

Zahnersatz ist um 16 Prozent und Kieferorthopädie um 24 Prozent abzuwerten.

Diese doch erstaunlich hohen Bewertungsungleichheiten weisen darauf hin, dass eine arbeitswissenschaftliche Betrachtung in der (Zahn-) Medizin sinnvoll ist. Es ist nicht begründbar, warum für Füllungs-therapie nur die Hälfte der Vergütung gezahlt wird, die für kieferorthopädische Leistungen ausgegeben wird.

### Ziel: Bema präventionsorientiert neu strukturieren

Die Organisationen der Zahnärzte/-ärztinnen und Kieferorthopäden/-innen haben unterdessen ebenfalls Zeitmessstudien durchgeführt. Es gilt nun, aus den verschiedenen Untersuchungen sinnvolle Schlussfolgerungen zu ziehen. Die empirischen Ergebnisse liefern jedenfalls eine hervorragende Basis für eine Diskussion, die sich nicht mehr auf Vermutungen, sondern auf harte Daten stützt.

Die Überarbeitung des Leistungsverzeichnisses soll sich allerdings nicht nur an der Arbeitszeit orientieren. Vielmehr sollen der Bema in Zukunft stärker präventionsorientiert und die Leistungen „zahnschonend“ und „ursachenorientiert“ sein. Die Krankenkassen-Spitzenverbände werden hierfür mit MDS-Unterstützung fachlich vorarbeiten und ein eigenes Konzept ausarbeiten. Nicht „Minuten-Zahnmedizin“ soll dabei heraus kommen, sondern Impulse in Richtung auf eine Behandlungsweise, die Über-, Unter- und Fehlbehandlungen vermeidet und damit optimale Sekundär- und Tertiärprävention verwirklicht.

*Dr. med. dent. Harald Strippel, M.Sc., leitet das Fachgebiet Zahnmedizinische Versorgung beim MDS  
E-Mail: h.strippel@mds-ev.de*

# Soziotherapie: Eine neue Krankenkassenleistung

Von Dr. Ralf-Michael Frieboes

**D**ie im Einvernehmen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossenen Soziotherapie-Richtlinien gemäß § 92 SGB V traten zu Beginn 2002 in Kraft. Wer darf die neue Leistung erbringen? Wer darf sie verordnen? Wer kann sie in Anspruch nehmen? Welche Voraussetzungen sind zu beachten? Darauf geht der folgende Beitrag ein.

**Krankenhausbehandlung soll vermieden oder verkürzt werden**

Der Begriff „Soziotherapie“ umfasst Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werden kann. Er umfasst auch die Koordinierung dieser Leistungen bei Patientinnen und Patienten, die nicht in der Lage sind, diese selbstständig in Anspruch zu nehmen.

Die ambulante Soziotherapie unterscheidet sich grundsätzlich von der bisherigen stationären Behandlungsform schwer psychiatrisch Erkrankter „Soziotherapie“. Nachdem sie als eigenständige Leistung der GKV eingeführt worden ist, findet derzeit die Implementierung in den entsprechenden Versorgungsstrukturen statt. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in den Soziotherapie-Richtlinien nicht nur Voraussetzungen, Art und

Umfang der Leistung bestimmt, sondern auch

- 1 die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
- 2 die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
- 3 die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
- 4 die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten oder der Patientin und schließlich
- 5 Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes/der verordnenden Ärztin mit dem Leistungserbringer festgelegt.

Die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu § 132 b SGB V regeln die Anforderungen an die soziotherapeutischen Leistungserbringer.

### Voraussetzungen für die Gewährung von Soziotherapie

1 Die Patientinnen und Patienten müssen schwer psychisch erkrankt sein. Sie sollen nicht in der Lage sein, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, und es muss eine Krankenhausbehandlung vermieden oder aber verkürzt werden. Außerdem soll bei diesen Krankheitsbildern die Soziotherapie im Regelfall erforderlich sein. Der Arbeitsausschuss des Bundesausschusses



*Soziotherapie soll psychisch Kranken helfen, ärztlich verordnete Leistungen wieder selbständig in Anspruch zu nehmen*

der Ärzte und Krankenkassen legte fest, dass vor allem Patienten bzw. Patientinnen, die an einer schweren Erkrankung aus dem Spektrum schizophrener Krankheiten leiden, in Betracht kommen (ICD-10 F2).

Diese Gruppe benötigt in besonderem Maße Hilfe, um ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Werden diese Leistungen nicht in Anspruch genommen, wird eine (erneute) Krankenhausbehandlung notwendig. Es handelt sich hierbei um die klassischen sogenannten „Drehtürpsychiatrie-Patienten“.

Bei schweren affektiven Erkrankungen ist Soziotherapie zwar nicht im Regelfall erforderlich, kann jedoch im Einzelfall, zum Beispiel bei Vorliegen einer

wahnhaften (ICD-10 „psychotischen“) Symptomatik erforderlich werden, um die Erkrankten wieder in die Lage zu versetzen, ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden (ICD-10 F31.5, F32.3, F33.3).

Von anderen Diagnosegruppen werden die im Gesetz genannten Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Soziotherapie nicht oder nur zum Teil erfüllt.

Neben einer Orientierung an der Diagnose und der Erfassung des globalen sozialen Funktionsniveaus als Ausdruck der Schwere der Erkrankung ist die Indikation zur Verordnung der ambulanten Soziotherapie durch Feststellung von Funktions- bzw. Fähigkeitsstörungen zu überprü-

fen. Der Begriff „Fähigkeitsstörungen“ weist primär nicht auf eine Klassifikation nach ICDH hin und charakterisiert die Leistung nicht a priori als rehabilitative Maßnahme.

**2.** Anleitung und Motivation zur selbstständigen Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen sind das Hauptziel der ambulanten Soziotherapie.

Einige untergeordnete Ziele tragen zur Verfolgung des Hauptziels bei und beschreiben in der Gesamtheit den Inhalt der Leistung. Hierzu gehört die Kontaktaufnahme zu dem Patienten oder der Patientin zu Beginn der Behandlung, um eine tragfähige Beziehung herzustellen. Weiterhin ist es zur Verwirklichung des Ziels der selbstständigen Inanspruchnahme der ärztlich verordneten Leistungen wichtig, dass der Patient oder die Patientin diese Leistungen wie etwa Ergotherapie oder physikalische Therapie anzunehmen lernt und für sich als sinnvoll einschätzen kann. Wesentliche Faktoren sind dabei die Unterstützung durch Familienangehörige, Freunde und Bekannte des Patienten oder der Patientin. Somit hat der soziotherapeutische Leistungserbringer das untergeordnete Ziel zu verfolgen, psychosoziale Defizite der Patientin/des Patienten abzubauen, soziale Kontakte wieder aufzufrischen oder neu zu knüpfen, um das oben beschriebene Hauptziel zu erreichen.

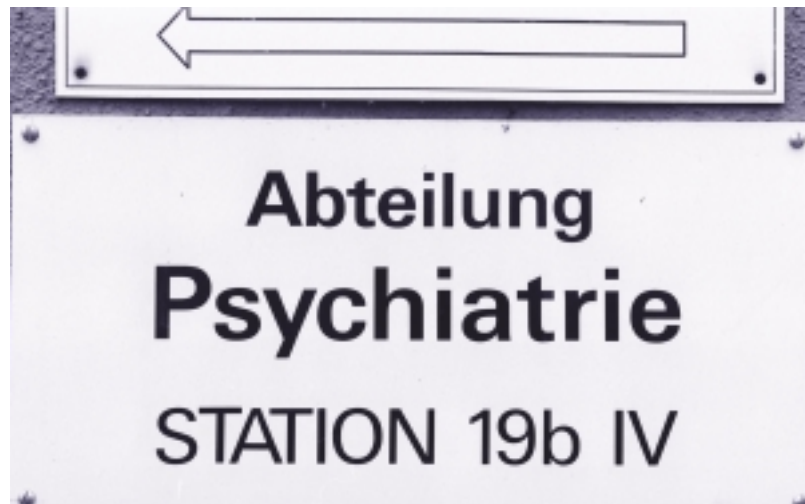
Neben der Anleitung zur Inanspruchnahme ist die wichtigste Komponente die Koordination der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Diese koordinierende Funktion des soziotherapeutischen Leistungserbringers bedeutet, dass er bereits anderweitig erbrachte Leistungen nicht ersetzen soll. So sollen zum Beispiel keine rein sozialarbeiterischen Tätigkeiten, die häufig in den Bereich

des Bundessozialhilfegesetzes fallen, keine ergotherapeutischen Aufgaben, keine umfassende Psychoedukation etwa in strukturierten Gruppen und keine Rehabilitationsmaßnahmen vorbereitende Tätigkeiten des Rentenversicherungsträgers übernommen werden.

**3.** Die Verordnung erfolgt ausschließlich durch Fachärzte/-ärztinnen für Psychiatrie oder durch Nervenärzte/-ärztinnen. Diese gewährleisten eine kontinuierliche und qualitativ gesicherte umfassende Behandlung bzw. Therapieplanung. Bis zu drei Einheiten ambulanter Soziotherapie können mit dem Ziel der Kontaktaufnahme zu einem/einer vermutlich betroffenen Erkrankten durch jeden Vertragsarzt verschrieben werden.

**4.** Soziotherapie setzt voraus, dass der Patient/die Patientin die Therapieziele erreichen kann. Ziel ist es, dass es realitätsorientiert absehbar ist, dass er/sie die ärztliche Behandlung selbstständig in Anspruch nehmen wird. Deshalb sollten Patienten und Patientinnen über ein Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen, das für einen Therapieerfolg notwendig ist, und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. Diese Voraussetzungen sind gegeben, wenn eine langfristige Verminderung der zur Indikationsstellung angegebenen Funktionsstörungen und ein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

**5.** Zur Koordinierung der ärztlich verordneten Leistungen wird der Leistungserbringer nicht nur eine kalendarische Strukturierung übernehmen, sondern auch die inhaltliche Absprache aller therapeutischen Leistungserbringer miteinander unterstützen. Fallkonferenzen sind ein Instrument der Qualitäts-



*Psychisch Kranke werden häufig in kurzen Abständen stationär behandelt. Soziotherapie will den Weg in die andere Richtung öffnen*

sicherung, wenn es um die Koordination von Leistungen zur Aufrechterhaltung der selbstständigen Inanspruchnahme ärztlich verordneter Leistungen geht. Leistungserbringer und behandelnder Facharzt bzw. behandelnde Fachärztin erstellen – im Zusammenwirken mit dem Patienten/der Patientin – den soziotherapeutischen Betreuungsplan, der von beiden gemeinsam zu aktualisieren und der Krankenkasse spätestens bei Folgeverordnung vorzulegen ist.

#### **Soziotherapie ist eine ambulante medizinisch-psychiatrische Behandlungsmaßnahme**

Zurzeit wird allerdings von der Möglichkeit, die neue Leistung zu verordnen und zu erbringen, nur zögerlich Gebrauch gemacht. Für das Verständnis von Zielen und Inhalt der ambulanten Soziotherapie als Leistung der GKV ist es wichtig zu realisieren, dass es sich bei der Soziotherapie nach § 37 a SGB V um eine ambulante medizinisch-psychiatrische Behandlungsmaßnahme von Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen handelt, die alle im Gesetzestext erwähnten Bedingungen erfüllen müssen – und nicht um eine sozialtherapeutische Methode.

Etwaige Inhalte der Therapie sind insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung von Krankenhausbehandlung zu sehen, die explizit im Gesetz gefordert wird und die auf die Verringerung des „Drehtür“-Effekts in der stationären Behandlung abzielt.

#### **Begutachtungsrichtlinien sind in Vorbereitung**

Bis zum Erscheinen der Begutachtungsrichtlinien zur Soziotherapie nach § 282 SGB V, die derzeit durch eine vom Kompetenz-Centrum Psychiatrie/ Psychotherapie moderierte Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Krankenkassen und der MDK-Gemeinschaft verfasst werden, stellen die im Deutschen Ärzteblatt 48 vom 30.11.2001 veröffentlichten Soziotherapie-Richtlinien nach § 92 SGB V die einzigen verbindlichen Erläuterungen der neuen ambulanten Leistung dar.

*Dr. med. Ralf-Michael Frieboes,  
Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie, ist Mitarbeiter im  
Kompetenz-Centrum Psychiatrie/  
Psychotherapie der  
MDK-Gemeinschaft beim  
MDK in Bayern  
E-Mail: ralf-  
michael.frieboes@mdk-  
kompc.de*