) 66 108 - 0
Telefax: (02351) 66 108 - 66
E-Mail: lbuddinger@maerkischer-kreis.de
Zentrale: (02351) 66 108 - 0
www.maerkischer-kreis.de

Sprechzeiten
nach Vereinbarung

Aktenzeichen: 75 - 7
17. Januar 2007

Evaluation der Gründe für die Schwierigkeiten Soziotherapie in der GKV anzubieten

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

mit Schreiben vom 2. Januar 2007 an den Märkischen Kreis bat Sie um Rückmeldung über die Erfahrung als soziotherapeutischer Leistungserbringer.

Im Märkischen Kreis gibt es bisher keinen Leistungserbringer für Soziotherapie. Der Sozialpsychiatrische Dienst hatte Anfang des jetzigen Jahrhunderts durchaus Interesse, einen Vertrag mit den Krankenkassen abzuschließen. Allerdings zeigte sich, dass die aufgebauten Hürden eine solche Leistung im Sinne der gesetzlichen Krankenkassen unmöglich machten. Neben diesen internen Überlegungen beim Sozialpsychiatrischen Dienst gab es gemeinsame Gespräche des Gemeindepsychiatrischen Verbundes südlicher Märkischer Kreis mit den zuständigen Krankenkassen. Auch hier wurde deutlich, dass es für potentielle Anbieter (z. B. aus dem Bereich Betreutes Wohnen) wenig attraktiv war, den umfangreichen Forderungen nachzukommen.

Auch auf der überörtlichen Ebene im Rahmen der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW e. V. wurde deutlich, dass die Soziotherapie landesweit nur in einigen wenigen Fällen angeboten wird. In den meisten Fällen, in denen schwer und chronisch psychisch Kranke es krankheitsbedingt nicht schaffen, bestehende Behandlungs- oder Hilfeangebote selbstständig in Anspruch zu nehmen, werden die Sozialpsychiatrischen Dienste im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben tätig. Dies kann aber nur in eingeschränktem Maße die eigentlich angedachte Soziotherapie ersetzen.

Zusammenfassend lässt sich also leider feststellen, dass Soziotherapie im Rahmen der GKV nur in wenigen Einzelfällen angeboten werden kann. Der von Ihnen versandte Fragebogen kann aus diesen Gründen von uns nicht ausgefüllt werden, auch wenn von Seiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes großes Interesse daran bestünde, Soziotherapie auch im Märkischen Kreis flächendeckend anbieten zu können. Hierdurch würde sicherlich eine noch bestehende Lücke gerade in der Versorgung schwer und chronisch psychisch Kranker geschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Lothar Buddinger

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst und Betreuungsstelle

10.2.5 Frau Petra Schmidt-Böhme

*Dem gemeinsamen Bundesausschuss
des Kassenärztlichen*

P. Schmidt-Böhme

u. LF 196

Petra Schmidt-Böhme • Rathausstr.2 • 78532 Tuttlingen

Herrn
Ulrich Krüger
Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke
Brungasse 4-6

53117 Bonn

**Frau
Petra Schmidt-Böhme
Soziotherapeutin**

78532 Tuttlingen
Rathausstraße 2
Telefon (07461) 163030
Telefax (07461) 162241
Zeichen: sb/sb
Datum: 11.01.2007

Nachrichtlich an : Herrn MdB Volker Kauder

Betreff: Ergebnisse der Evaluation Soziotherapie
Veröffentlicht in: Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden
Tagungsbericht Kassel, 19./20. September 2005

Sehr geehrter Herr Krüger,

mit großem Interesse habe ich Ihre Veröffentlichung im o.g. Tagungsbericht der APK vom September 2005 gelesen.

Schließlich habe ich mich selber aktiv bei der Studie beteiligt und die vielen aufwändigen und differenzierten Fragen beantwortet.

Viele Ihrer Ergebnisse kann ich aus meiner inzwischen gut 6-jährigen Erfahrung als niedergelassene Soziotherapeutin in einer süddeutschen Kleinstadt im ländlichen Raum in Baden-Württemberg bestätigen.

Widersprechen möchte ich Ihnen an der Stelle, wo Sie sowohl im Abschnitt „Erfahrungen bei der Implementation von Soziotherapie“ Seite 192 (4.) als auch im Abschnitt „Bewertung der Implementation und Empfehlungen“, Seite 196 (7.) grundsätzlich die Leistungserbringung von Soziotherapie durch Einzelpraxen ablehnen.

Sie empfehlen, dass die Leistung Soziotherapie ausschließlich „durch qualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer in der Region auch andere sozialpsychiatrische Angebote vorhaltenden Einrichtung erbracht werden“ soll.

Ich vertrete hier aus meiner Erfahrung eine völlig andere Position.

Entschieden wehre ich mich gegen Ihre Aussage auf Seite 192, „Soziotherapie sollte für eine effiziente Leistungserbringung grundsätzlich nicht in der Organisation Einzelpraxis...angeboten werden...Einzelpraxen sind zu instabil und notwendig diskontinuierlich im Angebot und zu wenig eingebunden in gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen. Die Praxissituation beinhaltet darüber hinaus eine verstärkte Tendenz zur Leistungsausweitung“.

Begründung meines energischen Widerspruchs:

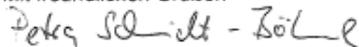
- 1 Unser Landkreis Tuttlingen umfasst 120000 Einwohner. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist mit zwei männlichen Mitarbeitern besetzt. Beide haben keine klinische Erfahrung in der Psychiatrie, was im Umgang mit Klienten nicht immer unproblematisch ist.
2. Meine Qualifikation entspricht allen Anforderungen, die in den Soziotherapie Richtlinien festgelegt sind, ganz im Gegensatz dazu die der im SPDi tätigen Sozialarbeiter (s.o.)
3. Ich bin niedergelassen in den Räumen einer großen nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis (3 Fachärzte für Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie) mit denen eine außerordentlich fruchtbare und enge Kooperation stattfindet, ohne dass wir unsere Leistungen „verstärkt ausweiten“. Dazu hätte ich bei meinem begrenzten Zeitbudget gar keine Freiheiten, aber vor allem

kein Interesse. Sie wissen sicher selber, dass psychisch kranke Menschen einen hohen Bedarf an Zuwendung und intensiver Betreuung haben, was auch immer mit starkem inneren Engagement des Therapeuten einher gehen muß, denn Arbeit mit psychisch kranken Menschen ist Beziehungsarbeit und die kann man nicht unbegrenzt ausweiten. Fazit: Wenn ich gewissenhaft soziotherapeutisch arbeiten will, kann ich meine Leistungen nicht z.B. aus ökonomischen Gründen mehr und mehr ausweiten.

4. Selbstverständlich bin ich, wie dies in den Richtlinien gefordert wird, längst in einen Gemeindepsychiatrischen Verbund integriert, genauso, wie die ganze Gemeinschaftspraxis dort verankert ist. Mehr noch: Die Anregung, einen solchen zu gründen, ging von unserer Praxis aus und wurde mit dem Landratsamt gemeinsam eingerichtet.
5. Eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen gibt es hier schon seit 1980, auch sie wurde von unserer Praxis mit ins Leben gerufen und ist dem Psychosozialen Förderkreis angegliedert, dessen Vorsitzender einer der Ärzte unserer Praxis ist, Dr. Friedrich Böhme.
6. Eine Reha-Werkstatt gibt es ebenfalls am Ort, in welcher o.g. Facharzt unentgeltlich Supervision macht.
7. Selbstverständlich unterziehe auch ich mich regelmäßigen Supervisionssitzungen, wie in den Richtlinien gefordert.
8. Nun noch ein Wort zu Ihrer Behauptung „Einzelpraxen seien zu instabil und notwendig diskontinuierlich im Angebot“. Dies gilt für meine Soziotherapie Praxis ebenso wenig, wie für die nervenärztliche Gemeinschaftspraxis, in der ich praktiziere. Versucht man dagegen, den sozialpsychiatrischen Dienst zu erreichen, ist dies schwer möglich, man trifft fast immer den Anrufbeantworter an, der für psychisch Kranke eine hohe Hemmschwelle darstellt. Die Mitarbeiterinnen in unserer Praxis dagegen nehmen gerne Anrufe für mich entgegen, leiten jeden Anruf wenn möglich an mich weiter, wissen Auskunft zu geben, wann und wo ich wieder zu erreichen bin, sollte ich zu Hausbesuchen oder Kriseninterventionen unterwegs sein. Für Notfälle haben alle Patientinnen und Patienten meine Privatnummer. Selbstverständlich arbeite ich mit allen zur Soziotherapieverordnung berechtigten Fachärzten im Landkreis zusammen. Wo bitte können Sie eine Diskontinuität in meiner Leistungserbringung als niedergelassene Soziotherapeutin erkennen?
9. In unserer Praxis findet jede Woche eine Psychosegruppe mit unterschiedlichsten Themen und Aktivitäten statt.
10. Nun zu der Entwicklung der **Angebote von Soziotherapie vom SPDi Tuttlingen**. Ich glaube, der beigefügte Artikel „Verwahrlosungen im Landkreis nehmen zu“ vom 13. April 2006 in unserer Lokalzeitung bedarf keiner weiteren Erläuterung, wenn in diesem deutlich geschrieben steht: „Landrat Guido Wolf und Mager (Sozialdezernent des Landkreises) schlugen vor, den beim Jugendamt des Landratsamtes angesiedelten und mit zwei Mitarbeitern ausgestatteten „Sozialpsychiatrischen Dienst“ als Anlauf- und Koordinierungsstelle einzusetzen...Kapazität könne dadurch geschaffen werden, indem die **eher unproduktiven Soziotherapieleistungen reduziert werden**. Im Klartext heißt dies, es gibt im Landkreis Tuttlingen mit 120000 EinwohnerInnen nur noch eine Leistungserbringerin für Soziotherapie und diese bin ich und ich bin in einer Einzelpraxis niedergelassen, mit allen Ihnen vorher geschilderten Vorteilen und großem Engagement. Ich bitte Sie, meine Ausführungen zur Kenntnis zu nehmen und die Situation von niedergelassenen Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten in Zukunft differenzierter zu betrachten. Zumindest in unserem Landkreis ist es weiterhin dringend notwendig, Einzelpraxen mit der Leistungserbringung Soziotherapie zuzulassen und sie in den Gemeindepsychiatrischen Verbund zu integrieren.

Ich danke Ihnen für Ihre Bemühungen und freue mich, wenn ich dazu beitragen konnte Ihnen vielleicht bislang verborgen gebliebene Blickwinkel aus der (Einzel) Praxis und dem Alltag der Soziotherapie zu ermöglichen.

Mit freundlichen Grüßen



Petra Schmidt-Böhme
(Soziotherapeutin)

Anlagen:

Leserbrief vom 21.06.2004 zu: Soziotherapie, ein neuer Baustein in der psychiatrischen ambulanten Versorgung in Deutschland – Erste praktische Erfahrungen, Widerstände und Chancen.

Veröffentlicht im September 2004 in der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“.

Zeitungsartikel vom 13.04.2006 im „Gränzbote“ zum Thema „Verwahrlosung im Landkreis nimmt zu.“

Dr. med. Friedrich Böhme
Neurologie • Psychiatrie - Psychotherapie

z. LE 198

78532 Tuttlingen
Rathausstr. 2
Telefon:(07461)2518,13518,
162516
Telefax:(07461)162241
Datum: 21.6.2004 /sche

Frau Regula Brand
Psychiatrische Praxis
c/o Psychiatrische Universitätsklinik
Postfach 4025

CH- 4000 Basel

Brief an die Herausgeber

Soziotherapie: Ein neuer Baustein in der psychiatrischen ambulanten Versorgung in Deutschland - Erste praktische Erfahrungen, Widerstände und Chancen.

In einem Brief an den Herausgeber (Psychiatrische Praxis, Band 31, Seite 219) hat Felix M. Böcker aus Naumburg im Zusammenhang mit Daten aus der psychiatrischen Versorgung mit Heimplätzen festgehalten: „ In Deutschland weiß eben niemand genau, was in der psychiatrischen Versorgung tatsächlich passiert.“

Dies scheint uns im Bereich der, seit dem Jahr 2000, neu eingeführten „ Soziotherapie“ in einem besonders ausgeprägten Maße der Fall zu sein. Wir berichten deswegen hier über unsere Erfahrungen und Einschätzungen.

Bekanntlich ist im Reformgesetz der GKV aus dem Jahre 2000 die Soziotherapie eingeführt worden als eine neue Leistung im Rahmen der Krankenbehandlung schwer psychisch Kranker. Solche Leistungen sollen Versicherte in Anspruch nehmen können, mit dem Ziel dadurch Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder

zu verkürzen. Soziotherapie soll die Koordinierung ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen, sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme fördern. Innerhalb von 3 Jahren sollen 120 Stunden Soziotherapie möglich sein; ausführende Soziotherapeuten können Diplom- Sozialpädagogen und Sozialarbeiter sein, aber auch fachlich weitergebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger.

Die Einführung dieser Soziotherapie ist nach unserer Kenntnis in Deutschland recht zögerlich verlaufen. Die Diskussion im veröffentlichten sozialpsychiatrischen Raum ist sehr dürftig. Es gibt eine Broschüre im Rahmen Schriftenreihe der Zeitschrift „Wege zur Sozialversicherung“ (Soziotherapie von Frank Rosenthal, Asgard- Verlag Dr. Werner Hipp GmbH, Bildung und Praxis Nr. 126); im „Nervenarzt“ ist im Jahr 2003 ein Artikel erschienen, wo aus der Sicht des Med. Dienstes der Krankenkassen das Gesetz erörtert wird und seine Möglichkeiten, aber insbesondere seine Begrenzungen dargestellt wird (R.-M. Frieboes, Nervenarzt 75/2003, Seite 596 – 600); ein Artikel im Nervenarzt aus 2004 stellt eine sehr kritische Sicht der Soziotherapie aus der Sicht eines Nervenarztes dar (R. F. Sonntag, Nervenarzt 3/2004, Seite 308 – 310). Auf dem Kongress der „Aktion psychisch Kranke“ im Jahre 2003 in Kassel wurde das Thema Soziotherapie nur in einigen Nebensätzen am Rande erwähnt. Wir haben erfahren, dass die ApK aber beauftragt sei, die Soziotherapie zu evaluieren. Ergebnisse sind bisher nicht, jedenfalls soweit uns ersichtlich, veröffentlicht worden.

Wir haben uns im Rahmen einer nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis in einer südwestdeutschen Kleinstadt mit ländlicher Umgebung (34 000 Einwohner, Einzugsgebiet ca. 150 000 Einwohner) frühzeitig dem Instrument der Soziotherapie im Rahmen der psychiatrischen Versorgung zugewandt. Wir führen hier eine nervenärztliche Gemeinschaftspraxis (3 Fachärzte), in der eine große Zahl psychisch Kranker ambulant versorgt wird (ca. 200 Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis). Im regionalen Versorgungssystem

3

(sozialpsychiatrischer Dienst, psychosozialer Förderkreis) sind wir seit vielen Jahren integriert, für andere beratend tätig. Da der Praxis, in Form der Mitautorin, eine sozialpsychiatrisch ausgebildete Krankenschwester nahe stand, hat diese schon im Jahre 2000 in Einzelabsprache mit der Krankenkasse auf entsprechende fachärztliche Verordnung soziotherapeutische Leistungen bei einem ersten Patienten erbracht. Im Jahre 2002 ist sie nach einem etwas komplizierten Verfahren als selbständige Soziotherapeutin zugelassen worden, mit der Verpflichtung für alle Versicherten des Landkreises auf entsprechende Verordnung solche Leistungen zu erbringen (also auch für andere niedergelassene Psychiater). Seit dieser Zeit hat sie insgesamt 16 Soziotherapien bei entsprechend schwer psychisch Kranken begonnen, bzw. durchgeführt und in zwei Fällen abgeschlossen. Die behandelten Patienten haben den Richtlinien entsprechend, jeweils Erkrankungen aus dem Bereich des schizophrenen Formenkreises, dabei meistens klassische Schizophrenien, einzelne schizoaffektive Psychosen, eine Patientin hat eine schizotype Störung mit begleitender Essstörung. Die Therapiestunden finden meistens 1 mal pro Woche statt. Je nach der persönlichen Situation des Patienten gibt es Gespräche in der Praxis, gemeinsame Spaziergänge, Besuche kultureller Einrichtungen, Hausbesuche mit praktischen Anleitungen und Unterstützungen, teilweise mit Einbeziehung der nahen Bezugspersonen. Die behandelten Patienten hatten vorausgehend lange stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen mit 3 bis über 10 stationären Episoden. Während der Soziotherapie ist bei 3 der 16 Patienten eine intermittierende stationäre Intervention notwendig geworden.

Über „Erfolge“ der Soziotherapie lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nur Vorläufiges feststellen. Für die Betroffenen besonders positiv scheint das große Zeitbudget, dass die Soziotherapeutin zu Verfügung stellen kann, verglichen mit der üblichen psychiatrischen Sprechstunde. Wichtig ist die Einbeziehung des häuslichen Umfelds durch Hausbesuche, Kontakt und Gespräche mit den Bezugspersonen. Die Integration der Soziotherapeutin im gemeindepsychiatrischen Verbund mit Kontakt zum sozialpsychiatrischen Dienst, mit den Mitarbeitern des betreuten Wohnens, der Tagesstätte und zur Werkstatt für psychisch Behinderte unterstützt ihre

Möglichkeiten. Ganz besonders wichtig scheint die enge Rückkopplung der eigenen Erfahrungen mit den verordnenden und behandelnden Psychiatern. (Dies gilt nicht nur für den unterzeichnenden Autor, der ja der Ehemann der Soziotherapeutin ist, sondern auch für die anderen verordnenden Nervenärzte). Nicht zuletzt dadurch konnte eine bessere Motivation für psychiatrische Behandlung, Einnahme von Medikamenten, Integration in eine Werkstatt und andere berufsfördernde Maßnahmen, sowie neue Wohnmöglichkeiten erreicht werden. Durch Kriseninterventionen konnte in einigen Fällen stationäre Behandlung vermieden werden.

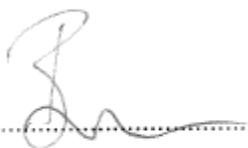
Widerstände gegen die Soziotherapie sind von mehreren Seiten festzustellen. Das Zulassungsverfahren gestaltet sich als schwierig mit der Begründung, dass dies eine Domäne des sozialpsychiatrischen Dienstes sei. Der Sozialpsychiatrische Dienst in unserer Region führt aber nur vereinzelt Soziotherapien durch und ist mit knapper Stellensituation keinesfalls in der Lage die allfälligen Anforderungen ausreichend auszuführen. Erhebliche Widerstände gibt es durch eine enge Auslegung der Richtlinien durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Während die regionalen Krankenkassen im direkten Gespräch sehr positiv auf die Verordnungen reagieren, sich auch in etlichen Referaten über die Soziotherapie informieren ließen, verhielten sich die Fachärzte in den Med. Diensten eher abweisend. Mehrfach wurden Soziotherapien im ersten Schritt abgelehnt, konnten aber zumeist im Widerspruchsverfahren dann doch durchgeführt werden.

Widerstände gibt es auch bei den niedergelassenen Nervenärzten. Wir verweisen hier auf den Artikel im „Nervenarzt“ und auch auf entsprechende Leserbriefe im „Neurotransmitter“, in dem Ärzte befürchten, dass in ihrem angestammten Revier „gewildert“ würde. Widerstand sehen wir auch bei zentralen Organisationen der Sozialpsychiatrie. Wir haben den Eindruck, dass z.B. die Aktion psychisch Kranke, in der ja besonders viele leitende Personen aus stationären psychiatrischen Einrichtungen sind, diese neue Form in Kooperation mit den niedergelassenen Nervenärzten kritisch sieht, nicht fördert.

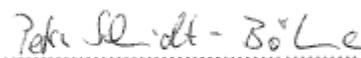
5

Wir dagegen halten den neuen Baustein gerade in der ambulanten psychiatrischen Versorgung für einen großen Gewinn für die betroffenen schwer psychisch Kranken. Gerade die Kooperation zwischen behandelndem Psychiater und Soziotherapeut ermöglicht Chancen, die andere Beteiligte (sozialpsychiatrische Dienste etc.) nicht in dieser Weise haben. Erstmals wird die seit Jahren geklagte fehlende Kooperation zwischen Niedergelassenen und anderen sozialpsychiatrisch Tätigen als gemeinsames Tun verankert. Außerdem halten wir es für sehr gut, dass durch das neue Instrument die Krankenkassen in der sozialtherapeutischen Versorgung regelhaft mit in die Pflicht genommen werden. Die Gefahr einer übermäßigen Ausdehnung soziotherapeutischer Leistungen vermögen wir überhaupt nicht zu erkennen. Durch den Gesetzgeber ist ja die Gruppe der dafür in Frage kommenden Kranken sehr eingeschränkt; die zeitliche Begrenzung mit der Stundenzahl ist ebenfalls ein limitierender Faktor.

Zusammenfassend sind die 3 jährigen Erfahrungen aus der Sicht der verordnenden Nervenärzte, sowie der behandelnden Soziotherapeutin positiv bezüglich Akzeptanz, wie der Durchführbarkeit, wie der möglichen Erfolge dieser Behandlung. Sie sollte allgemein ausgebaut werden. Durch die entsprechende Dokumentationspflicht der Soziotherapeutin sind günstige Möglichkeiten vorhanden, bald katamnestische Daten zu erhalten. Wir sind jetzt schon dabei unsere Daten zusammen zu stellen.



.....
Dr. med. Friedrich Böhme
(Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Böhme, Friedel und Feiner)



.....
Petra Schmidt- Böhme
(Sozialpsychiatrische
Krankenschwester,
selbständige Soziotherapeutin)

10.2.6 Giessener Soziotherapie



Giessener Soziotherapie

Beratung - Betreuung im häuslichen Umfeld - Fortbildung

LE 054

Humboldtstr. 27
35394 Gießen
Tel. + Fax: 0049 - 641 - 76681
soziotherapie.giessen@web.de

Gießen, den 08.01.2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Soziotherapie“
Herrn Christof Wiesner
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Betr.: Evaluation Soziotherapie

Sehr geehrter Herr Wiesner,

vielen herzlichen Dank für Ihr Schreiben vom 02.01.2007. Anbei meine Stellungnahme und der Fragebogen zur Sache. Seit März 2003 kämpfe ich für die Umsetzung der ambulanten Soziotherapie in Hessen. Ich bitte um Ihre Unterstützung auf Bundesebene. Soziotherapie ist eine äußerst hilfreiche und vielfach lebenserhaltende Maßnahme für schwer psychisch kranke Menschen. Soziotherapierichtlinien und Begutachtungsrichtlinien sind dabei sinnvolle Richtungsgeber. Wir brauchen in Hessen mehr SoziotherapeutInnen und eine bessere Akzeptanz der Leistung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Gerne können wir uns über die von mir dargestellten Erfahrungswerte vertiefend austauschen.

Im März 2003 wurde ich als erster hessischer Leistungserbringer für Soziotherapie von den Krankenkassenverbänden anerkannt und es entstand im Zuge dessen die freiberufliche Praxis „Giessener Soziotherapie“. Inzwischen kann ich auf fast vier Jahre professionelle soziotherapeutische Patientenbegleitung zurückblicken.

- 2 -

- 2 -

Hier an dieser Stelle zunächst einige grundsätzliche Daten. Im Zeitraum von Juni 2003 bis Juni 2006 konnten innerhalb der Giessener Praxis 28 PatientInnen gemäß fachärztlicher Verordnung versorgt werden. Bei 50% der hierfür notwendigen Antragsverfahren verhielten sich die im Einzelfall zuständigen Krankenkassen befürwortend. 29% der Anträge wurden abschlägig beschieden und Widersprüche wurden notwendig. Eine Patientin hat inzwischen mit anwaltlicher Unterstützung wegen erfolgter Soziotherapieablehnung gegen ihre Krankenkasse geklagt. Der Ausgang dieses Verfahrens bleibt abzuwarten. Bei 21% der insgesamt gestellten Anträge auf Soziotherapie gemäß § 37a SGB V war zum Zeitpunkt der Evaluation noch keine Entscheidung der Krankenkasse ergangen. Wenn der MDK von der Krankenkasse eingeschaltet wird, können erfahrungsgemäß bis zum endgültigen Antragsbescheid mehrere Monate vergehen.

Die ambulante Soziotherapie wurde von den betreuten schwer psychisch kranken Menschen sehr gut angenommen. Bei 89% der PatientInnen konnte mit Hilfe der eingeleiteten Soziotherapie stationäre psychiatrische Behandlung erfolgreich abgewendet werden. Weitere Arbeitsschwerpunkte waren die Motivation/bzw. Hinführung zur regelmäßigen ambulanten Behandlung, die Besserung im Bereich der Krankheitseinsicht/Krankheitswahrnehmung und die Reflexion der Medikamenteneinnahme. Gerade in psychischen Krisen fehlte es bei 32% der PatientInnen an der nötigen Kraft und Ausdauer, ambulante ärztliche Behandlung selbständig und dem Bedarf entsprechend in Anspruch nehmen zu können. In der praktischen Arbeit mit der Klientel zeigt sich immer wieder, dass gerade schwer psychisch kranke Menschen in Verbindung mit massiven sozialen Problemen erhebliche Schwierigkeiten haben, gut gemeinte ärztliche Empfehlungen auch wirklich zu befolgen.

Das Leistungsangebot der Giessener Soziotherapie definiert sich gemäß den zugrunde liegenden Durchführungsrichtlinien in Form von aktiver Hilfe und Begleitung für schwer psychisch kranke Menschen im häuslichen und sozialen Umfeld. Konkrete Hilfsangebote zielen auf die Umsetzung übergeordneter ärztlicher Ziele ab.

An diesem Punkt möchte ich Ihnen auch folgendes mitteilen. In den Verträgen mit hessischen Leistungserbringern für Soziotherapie wurden von den Krankenkassenverbänden ursprünglich „Ausschlussstatbestände“ verankert, die jetzt mit schriftlichem Bescheid des Hessischen Sozialministeriums vom 17.10.2005 als „nicht vereinbar mit den Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie“ eingestuft wurden.

- 3 -

- 3 -

Ehemals war die Erbringung von Soziotherapie für Versicherte ausgeschlossen, die sich in folgenden Maßnahmen befanden: Ambulante Psychotherapie, psychiatrische Institutsambulanzen, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Krankenhausbehandlung, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, Tagesstätten für psychisch Kranke, alle Formen von Wohngruppen, Wohnheimen bzw. Werkstätten für Behinderte.

Die hessischen Verträge mit Leistungserbringern für Soziotherapie sind nun im Interesse einer sinngemäßen Umsetzung der Soziotherapierichtlinien abzuändern. Mein Vertrag wurde bereits entsprechend geändert. Die Durchführung einer ambulanten Soziotherapie ist gemäß Entscheid des Hessischen Sozialministeriums bei gleichzeitiger Betreuung in eben beschriebenen Maßnahmen grundsätzlich möglich. Es bedarf lediglich „einer detaillierten Begründung“ für den Einsatz der ambulanten Soziotherapie. Nach meiner Einschätzung hat diese in Hessen getroffene Entscheidung auch auf Bundesebene Relevanz. Gerne werde ich Ihnen bei Bedarf das Schreiben des Hessischen Sozialministeriums in Kopie übersenden.

Hier nun ein ganz wichtiges Thema. Interessierte PsychiaterInnen müssen natürlich vor allem Leistungserbringer zur Durchführung einer Soziotherapie zur Hand haben. Aktuell sind aber hessenweit nach meiner Kenntnis nur zehn Leistungserbringer von den Krankenkassen anerkannt worden. Der Giessener Soziotherapie liegen Schreiben von interessierten Bewerbern vor, die trotz jahrelanger psychiatrischer Erfahrung von den Krankenkassenverbänden im Zulassungsverfahren abgelehnt wurden. Wir müssen daher davon ausgehen, dass die Zulassungsvoraussetzungen im Moment noch viel zu hoch angesetzt sind. Im Anerkennungsverfahren wird hessenweit aktuell vorausgesetzt: Abgeschlossene Ausbildung als Diplom SozialarbeiterIn, SozialpädagogIn, oder FachkrankenpflegerIn für Psychiatrie. Zudem muss der Nachweis über mindestens 3 Jahre psychiatrische Berufspraxis erbracht werden (davon 1 Jahr im psychiatrischen Krankenhaus und 1 Jahr in einer ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtung). Die Erfahrung zeigt, dass die Bewerber entweder in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung gearbeitet haben. Die wenigsten Bewerber können die geforderte Doppelqualifikation nachweisen.

In den psychiatrischen Einrichtungen arbeiten jedoch erfahrungsgemäß mit großem Engagement die verschiedensten Berufsgruppen, die sich bei nachgewiesener jahrelanger (z.B. fünfjähriger) psychiatrischer Arbeit für das Aufgabenfeld der ambulanten Soziotherapie sehr gut eignen würden.

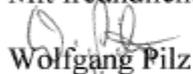
- 4 -

- 4 -

Es macht einfach keinen Sinn, dass diese engagierten KollegInnen als Leistungserbringer für Soziotherapie nicht zugelassen werden. Dementsprechend reift natürlich in Fachkreisen die Meinung, dass praktisch niemand die Zulassungsvoraussetzungen als SoziotherapeutIn erfüllen kann. Ohne Leistungserbringer kann aber auch niemand die ambulante soziotherapeutische Begleitung in Anspruch nehmen. Die Entwicklung der vom Gesetzgeber gewollten Leistung ist dementsprechend völlig blockiert. Ein produzierter Papiertiger also?

Bitte informieren Sie mich über den Verlauf/Ausgang der Evaluation. Es gab bereits schon einmal eine bundesweite Befragung zum Thema. Die Ergebnisse musste ich mir jedoch aus dem Internet heraussuchen. Gerne stehe ich Ihnen auch zum weiteren Austausch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Wolfgang Pilz

Diplom Sozialarbeiter und Leistungserbringer für Soziotherapie

Anlage: Fragebogen für Leistungserbringer

10.2.7 Herr Siegfried Mayer

Praxis für amb. Soziotherapie
Siegfried K. Mayer
Dipl. Soz. Arb. (FH)

OT Tautendorf, Nr. 8a
04703 Leisnig
Tel. 034321/ 689 64
Fax 034321/ 689 63

Institutskennzeichen: 49 14 30 171

Bericht über meine Erfahrungen als Soziotherapeut mit Vorschlägen für Verbesserungen der Soziotherapeutischen Leistungen

Die meisten meiner Patienten haben in den letzten Jahren eine lange Krankenhauskarriere hinter sich, mit bis zu fünfzehnmaligen stationären Aufenthalten. Die Kosten für die stationären Behandlungen sind für die Krankenkassen bekanntlich außerordentlich hoch. Durch die soziotherapeutische Behandlung konnte bei über der Hälfte meiner Patienten eine erneute Krise, die zu einem meist mehrmonatigen stationären Aufenthalt geführt hätte, vermieden werden.

Müssten beispielsweise 10 Patienten nur jeweils 30 Tage im Krankenhaus behandelt werden, entstünden der Krankenkasse bei einem Tagessatz von 140 € insgesamt ca. 42.000 € Kosten. Für jeweils 40 Stunden Soziotherapie für die 10 Patienten müsste die Krankenkasse ca. 12.000 € aufbringen. Hinzuzufügen ist, dass bei einer akuten schweren Krise der stationäre Aufenthalt erfahrungsgemäß wenigstens 8 Wochen dauert. Lohnt es sich bei diesem Sachverhalt nicht, die jetzigen finanziellen Regelungen für die Soziotherapeuten (Bonus und Sicherstellungsbetrag) zu überdenken und die folgenden Vorschläge zu berücksichtigen?

1. Bei Krisen sollte neben Soziotherapie sowohl Ergotherapie als auch Psychotherapie für die Dauer von ca. 3-6 Monaten gewährt werden können. Dadurch entstünden der Krankenkasse natürlich höhere Ausgaben, die aber immer noch wesentlich geringer wären als die Kosten für eine stationäre Behandlung.
2. Bei Aufnahme einer Tätigkeit in einer Behindertenwerkstatt wäre es wichtig, Soziotherapie weiter zu gewähren. Es handelt sich da um eine schwierige Phase der Eingewöhnung in eine neue Lebenssituation, in der sich die Patienten auf andere Menschen und einen anderen Tagesrhythmus einstellen müssen, was zu einer höheren psychischen Belastung führt, zumal diese Patienten im Hinblick auf Ausdauer, Antrieb und Konzentration oft stark beeinträchtigt sind. Es wäre meiner Ansicht nach falsch, die Patienten mit dieser Situation "allein" zu lassen. Für die etwa zwei Jahre bis zur festen Übernahme in den Arbeitsbereich der Behindertenwerkstatt wäre es wichtig, sie soziotherapeutisch zu begleiten.
3. Den Patienten, bei welchen sich die Betreuung der Institutsambulanzen auf ärztliche Behandlungen beschränkt, sollte die Möglichkeit gewährt werden, soziotherapeutisch behandelt zu werden. Das zu dem Institutsarzt entstandene Vertrauensverhältnis sollte erhalten bleiben. Der Wechsel zu einem niedergelassenen Facharzt ist außerdem mit langen Wartezeiten verbunden.
4. Bei Patienten, die in Heimen leben und Soziotherapie benötigen, ist zu bedenken, dass die Heime in der Regel über keine Soziotherapeuten verfügen. Nach meiner Erfahrung sind die Heime oft gezwungen, in die Krise geratene Patienten mangels anderer Möglichkeiten direkt ins Krankenhaus zu überweisen.
5. Ein abruptes Beenden der soziotherapeutischen Leistungen birgt für den Patienten die Gefahr einer neuen Krise. Der Zeitpunkt des Therapieendes sollte sorgfältig geprüft werden. Es empfiehlt sich, die Soziotherapie für eine Übergangsphase von 10 bis 20 Stunden weiterzuführen.
6. Ich halte es für wichtig, dass die Fachärzte von den Krankenkassen über die Erfolge der Soziotherapie anhand von Fallbeispielen umfassend informiert werden. Die Soziotherapie führt zu einer deutlichen Entlastung des Patienten, einen besseren Therapieerfolg und eine Reduzierung der stationären Behandlungen. Die Möglichkeiten, die Soziotherapie zu nutzen, sollten für die Ärzte vereinfacht werden. Vgl. hierzu den ärztlichen Bericht im Anhang.
7. Seit Beginn meiner soziotherapeutischen Tätigkeit im Juli 2005 musste keiner meiner Patienten stationär behandelt werden.

Praxis für amb. Soziotherapie
Dipl. Soz. Arb. (FH) Siegfried K. Mayer
OT Tautendorf, Nr. 8a, 04703 Leisnig
Fu: 0170 90 42 669
IK: 49 14 30 171
siegfried_mayer@hotmail.com

10.2.8 Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim

Fragen 12. – 17. muß man zusammenfassend beantworten:

Die mit Soziotherapie verbundenen Auflagen, Richtlinien, Kriterien, Fristsetzungen etc. erscheinen im Rahmen ambulant-psychiatrischen Arbeitens als praxisferner, bürokratischer Moloch. Das behindert vor allem das Arbeiten mit den krankesten u. schwierigsten Patienten u. nimmt Arbeitszeitressourcen für aufwändige bürokratische Tätigkeiten in Beschlag (ca. 20% für Beantragen, Organisieren, bzw. Korrekturen der Verordnungen und für Dokumentation u. Berichterstattungen, sowie für Rechnungsstellungen). Gerade auf die schwierigsten Patienten wirkt das ganze Verfahren hauptsächlich abschreckend u. nicht compliancefördernd.

Dagegen war die baden-württembergische Lösung ambulant-psychiatrischen Arbeitens bis 2001, d.h. vor Einführung der Soziotherapie, der Patientengruppe schwer psychisch kranker Menschen gegenüber angebrachter:

- klare Ausrichtung der ambulanten Arbeit auf Vermeidung von Klinikaufhalten, bzw. rechtzeitiger Einweisung u. möglichst kurzer Befristung des Aufenthaltes

- Einbettung in sonstige Betreuungstätigkeit durch Sozialpsychiatrische oder andere komplementäre Dienste

- Pauschalfinanzierung durch die Krankenkassen verhinderte kosten- u. zeitaufwändige Bürokratisierung der Arbeit; wie oben schon erwähnt gehen jetzt durch die Einzelfallbearbeitung ca. 20% der Arbeitszeitressourcen für die Erfüllung bürokratischer Vorgaben flöten.

Die Erfahrung zeigt, dass einzelne Krankenkassen schon bei der Erstverordnung von Soziotherapie den MDK einschalten, bevor eine Genehmigung oder Ablehnung erfolgt. Die Entscheidung kann dann 2 – 3 Monate dauern. Wie soll unter diesen Umständen z. B. eine „Verkürzung von Klinikaufenthalt“ möglich sein?

Oder das Beispiel der Bildung psychoedukativer Gruppen i. R. von Soziotherapie: derartige Gruppenangebote wurden auch schon früher durch die Sozialpsychiatrischen Dienste angeboten, heute besteht jedoch bei deren Zusammensetzung eine zusätzliche bürokratische Schwierigkeit: ein Teil der in Frage kommender Patienten ist vielleicht gerade am Ende einer 30-Einheitenphase oder der 3-Jahresfrist etc.

Dutzende weiterer ähnlicher Beispiele könnten genannt werden, werden aber durch einfaches Beantworten Ihres Fragebogens nicht erfasst.

Die bisherige Handhabung der Soziotherapie der letzten Jahre ist der erfolgreiche Weg der Krankenkassen ambulante psychiatrische Arbeit zu behindern, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Sachbearbeiter zu finden und die Zahl der Klinikeinweisungen zu erhöhen. So kann man natürlich weitermachen.

Nächstes Jahr bin ich 30 Jahre im Beruf, aber solch praxisfeindlicher, bürokratischer Moloch wie in den letzten Jahren mit der „Soziotherapie“ ist mir bislang noch nicht begegnet, auch nicht in nun insgesamt über 15 Jahren Mitarbeit im Sozialpsychiatrischen Dienst. Da helfen auch keine Qualitätszirkel, Kompetenzzentren und wahrscheinlich auch keine Evaluationen weiter.

Nichtsdestotrotz: den Evaluatoren beim Evaluieren viel Evaluationsfreuden!

Und viele Grüße aus Mannheim



S. Bernatek
Sozialpädagoge

10.2.9 LIGA Baden-Württemberg



Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.

Liga der freien Wohlfahrtspflege Augustenstraße 63 70178 Stuttgart

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Christof Wiesner
Postfach 1763
50707 Siegburg

Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I						
Eingang: 27. Feb. 2007						
Original: <i>C. Wiesner</i>						
Kopie						
Versand:	GF	Sist Recht	Sist Methodik	F/O	Verw.	Abt. II

Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.
Augustenstraße 63
70178 Stuttgart

Telefon: 0711 / 619 67 - 0
Telefax: 0711 / 619 67 - 67
E-Mail: info@liga-bw.de

Bank für Sozialwirtschaft AG
BLZ 601 205 00
Konto.-Nr. 9 700 500

Stuttgart, 22.02.2007

Evaluation der Gründe für die Schwierigkeiten Soziotherapie in der GKV anzubieten

Ihr Schreiben vom 02.01.2007

Sehr geehrter Herr Wiesner,

Ihr og. Schreiben haben wir an die uns angeschlossenen Leistungserbringer weitergeleitet und hoffen, dass mittlerweile viele Rückmeldungen bei Ihnen eingegangen sind.

Wir möchten Ihr Schreiben aber zum Anlass nehmen, Ihnen eine allgemeine Rückmeldung zu den Umsetzungsproblemen der Soziotherapie aus Sicht der Leistungserbringer in Baden-Württemberg zu geben.

Wie Sie sicherlich wissen, wurde die Umsetzung der Richtlinie zur Soziotherapie in Baden-Württemberg mit dem Abschluss eines Rahmenvertrages über die Erbringung von Soziotherapie durch unsere Sozialpsychiatrischen Dienste am 01.07.2002 begonnen.

Abgesehen davon, dass unseres Erachtens die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 23.08.2001 und die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 29.11.2001 sehr restriktiv gestaltet sind und sowohl hinsichtlich der erlaubten Diagnosen und des Genehmigungsverfahrens als auch bezüglich der Qualifikation der Soziotherapeuten eher geeignet sind, eine Begrenzung der Soziotherapiefälle vorzunehmen als bei möglichst vielen Patienten eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden, möchten wir auf ein besonders wichtiges klärungsbedürftiges Problem hinweisen.

§ 37a SGB V besagt, dass Versicherte einen Anspruch auf die Versorgung mit Soziotherapie für höchstens 120 Stunden innerhalb von 3 Jahren je Krankheitsfall haben.

Diese Vorschrift wird jedoch von vielen gesetzlichen Krankenkassen dahingehend interpretiert, dass nach 3 Jahren eine erneute Bewilligung der Versorgung mit Soziotherapie nicht möglich sei, da es sich ja um den gleichen Krankheitsfall handele. Akzeptiert wird gelegentlich, wenn auch mit einer unterschiedlichen Wartezeit, eine erneute Verordnung beim Vorliegen eines Diagnosewechsels.

Die Formulierung des § 37a SGB V besagt jedoch unseres Erachtens eindeutig, dass der Leistungsumfang nur dahingehend eingegrenzt wird, dass innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren nur 120 Stunden erbracht werden können. Die gewählte Formulierung besagt aber ebenso eindeutig, dass nach Ablauf der ersten Rahmenfrist, eine erneute Rahmenfrist beginnt, innerhalb der dann ebenfalls ein Leistungsanspruch auf 120 Stunden besteht, natürlich unter der Prämisse, dass die gesetzlichen Voraussetzungen im übrigen noch oder wieder vorliegen. Dies gilt unabhängig davon, ob noch dieselbe Krankheit vorliegt oder eine weitere. Es ist aus der gesetzlichen Formulierung keinesfalls ersichtlich, dass ein Versicherter nur einmal in seinem Leben einen Anspruch auf Leistungen der Psychotherapie im Umfang für 120 Stunden innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren haben soll. Auch die Gesetzesbegründung besagt dies nicht.

Wäre die Rechtsauffassung der Krankenkassen zutreffend, dann würde dies bedeuten, dass bei chronisch psychisch erkrankten Menschen, bei denen durch die Psychotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden könnte, nach Ablauf von 3 Jahren dennoch eine stationäre Aufnahme durchgeführt werden müsste. Dies halten wir sowohl aus fachlichen als auch aus ökonomischen Gründen für unsinnig und nicht durch den Gesetzgeber intendiert.

Wir möchten Sie daher bitten, sich dieser Problematik anzunehmen und hoffen auf eine Klarstellung im Interesse der von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen.

Sofern Sie weitere Informationen oder ein Gespräch zur Umsetzung der Psychotherapie wünschen, sind wir dazu gerne bereit.

Mit freundlichen Grüßen



Johannes Stockmeier
Vorsitzender

10.2.10 INTEGRA 2000 e.V.:



Praxis für ambulante Soziotherapie

Projekt von INTEGRA 2000 e.V.

Helmholtz Str. 9
09131 Chemnitz

Tel Fax 0371 - 450 4881
Funk 0172 - 378 4789

Mail info@ambulante-soziotherapie.de
Internet www.ambulante-soziotherapie.de

INTEGRA 2000 e.V. / SOZIOThERAPIE / 09131 Chemnitz, Helmholtz Str. 9

Gemeinsamer Bundesausschuss
Stichwort Soziotherapie
PF 1763

53707 Siegburg

Evaluation Soziotherapie

Sehr geehrter Herr Wiesner,

16.02.07

anlegend sende ich den Fragebogen und Lesematerial zurück.

Auf die Auswertungsergebnisse bin ich natürlich gespannt, denn die Situation ist wohl eher uneinheitlich und in der Praxis noch unentwickelt.

Vor sieben Jahren zu Beginn unserer Antragsstellung war ich noch optimistischer, inzwischen haben wir seit 2005 die Zulassung und ST als „Baustein“ in die Angebote unseres Trägers eingefügt.

Dabei sind wir aber immer betriebswirtschaftlich von Unrentabilität bedroht und werden das Angebot auch für die GKV wieder einstellen, wenn der aktuelle Trend des FORDERNS statt FÖRDERNS fortbesteht.

Wir werden dann diese Leistung nur noch im Rahmen der PKV anbieten, bzw. ganz auf andere formale Konstruktionen ausweichen – auch wenn wir inhaltlich sehr überzeugt sind, dass ST in der Funktion des „Brückenbauens“ für viele Patienten Orientierung, Unterstützung und Notfallmanagement in hervorragender Weise bieten kann.

Mit guten Wünschen für Ihre Arbeit und freundlichen Grüßen

Frieder Böhme
Dipl. Fachsozialarbeiter für klinische Sozialarbeit

10.2.11 Frau Dagmar Ebert

Dipl.-Med. Dagmar Ebert

FA f. Psychiatrie und Neurologie
Mendelssohn-Bartholdy-Str. 13
04425 Taucha

Tel.: 034298/68765
Fax: 034298/66703
E-Mail: nptaucha@aol.com

29.08.2006

Dipl.-Med. Dagmar Ebert • Mendelssohn-Bartholdy-Str. 13 • 04425 Taucha

BVDN Geschäftsstelle Neuss
Per Fax 02131 2209922

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem Fragebogen bezüglich Soziotherapieverordnung und ambulante psychiatrische Krankenpflege möchte ich gern einige freie Ausführungen machen. Als Nervenärztin, die in den 70er/ 80er Jahren den soziotherapeutischen Aufbruch in der Leipziger Psychiatrieszene miterleben und – gestalten konnte, habe ich mich sofort nach Eintritt der Möglichkeit, Soziotherapie verordnen zu können, um die dazu notwendigen Formalitäten gekümmert. Rasch hatte ich zwar die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung dafür, aber über mehrere Jahre es gab aber keinen Leistungsanbieter – weder in der näheren noch in der weiteren Umgebung. Hintergrund war die sehr hoch gehängte Voraussetzung für Leistungsanbieter, die vor allem hier im Osten an der geforderten Dauer stationärer Tätigkeit scheiterte. Die meisten dafür in Frage kommenden Personen konnten diese nicht aufweisen. Inzwischen arbeite ich mit einem Anbieter zusammen, der als erster die Zulassung erhalten hatte und deshalb aus einer etwa 50 km entfernten Region kommt. Die Entwicklung einiger der soziotherapeutisch betreuten Patienten ist verblüffend positiv, bei den meisten gut, bei manchen befriedigend. Als nicht befriedigend kann der ungeheure bürokratische Aufwand bewertet werden, der Voraussetzung für die Therapieverordnung und -begleitung ist. In meiner Arbeit werde ich dabei immer wieder vor logistische Herausforderungen gestellt, denen die ohnehin an Papierflut und bürokratischen Hürden beinahe zerbrechende Praxis einfach nicht gewachsen ist. Die inzwischen übliche Nacht- und Wochenenderledigung dieser Aufgaben kann keine Dauerlösung sein.

Als besonders belastend empfinde ich zudem die Tatsache, dass gerade Patienten, die aufgrund ihres sozialen Status gar nicht in den Genuss der soziotherapeutischen Maßnahmen geraten können, diese oft besonders nötig hätten. Ich denke hier an den Personenkreis von Menschen mit Psychosen, die in Werkstätten für Menschen mit Behinderung arbeiten oder in Wohnheimen leben. Gute fachliche Betreuung durch begleitenden Dienst und Wohnheimpersonal kann Soziotherapie nicht ersetzen. Diese darf aber nicht verordnet werden. Da ich die Soziotherapierichtlinien zugegebenermaßen nicht so ausführlich gelesen hatte, hatte ich einigen auf diese Weise Betroffenen eine Verordnung ausgestellt, die zunächst auch von der Kasse genehmigt worden war. Auch hier gibt es positive Entwicklungen und rückläufige Krankheitssymptomatik. Da inzwischen eine Verlängerung der Behandlung abgewiesen wurde, ist ein deutlicher Rückschritt bei allen Patienten, die betroffen sind, erkennbar.

Für mich persönlich erschreckend ist die Tatsache, dass durch ständig abgeforderte Befundberichtserstattung ein erhebliches Misstrauen gegenüber der ärztlichen Kompetenz ausgedrückt wird. Ich erlebe einen enormen Rechtfertigungsdruck. Die gesamte Angelegenheit steht außerdem im krassem Missverhältnis zum vom Bundesgesundheitsministerium leider nur propagandistisch angekündigten Bürokratieabbau.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Med. Dagmar Ebert
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie

10.2.12 Herr Benno Kiehl



BENNO KIEHL

ARZT FÜR PSYCHIATRIE – PSYCHOTHERAPIE
ARZT FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN

KONTAKT:

Telefon: 09391/1007 - Telefax: 1061
email: benno.kiehl@praxis-kiehl.de

SPRECHSTUNDE:

Mo. / Do. von 9:00 Uhr bis 12:00 Uhr
Die. / Fr. von 10:00 Uhr bis 12:00 Uhr
Mo. / Die. / Do. von 14:30 Uhr bis 17:30 Uhr

sowie nach Vereinbarung

DATUM:

22.02.2007

PRAXIS KIEHL - KREUZBERGSTRASSE 5 - 97828 MARKTHEIDENFELD

ARZTSACHE - VERTRAULICH

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS
POSTFACH 1763

53707 SIEGBURG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich finde es sehr gut und ganz im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, dass Sie diese Umfrage starten.

Allerdings könnten Sie sich viele Fragen zu auftretenden Schwierigkeiten selbst beantworten, da diese schon „vorprogrammiert“ und wohl auch gewollt waren. Viele nun tatsächlich aufgetauchte Probleme wurden z.B. durch die Berufsverbände und Wohlfahrtsverbände bereits im Vorfeld angesprochen.

Ich möchte ganz kurz anhand unseres „Leidensweges zur Einführung von Soziotherapie“ einige Punkte herausgreifen:

1. Die bewusste Erschwerung der Implementierung der Soziotherapie durch unsinnige Bedingungen in den Richtlinien und hohe Anforderungen an die Leistungserbringer
2. Die Verschleppung der Antragsverfahren zur Zulassung von Soziotherapeuten durch die Kostenträger
3. Die Unwissenheit bei den Kostenträgern und Ärzten durch Fehl- bzw. Nichtinformation
4. Die restriktive und wenig transparente Genehmigung von Soziotherapie bei manchen Kostenträgern
5. Die Unkenntnis bei den Patienten und Fehl- bzw. Nichtinformation durch die Kostenträger

Zu 1.

Die Richtlinien und Anforderungen an die Leistungserbringer sind in Teilen meines Erachtens sehr willkürlich und bewusst so gestaltet, dass sie eindeutig limitierenden Charakter haben. Die Qualität wird aber hierdurch nicht verbessert.

Beispiel:

a) Warum die Soziotherapie in einem Raum von 2,30m Höhe schlechter sein soll, als die in einem Raum von 2,40m erbrachte ist unverständlich. Zumal, wenn man bedenkt, dass der Soziotherapeut sicherlich häufiger als andere Therapeuten in den Räumen des Klienten oder anderen Räumen außerhalb seiner Praxis tätig sein wird.

BANKVERBINDUNG:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Filiale Würzburg (BLZ 790 906 24) Konto O 302 394 618

b) In gemeinsamen Gesprächen mit Einrichtungen und Organisationen stellten wir übereinstimmend fest, dass kaum einer der teilweise äußerst qualifizierten und kompetenten Mitarbeiter dieser Einrichtungen die sehr speziellen Anforderungen an die Leistungserbringer erfüllen konnte. Mitarbeiter, die diese Anforderungen erfüllten waren dann aber so hoch qualifiziert, dass sie innerhalb der Einrichtung oder Organisation eine leitende Position einnahmen und nicht für Soziotherapie zur Verfügung standen. Der jetzt für unser Gebiet zugelassene Soziotherapeut ist Geschäftsführer unseres psychosozialen Hilfsvereins. Im Nachbargebiet wurde es der Vorsitzende der PSAG.

Zu 2.

Die Zulassungsanträge wurden bewusst verschleppt, bzw. gar nicht bearbeitet. Teilweise war es schwer heraus zu bekommen, an welche Adresse der Antrag zu schicken wäre. Soziotherapeuten wurden bewusst verunsichert, damit sie ihren Antrag wieder zurückziehen sollten.

Beispiel:

a) Ich selbst hatte einer mir gut bekannten Fachkrankenschwester, die seit Jahren eine Soziotherapiestation geleitet hatte und als Dozentin für soziotherapeutische Verfahren am Bildungswerk des Verbandes der Bayerischen Bezirke tätig war, im Jahr 2001 empfohlen einen Antrag auf Zulassung zu stellen. Sie hat den Antrag 2003 entnervt zurückgezogen, nachdem immer neue Bedingungen und Forderungen gestellt wurden und das Antragsverfahren sich über knapp drei Jahre hinzog.

b) Der psychosoziale Hilfsverein, dem ich vorstehe, hat im Jahre 2001 einen Antrag gestellt und bis heute keine Antwort erhalten.

c) Der nun in unserem Gebiet zugelassene Soziotherapeut hat, nachdem er alle Unterlagen zusammen hatte und nur noch auf die Genehmigung wartete einen sehr obskuren Anruf von dem zuständigen Sachbearbeiter bekommen. Dieser riet ihm, doch noch einmal zu überdenken, ob er den Antrag nicht lieber zurückziehen möchte, da er nach deren Erkenntnissen maximal 1600 EUR im Monat verdienen könnte.

Zu 3.

Es herrschte allgemeines Chaos sowohl bei den Kostenträgern., als auch den potentiellen Verordnern. Nur wer sich wie ich seit langem mit der Soziotherapie auseinander gesetzt hatte, hatte einigermaßen eine Chance an Informationen heran zu kommen.

Beispiel

a) Noch im Jahr 2005 war vielen Mitarbeitern der Kostenträger diese Therapieform nicht bekannt. Es wurden völlig unsinnige Auskünfte erteilt. Besonders interessant war ein Telefonat mit einem Mitarbeiter einer großen Krankenkasse, der mir telefonisch genehmigte eine Soziotherapie zu einem Mondpreis (ca. 60 EUR/std) erbringen zu dürfen. Als ich dies schriftlich wollte, distanzierte er sich leider davon.

b) Zudem herrschte Unklarheit, wer nun innerhalb der Krankenkasse zuständig für die Bearbeitung sei. Oftmals mussten Anträge mehrmals verschickt werden, weil sie nicht an der richtigen Stelle angekommen sind.

c) An der Ärzteschaft ist die Soziotherapie in der Mehrheit vorüber gezogen. Von Seiten der Krankenkassen gab es keine Information! Die Informationen der KV waren ebenfalls recht spärlich und erschöpften sich meist in der Nennung der in Frage kommenden Gebührensätze.

d) Im entsprechenden Zeitraum gab es eine einzige Verordnung eines weiteren Facharztes und keine Verordnung von Allgemeinmedizinern. Hier fehlen einfach die Informationen und die Überzeugung, dass Soziotherapie hilft.

Zu 4.

Die Gründe für die Ablehnung oder Genehmigung von Anträgen ist nicht transparent. Wenn bestimmte „erwartete“ Schlagworte auf dem Antrag fehlen wird er abgelehnt.

Beispiel:

- a) Schwer kranke für Soziotherapie geeignete Patienten, die voraussichtlich auch sehr gut von der Therapie profitieren würden, werden abgelehnt, weil sie nicht in allen Fähigkeiten gestört sind. Dies entspricht zwar den Richtlinien, geht aber völlig an der Praxis vorbei.
- b) Die Gründe für die Ablehnung und auch den Namen des Gutachters des MDK erfahre ich nicht. So ist ein kollegiales Gespräch im Sinne eines Case Management unmöglich.
- c) Die Beurteilung ist von Kostenträger zu Kostenträger sehr unterschiedlich.
- d) Die Benachrichtigung der Genehmigung (oder Ablehnung) erfolgt zumeist nur über den Patienten, manchmal über den Soziotherapeuten und äußerst selten über mich als Verordner.

Zu 5.

Viele Patienten wissen, dass die Krankenkasse eine besondere Diät oder einen Gymnastikkurs anbietet. Von Soziotherapie haben sie aber noch nie etwas gehört. Das heißt die Information über die Krankenkasse fehlt völlig.

Beispiel

a) Auf der AOK Internet-Seite findet man auf der ersten Seite:

Schluss mit Diäten! - Ich werde Nichtraucher - Elektronische Gesundheitskarte - Laufend in Form - Ohne Kids läuft nix! - Liebe&Sex - Mit dem Rad zur Arbeit, usw. aber weit und breit nichts über Soziotherapie. Diese ist „tief im System vergraben“ (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/pflege/soziotherapie/>).

Insgesamt wurde die Umsetzung von Soziotherapie äußerst schlecht vorbereitet und umgesetzt. Es drängte sich in vielen Situationen der Eindruck auf, dass mit allen Mitteln versucht wurde und wird, Soziotherapie zu verhindern.

Ich hoffe nicht, das Ihre Umfrage dazu dient, fest zu stellen, dass Soziotherapie wenig verordnet wird, um sie sterben lassen zu können! Ich finde es enorm, wie viele Patienten in unserem Gebiet trotz der oben genannten Hemmnisse von der Soziotherapie profitieren.

Mit freundlichen Grüßen



Benno Kiehl

10.2.13 Caritasverband Bruchsal

Lt 283



Caritasverband

**für den Landkreis Karlsruhe
Bezirksverband Bruchsal e.V.**

Caritasverband Bruchsal e.V., Postfach 13 46, 76603 Bruchsal

Gemeinsamer Bundesausschuss
z. Hd. Herrn Christof Wiesner
Postfach 1763
53707 Siegburg

Gemeindepsychiatrie

Friedhofstraße 11
76646 Bruchsal
Telefon: 0 72 51 / 80 08 - 0
Telefax: 0 72 51 / 80 08 50
email: gemeindepsychiatrie@caritas-bruchsal.de
Internet: <http://www.caritas-bruchsal.de>
Steuer-Nr: 30095/08815

Ihr Zeichen	Ihr Schreiben vom	Unsere Zeichen	Durchwahl 80 08-	Datum
		34-4 We-Ig-We	15	17. Januar 2007

Evaluation Soziotherapie - Fragebogen für Leistungserbringer

Sehr geehrter Herr Wiesner,
sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie den gewünschten Fragebogen zurück in der Hoffnung, dass es gelingt, Soziotherapie künftig auch BEK-Versicherten anzubieten und vielleicht längerfristig die Indikation für Soziotherapie auf andere ICD-Diagnosegruppen zu erweitern.

In diesem Zusammenhang möchte ich Sie darauf hinweisen, dass sich auf Seite 2 ein Fehler eingeschlichen hat.

Menschen mit der Diagnose „schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2)* haben leider keinen Anspruch auf Soziotherapie, obwohl sie in der Regel extreme Fähigkeitsstörungen zeigen.

Diese Erkrankten sind nicht in der Lage bestehende Hilfsangebote selbständig in Anspruch zu nehmen und Soziotherapie wäre für diese Klienten sicherlich sinnvoll.

Mit freundlichen Grüßen

Fachbereich Gemeindepsychiatrie

Doris Werner-Igneci

Doris Werner-Igneci
Dipl.-Sozialarbeiterin
Dipl.-Sozialtherapeutin

Anlage

Sparkasse Kraichgau (BLZ 663 500 36) Konto-Nr. 0000 49 87
Bank für Sozialwirtschaft GmbH Karlsruhe (BLZ 660 205 00) Konto-Nr. 17 147 00

10.2.14 Dr. Thilo Bulling

Praxisgemeinschaft Heerstr. Nord
Dr. Thilo Bulling
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Arzt für psychotherapeutischer Medizin

Obstallee 22a
13593 Berlin
030 - 36 47 09 20

Berlin , den 11.1.07

An
den gemeinsamen Bundesausschuß
Unterausschuß Soziotherapie

FA 145

Ergänzende Bemerkungen zum Fragebogen für Nervenärzte und Psychiater

Als Senior einer Gemeinschaftspraxis von 5 Psychiatern möchte ich einige ergänzende Bemerkungen zu dem Fragebogen und zur Soziotherapie machen , weil wir wohl fast einmalige Erfahrungen mit dieser Therapieform haben.

Vor 25 Jahren stellten wir eine junge und engagierte psychiatrische Krankenschwester für die Betreuung unserer schwerst psychiatrisch kranken Patienten ein , die vorher leitende Krankenschwester in einer psychiatrischen Rehaeinrichtung in Berlin war. Dies wurde uns finanziell dadurch möglich , weil wir zu dieser Zeit in einer Gemeinschaftspraxis mit 8 überwiegend somatisch tätigen Ärzten arbeiteten. Dieser Schritt hat sich für uns und unsere Patienten als ein Glücksgriff erwiesen – sieht man einmal von der finanziellen Belastung ab.

Ende der achtziger Jahre habe ich eine Erhebung an ca. 30 von der Krankenschwester mindestens 5 Jahre lang betreuten Patienten gemacht. Sie waren vor der Betreuung im Schnitt über 20 Tage im Jahr stationär behandelt worden , wohingegen sie während der Betreuung durch die Krankenschwester nur im Schnitt 2,5 Tage in einer psychiatrischen Klinik waren. So konnten wir unseren subjektiv gewonnenen günstigen Eindruck auch eindrucksvoll an diesem Parameter bestätigen und dokumentieren.

Die Art der Intervention der Krankenschwester entsprach in weiten Bereichen dem , was heute in der Soziotherapie gemacht wurde und so ist es auch nicht verwunderlich , dass unsere Krankenschwester als erste in Berlin die Zulassung zur Soziotherapie erhielt.

Die Schwächen der bisherigen Handhabung der Soziotherapie sind u.E. folgende:

1. Die zeitliche Begrenzung für Soziotherapie auf drei Jahre ist nicht sinnvoll. Durch eine Soziotherapie wird ein intensiver Kontakt zwischen Therapeut und Patienten hergestellt. Dieser sollte für die weitere Behandlung , die oft lebenslang sein muss , genutzt werden können. Bei schwerst gestörten Patienten ist für den Behandlungserfolg eine gute

Compliance Grundvoraussetzung und andererseits auch oft das größte Problem. Wenn nun eine gute Compliance zu der Soziotherapeutin besteht - und das ist bei unseren Patienten häufig der Fall – sollte diese die Patienten, mit denen sie vorher intensiv gearbeitet hat, über drei Jahre hinaus behandeln können. Es sollten also viel fließendere Übergänge geben und die Möglichkeit geschaffen werden, dass der behandelnde Psychiater einige halbstündige Sitzungen Soziotherapie im Quartal unbürokratisch wie z.B. bei der Ergotherapie weiterhin verordnen kann.

30€ + Bonusrate (4€)

2. Die Soziotherapie ist mit einem Stundensatz von ~~32~~ 45 EUR in Berlin erheblich unterbezahlt. Ich hatte 2003 in den Verhandlungen mit den Krankenkasse eine Rechnung aufgestellt, wie hoch der Stundensatz sein müsste, wenn unsere Krankenschwester bei Selbständigkeit das gleiche Honorar mit einem geringen Gewinn erzielen wollte, wie sie es jetzt von uns erhält. Ich kam auf einen Satz von 45 EUR. Dies ist ungefähr auch der Betrag, den einige Krankenkassen in einem Modellprojekt in Niedersachsen für Soziotherapie und psychiatrische Hauskrankenpflege bezahlen. Dabei müssen Soziotherapeuten eher höher qualifiziert sein.
3. Der bürokratische Aufwand zur Durchführung von Soziotherapie ist für den beantragenden Psychiater erheblich und wahrscheinlich eher abschreckend. Dabei ist zu berücksichtigen, dass generell für den niedergelassenen Psychiater in den letzten Jahren die zeitliche Beanspruchung für Bürokratie enorm zugenommen hat und viele Ärzte gegen weitere dies bezügliche Zumutungen allergisch reagieren.
4. Generell ist zu sagen, dass Soziotherapie nur für Psychiater interessant ist, die sich im wesentlichen als Sozialpsychiater verstehen. Deren wirtschaftliche Situation ist aber so katastrophal, dass es für einen niedergelassenen Psychiater überhaupt keinen Anreiz gibt, dieses Feld auszubauen, sondern dass er im Gegenteil aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen ist, sich auf andere Praxisfelder umzustellen. Wir haben unsere wirtschaftliche Situation in einem ausführlichen Einspruch an die KV Berlin dargelegt, den ich in der Anlage beifüge. Wenn die Krankenkassen also die Soziotherapie für niedergelassene Psychiater interessant machen wollen, müssen sie zusammen mit den KVen erst einmal deren Praxen wirtschaftlich auf gesunde Beine stellen.
5. Die Patienten, für die Soziotherapie erforderlich ist, haben meist auch einen hohen und teuren Medikamentenbedarf. Wegen des begrenzten Budgets für Medikamente kann man sich diese Patienten oft gar nicht leisten. Sie müssten also aus dem Medikamentenbudget herausfallen.
6. Die Begrenzung der Soziotherapie auf psychotische Patienten ist nicht sinnvoll. Es gibt nicht wenige Patienten mit schweren neurotischen – oder Persönlichkeitsstörungen, die in fast völliger sozialer Isolation leben und für die Soziotherapie deshalb eine gute Behandlungsoption darstellt.

Aus dem Gesagten geht hervor , dass wahrscheinlich die geringe Annahme der Soziotherapie mit einer generellen Krise der Sozialpsychiatrie zusammenhängt. Wenn die Entwicklung so weiter geht , wird die ambulante Versorgung der Patienten , um die es bei der Soziotherapie geht , nur noch in Institutsambulanzen möglich sein , was aber eine Ausgrenzung dieser Patientengruppe aus dem allgemeinen Medizinbetrieb bedeuten würde. Dies wiederum würde aber den Intentionen der Psychiatrie Enquete aus den siebziger Jahren , der wir so wesentliche Fortschritte verdanken , genau entgegenlaufen. Außerdem kommt wahrscheinlich diese Versorgungsstruktur den Kassen erheblich teurer zu stehen. Nach unserer Erfahrung kehren viele Patienten , die zwischenzeitlich – meist nach einem stationären Aufenthalt – von einer Institutsambulanz betreut wurden , zu uns zurück, weil sie sich bei uns besser und mit größerer Kontinuität behandelt fühlen.

Deshalb denken wir , dass es sinnvoll wäre , wenn die Krankenkassen Soziotherapie und psychiatrische Krankenpflege hauptsächlich in sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen etablieren und dafür die finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen schaffen würden.

Wir sind gerne bereit , den Ausschuss in diesen Fragen intensiv zu beraten. Ich hätte auch nach einem job sharing die zeitliche Möglichkeit dafür.

(Dr. Bulling – Praxisgemeinschaft Heerstr. – Nord
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

Neurologisch-psychiatrisch und psychotherapeutischer Bereich
der Praxisgemeinschaft Heerstr.-Nord
Dr. T. Bulling und Dr. E. Gugel
Dr. A. Seltmann, K. Tautenhahn
Dr. M. Zimmermann
Obstallee 22a, 13931 Berlin
Tel 364 709 20

Berlin, 1.2.06

An
Die KV Berlin – der Vorstand
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

Gegen den Honorarbescheid für das Quartal 2/ 05 möchten wir fristgemäß Widerspruch einlegen.
Der individuelle Punktwert besonders bei den Primärkassen, aber auch bei den Ersatzkassen, ist gegenüber den Vorquartalen in einem Maße gesunken, dass die gebotene gerechte Verteilung des Gesamthonorars u.E. von der KV nicht mehr auch nur annähernd gewährleistet wurde. Diese hat eine Regelung getroffen, der den an uns delegierten Auftrag, die ambulante Versorgung sicherzustellen, nicht mehr gerecht wird. Im Einzelnen beträgt der individuelle Punktwert in der Reihenfolge der Ärztinnen und Ärzte, wie sie im Briefkopf angegeben wurden, für die Primärkassen 1,9182, 1,9182, 2,224, 1,717, 1,9286 und für die Ersatzkassen 3,7439, 3,7439, 2,699, 2,337, 3,1164.

Während wir in den letzten Jahren immer häufiger mit immer drängenderen Problemen der Menschen in unserem Versorgungsbezirk konfrontiert werden, ist die Zahl der Psychiater in unserem Versorgungsbezirk, zu dem auch ein Teil des früheren Kreises Nauen gehört, gesunken, so dass sich die Schere zwischen erbrachten Leistungen und tatsächlicher Bezahlung, die seit Jahren stagniert oder rückläufig ist, immer mehr öffnet. Dies wollen wir im Folgenden detaillierter darlegen:

Zur erhöhten Anforderung an den neurologisch-psychiatrisch-
psychosomatischen Bereich:

1. Die Patienten aus unserem Versorgungssektor sind besonders häufig von Arbeitslosigkeit oder drohender Arbeitslosigkeit betroffen. Es gibt viele Untersuchungen, die sich völlig mit unseren Erfahrungen decken, die zeigen, dass diese Faktoren besonders häufig zu psychischen und psychosomatischen Störungen führen.
2. Die Auswirkungen des Hartz IV Gesetzes mit der fast chaotisch zu nennenden Handhabung hat besonders viele von unseren Patienten betroffen und nicht unerheblich zur Verschlechterung ihres seelischen Gesundheitszustandes mit entsprechendem höheren Behandlungsbedarf beigetragen.
3. Die verschärften und häufig fachlich höchst zweifelhaften Kontrollen der Arbeitsunfähigkeitszeiten durch die medizinischen Dienste der Krankenkassen gerade bei psychosomatischen Leiden führt dazu, dass immer mehr Hausärzte sich an uns um Hilfe wenden, wenn sie eine

vorzeitige Beendigung der Arbeitsunfähigkeit bei oft schwer gestörten Patienten zu Recht nicht hinnehmen wollen.

4. Die Verweildauer in psychiatrischen Krankenhäusern nimmt ständig ab. In keinem Bereich der Medizin sind so viele Krankenhausbetten eingespart worden, wie in der Psychiatrie. In diesem Bereich wird heute nicht mehr von Behandlung im Krankenhaus sondern „Entaktualisierung“ gesprochen. Das aber führt zu einem Mehrbedarf an ambulanter Behandlung, den besonders die niedergelassenen Psychiater zu leisten haben.

Den gesamten Mehrbedarf könnten wir bei gleichbleibender oder leicht rückläufiger Honorierung wirtschaftlich vernünftig nur leisten, wenn wir die Patientenzahlen und / oder die Behandlungsintensität zurückfahren würden. Diese Strategie verfolgen auch konsequent mehrere ambulant tätige Ärzte. Wartezeiten bei Erstanmeldung von mehreren Monaten sind keine Seltenheit. Dieses Vorgehen würde aber generell den ethischen und sozialen Ansprüchen der Ärzteschaft zuwiderlaufen, den ambulanten Behandlungsauftrag der KV widersprechen und dem Ansehen der ambulant tätigen Ärzten in der Öffentlichkeit schweren Schaden zufügen.

Wir haben deshalb unsere seit 25 Jahren bewährte Behandlungsangebote nicht geändert, Zu unserem Praxisschwerpunkt gehört die Krisenintervention und die Therapie chronischer psychischer Krankheiten. Wir sind stolz darauf, dass die erste in Berlin zugelassene Soziotherapeutin schon vor der Etablierung der Soziotherapie viele Jahre in unserer Praxis arbeitete.

Zur geringeren Zahl von niedergelassenen Psychiatern oder Nervenärzten in Spandau:

Zwei überwiegend psychiatrisch tätige Nervenärzte haben ihre Praxisaufgaben, ohne einen Nachfolger zu finden, und einer überwiegend neurologisch tätiger Kollege hat seine Praxis in ein MVZ nach Schöneberg verlegt. Ein Kollege in Falkensee gab seine Praxis abrupt auf, ging nach England und ein Einzugsbereich von ca. 80 000 Einwohnern in Brandenburg, war plötzlich ohne nervenärztliche Versorgung. Viele dieser Patienten musste auf dringliche Bitte der Hausärzte besonders von unserem Kollegen Dr. Zimmermann mit neurologischem Schwerpunkt aber auch von den übrigen übernommen werden, ohne dass die KV dem Antrag von Dr. Zimmermann auf Aufstockung seines Praxisbudget nachgekommen wäre. Er klagt jetzt vor dem Sozialgericht.

Einen weiteren, vielleicht entscheidenden Grund für unseren Widerspruch möchten wir noch anfügen:

Vier von uns haben auch die Qualifikation zur Psychotherapie und würden mit einem garantierten Punktwert von 4,4 Cent ca. 90 % ihres Praxisumsatzes bestreiten können. Miet- und Telephonkosten, die wesentlichen Kostenfaktoren einer reinen Psychotherapiepraxis, machen ca. 33 % unserer Praxisunkosten aus. Wir würden also das Doppelte – Dreifache verdienen, wenn wir ausschließlich Antragspsychotherapie machen würden.

Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen Kollegen versorgen ca. 20, höchstens 30 % aller psychisch kranker Patienten. Wir Psychiater – gegenüber den rein psychotherapeutisch tätigen Kollegen in einer hoffnungslosen

Unterschicht - sind für die restlichen 70 – 80 Prozent vor allen Dingen zusammen mit den Hausärzten verantwortlich. Dabei spielt unsere psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Qualifikation gerade bei der Behandlung unseres Klientels eine ganz wesentliche, häufig entscheidende Rolle und unterscheidet uns auch von der Gruppe der Hausärzte, die eine besondere Neigung oder Qualifikation für die Behandlung seelischer Störungen haben. Das ist aber eine Minderzahl der Hausärzte.

Im neuen EBM wird eine 50 minütige Behandlungseinheit bei der Antragspsychotherapie mit 1495 Punkten bewertet, bei einer gleich langem psychiatrischen Behandlungseinheit mit 1725 Punkten. Dieser Unterschied ist durch die höheren Kosten im Personalbereich der Psychiater völlig gerechtfertigt. Durch die Handhabung des HVM durch die KV wird diese Intention des Gesetzgebers auf geradezu grotesker Weise ins Gegenteil verkehrt.

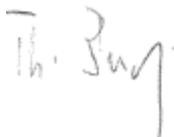
Es kann nicht rechtens sein, wenn ein Arzt bei ähnlicher und vergleichbarer Tätigkeit bei gleicher Qualifikation doppelt oder gar dreifach so gut honoriert wird wie ein anderer. Wir fordern deshalb einen Mindestpunktwert von 3,5 Cent für alle von uns erbrachten Leistungen. Damit sind wir immer noch, wenn man die wesentlich höheren Unkosten berücksichtigt, ca. 50 % und mehr schlechter gestellt als die Psychotherapeuten die überwiegend Antragspsychotherapie abrechnen. Deren hoher Punktwert ist vielleicht für Gebiete mit hoher wirtschaftlicher Potenz wie Baden – Württemberg angemessen, für Berlin aber nicht.

Da wir höhere Unkosten haben, um die oben benannten höheren Anforderungen gerecht zu werden, ist die wirtschaftliche Existenz unserer Praxisgemeinschaft akut gefährdet. Wir setzen deshalb dem Vorstand der KV eine Frist von 3 Monaten, unseren Widerspruch zu entscheiden. Danach werden wir einmal den Beschwerdeweg bei der Aufsichtsbehörde einschlagen und gleichzeitig den Klageweg beschreiten. Schließlich haben die Psychotherapeuten sich auch nur auf diesem Wege Recht verschaffen können.

Uns ist es jedoch sehr daran gelegen, uns vorher mit der KV zu einigen.

Berlin, den 1. 2.06

Unterschriften :



10.2.15 Andrea Bernzen

Gemeinsamer Bundesausschuss							
Abteilung I							
Eingang: 12. April 2007				21709 Himmelpforten			
Original				ph: 04144 / 234600			
Kopie							
Vorsitzender	GF	BSt Recht	StSt Methodik	P/O	Verw.	Abt. II	

Andrea Bernzen
Kuhla 10
21709 Himmelpforten
ph: 04144 / 234600

Gemeinsamer Bundesausschuss
z.Hd. H. Christof Wiesner
Postfach 1763
53707 Siegburg

Kuhla 10, 07.04.2007

Fragebogen für Leistungserbringer gem. § 91 Abs. 5 – SGB V Unterausschuss "Soziotherapie"

Sehr geehrter Herr Wiesner,

zunächst einmal möchte ich mich für mein reichlich verzögertes Reagieren auf Ihre sehr geschätzte Evaluation der Gründe für die Schwierigkeiten Soziotherapie in der GKV anzubieten entschuldigen. Ich war letztes Jahr organisch schwer erkrankt, und habe mich um die anfallenden Dinge zwischenzeitlich nicht mehr so kümmern können, wie ich wollte.

Ich hoffe, meine Beantwortung des Fragebogens kommt für Ihre Evaluation noch nicht zu spät.

Seit **Dezember 2003** habe ich mich sehr um die Zulassung zur Leistungserbringung „Soziotherapie“ bemüht. Ich verfüge über eine 16-jährige Berufspraxis im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich; sowohl stationär, als auch teilstationär und ambulant. Dennoch schien der Antragsweg sehr kompliziert und „hürdenreich“, was ich persönlich als Verzögerungstaktik interpretiert habe.

Seit 8 Jahren bin ich als Einrichtungsleiterin für ein Übergangwohnheim für Menschen mit einer lebensgeschichtlich prägenden seelischen Erkrankung tätig. Das Angebot „Soziotherapie“ war und ist – neben Kurzzeittherapie, Krisenbett etc. - als ein Modul des Leistungsangebotes unserer Einrichtung gedacht, und auch mit Herrn Hermann (AOK Niedersachsen) so besprochen.

Als mir dann endlich die Zulassung zur Leistungserbringung „Soziotherapie“ in Form eines Vertrages nach § 132 b, Abs. 1 SGB V (§ 37a) am **11.10.2005** zu kam, hat sich mein derzeitiger Arbeitgeber (Birkenhof e.V. Hannover) quer gestellt. Mein Antrag auf Genehmigung zur Ausübung einer Nebentätigkeit (= Soziotherapie bei Bedarf) wurde aus mir nicht erklärlichen Gründen abgelehnt.

Dadurch ist es – trotz vorhandenen Kooperationsinteresses von Seiten der uns betreuenden Fachärzte - bis heute noch nicht zu einer praktizierten Verordnung gekommen.

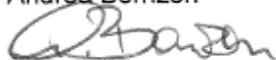
-2 -

Perspektivisch habe ich aber nach wie vor großes Interesse an der „Leistungserbringung“
Soziotherapie , d.h. an der Arbeit mit psychisch Erkrankten und deren flexiblen
Hilfsangeboten i.w.S.
Vielleicht werde ich mich selbständig machen, u. U. auch im Bundesland Schleswig
-Holstein.

Für heute danke ich Ihnen für Ihr hartnäckiges Interesse, wünsche Ihrer Arbeit viel Erfolg,
und freue mich schon jetzt über die Ergebnisse Ihres Ausschusses informiert zu werden.

Mit freundlichen Grüßen

Andrea Bernzen



10.2.16 Gerold Moser

25. Mai 2007

Gerold Moser

Sozialarbeiter / Dipl. Pädagoge

Amelsbürener Str.7
48165 Münster
Telefon 0 25 01 / 26 22 92
Fax 0 25 01 / 29 75-1

G. Moser; Amelsbürener Str. 7; 46165 Münster

**Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Christof Wiesner**

Postfach 1763

53707 Siegburg

✓ Gemeinsamer Bundesausschuss				
Original: <i>Wiesner</i>				
Kopie:				
Eingang: 25. Mai 2007				
Vors.	GF	M-VL	QS-V	AM
	P/Ö	Recht	FB-Med.	Verw.

24.05.07

Betr. Evaluation Soziotherapie

Sehr geehrter Herr Wiesner,

als Sie mir den Fragebogen zugesandt hatten, habe ich telefonischen Kontakt mit Ihnen aufgenommen und Ihnen eine schriftliche Stellungnahme versprochen.

Leider komme ich erst jetzt dazu:

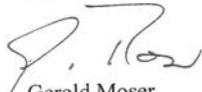
Eine Vorbemerkung: ich bin seit 30 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig (ambulant, stationär, komplementär) und habe aufgrund meiner Erfahrung die Einführung der Soziotherapie im Rahmen der GKV sehr unterstützt. Nun bin ich etwas enttäuscht, dass diese Hilfe so schwer angenommen wird. Dafür gibt es nach meiner Ansicht mehrere Gründe:

- Schon die Anforderungen an einen Leistungserbringer sind sehr hoch und schränken den Kreis sehr ein.
- Das Verfahren der Anerkennung war für mich sehr aufwendig dadurch, dass ich bei den Ersatzkassen, den BKKs, den IKKs und den AOKs immer Anträge stellen musste.
- Den Kassen ist bis heute die Leistung zu wenig bekannt. Eine IKK empfahl dem Patienten doch lieber eine Psychotherapie zu beantragen
- Der MDK hier in Münster hat immer wieder Probleme mit der Abgrenzung zur ambulanten psychiatrischen Pflege und empfiehlt den Kassen, eher eine solche Leistung zu genehmigen.
- Ein weiterer Ablehnungsgrund des MDK ist die nicht vorliegende Genehmigung zur Verordnung einer Soziotherapie durch den niedergelassenen Psychiater.
- Die Psychiater ihrerseits empfinden die Beantragung als „Formularwust“.
- Auch bei den niedergelassenen Psychiatern ist die Soziotherapie zu wenig bekannt, was sich schon durch die Rückfragen bezüglich der Diagnosen äussert, ganz zu schweigen von der „GAF“-Liste.
- Eine niedergelassene Allgemeinärztin teilte mir kürzlich mit, dass eine Soziotherapie nicht verordnet werden müsste, da die soziotherapeutischen Aspekte in der Psychotherapie berücksichtigt würden. Auch hier zeigt sich die mangelnde Kenntnis oder vielleicht die Sorge um das „Abgeben“ von Aufgaben in andere Hände oder falsch verstandene Konkurrenz ?

Ich bin übrigens immer noch der Ansicht, dass wenn der Grundsatz ambulant vor stationär konsequent auch bei psychisch kranken Menschen umgesetzt werden würde (z.B. durch Verordnung der Soziotherapie nach zweimaligem stationären Aufenthalt, abgesprochen vor der Entlassung mit dem Patienten) den Betroffenen besser geholfen werden könnte und nebenbei auch noch stationäre Kosten eingespart werden könnten (Erfahrungen aus meiner langjährigen stationären Arbeit). Während der Durchführung der Soziotherapie bei mir ist erst ein Patient stationär behandelt worden (nach 2-jähriger Soziotherapie). Nach meiner nicht systematisch dokumentierten Beobachtung sind die Patienten, bei denen die Soziotherapie abgelehnt wurde, in einem Zeitraum von 1 – 2 Monaten stationär aufgenommen worden.

Ich persönlich würde es auch begrüßen, wenn der Personenkreis, der eine Soziotherapie erhalten kann, ausgeweitet werden könnte (wie es ursprünglich auch vom Ministerium geplant war).

So das war es erst einmal. Für Rückfragen stehe ich Ihnen natürlich gern zur Verfügung und grüsse Sie


Gerold Moser

10.2.17 MDK Baden-Württemberg

MDK 01



MDK Baden-Württemberg - Postfach 23 40 - 77913 Lahr/Schw.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Soziotherapie“
Herrn Christof Wiesner
Postfach 17 63
53707 Siegburg

Ihr Ansprechpartner
PD Dr. Matthias Mohrmann

Leitender Arzt
Telefon +49 (0) 7821 938-236
Telefax +49 (0) 7821 938-284
E-Mail matthias.mohrmann@mdkbw.de
IK-Nr 190 800 019

14. Februar 2007 / sh

Evaluation der Gründe für die Schwierigkeiten Soziotherapie in der GKV anzubieten

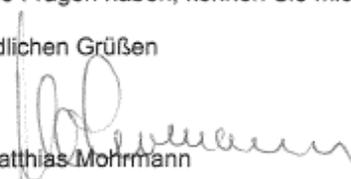
Sehr geehrter Herr Wiesner,

heute erhalten Sie den von uns ausgefüllten Fragebogen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zum Thema Soziotherapie. Zur Anfrage und unseren Antworten, die Sie dem Fragebogen entnehmen können, betone ich, dass sich aus dem internen Berichtswesen der Medizinischen Dienste Antworten auf viele Ihrer Fragen nicht einfach statistisch abfragen lassen. So ist zur 1. Frage festzustellen, dass nicht nur klar bejahende oder verneinende gutachterlich Stellungnahmen erstellt werden können, sondern auch solche Stellungnahmen, die Einschränkungen machen, Alternativen benennen etc. Außerdem kommen kombinierte Anfragen zu verschiedenen Themen vor, die dann nicht notwendigerweise unter der Verschlüsselung allein für Soziotherapie geführt werden.

Zur 2. Frage stelle ich fest, dass wir in unserem internen Berichtswesen Gründe für Nicht-Befürwortungen nicht statistisch erfassen. Ich weise deshalb darauf hin, dass alle von uns angegebenen Zahlenwerte aus individuellen Schätzungen unserer am häufigsten mit dieser Thematik befassten Gutachter resultieren. Es sind also in diesem Sinne keine ganz „harten“ Zahlen. Wir haben uns nach bestem Wissen bemüht, Ihnen einen Überblick über unsere Einschätzung der Situation zu geben; hoffen, Ihnen mit diesen Angaben – zusätzlich zu Ihren Anfragen an anderer Stelle – ergänzende Informationen verfügbar zu machen.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie mich gerne anrufen.

Mit freundlichen Grüßen


PD Dr. Matthias Mohrmann
Leitender Arzt
Facharzt für Kinderheilkunde
Sozialmedizin
Ärztliches Qualitätsmanagement

Anlage

MDK Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schw.

Internet www.mdkbw.de
Telefon 07821 938-0
Telefax 07821 938-200

Vorsitzende des Verwaltungsrates
Christoph Höglmeier <> Herbert Neumann
im jährlichen Wechsel

Geschäftsführer
Karl-Heinz Plaumann

10.2.18 MDK Rheinland

Anmerkung zu verschiedenen Punkten zum Fragebogen Soziotherapie

Frage 1a – Befürwortet

Frage 1b – nicht befürwortet

Problematisch ist, dass nicht klar aufgeführt wurde, ob die Befürwortung sich auf einen Gesamtfall bezieht, d. h., dass die weiteren Verlängerungen nicht berücksichtigt werden. Bekanntlich können bis max. 120 Stunden Soziotherapie beantragt und befürwortet werden. Das bedeutet, dass insgesamt für einen laufenden Fall 4 Beantragungen maximal in Frage kommen können, da nur jeweils ein Kontingent von 30 Einheiten bewilligt werden kann.

Auch das „nicht befürwortet“ kann bedeuten, dass Punkt 2 eine Befürwortung nicht erfolgt und im zweiten Schritt (nach z.B. Ausfüllen von fehlenden Angaben der Vorlage) die Soziotherapie dann befürwortet wird.

Fazit meiner Anmerkung ist, dass über die Zahlen alleine keine Rückschlüsse zu ziehen sind, wie viele Soziotherapiefälle für wie viele Personen beantragt wurden und durch diese oben aufgeführte Verzerrung keine genauen Mengenangaben und Kontingente nachvollziehbar sind.

Zu Punkt 5

Aufgrund der mir vorgelegten Anträge (die meisten aus RLP) stammen diese alle von Nervenärzten, wobei die Anträge von wenigen Nervenärzten bzw. Nervenarztpraxen beantragt wurden. Diese Nervenärzte haben einen Schwerpunkt auf psychiatrischer Behandlung und insbesondere auch einen Schwerpunkt der Behandlung von chronisch schwerkranken Psychose-Patienten. Diese Anträge stammen aus größeren Städten und diese Nervenärzte kannten sich dann auch überwiegend mit dem Antragswesen für die Soziotherapie aus.

Insgesamt ist aber das Wissen über das Vorgehen und Beantragen von Soziotherapie nicht ausreichend weit verbreitet. Weiterhin wurde als Argument mir gegenüber vorgetragen, dass es relativ viel Arbeit bedeutet einen Antrag zu stellen und die Vergütung diesbezüglich nicht besonders hoch ist.

Hinzu kommt noch, dass gerade diese Patienten meist bereits im Quartal sehr viel Zeit benötigen.

Ein weiteres wichtiges Problem ist, dass in den Krankenhäusern – wo solche Patienten durchaus auch öfters behandelt werden – in keinster Weise an Soziotherapie gedacht oder angebahnt wird, sondern solche Patienten eher in der Institutsambulanz angeschlossen sind. Auch ist in der Regel eine gute Vernetzung pro Region immer noch nicht gegeben, so dass oft das Wissen aller in der Versorgung solcher Patienten in der Region Tätigen untereinander nicht ausreichend existiert.

Dies möchte ich exemplarisch an einem Beispiel aufzeigen:

Meinerseits wurde z.B. bei einem Antrag für Soziotherapie dieser nach Rücksprache mit dem behandelnden Nervenarzt abgelehnt.

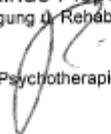
Meinerseits war die Empfehlung, dass für diesen Patienten eine Rehabilitation in einer RPK notwendig wäre, woraufhin der behandelnde Nervenarzt dies bejahte und im Konsens wurde diese Entscheidung getroffen.

Dies ist allerdings kein Einzelfall und zeigt, dass doch häufig das Vorhandene und das was zum aktuellen Zeitpunkt für den Patienten evtl. die beste und zielorientierteste Behandlung ist, nicht in die Wege geleitet wird.

Durch ledigliche Implementierung neuer Behandlungsbausteine kann die Behandlung nicht alleine verbessert werden, noch wird sie nicht wirtschaftlicher, sondern es bedarf einer besseren Vernetzung und Verbesserung der Schnittstellenproblematik. Zusätzlich ist immer ein wichtiger Faktor, die finanzielle Vergütung, die entsprechend dem Zeitaufwand gesehen werden muss.

In Bezug auf Weiterentwicklung dieser Segmente halte ich es für wichtig, dass diese von Personen durchgeführt wird, die sowohl in der Theorie, wie auch in der Praxis viel Erfahrung haben.

Dr. med. Gerlinde Piepenhagen
Stationäre Versorgung u. Rehabilitation
Referentin
FA Neurologie
FA Psychiatrie u. Psychotherapie



10.2.19 VdAK-AEV

Wiesner, Christof

BW 00Y
BE 00Y
H 00Y
R-P 00Y

Von: Andrea.Albert@vdak-aev.de
Gesendet: Donnerstag, 1. März 2007 17:18
An: Wiesner, Christof
Cc: Klaus.Dumeier@vdak-aev.de
Betreff: G-BA-UA Soziotherapie - Datenauswertung für die Ersatzkassen
Anlagen: Auswertung_G-BA-Erhebung_gesamt_EK.xls

Sehr geehrter Herr Wiesner,

beigefügt erhalten Sie die Datenauswertung für die Ersatzkassen.

Anmerkungen allgemein:

- Soziotherapie wurde überwiegend bei den Diagnosen F20 (Schizophrenie), F25 (schizoaffektive Störung), F21 (schizotype Störung) und F33 (gegenwärtig schwere depressive Episode...) verordnet.
- Es lässt sich nicht belegen, dass durch Soziotherapie stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird.
- Das Ordnungsverhalten der berechtigten Ärzte wird als zurückhaltend eingeschätzt.

Anmerkungen Baden-Württemberg:

- Soziotherapie wird überwiegend in Baden-Württemberg erbracht.
- Es wurden Fälle festgestellt, bei denen trotz Soziotherapie Krankenhausaufenthalte erforderlich wurden.

Anmerkungen Berlin:

- Bei den meisten Fällen wäre kein Krankenhausaufenthalt angezeigt gewesen (eher Fälle von Antriebsstörungen/fehlender sozialer Integration).

Anmerkungen Bremen:

- Vielfach wird ambulante psychiatrische Krankenpflege an Stelle von Soziotherapie verordnet. Der MDK Bremen hat in der Vergangenheit mehrfach Anträge auf ambulante psychiatrische Krankenpflege abgelehnt und stattdessen Soziotherapie befürwortet.

Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie mich einfach an (ab 5.3.07 bin ich wieder im Büro erreichbar).

Mit freundlichen Grüßen
Andrea Albert

Referentin Abteilung Pflege
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Tel.: (0 22 41) 108-416
Fax: (0 22 41) 108-311

02.03.2007

10.3 Soziotherapie-Richtlinien

Richtlinien

des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien)*

in der Fassung vom 23. August 2001
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 217 (S. 23735)
vom 21. November 2001

Inkrafttreten: 1. Januar 2002

Soziotherapie-Richtlinien

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 23. August 2001 die nachstehenden Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) beschlossen:

Diese Richtlinien regeln Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung mit Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. Dazu gehören auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Erbringer der soziotherapeutischen Leistung (Leistungserbringer).

I Grundlagen und Ziele

1. Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen.
2. Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Erbringung von Soziotherapie erfolgt bedarfsgerecht und ist an einer wirtschaftlichen Mittelverwendung zu orientieren. Bei der Verordnung von Soziotherapie sind die in Abschnitt II festgelegten Indikationen und Kriterien zu beachten.
3. Die Durchführung der Soziotherapie setzt einen mit dem verordnenden Arzt und dem Patienten abgestimmten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan voraus, mit dessen Hilfe die verschiedenen Elemente und Ziele des ärztlichen Behandlungsplans erreicht werden sollen.
4. Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt.
5. Soziotherapie umfasst die Koordination der im Rahmen des ärztlichen Behandlungsplans festgelegten Maßnahmen.
6. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.
7. Für die medizinische Behandlung relevante Informationen, die der soziotherapeutische Leistungserbringer durch die Betreuung des Patienten gewinnt, sollen durch die Zusammenarbeit zwischen ihm und dem verordnenden Arzt für die Behandlung nutzbar gemacht werden.

Soziotherapie-Richtlinien

II Indikation, Therapiefähigkeit

8. Indikation für Soziotherapie ist gegeben bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung gemäß Nr. 9. mit Fähigkeitsstörungen aus allen in Nr. 10. aufgeführten Bereichen und einem Schweregrad gemäß Nr. 11.
9. Schwere psychische Erkrankungen in diesem Sinne sind solche aus den Bereichen des schizophrenen Formenkreises (ICD-10-Nrn.: F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie), 21 (schizotype Störung), 22 (anhaltende wahnhafte Störung), 24 (induzierte wahnhafte Störung) und 25 (schizoaffektive Störung)) und der affektiven Störungen (ICD-10-Nrn.: F 31.5 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung), 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen) und 33.3 (gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)).
10. Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:
 - Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges
 - Störungen im Verhalten mit Einschränkung der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit
 - Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens
 - Mangelnde Compliance im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.
11. Die Schwere der Fähigkeitsstörungen wird anhand der GAF¹ Skala gemessen. Bei Verordnung von Soziotherapie darf deren Wert 40 nicht überschreiten.
12. Soziotherapie setzt voraus, daß der Patient die Therapieziele erreichen kann. Deshalb soll der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten.
Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn beim Patienten keine langfristige Verminderung der in Nr. 10. genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

¹ Global Assessment of Functioning Scale in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R.-Weinheim; Basel: Beltz, 1989.

III Leistungsinhalt

Soziotherapie umfasst die im Folgenden aufgeführten Leistungen, welche den Patienten zur selbständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:

13. Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen:

13.1 Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans

Verordnender Arzt, soziotherapeutischer Leistungserbringer und Patient wirken bei der Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans zusammen.

13.2 Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen

Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und verordneter Leistungen für den Patienten gemäß dem soziotherapeutischen Behandlungsplan. Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer den Patienten zur Selbständigkeit anleiten und ihn so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.

13.3 Arbeit im sozialen Umfeld

Der soziotherapeutische Leistungserbringer analysiert die häusliche, soziale und berufliche Situation des Patienten und kann zur Unterstützung Familienangehörige, Freunde und Bekannte einbeziehen. Um die Therapieziele zu erreichen, kann er den Patienten an komplementäre Dienste heranführen.

13.4 Soziotherapeutische Dokumentation

Der soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für den Patienten und die Entwicklung des Patienten.

Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang),
- dem Behandlungsverlauf und
- den bereits erreichten bzw. den noch verbliebenen Therapie(teil-)zielen.

14. Folgende Leistungen können ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Patientenprobleme vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbracht werden:

14.1 Motivations- (antriebs-) relevantes Training

Mit dem Patienten werden praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer durchgeführt. Sie finden im Lebensumfeld des Patienten statt.

14.2 Training zur handlungsrelevanten Willensbildung

Das Training beinhaltet die Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.

Soziotherapie-Richtlinien

- 14.3 Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung
Diese beinhaltet Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.
- 14.4 Hilfe in Krisensituationen
Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, ggf. auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation des Patienten.

IV Verordnung und Leistungsumfang

15. Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller nachweist, dass er die im Folgenden aufgeführten Voraussetzungen erfüllt.
- Der die Soziotherapie verordnende Arzt muß in der Lage sein, die Indikation für die Soziotherapie (einschließlich der Feststellung, ob dadurch ggf. Krankenhausbehandlung vermieden werden kann) zu stellen, deren Ablauf und Erfolg zu kontrollieren und in Absprache mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer gegebenenfalls notwendige fachliche Korrekturen am soziotherapeutischen Behandlungsplan vorzunehmen. Die Verordnung von Soziotherapie dürfen daher Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen. Zusätzlich ist deren Erklärung über die Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen notwendig.
16. Andere Vertragsärzte können den Patienten zu einem gemäß Nr. 15. qualifizierten Arzt überweisen, wenn sie den begründeten Verdacht haben, dass bei diesem Patienten eine der in Abschnitt II beschriebenen Indikationen vorliegt und er aufgrund dessen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Verordnung von Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.
- 16.1 Kommt der überweisende Arzt aufgrund seiner Kenntnis des Einzelfalles zu der Auffassung, dass der Patient nicht in der Lage ist, diese Überweisung selbständig in Anspruch zu nehmen, kann der Arzt einen soziotherapeutischen Leistungserbringer per Verordnung hinzuziehen. Diese Verordnung erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Vordruck (Muster 28).
- 16.2 Ziel dieser Verordnung ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen dem soziotherapeutischen Leistungserbringer maximal drei Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung von Soziotherapie gemäß Nr. 15. kommt.
- 16.3 Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einem Arzt nach Nr. 15. wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie durch einen in Nr. 15. genannten Arzt, sind die maximal drei vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch be-

Soziotherapie-Richtlinien

rechnungsfähig. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt auf dem oben genannten Vordruck.

17. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von höchstens drei Jahren erbracht werden. Unter einem Krankheitsfall im Sinne dieser Richtlinie ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in Abschnitt II aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.
- 17.1 Vor der ersten Verordnung nach Nr. 15. können bis zu 5 Probestunden verordnet werden, die auf diese Verordnung angerechnet werden. Die Verordnung von Probestunden zur Abklärung der Therapiefähigkeit des Patienten und Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans kann maximal zweimal pro Jahr für einen Versicherten erfolgen. Verordnungen gemäß Nr. 15. können jeweils bis maximal 30 Therapieeinheiten ausgestellt werden. Verordnet werden dürfen nur so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.
- 17.2 Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.
- 17.3 Soziotherapie wird in der Regel als Einzelmaßnahme erbracht. Soziotherapie kann in Absprache von Arzt und Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu 12 Teilnehmer umfassen. Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten. Dadurch darf jedoch das maximale Gesamtkontingent für Soziotherapie von 120 Zeitstunden nicht überschritten werden.
18. Der Arzt unterstützt den Patienten bei der Auswahl des geeigneten soziotherapeutischen Leistungserbringers gemäß § 132 b SGB V. Der verordnende Arzt nimmt Kontakt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer auf und bespricht die Patientenproblematik und die sich daraus ergebende Betreuung.
19. Der soziotherapeutische Behandlungsplan ist das Ergebnis eines Abstimmungsgesprächs zwischen verordnendem Arzt, soziotherapeutischem Leistungserbringer und Patient. Nach Abschluss der Probestunden ist der soziotherapeutische Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt auf seine Realisierbarkeit zu überprüfen, ggf. zu ändern oder die Soziotherapie zu beenden.
- 19.1 Im soziotherapeutischen Behandlungsplan müssen enthalten sein:
 - Anamnese
 - Diagnose
 - aktueller Befund mit Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen des Patienten und Schweregrad gemäß GAF

Soziotherapie-Richtlinien

- die angestrebten Therapieziele und die erforderlichen Teilschritte (Nahziel und Fernziel)
 - die zur Erreichung der Therapieziele vorgesehenen therapeutischen Maßnahmen
 - die zeitliche Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen
 - Prognose
20. Der Vertragsarzt hat sich über den Erfolg der verordneten Maßnahmen zu vergewissern. Sollte sich im Verlauf der Behandlung herausstellen, dass der Patient nicht geeignet ist oder die definierten Therapieziele nicht erreichen kann, ist die Soziotherapie abzubrechen. Entsprechendes gilt bei vorzeitigem Erreichen der Therapieziele. Der Vertragsarzt teilt dies unverzüglich unter Angabe der Gründe der Krankenkasse mit.
21. Informiert ein Krankenhaus den Vertragsarzt gemäß Nr. 15. über die Möglichkeit, einen Versicherten vorzeitig zu entlassen, hat der Vertragsarzt ggf. unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Verordnung von Soziotherapie erfüllt sind.
22. Wird während der Soziotherapie eine stationäre Behandlung notwendig, die die Weiterführung der Soziotherapie nach dem Behandlungsplan nicht möglich macht, umfasst die Soziotherapie auch den Kontakt mit dem Patienten, um eine frühestmögliche Entlassung zu erreichen und in Absprache mit dem verordnenden Vertragsarzt die Wiederaufnahme und Weiterführung der Soziotherapie sicherzustellen.

V Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer

23. Zur Sicherstellung der Leistungserbringung wirkt der Vertragsarzt mit dem soziotherapeutischen Leistungserbringer und der Krankenkasse des Versicherten eng zusammen und koordiniert die dafür erforderliche Zusammenarbeit.
24. Leistungserbringer, verordnender Arzt und Patient stimmen sich in regelmäßigen Zeitabständen ab, mindestens jeden zweiten Monat, obligat vor und nach den 5 Probestunden sowie vor jeder Folgeverordnung, um die soziotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung des Therapieverlaufs hinsichtlich der Therapieziele anzupassen.

VI Genehmigung von Soziotherapie

25. Mit Ausnahme der Verordnung nach 16.1 (bis zu 3 Stunden) bedarf jede Verordnung von Soziotherapie der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse des Versicherten. Dazu ist der soziotherapeutische Behandlungsplan gemäß Muster 27 vorzulegen. Wurden Probestunden verordnet, ist bei der ggf. folgenden Verordnung von Soziotherapie der soziotherapeutische Behandlungsplan gemäß Muster 27 zusammen mit der Verordnung für die Probestunden vorzulegen.

Soziotherapie-Richtlinien

26. Die Krankenkassen können im Rahmen des Genehmigungsverfahrens mit der Prüfung der verordneten Maßnahmen der Soziotherapie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beauftragen. Falls erforderlich, sind dem Medizinischen Dienst vom soziotherapeutischen Leistungserbringer ergänzende Angaben zum Betreuungsplan gemäß Nr. 19.1 zu übermitteln. Werden verordnete Soziotherapieeinheiten nicht oder nicht in vollem Umfang genehmigt, ist der verordnende Vertragsarzt unverzüglich unter Angabe der Gründe über die Entscheidung der Krankenkasse zu informieren.
27. Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 b Abs. 1 SGB V, wenn die Verordnung spätestens am dritten – der Ausstellung folgenden – Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

VII Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 1. Januar 2002 in Kraft.

Siegburg, den 23. August 2001

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Jung