

## Zusammenfassung des Workshops der Verbände im „Kontaktgespräch Psychiatrie“ im Rahmen des Fachtag „Zur Zukunft der Soziotherapie“ am 24.02.2010

### **Lösungsansätze zur verbesserten Umsetzung der ambulanten Soziotherapie:**

#### **- Leistungserbringer/Zulassung:**

**A Es besteht ein Anspruch auf Zulassung bzw. Abschluss eines Vertrages.** Die Kann-Formulierung im Gesetz ist längst durch die Rechtsprechung überholt. Bei Nicht-Zulassung bzw. vertragslosen Zustand sind drei Durchsetzungswege denkbar, wobei Weg 1 der wesentliche und vorrangige ist:

**Weg 1:** Selbstbeschaffung von Leistungen. Der leistungsberechtigte Patient erhält durch die Krankenkasse keine Soziotherapie auf Grund fehlender zugelassener Anbieter. Der Patient beschafft sich die Leistung selbst und verlangt Kostenerstattung durch die Krankenkasse nach § 13 SGB V.

**Weg 2:** Leistungsberechtigte wählt einen Leistungserbringer ohne Zulassung und fordert die Krankenkasse auf einen Ad-Hoc Vertrag nur für seinen Fall mit dem Leistungserbringer unter Hinweis auf SGB I § 17 abzuschließen.

**Weg 3:** Dienstleistung erfolgt durch Soziotherapeuten, die Krankenkasse muss zahlen auf Grund ungerechtfertigter Bereicherung nach § 818 BGB. Nur Hilfskonstruktion, da Anleihe aus dem Zivilrecht.

**B Jede Berufsgruppe ist zugelassen, deren Qualifikation für die Aufgabe hieb- und stichfest nachgewiesen werden kann.** Die bisher geforderten Qualifikationen können nur als grobe Orientierung dienen. Die Begründung ist aus dem Gesetzestext (geeigneten Personen oder Einrichtungen) ableitbar und auch aus dem BSG- Urteil im Zusammenhang mit dem § 124 SGB V und Logopädie (BSG, 25.09.2001 - B 3 KR 13/00 R).

#### **- Leistungserbringer/Angemessene Vergütung:**

**Keine der beteiligten Parteien (Leistungserbringer, Krankenkassen oder Leistungsberechtigter) hat ein Preisbestimmungsrecht.**

Preisbestimmungsfaktoren aus der Preisermittlung in Pflegeheimen sind übertragbar. Laut Bundessozialgerichtsurteil sind zwei Ebenen zu beachten.

Ebene 1: Interne Preisermittlung; Betriebswirtschaftliche Analyse der Praxis, Grundlage der Vorjahreszahlen und Berücksichtigung der zukünftigen Lohn- und Kostenentwicklung.

Ebene 2: Vergleich mit der Kostenstruktur auf dem sonstigen Anbietermarkt.

Strategie, wenn Zulassung erfolgt ist, aber keine Einigung beim Preis erzielt wird: Zunächst Preis durch bundesweiten Vergleich ermitteln, mit den regionalen Bedingungen abgleichen und mit einem Preisvorschlag vors Sozialgericht gehen. In der Regel sollte ein erstinstanzliches Urteil nach 8-12 Monaten vorliegen. Damit wäre für beide Seiten eine richterliche Orientierung gegeben und die Krankenkasse müsste Gründe für ein Berufungsverfahren finden. Dies gilt aber auch für die Leistungserbringer. Mit dem Berufungsverfahren wären dann allerdings weitere Verzögerungen in Bezug auf die Rechtskraft eines Urteils und die entsprechende wirtschaftliche Sicherheit verbunden (können noch mal 2 Jahre ins Land gehen).

### - **Leistungserbringer/Integrierte Versorgung**

Integrierte Versorgungsverträge nach § 140 b SGB V wie die der PIBB Psychiatrische Initiative Berlin Brandenburg ermöglichen eine bessere Realisierung von ambulanten Komplexbehandlungen, Bezugstherapeutesystemen und sozialpsychiatrischen Behandlungsverbänden.

Solche Integrierten Versorgungsverträge bieten Chancen Soziotherapie flexibler, individueller und mit einer angemessenen Vergütung zu ermöglichen (PIBB Vergütungssatz für Soziotherapie Stunde 48 €). Auch eine stärkere Betonung der Krisenintervention und einer Erweiterung der Diagnosegruppen gegenüber der Richtlinie kann hierdurch erreicht werden.

Unter den aktuellen Bedingungen können diese Verträge nicht die Sicherstellung mit Soziotherapie für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Region gewährleisten und sollten nur unter bestimmten qualitativen Voraussetzungen die Basis für Soziotherapie darstellen.

### - **Leistungsberechtigte Person**

Neben der Möglichkeit der Selbstbeschaffung nach §13 SGB I (siehe Weg 1 bei Zulassung) besteht die Möglichkeit für einen leistungsberechtigten Patienten **im Rahmen eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets Rechtsanspruch auf Soziotherapie geltend zu machen.**

Stellt der Patient zum Beispiel einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Betreutes Wohnen) und auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und gleichzeitig den Antrag, diese Leistung als Persönliches Budget zu bekommen, kann er bei gleichzeitigem Soziotherapiebedarf auch diese Leistung als Teil des trägerübergreifenden Budgets beantragen.

In der Budgetkonferenz werden die Leistungen abgestimmt.

Nach erfolgter Zielvereinbarung kann sich der Patient einen Soziotherapie-Leistungserbringer aussuchen und die Leistung abrechnen. Die Preiskalkulation wäre ein wichtiger Verhandlungsgegenstand in der Budgetkonferenz.

Gegen die Preisgestaltung kann der Budgetnehmer nach erfolgtem Bescheid Widerspruch erheben. Vor dem Sozialgericht könnten auch berechnigte Verbände an Stelle und im Einverständnis mit dem Budgetnehmer klagen.

### **§ 63 SGB IX Klagerecht der Verbände**

Werden behinderte Menschen in ihren Rechten nach diesem Buch verletzt, können an ihrer Stelle und mit ihrem Einverständnis Verbände klagen, die nach ihrer Satzung behinderte Menschen auf Bundes- oder Landesebene vertreten und nicht selbst am Prozess beteiligt sind. In diesem Fall müssen alle Verfahrensvoraussetzungen wie bei einem Rechtsschutzersuchen durch den behinderten Menschen selbst vorliegen.

Kommt keine Zielvereinbarung zustande, müsste per Verwaltungsakt die Zielsetzung festgelegt werden. Auch hiergegen kann der Budgetnehmer Widerspruch einlegen.

## **- Krankenkasse/Rechtsaufsicht**

Die Krankenkassen sind nach SGB I §17 verpflichtet, eine zeitgemäße und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur zu schaffen. Kommen sie dieser nicht nach, soll die zuständige Aufsichtsbehörde hier tätig werden und durchsetzen, dass die Rechtsverletzung abgestellt wird.

### **SGB IV § 89:**

*Wird durch das Handeln oder Unterlassen eines Versicherungsträgers das Recht verletzt, soll die Aufsichtsbehörde zunächst beratend darauf hinwirken, dass der Versicherungsträger die Rechtsverletzung behebt. Kommt der Versicherungsträger dem innerhalb angemessener Frist nicht nach, kann die Aufsichtsbehörde den Versicherungsträger verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist*

Die Rechtsaufsicht für die Krankenkassen, die länderübergreifend organisiert sind, hat das Bundesversicherungsamt inne. Dieses untersteht dem Bundesministerium für Gesundheit.

Für nur innerhalb von Landesgrenzen zuständige Krankenkassen sind die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden.

**Hinweise auf Rechtsverletzung geben bzw. sich beschweren kann jede/r Bundesbürger/in bzw. jede Organisation oder Verband beim Bundesversicherungsamt. Es muss ausreichend gut dokumentiert und beschrieben sein, dass zum Beispiel eine Region, ein Bundesland unterversorgt ist und ein Verstoß gegenüber dem §17 SGB I vorliegt.** Man kann eine Überprüfung anregen, ein Rechtsanspruch besteht darauf nicht, die Aufsichtsbehörde wird von Amts wegen tätig. Aber bei einer guten Dokumentation wird sie ihrer Amtspflicht nachkommen. Gangbar ist auch noch dann der Weg der einstweiligen Anordnung

## - **Gemeinsamer Bundesausschuss/Richtlinien**

Die Richtlinien sind zwar nur begrenzt verantwortlich für die Umsetzungsprobleme, aber tragen zu fehlender Umsetzung bei. Die Einschränkung des Diagnosespektrums muss hier überwunden und auch die Verordnung von Soziotherapie durch die Institutsambulanzen aufgenommen werden. Auch die Schnittstellen zum Teilhabebereich müssen geklärt sein. (siehe Empfehlungen Evaluation Soziotherapie der APK)

Über den Ausschuss „Verordnete Leistungen“ des Gemeinsamen Bundesausschuss können die Selbsthilfevertreter hier Einfluss nehmen. Sinnvoll ist aber auch die KBV und den GKV, die Vertreter/innen in den Ausschuss senden, für Änderungen der Richtlinien zu gewinnen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann jederzeit die Richtlinien beanstanden und auf eine Überarbeitung drängen, soweit hier Mängel bekannt werden.

**Strategie: Abstimmung der Selbsthilfe mit Fachverbänden für Ausschussarbeit. In naher Zukunft moderierte Gespräche mit GKV und KBV. Zudem im Gespräch bzw. im Austausch bleiben mit Bundesministerium für Gesundheit**

## - **Ärzterschaft**

Der Evaluationsbericht des Gemeinsamen Bundesausschuss weist auf Informationsdefizite sowohl bei den Hausärzten als auch bei den Fachärzten hin. Im Betrag Mönster bestätigen sich diese Informationsdefizite.

Konsequenz: Sowohl Hausärzte als auch Fachärzte sollten über KBV und Krankenkassen regelmäßig informiert werden. Fachverbände sollten hier Hilfestellung anbieten. Initiativen wie der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin können eine Informationsplattform sein. Auch Gemeindepsychiatrische Verbände oder wo nicht vorhanden Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften könnten hier auch Informationsarbeit leisten.

## - **Inhaltliche Ausrichtung der Soziotherapie**

Fachliche Normen für die Inhalte der Soziotherapie sind zu definieren:

Koordination und Motivation (siehe Beitrag Krüger) ist die gesetzliche Vorgabe für ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V. Mit dieser Art von Soziotherapie ist die Motivation und Heranführung an Behandlung auch gerade in Krisensituation und Koordination verschiedener Behandlungsleistungen zu gewährleisten. Die Einbindung in eine integrierte Hilfeplanung und einen Gemeindepsychiatrischen Verbund ist fachlich geboten und gewährleistet auch die Einbindung anderer Leistungsbereiche. Soziotherapie kann so eine fachliche Grundlage für die (Teil-)Sicherstellung der Funktion der koordinierenden Bezugsperson geben. Sie leistet dann einen Beitrag zur Sicherung der Ansprüche auf Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Unterstützung und dient damit auch der Sicherstellung der Versorgung. Insoweit kann sie auch nicht als Praxisleistung definiert werden, die der Klient aus eigener Motivation wahrnehmen muss.

Die Abgrenzung zu Koordinationsleistungen der anderen Rehabilitationsträger ist fließend. Mittelfristig muss eine gemeinsame Lösung ähnlich wie gemeinsame

Begutachtungsverfahren und wirklich gemeinsame Servicestellen angestrebt werden. Eine Komplexleistungsfinanzierung wie bei der Frühförderung ist dann denkbar.

Soziotherapie als umfassende Methode im Sinne von (intensiver) Begleitung in psychischen Krisen und von sozialer Betreuung kann nicht durch den § 37a SGB V begründet bzw. finanziert werden. Sie sollte nicht als eigenständige therapeutische Leistungen – etwa knapp unterhalb von psychotherapeutischen Leistungen – etabliert werden.

### - **Politik/Gesetzgebung**

Kurzfristig ist eine gesetzliche Regelung sinnvoll, in der die die Zugangshürde „Krankenhausvermeidung“ gestrichen bzw. aufgehoben wird. Mittelfristig ist eine Reform des SGB V §37a in Richtung Regelleistung bei allen psychischen Erkrankungen mit komplexen Behandlungsbedarf und Teilhabebeeinträchtigungen ohne die Bedingung der Krankenhausvermeidung anzustreben,

Mai 2010